

11236
11236
2 ej
14



*Universidad Nacional Autónoma
de México*

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
S. S.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE
OTORRINOLARINGOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

T R A B A J O D E T E S I S

Que para obtener el título de Especialista en
OTORRINOLARINGOLOGIA

y
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO

presenta

DRA. ANGELA MARIA DORDEVIC FUENTES



Asesor de tesis: Dr. Jorge Corvera Bernardelli

México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1988



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.

INDICE

DEDICATORIA	
INTRODUCCION	
ACTIVIDADES DEL SERVICIO	1 - 2
Organigrama	1
Horario	2
CAPITULO 1. CONSULTA EXTERNA	3 - 14
1. Generalidades	3
2. Historia Clínica	3
3. Valoraciones	4
4. Consulta subsecuente	4
5. Consultas de primera vez	5
6. Clínicas	5
7. Ingresos	6
8. Interconsultas	9
9. Curaciones	10
10. Urgencias	11
11. Programación	12
12. Exámenes paraclínicos	13
CAPITULO 2. HOSPITALIZACION	15 - 21
1. Generalidades	15
2. Visitas	15
3. Egresos	18
4. Interconsultas	21
CAPITULO 3. EL QUIROFANO	22 - 30
1. Generalidades	22
2. Notas quirúrgicas	29
3. Indicaciones post-operatorias	29
CAPITULO 4. ACTIVIDADES ACADÉMICAS	31 - 35
1. Generalidades	31
2. Evaluaciones	33
3. Tesis de grado y protocolos de investigación	33
APENDICES	
CONSULTAS	

DEDICATORIA:

**" A quienes han sido apoyo en el camino de
de la medicina "**

INTRODUCCION

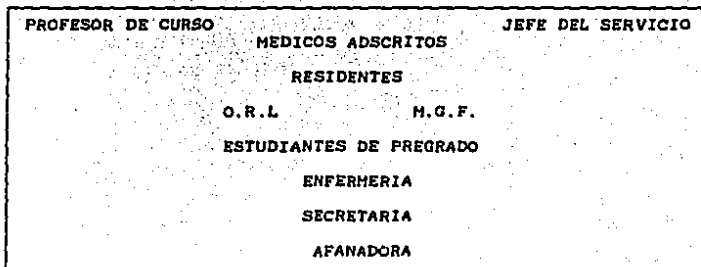
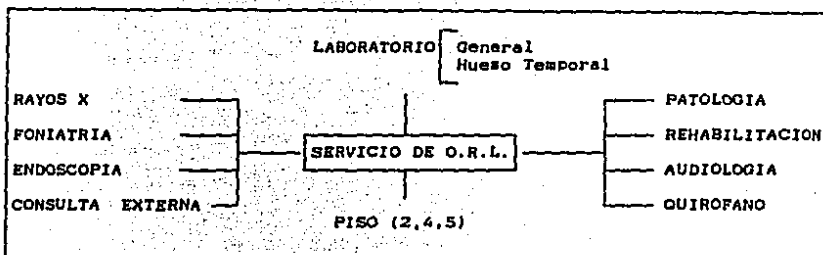
Debido a la escasez de literatura propia que nazca de, y se adapte a nuestro medio, se ha decidido condensar un manual práctico de procedimientos para el residente de otorrinlaringología y cirugía de cabeza y cuello, como trabajo para obtener el título de especialista en dicha área. Este manual constituye una base que se expondrá en varios fascículos, a fin de abarcar el mayor número de tópicos, constituyendo éste el primero de ellos.

No existe razón alguna para que contando con elementos de sobra, se siga siempre pautas de otros países líderes, cuya experiencia, medio ambiente, económico y social, son diferentes; por ello, la intención primordial de este trabajo es la de cristalizar un cimiento sobre el cual, la dinámica de la enseñanza vaya construyendo nuevos peldaños, de manera que la concepción de "escuela", conforme una tradición que se estandarize y difunda.

A continuación, se expone la primera parte que trata sobre la rutina elemental de trabajo asistencial y académico que se realiza en el servicio de otorrinlaringología del Hospital General Dr Manuel Gea González, en la ciudad de México.

ACTIVIDADES DEL SERVICIO

ORGANIGRAMA



HORARIO:

HORARIO DE ACTIVIDADES					
HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
7-7:30	V	I	S	I	A
7:30-8:30	CLASE	BIBLIO- GRAFICA	CLASE	7:30 DESAYUNO 8:00	
8:30-9:00	DESAYUNO		8:00	SESION 9:00 GENERAL	SESION CONJUNTA
9:00-12H	Consulta Cirugia Endoscopia	Consulta Cirugia Clinc Oido	Consulta Cirugia Clinc Nariz	Consulta Cirugia Clinc Cyc*	Consulta Cirugia Clinc**
12:30-13	CURACIONES - URGENCIAS				
13:00-15	HISTORIAS CLINICAS				
15:00-17	CONSULTA				
17:-17:30	VISITA				

* Clinica de cabeza y cuello

**Clinica de faringe\ laringe o de implante coclear.

CAPITULO 1

CONSULTA EXTERNA

1. GENERALIDADES

El servicio de Otorrinolaringología (ORL) del Hospital General Dr Manuel Gea González en 1987 atendió 15840 consultas programadas por la Consulta Externa.

La mayoría de los pacientes que se atienden son enviados por el servicio de Preconsulta, otros acuden como emergencia y los restantes, provienen de diversos servicios donde se juzga que el concurso del otorrinolaringólogo es importante para el bienestar total de un individuo.

Las operaciones que se llevan a cabo en la consulta son básicamente las siguientes:

- | | |
|--------------------------|----------------|
| Historias Clínicas | Ingresos |
| Valoraciones | Interconsultas |
| Consultas de primera vez | Curaciones |
| Consultas subsecuentes | Urgencias |
| Clínicas | Programación |

La actividad en la consulta externa se inicia a las 9hs, de manera que los expedientes, estudios y material de trabajo han de prepararse con antelación.

Todo paciente visto en la consulta, sin excepción, debe anotarse en las hojas de trabajo diario y, las recetas, exámenes y estudios solicitados, deben llenarse de acuerdo con los requisitos convencionales de la institución, sin olvidar la fecha, el nombre y la firma del médico que ha hecho la atención.

No esta de más recordar brevemente que el comportamiento del residente en la consulta externa, ha de estar a la altura del profesional que ejerce una tarea noble. La amabilidad, cordialidad y educación, así como una actitud responsable y respetuosa, deben observarse en todo momento.

2. HISTORIA CLINICA

Jamás se insitirá demasiado en la importancia de una historia clínica completa, cualquiera que sea el área a la que se dedique. El paciente es un ser integral desde su gestación y tratar de dividirlo en porciones u obviar su pasado, es un error que lleva al médico a ejecutar mal su trabajo. Además de proporcionarle los datos que conducen a un proceso mental de deducción e inducción, que concluyen en un diagnóstico y entreveran un tratamiento, la historia clínica, media el contacto entre las dos partes y establece la relación humana que fundamenta el arte de ejercer la medicina. Quizá sea esta una razón definitiva por la cual los médicos, nunca serán reemplazados por máquinas.

Basándose en el entrenamiento previo de la semiología general, se adentrará en la profundidad de una especialidad, donde el estudio y la práctica tendrán como meta una excelencia en las áreas que se manejen; sin embargo, este fin sólo podrá alcanzarse si no se olvida que en un organismo todas sus partes interactúan y por lo tanto, es un deber continuar siendo siempre médicos generales. Durante el transcurso de la residencia y de la vida profesional, la habilidad para lograr una buena historia clínica, se irá forjando a partir del conocimiento y de la práctica que se vaya adquiriendo; está pues, en cada uno, hacer del tiempo un aliado para realizar mejores o peores historias clínicas.

Para lograr una buena historia clínica, cualquier vía que implique una sistematización cabal y un método lógico y racional, puede adaptarse. El formato de historia clínica que tiene actualmente el hospital, es homogéneo para los servicios y se aplica a todo paciente que consulta la institución.

Consta de los siguientes apartados:

Datos generales del paciente	Antecedentes
Padeamiento actual	Exploración
Revisión por aparatos y sistemas	Impresión diagnóstica
Tratamientos y estudios previos	

Aunque los objetivos esbozados se contienen en esta forma, quizás para la especialidad otorrinolaringológica sea más práctico aplicar el esquema que a continuación se propone (ver Apéndice # 1). El provee una sistematización completa de los tópicos que atañen a la especialidad, y proporciona precisión y facilidad de seguimiento, sin descuidar la integridad individual.

3. VALORACIONES

A fin de evaluar la necesidad de atención especializada, son enviados pacientes a quienes, después de interrogar y examinar, se han de orientar de acuerdo con sus problemas prioritarios, bien hacia historia clínica, otro servicio, institución hospitalaria o centro de salud. El hospital presta servicios de segundo y tercer nivel, por lo cual, sólo quien los amerite, puede autorizarse para la historia clínica.

En ocasiones, como valoración, se revisan enfermos foráneos que no han podido seguir los trámites usuales.

4. CONSULTAS SUBSECUENTES

En ellas se vigilan los cambios, se revisan y verifican los diagnósticos, métodos de estudio y tratamientos instaurados previamente. En base a la evolución y resultados obtenidos, se sigue al paciente hasta resolverle, prevenirle, o controlarle su patología.

Siguiendo las normas de la semiología básica, se interroga al enfermo sobre su problema, sus síntomas actuales, la mejoría alcanzada, los resultados de estudios, la tolerancia al tratamiento, sus dudas y temores, etc.

A continuación la exploración se hace de manera completa y sistematizada, con hincapié en las áreas patológicas. Se fiscalizan los estudios y laboratorios ordenados y finalmente, se llega a la conclusión que marca las pautas a seguir.

Partiendo de las hojas propuestas para historia clínica otorrinolaringológica, se sugiere la adopción de los siguientes formatos (ver Apéndice # 2) para consulta subsecuente, teniendo en cuenta el o los problemas que prevalecen en cada sujeto. Además para fines de estudios, estadísticas y seguimiento del enfermo, es conveniente el esqueleto de la hoja frontal que también se describe (ver Apéndice # 2).

Nota: Si un sujeto no presenta otros síntomas o hallazgos destacados dentro de un tópico especial, se anotan los datos del resto de la exploración al reverso de la hoja principal; si es otro el caso, se llevarán las hojas que correspondan para que sea completo el seguimiento por cada problema.

5. CONSULTAS DE PRIMERA VEZ

Cuando una persona ya cuenta con historia clínica en el hospital, pero se considera que la intervención del otorrinolaringólogo es necesaria, ella se envía a la consulta de primera vez. La atención se efectúa en forma semejante a las consultas subsecuentes, elaborando previo a la anamnesis y la exploración del área otorrinolaringológica, un resumen de la historia clínica general (padecimientos en tratamiento, medicamentos indicados, motivo de envío al servicio, etc).

6. CLINICAS

Los objetivos de las clínicas son docencia, evaluación, discusión de casos problema y toma de decisiones.

Suelen citarse pacientes próximos a ser intervenidos, o aquellos cuyo manejo presente dificultades. Por norma general se inician a las 10 hs. siendo los martes la de Oído, los miércoles la de Nariz, los jueves la de Cabeza y Cuello y los viernes la de Laringe o Implante Coclear. No deben citarse más de seis pacientes por sesión, y solamente serán enviados por residentes o adscritos del servicio, acompañados de una nota de remisión clara y completa que incluya los estudios que puedan precisarse. Las citas siempre tienen que anotarse en la libreta indicada, a fin de evitar congestiones y preparar los expedientes.

Durante la clínica, el resto de la actividad se suspende para que todo el personal esté presente, y antes que el grupo entre a revisar el caso, el paciente debe disponerse para la exploración correspondiente, tener consigo el expediente, y colocados en lugar visible los estudios importantes.

Una vez discutido el problema y despachado el paciente, en la Hoja de Clínica, se consignan el resumen del caso y la decisión tomada. Si el enfermo pasa a cirugía, dicha hoja debe acompañarlo, de manera que constituya una guía sobre el plan que se ha concertado y constate luego lo realizado.

7. INGRESOS

INGRESOS PROGRAMADOS:

La rutina que se sigue al hospitalizar un paciente previamente estudiado y programado para cirugía, es la siguiente:

. Laboratorios:

1. Biometría Hemática (BH)
2. Examen General de Orina (EGO)
3. Química Sanguínea (QS)
4. Grupo Sanguíneo y Rh
5. Coagulación: Plaquetas
 - Tiempo de Sangría
 - Tiempo y concentración de Protrombina (TP)
 - Tiempo Parcial de Tromboplastina (TPT)

A la hora del ingreso, estos indicadores deben encontrarse dentro de límites normales, completos y vigentes (caducidad : 3 meses):

. Los pacientes mayores de 40 años, o aquellos que lo ameriten, han de anexar:

1. Teleradiografía de Tórax
2. Electrocardiograma (EKG)
3. Valoración cardio-vascular.

. El candidato a cirugía se revisa en una cita previa (unos diez días antes del ingreso), a fin de constatar que se encuentre en condiciones ideales para la intervención, y de que todo lo requerido esté correcto. En esta cita se le orienta sobre los trámites para hospitalización e ingreso.

. Consideraciones especiales:

1. A las mujeres en edad reproductiva, es imperativo descartar un embarazo, ya que si la operación no es de vida o muerte, ésta debe postergarse.
2. Para que las timpanoplastias evolucionen como se pretende, el oído debe permanecer seco por lo menos desde 3 meses antes de la cirugía.
3. Como prerrequisitos de cualquier intervención otológica, están: una audiometría tonal reciente y estudios radiográficos del área mastoidea. De igual manera, para cirugías nasales o de senos paranasales, una proyección de Water, como mínimo.
4. Cualquier cirugía de tipo estético, siempre debe contar con las fotografías preoperatorias.
5. En la cita previa a cirugía deben revisarse las prótesis o elementos requeridos, a fin de que se cuente con lo propio el día del internamiento.

. Una vez llenados los requisitos necesarios para la intervención, se confirma el turno; en caso contrario, se cancela y se procede como da a lugar.

Hospitalización:

. Por lo general, el paciente es citado alrededor de las 3p.m. el día antes de su cirugía (incluso en domingo). Antes de que pase al servicio para que sea revisado por el grupo de residentes encargados del quirófano al día siguiente, debe hacer los trámites de ingreso en Admisión y Trabajo Social.

. Nota de ingreso:

Incluye los siguientes datos:

Fecha y Hora.
Nombre del Paciente.
Edad.
Sexo.

Diagnóstico de Ingreso.
Intervención a realizar.

Redacción somera de la evolución del paciente en cuanto a sus problemas principales u otros.
Estado de salud actual (debe encontrarse sano).
Descripción de los estudios, laboratorios e implementos solicitados.

Antecedentes de importancia.

Exploración física, que incluye las constantes vitales, talla y peso; examen cardio-pulmonar y general, así como otorrinolaringológico completos.

Resumen ordenado de los diagnósticos y plan a seguir.

Nombre, categoría y firma del médico que hace el ingreso.

. Si el paciente amerita algunos procedimientos de preparación para la cirugía, en este momento se ordenan y/o se realizan (canalización, sondas, rasurados, dibujos, etc).

. Para finalizar, se debe anotar en la cartelera de pacientes hospitalizados la cama asignada, frente al nombre del enfermo.

Indicaciones:

. De rutina la mayoría de nuestros pacientes no padecen problemas mayores y por ello, las indicaciones pueden estandarizarse como sigue. Sin embargo no hay

que olvidar que cada enfermo es individual y las indicaciones han de ajustarse a cada caso en particular:

1. Internar
2. Dieta normal
3. Ayuno desde las 22 hs
4. Indicaciones de Anestesia
5. Solicitar y subir a quirófano el expediente radiológico
6. CSVT (control de signos vitales por turno) y CGE (cuidados generales de enfermería).

Consideraciones especiales:

1. El ayuno prolongado, particularmente en los niños, causa trastornos hidro-electrolíticos que deben prevenirse:

Los requerimientos basales de líquido en los niños son del orden de 100ml/kg^r en 24hs y siendo más exactos, de 1500 ml/m² SC/24hs (ver Apéndice # 3).

Estos pueden proporcionarse calculando dos partes de solución glucosada al 5%, por una parte de solución salina Normal (0.9%). Dicha mezcla aporta los requerimientos de Sodio (5 mEq por 100cc de solución) pero hay que añadir los de Potasio, a razón de unos 2mEq por 100 cc de Solución, sin exceder de 4 mEq por cada 100 cc. Aplicando 0,5 cc de Cloruro de Potasio Merck[®] (*), a cada 100 cc de solución, lograremos los 2 mEq\100cc.

Ejemplo:

Niño que pesa 30 Kgrs (SC= 0,93m²).

Requerimientos:

Líquido: 1500 X 0,93= 1395 ml (para pasar en 24 horas)

Potasio: 1395 X 0,5/100= 6.9 ml de KCl (para el total de líquidos en las 24hs)

Indicación:

Solución Glucosada al 5% 930cc

Solución Salina 0,9% 465cc

KCl Merck[®] 7cc

Para las 24 horas.

El volumen total se puede pasar después de preparar la solución standart infantil (SSI):

Solución Glucosada 5%	335cc	67cc	
Solución Salina 0.9%	165cc	33cc	
KCl	2,5cc	0,5cc	
	para 500cc	100cc	de Solución Standart Infantil

(* Cloruro de potasio Merck[®]: Amp X 5ml 20 mEq de K⁺ y 20 mEq de Cl⁻.

La mezcla debe iniciarse a las 20hs del día anterior a la cirugía; recuérdese que el niño hospitalizado tiene ansiedad y el llanto, la sudoración y el stress, causan pérdidas.

2. Los pacientes programados para cirugía otológica, no deben olvidar los cuidados de oído, si ellos les han sido indicados.

Hay que preparar la región retro-auricular rasurando en forma prudente y estética, de manera que quede buen espacio para incidir. Además se instruye al enfermo para que afeite modalidades capilares que puedan estorbar en el campo quirúrgico, y arregle su cabello en pro del mismo efecto. Un cabello recogido estrictamente, fijo con lacas o gel (a la argentina), es lo más oportuno.

3. Sujetos con várices deben tener orden de vendajes y medidas posturales.

4. Los diabéticos, asmáticos, cardiopatas, pulmonares crónicos etc. deben internarse con la antelación necesaria para lograr un estado que acarree mínimos riesgos operatorios.

INGRESOS DE URGENCIA

. Decidido un internamiento se hace la solicitud a Admisión y conforme a las pautas mencionadas, se procede a realizar la historia clínica de ingreso y, dependiendo del caso, se enumeran las indicaciones y se ordenan los exámenes de laboratorio y Rayos X.

. Si es necesario un procedimiento quirúrgico de emergencia, se envían las muestras para exámenes urgentes al laboratorio, y la solicitud al quirófano.

B. INTERCONSULTAS

Las interconsultas son de dos tipos: las que se hacen al servicio, o las que se solicitan. Las primeras casi siempre vienen del mismo hospital, aunque a veces se consulta de centros vecinos. Preferiblemente, si las condiciones lo permiten, la valoración ideal del enfermo se realiza en el consultorio donde se cuenta con los medios propicios; de otra forma, hay que desplazarse hasta el lecho del enfermo, llevando los aditamentos indispensables para la exploración (muy útil la lámpara frontal).

Los datos de las interconsultas que se respondan, deben anotarse en el expediente conforme a la rutina usual, y si es pertinente, se coloca en las hojas de indicaciones el tratamiento que se recomienda. Es importante anotar la fecha y hora de arribo de la solicitud, así como la de su contestación, misma que ha de hacerse lo más pronto posible. Si un enfermo amerita seguimiento continuo, se anota en el rol de visitas diarias cuando está hospitalizado o, se cita para revisión en los intervalos que amerite.

En los casos en que se recurra a la interconsulta, debe llenarse la forma

convencional y asegurarse de que llegue a su destino; además, se anota en el expediente después de un resumen del caso, la razón por la cual se solicita la interconsulta.

Quando el servicio requerido se dispensa de otra institución, hay que elaborar una síntesis de la historia clínica, a fin de enviar un informe completo del caso. Cerciorándose con quien corresponda, el trámite ha de seguir los pasos que más favorezcan al paciente (cartas de la dirección, solicitud inter-hospitalaria, clasificación de trabajo social, traslado en ambulancia, etc).

9. CURACIONES

Suelen realizarse entre las 12 y las 13hs. llevándose a cabo en los post-operatorios, o como parte complementaria de tratamientos.

POST-OPERADOS:

A continuación se enumeran las rutinas que siguen las cirugías más practicadas dentro del servicio; lógicamente, dependen de la individualidad de cada sujeto:

. ADENO-AMIGDALECTOMIAS:

Revisión a los 8 días; cita en un mes a consulta subsecuente.

. SEPTUPLASTIA:

Retiro de tapones entre los 5 días siguientes; cera rosa en una y media a dos semanas; cita con expediente un mes más tarde.

. CALDWELL-LUC:

Revisión a la semana y a los 15 días; cita al mes, y a los 6 meses con placa de Water (aunque no es óptima para la valoración de las cavidades antrales por efecto de la cirugía, proporciona una base para seguimientos ulteriores).

. RINOSEPTUPLASTIA:

Retiro de puntos cutáneos a los 2 días y/o cambio de yeso y modelado bajo efecto sedante. Extracción de tapones y cambio de yeso a los 5 días; éste se deja en casos de injertos dorsales por unas 3 semanas y en otros pacientes por 2, cambiándose cada 4-5 días. Los cuidados con micropre se prolongan durante un mes, 2 ó 3 veces en la semana y luego, el mismo paciente los maneja en las noches, hasta los 6 meses del post-operatorio. Control por consulta subsecuente a los 3, 6 meses y al año, con fotografías postoperatorias.

. TUBOS DE VENTILACION:

Control a los 5 días y posteriormente bimensual, hasta que se desprendan. Al mes de este suceso, timpanometría, controlando con la misma cada 3 meses, siempre y cuando el tímpano se cicatrize. Mientras ello no ocurra, o el paciente mantenga los tubos en posición, hay que observar estrictos cuidados de oído y vigilar la permeabilidad de los tubos.

. TIMPANOPLASTIAS:

Revisión entre el 5° y 8° día, extrayendo el rosario con mucho cuidado y evitando la aspiración. Luego control semanal hasta completar un mes, indicando cuidados de oídos y, durante la primera semana, gotas medicadas. Cita al mes y después trimestralmente, con audiometría, por un año; controles subsecuentes anuales.

. MASTOIDECTOMIAS:

Revisión entre el 4° y 6° día para retirar con cuidado los taponamientos del conducto auditivo externo (CAE), aspirando delicadamente. Control semanal el primer mes y luego cada trimestre para efectuar las limpiezas periódicas y/o vigilar el resultado de una técnica determinada. Al trimestre y al semestre se solicitan audiometrías post-operatorias.

. LARINGOSCOPIAS DIRECTAS:

Revisión al 5° día, durante los cuales se ha indicado reposo de voz y corticoides. De acuerdo con la evolución, se retiran en esta cita. Control a las 2 semanas y con expediente al mes, previa nasolaringoscopia.

TRATAMIENTOS:

En su mayoría, este tipo de curaciones se hace a enfermos que padecen de sinusitis u otitis. Ellas están encaminadas a proveer limpieza y drenaje de secreciones acumuladas.

10. URGENCIAS

La atención de las emergencias suele hacerse en la consulta entre las 12 y las 13 horas, siempre y cuando no se trate de algo imperioso en cuyo caso, obviamente se procederá de inmediato y en el lugar que se necesite.

En el servicio siempre hay un residente de guardia que permanece en el hospital durante el día, y en caso de que se requiera en la noche, tiene la obligación de presentarse de inmediato cuando se lo solicite.

Los lineamientos generales sobre la atención de urgencias, son los siguientes:

1. Personas con lesiones que impliquen procedimientos legales, deben reportarse a Admisión para que ellos den aviso al Ministerio Público, y así pueda darse paso a la atención.
2. Siempre se registrarán, en las hojas de trabajo diario, el nombre del paciente, la fecha y hora de la atención, el diagnóstico y el nombre y firma del médico.
3. En circunstancias en las que el residente menor tenga dudas o no pueda resolverlas, debe avisarse al R3 encargado de la guardia; éste es el que ha tenido actividad de quirófano durante el día y está obligado a permanecer

localizable. Si el asunto es aún más complicado, el adscrito encargado del quirófano es la persona a la que se acude como último recurso.

4. En caso de que se necesite hospitalizar, se obra como ya se ha mencionado (Ver ingresos).

5. Si llegase a ocurrir que el enfermo se niega a las recomendaciones o procedimientos indicados, en una hoja de Memorandum se elabora un informe que detalle los hechos y, se firme por el paciente o su responsable junto con otros testigos. Se pasa una copia al jefe del servicio y otra a la dirección, mediante el informe de guardia.

6. Cualquier problema, desavenencia o hecho violento que se presente, debe ser registrado en la misma forma que lo anterior.

7. Al final de la guardia se llena el formato ad hoc, anotando lo sucedido; en caso de que se hayan producido hojas de Memorandum, estas deben anexarse al informe.

8. El radio localizador se entrega diariamente a la hora de la visita a quien corresponda estar de guardia ese día. En sábados, el residente que haya estado de turno el viernes, a las 8hs lo traerá al compañero que tenga la obligación el fin de semana. El médico de guardia debe ocuparse de ponerlo en la batería para que se cargue.

II. PROGRAMACION

Los grupos quirúrgicos se han dividido por días, encabezados por un médico de base y un residente de cada año. Usualmente se programan 5 a 7 cirugías, de las cuales una es para el adscrito, 2 ó 3 para el R3, 1 ó 2 para el R2 y 1 ó 2 para el R1. Por lo general, éste último es entiendo para cirugía de amígdalas y adenoides, mientras que el R2 en septum, tubos de ventilación y senos paranasales; el R3 complementa su entrenamiento con la cirugía de oído, laringe, rinoseptumplastias y otras propias de la especialidad.

El orden que lleva la programación se basa en la cronología y complejidad de la intervención; habitualmente, entran primero las cirugías de oído o las de los adscritos, y a continuación los casos del R3, R2 y R1.

Cuando un paciente después del trabajo clínico amerita operarse, debe buscarse turno en la libreta correspondiente. Idealmente el enfermo habrá pasado por Clínica; sin embargo, si el caso es muy obvio, la autorización de un médico de base o R3 bastará para la programación.

El manejo de la libreta de programación es de gran responsabilidad ya que su uso desordenado trae como consecuencias desajustes en la organización del servicio y trastornos para el paciente. Únicamente podrá programar el personal médico del servicio y quien programe será responsable de que se haga en forma adecuada y que la preparación preoperatoria, esté correctamente indicada.

Hay que concientizar al paciente del compromiso que adquiere al aceptar su programación, ya que debido al gran volumen que se maneja, a veces los turnos para cirugía demoran varios meses. Por esta razón es muy importante que se confirme la cirugía unos 10 días antes, para que en caso dado, si queda un lugar disponible, se pueda llamar a otro paciente.

La libreta consignará los siguientes datos:

Nombre, edad, sexo, registro y teléfono del paciente.
 Diagnóstico e intervención programada.
 Nombre de quien hace la programación, la autoriza y opera.

Tanto la clave de la cirugía, como su fecha, se anotan en el Carnet del enfermo; igual la fecha y hora de internamiento y de revisión preoperatoria.

Cada semana se envían las solicitudes al quirófano especificando el personal, el tipo de la anestesia, el equipo que se requiera y el tiempo aproximado que pueda durar la operación.

12. EXAMENES PARACLINICOS:

ENDOSCOPIA:

Para la valoración de patología de vías respiratorias superiores, no fácilmente accesibles a la vista directa, en el quinto piso se cuenta con el servicio de Endoscopia.

El día lunes, desde las 9 horas, los pacientes del servicio se programan para la ejecución de los estudios endoscópicos. Las formas de solicitud para ellos se hacen por triplicado, de manera que después que el costo del estudio ha sido pagado en la caja, una copia se queda con el enfermo y las otras dos, las entrega respectivamente en el 5° piso (Endoscopia) y en el servicio de ORL, para que se coloque en la cartelera.

Se debe indicar al paciente que se presente puntualmente al 5° piso, en ayunas y acompañado, ya que a veces es necesaria la sedación para ejecutar algunos procedimientos.

Los equipos para endoscopia permanecieran disponibles todo el tiempo por si es menester su empleo en algún caso de urgencia.

GABINETE AUDIOLOGICO:

Funciona en el edificio de hospitalización (1° piso), en horario matutino. Cuenta con personal técnico y profesional, que en conjunto con el otorrinolaringólogo, amplían las fronteras del diagnóstico dentro de la

especialidad.

La solicitud de estudios se hace en las hojas destinadas para ellos y por triplicado. El paciente debe apartar la cita en el local del gabinete, y pagar el monto correspondiente en la caja del hospital.

Únicamente cuando el sujeto requiere de estudios electronistagmográficos, se le indica que acuda en ayuno y en compañía de algún familiar o amigo. En casos de electroaudiografías ordenadas a infantes, se recomienda al acudiente que deje al niño hambriento y desvelado, a fin de que se encuentre "cansado" para que al realizar el estudio, duerma fácilmente.

La mayoría de estudios que se precisan, están a disposición; sin embargo, ocasionalmente, se requieren exámenes de los que adolece el gabinete hospitalario; ellos pueden ser solicitados al gabinete de preferencia del paciente, o al de la Clínica Londres donde se tiene cierta consideración con los enfermos del Hospital.

LABORATORIO CLINICO Y RAYOS X:

En los individuos que son atendidos a través de la consulta externa, la papelería para estos servicios, se realiza en triplicado; en sujetos hospitalizados, únicamente por duplicado. Son distintos los formatos para uno u otro.

Siempre debe informársele al paciente que ejecute los estudios ajustándose a las instrucciones precisas para que el resultado sea adecuado y, con el suficiente tiempo (mínimo una a dos semanas antes de la siguiente revisión), de manera que a la cita siguiente, los estudios estén procesados, analizados y colocados en el archivo individual de cada enfermo.

Cuando se precisen exámenes extra-hospitalarios, hay que hacer el resumen de la historia clínica y proceder en la forma más conveniente para el paciente (Ver interconsultas).

CAPITULO 2

HOSPITALIZACION

1. GENERALIDADES

Los pacientes hospitalizados por ORL, se encuentran en varios pisos del edificio:

Cuarto piso: Hombres y niños.
 Quinto piso: Mujeres
 Segundo piso: Niños
 A veces, por interconsultas, en otros sitios.

Esta distribución obliga a llevar la lista de los enfermos en la cartelera del servicio, con su número de cama.

ACTIVIDADES

En el piso básicamente se realiza la rutina de los pacientes hospitalizados:

Visitas
 Egresos
 Interconsultas

2. VISITAS

Aunque depende del paciente, de rutina se revisan los enfermos dos veces al día: a las 7 A.M. y a las 5 P.M..

La primera visita se realiza en conjunto, dirigida por un médico de base. A la hora de comenzar, todos los enfermos ya han de estar revisados, curados y con los estudios, radiografías, hojas especiales, notas de evolución e indicaciones disponibles. El encargado de esta función es el R1, por lo que se le recomienda llegue con suficiente tiempo y tenga a mano todos los elementos necesarios para elaborar dicho trabajo: gasas, lámpara, tijeras, micropore, abatelenguas, etc. La segunda visita está a cargo de los residentes y se efectúa en la tarde después de terminar la actividad cotidiana. Permite valorar los post-operatorios inmediatos, actualizar indicaciones y realizar curaciones o procedimientos que se necesiten. Salvo que las condiciones del enfermo demanden algo detallado, de esta revista solo se requiere una nota pequeña.

Los fines de semana se encarga de la visita al residente de turno junto con el grupo responsable de la guardia, que es aquél que ha tenido actividad quirúrgica el día viernes.

NOTAS DE EVOLUCION:

. Al pie o al margen se colocan las constantes vitales y los datos generales: edad, sexo, peso, talla, superficie corporal, alergias y otros datos importantes.

. Para la evolución de los pacientes se sigue el sistema por problemas:

PROBLEMAS:

Se enumeran los diagnósticos probables o los ya confirmados en orden de importancia.

SUBJETIVO:

Refiera lo que siente el paciente: Quejas, cambios, mejoría subjetiva, tolerancia al tratamiento, novedades que aprecia: temores, angustia, insomnio, apetito; atención prestada, etc. En presencia de sujetos incapaces de comunicarse, la información se obtendrá de familiares, enfermeras o colegas que hayan estado cerca del enfermo.

OBJETIVO:

Se conforma de los actos operados por el conjunto de disciplinas que manejan al paciente: examen físico, observaciones de enfermería, resultados de laboratorio, radiografías, procedimientos, etc. Recuérdese que los enfermos no deben revisarse únicamente del área afectada u operada; la anestesia, cirugía, stress, terapias, ayuno, etc, obligan a la exploración diaria completa.

INTERPRETACION:

La elaboración de la interpretación es un acto médico fundamental, ya que permite ejercitar el pensamiento para llegar a una conclusión juiciosa: los diagnósticos y el plan más acertados.

PLAN:

Como consecuencia del proceso anterior, se propone la manera idónea en que se ha de solventar cada problema; si existe más de uno, la jerarquización debe plantearse para su solución cronológica.

. Para que lo planeado se efectúe, el residente debe asegurarse de que los trámites pertinentes sean procesados (órdenes, interconsultas, solicitudes, etc).

. Al final, ninguna nota prescindirá de fecha, hora, nombre, categoría y firma del médico que ha atendido al paciente.

CURACIONES:

. Por lo general no son dispendiosas, aunque en ocasiones, evidentemente, hay que ejecutar curaciones y procedimientos especiales. Por rutina se curan los pacientes en post-operatorio de oído, rinoseptumplastia con injerto de cartilago costal y las traqueostomias:

OIDO:

Por la tarde se verifica la presión que hace el vendaje: si ésta es intensa, se corta la parte inferior del pedazo que circunda la frente y a la mañana siguiente, se retira con cuidado: se hace limpieza con alguna solución estéril, no irritante, y sin tocar nada del CAE, se coloca una gasa pequeña que abraze la oreja y se la fija con micropore.

RINOSEPTUMPLASTIA CON INJERTO DE CARTILAGO COSTAL:

A no ser que el yeso se haya desplazado, éste no se toca; si acaso está muy manchado con sangre, una capa de adhesivo o micropore puede disfrazarlo, aliviándose así, la impresión subjetiva del operado. Se destapa la herida torácica y se limpia con técnica aseptica, se lubrica con unguento antibiótico y se cubre fijando fuerte con micropore, una gasa o apósito. Durante estas maniobras se debe constatar la presencia de una buena función respiratoria y la ausencia de datos de enfisema subcutáneo. La herida se revisa en la consulta externa hacia el 4° día del post-operatorio y los puntos se retiran hacia el 8° o 10° día.

TRAQUEOSTOMIA:

La aspiración, limpieza y cuidados se mantendrán las 24 horas. De preferencia, tres o cuatro veces al día, el residente debe hacer la curación, aspirando suave y limpiamente; luego, con solución antiséptica, debe desinfectar la piel y el estoma circundantes, para finalmente, lubricar con unguento y proteger con gasas estériles. En caso de que las cintas umbilicadas estén sucias, se cambian con cuidado. Cuando el paciente tiene endocánula, debe retirarse en cada curación y lavarse obsesivamente, verificando la completa permeabilidad de su luz. El procedimiento se completa, dejando cómodo al paciente, con humidificación e instrucciones precisas.

Dependiendo de las necesidades del enfermo, la cánula de presión debe cambiarse entre el 3° y 7° día por una de plata, teniendo a mano el equipo completo para traqueostomía y tirando de las riendas suavemente para que el estoma permanezca abierto. Mientras se use la cánula de presión, hay que estar alerta de que el globo se mantenga en su sitio y a la presión adecuada, a fin de evitar necrosis o complicaciones delicadas.

Los puntos se retiran más o menos al sexto día post-operatorio, teniendo la precaución de mantener las riendas intactas.

Una vez el paciente no amerite la traqueostomía, el retiro de ésta se llevará paulatinamente, indicando al enfermo que ejercite la respiración nasal, mientras obtura la cánula por periodos de tiempo cada vez más prolongados. Entretanto la cánula se va cambiando por nuevas, que vayan disminuyendo de calibre.

INDICACIONES:

, La ejecución racional y ordenada de las indicaciones, es cardinal para el éxito de un tratamiento.

. Siempre deben llevar fecha, hora y firma; deben ser específicas, completas, actualizadas y, estar escritas en letra clara o de máquina.

. A grosso modo, el perfil de indicaciones es el siguiente:

MEDIDAS GENERALES:

Peso, actividad, signos vitales, evacuaciones, dieta, etc.

MEDIDAS ESPECIFICAS:

Posiciones, cuidados de piel, venoclisis, canalización, aislamiento, interconsultas, hojas de control especial, laboratorios, procedimientos, etc.

MEDICAMENTOS:

Dosificación, horario, vía, diluciones, precauciones, etc.

. Cuando se cambie una orden, antes de consignarla, debe cancelarse la antigua.

. Si un paciente permanece mucho tiempo, NO se debe repetir: "Mismas indicaciones"; a diario deben escribirse, acalarando entre paréntesis, al frente de cada orden, el número de días que ha venido indicándose.

. Cualquier paciente hospitalizado debe de contar, por lo menos, con los laboratorios de rutina; ello asegura una base para los controles subsecuentes y proporciona parámetros elementales. Útiles para el manejo ulterior (anémia, coagulación, función renal, hiperglicemia, etc); una tele de tórax y un EKG, según el paciente, también pueden ser convenientes. Dichas medidas integran el concepto de salud del paciente; recuérdese que internar a un enfermo, significa darle un servicio más completo y seguro del que tendría en su propio domicilio.

3. EGRESOS:

Los pacientes pueden salir del hospital básicamente en tres formas:

Alta voluntaria.

Alta médica.

Deceso.

ALTA VOLUNTARIA:

En esta situación, el sujeto debe pasar por escrito las razones de su decisión aceptando las responsabilidades que de ella se deriven; si no sabe escribir, su argumento oral debe ser transcrito, preferiblemente por alguno de sus familiares. Cualquiera de estos documentos tienen que ir firmados por el interesado y dos testigos. En la hoja de indicaciones y en el expediente, el

médico tratante anotará los hechos y pasará un informe al jefe del servicio y a la dirección del hospital; notificará además a Admisiones, para que ellos se encarguen de las formalidades correspondientes. Antes de que un paciente tome la determinación de irse, se está en la obligación de persuadirlo de que no lo haga, explicándole clara y cabalmente las repercusiones de su acto.

En casos de que algún paciente desaparezca sin dar aviso, se procede de manera semejante.

ALTA POR DECESO:

En estas circunstancias hay que llenar las formas de defunción y escribir en el expediente, detalladamente, las condiciones médicas que rodearon el óbito.

Se efectúa además, un epílogo completo de la historia clínica y se da aviso a Admisión y Patología.

ALTA MEDICA:

Se otorga por criterio médico. Muchos de los pacientes que se manejan en el servicio, son ambulatorios y solamente ameritan de un día a unas horas de estancia hospitalaria; de las cirugías de rutina, que evolucionan satisfactoriamente, únicamente se dejan por dos días a los post-operados de estapedectomía.

Si por el contrario hay tropiezos en la evolución o suceden complicaciones (sanhado, intolerancia de la vía oral, parálisis facial, vértigo, deshidratación, etc.), evidentemente, el enfermo permanecerá al cuidado del staff hospitalario, el tiempo que necesite.

En otras circunstancias, cuando el enfermo se interna para manejo de afecciones que consumen más tiempo de hospitalización, el alta se expide una vez que el problema está bajo control.

CRITERIOS GENERALES DE ALTA:

- . Seguridad de que la vida del sujeto está fuera de peligro.
- . Riesgo mínimo de complicaciones por su padecimiento
- . Posibilidad de administrar tratamiento complementario ambulatoriamente.
- . Nivel cultural y facilidades de transporte en caso necesario.
- . Disponibilidad para controles y curaciones por la consulta externa.

NOTAS DE EGRESO:

Deben incluir, en primera instancia, los diagnósticos de ingreso y egreso, y el

plan médico y quirúrgico proyectado y realizado.

A continuación debe anotarse la evolución de forma convencional, haciendo hincapié en el estado actual del paciente y las razones por las cuales se procede al alta.

Una interpretación global del caso, en forma de resumen, que incluya los detalles importantes del enfermo, de los estudios y tratamientos practicados, técnicas y hallazgos operatorios, etc. junto con el plan futuro, complementarán la nota.

HOJAS DE EGRESO:

Cualquiera que sea la forma de egreso, debe consignarse en la hoja de indicaciones y en el formato de exresos, por duplicado, llenando correctamente el párrafo destinado al médico.

INDICACIONES DE ALTA:

Antes de la salida, debe explicársele al paciente de manera sencilla, en un lenguaje que entienda y no lo confunda, el tratamiento practicado; unos minutos para aclarar sus dudas y exponerle detalladamente los cuidados, prohibiciones y datos de alarma, jamás deben ahorrarse. A veces es mejor anotarlos o platicarlos con un familiar que esté al pendiente del paciente (padres, conyuges, etc).

En general el post-operado de oído debe persistir con la impermeabilización del mismo, y dejar intactos los taponés dentro del CAE; ha de abstenerse de viajar o ejecutar maniobras que aumenten la presión intratubaria (sobretudo en timpanoplastias) y, los baños de inmersión quedan prohibidos. El paciente de estapedectomía permanecerá las primeras veinticuatro horas en reposo absoluto, con el oído operado hacia arriba y luego, en reposo relativo por lo menos por una semana.

Los intervenidos de rinoseptumplastia deben evitar el calor y posturas durante el sueño que presionen sobre la nariz, siendo la de Fowler una buena opción ya que además facilita el drenaje facial y la respiración oral. El uso de anteojos queda proscrito y el veso no debe mojarse ni manipularse; en caso de que se desplace, hay que acudir al servicio para su recolocación. El enfermo debe alertarse sobre sangrados o sensación de cuerpo extraño en la rinofaringa (taponés), para que consulte de inmediato. El calor local con compresas, durante las primeras 24 a 48 horas, y luego frías, pueden disminuir el edema y las equimosis.

En caso de cirugías de amígdalas o adenoides, lo más importante es estar pendiente de hemorragias para realizar hemostasia de urgencias. A veces hay otalgia refleja que no implica problema importante. La instauración de declusión y habla temprana, son beneficiosas para la evolución post-operatoria,

teniendo cuidado en evitar alimentos que puedan lastimar el lecho amigdalino (tostadas, huesos, etc). La costumbre de ingerir alimentos helados, se basa en la suposición de que el frío proporciona alivio del dolor; ello no ha sido probado.

El sometido a microcirugía laríngea debe guardar reposo absoluto de voz, escribiendo, hasta nueva orden, lo que quiera manifestar.

En cualquier caso de fiebre, malestar, inapetencia, sangrados o edemas exagerados, u otro tipo de complicaciones, el paciente ha de estar avisado de que consulte de inmediato.

En forma general se ha expuesto lo referente a la rutina quirúrgica, pero recuérdese la particularidad de cada paciente, sus problemas de base, operaciones y tratamientos realizados, para ajustar las debidas indicaciones.

RECETAS DE ALTA:

Estas deben incluir las indicaciones farmacológicas y las medidas coadyuvantes:

. Escribir el nombre del paciente, la fecha, el servicio y la firma y nombre del médico con sus respectivos códigos, empleando letra clara o de máquina de escribir.

. Enumerar los medicamentos indicados por su nombre comercial o genérico y cada uno de ellos, por separado, debe describirse en cuanto a su dosificación, presentación, número total de unidades requeridas para el tratamiento completo, horario, número de días de duración y, precauciones y cuidados que han de observarse durante el tiempo del tratamiento.

. Anotar las medidas que el paciente debe observar como integrantes complementarias del tratamiento farmacológico.

. Especificar la fecha y hora del control siguiente junto con el nombre del médico que hará la revisión.

. Para finalizar, conviene entregar al enfermo una notita que contenga su diagnóstico final, la cirugía realizada, los hallagos operatorios y el plan siguiente, de forma que el mismo pueda ir archivando información personal sobre su estado de salud. Téngase en mente que la salud es un tesoro propio y, todo sujeto tiene derecho de información sobre ella. Si se está conciente que se ha obrado correctamente, no existen inconvenientes de certificar por escrito los actos.

4. INTERCONSULTAS

Las interconsultas de hospitalización difieren poco de lo ya comentado en el capítulo 1 (ver página # 9).

CAPITULO 3

EL QUIRÓFANO

1. GENERALIDADES

. La actividad operatoria se inicia a las 9 a.m.. Implica que a dicha hora, esté anestesiado el enfermo, y el personal y los implementos para la intervención estén listos para comenzar.

. El paciente ha de estar canalizado en la mesa de operaciones a las 8hs, con el expediente completo incluyendo todos sus estudios, y el cumplimiento de las indicaciones preoperatorias. Debe estar limpio, sin maquillajes ni barniz en las uñas, vestido con la bata hospitalaria, sin ropa interior, joyas o prótesis; el cabello recogido en un gorro o campo quirúrgico, y marcado con un adhesivo alrededor de la muñeca o el talón.

. Para las 8:30, el departamento de enfermería ha de haber surtido la sala con todo lo necesario para la cirugía, de manera que el instrumentista proceda a la organización de la mesa, mientras el equipo de anestesiología se aboca a su labor y los cirujanos se lavan.

. Los residentes de ORL deben llegar al quirófono con el suficiente tiempo para colaborar con la preparación del enfermo y de la sala, siendo responsables de que los equipos, instrumentos, implementos y suplementos, estén completos y en condiciones óptimas para lo que se precise durante el día. Igualmente, al terminar la jornada, éstos tienen que recuperarse, ordenarse, limpiarse y entregarse a quien corresponda (esterilización, servicio, etc.).

. El Ri de grupo es también el encargado de que las biopsias, piezas y muestras quirúrgicas sigan el destino correcto; las ordenes, el transporte propio y la entrega a quien concierna, debe realizarlos personalmente.

. Cuando la cirugía concluye, los pacientes permanecerán acompañados por alguien del servicio hasta que sean entregados al personal de recuperación, y antes de que sean llevados al piso, las indicaciones y la nota quirúrgica deben estar a disposición para transportarse con el enfermo.

. Si el post-operatorio se maneja como terapia intermedia, tanto el cirujano como el anestesiólogo, son los encargados del cuidado del enfermo hasta que sea trasladado al piso.

. Debe recordarse que el quirófono es un sitio aséptico y por esto hay que actuar en pro de ello:

En arsenal entregan la blusa, el pantalón, gorro, polainas y cubre-bocas para que, cambiados en el vestidor, se entre a la sala como se obliga. Estas prendas no deben usarse fuera del Área del quirófono, y en lo posible, si se usa el sanitario durante el día, una nueva muda del ajuar mencionado debe solicitarse.

No conviene portar a la sala objetos innecesarios (libros, maletines, equipos de sonido, etc.); mucho menos alimentos. Toda vez que se abra el paquete estéril, debe usarse el cubre-bocas y nunca se prescindirá de las polainas en el área de salas.

. Para todo procedimiento en el quirófano ha de tenerse un esquema mental general que permita funcionar eficazmente. A continuación se mencionan respecto a las cirugías de rutina; sin embargo, los lineamientos básicos son aplicables para cualquier tipo de operación:

- | | | |
|-------------------------|----------------|---------------|
| . Iluminación | . Antisepsia | . Implementos |
| . Posición del paciente | . Campos | . Suplementos |
| . Anestesia | . Materiales | . Equipos |
| . Personal | . Instrumental | |
| . Asepsia | | |

ESQUEMA GENERAL DE LAS CIRUGIAS DE RUTINA:

Adeno-amiغدlectomía (A.A.):

Iluminación: Lámpara frontal.

Posición del Paciente: Decubito dorsal, con rollo mediano debajo de los hombros que permita hiperextender la cabeza y el cuello.

Anestesia: General con intubación oro-traqueal; tubo móvil.

Personal: De die: cirujano, ayudante, anesthesiologo, instrumentista.

Asepsia: Lavado y paquete quirúrgico.

Antisepsia: Solución antiséptica (Benzal™), desde tercio superior del tórax hasta la frente; partes laterales del cuello y de la cara. Hincapié en áreas peri-bucal y peri-nasal.

Campos: Tres en triángulo; se deja descubierto lóbulo nasal, cavidad oral y 2/3 superiores del mentón. Dos campos de mesa.

Materiales: Gasas estériles, solución salina Normal 1000ml. Suturas: Dexon, Vicryl, o Catgut Cromico, 3-0. Hojas de bisturi falciforme # 11, jeringa Asepto, Asas frías.

Instrumental: Abrebocas de Mc Ivor, 2 pinzas de White, mango de bisturi # 3, cánula de Yankauer, disector de Freer, amigdalotomo automático de Sage, 2 pinzas hemostáticas de Schmidt, retractor de pilares, porta-agujas de Rienhoff, tijeras de Mayo, de Metzen y ancladas de Lexer; pinzas largas para cauterio bipolar. Adenotomos de La force (tres tallas), pinzas de Brooks, retractor de Love.

Implementos: Aspirador, cauterio bipolar.

Suplementos: Placa lateral de cráneo partes blandas.

Aplicación de tubos de ventilación (T.V.):

Iluminación: Microscopio (lente X 200).

Posición del paciente: Decubito dorsal con la cabeza apoyada sobre la región mastoidea contralateral.

Anestesia: General con intubación oro-traqueal; en pacientes colaboradores, sedación v bloqueo local.

Personal: Sentado. Anestesiólogo, cirujano, instrumentista.

Antisepsia: Benzal para el área peri-auricular, campo hendido, guantes estériles.

Materiales: Algodón estéril, Adrenalina (1 ampolleta).

Instrumental: Otoscopios cromados de diferentes calibres (de 3 a 8 mm), miringotomo, picas rectas y curvas, pinzas de Hartmann, juego de mini-aspiradores con adaptador (desde el # 3-0 al # 6).

Implementos: Aspirador, mesa auxiliar de Mayo, bancos.

Suplementos: Audiometría tonal, timpanometría, impedanciometría y tubos de ventilación.

Septoplastia (S/P):

Iluminación: Lámpara frontal.

Posición del paciente: Decubito dorsal con la cabeza sobre la prolongación de la mesa para ella.

Personal: De pie (preferiblemente) o sentado. Anestesiólogo, cirujano, ayudante, instrumentista.

Anestesia: General con intubación oro-traqueal, de preferencia con técnica de hipotensión controlada v local, infiltrando procaína (Xilocaina™) con adrenalina al 1/60000, a nivel de borde caudal del septum y región vomeriana.

Asepsia: Lavado v paquete quirúrgico.

Antisepsia: Desde el tercio superior del tórax, cuello, cara y frente; hincapié en área perinasal v vestibulo nasal. Vibricectomía del mismo.

Campos quirúrgicos: Tres: cuadrado para la zona donde se apoya la cabeza, triangular para envolverla v rectangular debajo de la base nasal. Queda

descubierto desde el nasion hasta el tercio superior del labio superior; dos campos de mesa.

Materiales: Xilocaina simple al 2%, epinefrina al 1\1000 (1 ampollita), tapones de algodón embebidos en vaso-constrictor local (Xilometazolina), jeringas desechables de 20 y 5cc; hoja de Bisturi # 15, catgut cromico 4-0, cera rosa, tapones con Neosporin y micropora delgado.

Instrumental: Mango de bisturi #3; rinoscopios de diferente tamaño; aspiradores nasales; pinzas de bayoneta (Wilda); ranchillos sencillo y doble; cuchillo y graduado de Cottle; disector de Freer; tijeras de Mayo, Metzenbaum, acodadas (Klirith, Heyman, Seiler) y de Iris, Knapp o Stevens; Ballenger; cinceles de 2, 4, y 6 mms. martillo; pinzas de Luc, Killian o Knight, de Adson o Adson-Brown y de Semkin con y sin garras; porta-agujas fino.

Implementos: Aspirador

Suplementos: Placa en posición de Water y rinomanometria (opcional).

Rinoseptoplastia (R/S):

Iluminación, posición del paciente y personal: Idem a la S/P.

Anestesia: Igual, salvo que además se hace infiltración en la región alar y del dorso nasal.

Asepsia, antisepsia y campos quirúrgicos: Solamente varia la amplitud del campo operatorio, que se decubre desde las cejas.

Materiales: Igual, añadiendo tiras de yeso de 4 cms.

Instrumental: Lo mismo, más: tijeras de doble filo, de Fomon, cinceles de 12 mm (tipo Cottle) para osteotomías; legras en diferentes disposiciones (Maltz, Galleher, Cottle, Aufricht, Fomon, etc), separador de Aufricht.

Implementos: Igual.

Suplementos: Idem; además de fotografías pre-operatorias (ya diseñadas).

Caldwell-Luc:

Iluminación: Lámpara frontal o microscopio (lente X 200).

Posición del paciente: Igual que para S/P.

Anestesia: General con intubación oro-traqueal e infiltración de surco gíngivo-labial y pared nasal externa (opcional).

Personal: De pie (preferiblemente); anestesiólogo, cirujano, ay udante e instrumentista.

Asepsia: Lavado y paquete quirúrgico.

Antisepsia: Desde tercio superior del tórax, cuello, cara y frente, intranasal e intraoral, especialmente la región gingivo-labial superior.

Campos: Se colocan en forma similar a la S/P, dejando al descubierto desde el tercio medio de la cara hasta el borde superior del labio inferior.

Materiales: Hojas de bisturí #15, Xilocaina al 2% con Adrenalina, jeringas desechables de 20 y de 5cc, tapones de gasa simple, sonda de Fowler pediátrica.

Instrumental: Mango de bisturí # 15; desperiostizador de Mc Kenty; cincel de 2 mm y martillo; Kerrison; pinzas de Luc o Littauer, pinzas de Bayoneta, pinzas de Mosquito, de Kelly, de Adson o Adson-Brown, y de disección; disector de Freer, curetas antrales (Faulkner, Coakley, Myles); separadores de Farabeuf, retractores de Volkman; tijeras de Metzbaum, Mayo e Iris; porta-agujas y aspiradores; pinzas largas de electro-cauterizador.

Implementos: Aspirador, electro-coagulador bipolar.

Suplementos: Ravos X de senos paranasales, tomografía computada de región sinusal (ideal).

Equipos: Si se aborda el seno mediante fresado, se requiere de la fresa y los aditamentos con que un determinado modelo funcione (tanque de nitrógeno, pedal, pieza de mano, fresas, etc).

Timpanoplastia (T/P):

Iluminación, posición del paciente y anestesia: Igual que para T.V., pero siempre con infiltración de región retro-auricular y endoaural en los cuatro cuadrantes (jeringa y aguja de Insulina).

Personal: Sentado: anestesiólogo, cirujano, ayudante, instrumentista.

Asepsia: Lavado y paquete quirúrgico.

Antisepsia: Desde tercio superior del tórax, cuello lateral y sus mitades anterior y posterior, media cara y zonas peri-auricular y retroauricular, con énfasis. Aislamiento de esta misma área con cinta "testigo" o adhesivos desechables (Esteril Drape), de manera que no queden cabellos interfiriendo con el campo operatorio.

Campos: Auricular que quede incluyendo una mesa de Mayo situada encima pero fuera de la cabeza del paciente y que, sostenido con la bandeja, aisle la misma del campo operatorio. Campo de pies que incluya la parte pedal de la mesa de Mayo y dos campos que aisle las piernas del cirujano. Además se necesita que tanto el microscopio, como los equipos (fresa y sus aditamentos), estén protegidos en fundas apropiadas y aislados de la zona operatoria, mediante el uso de los campos que se necesiten.

Materiales: Xilocaina al 2% con Epinefrina. Jeringas de 5cc y de Insulina, minitorundas de algodón, rosario, suturas de Dermalón y de catgut simple y crómico 4-0, Gel-foam cortado y aplastado en cuadritos miniatura, abatelenguas (para deshidratar el injerto), tapón de gasa embebido en Neosporin, torundas de algodón estéril, vendaje y auricular de gasa; apósitos.

Instrumental: Aparte del mencionado para los T.V., se necesitan separadores como los de Farabeuf, Senn, Weitlaner o Wulstein; pinza para injerto; desperiostizador de Mc Kenty; mango de bisturí # 3; pinzas chicas para electro-cauterio; tijeras finas de Metzenbaum, de Mayo, cualquiera de las pequeñas (Stevens, Iris, Knapp, etc), y micro-tijeras de Baluchi; equipo de picas que incluyan micro-disector "cola de pato" y micro-cuchillo de Rosen; micro-pinzas (Hartmann, de copas, Novek, otras); curetas de Lempert y un porta-agujas fino.

Implementos: Aspirador, electro-cauterio, bancos.

Suplementos: Audiometría tonal, logaudiometría, placas de Schüller comparativas, o cualquier otro estudio radiológico para oído medio (poli-tomografía de Guillen, tomografía computada, proyecciones de Chausse, etc).

Equipos: Tener a la mano el equipo de fresado por si es necesario su empleo.

Mastoidectomias (M/T):

Iluminación, posición del paciente, personal, asepsia, antisepsia, campos: Igual que para timpanoplastias.

Anestesia: Idem; se obvia la infiltración endoaural.

Materiales: Se emplean los mismos que para las timpanoplastias, sin que sea necesario el rosario; además se requiere de un sistema de humidificación continuo (Jeringa de 20cc con punta de látex o micro-aspirador con surtidor de agua incorporado estilo García-Ibáñez).

Instrumental: Igual que para T/P; además debe tenerse todo el equipo de fresas completo, incluyendo las de diamante; curetas para mastoides de Spratt, micro-espejo para aticotomía y aspirador y surtidor de agua en una misma pieza.

Implementos: Igual que para timpanoplastias, siendo ideal contar con Poli-tomografía y/o tomografía computada de oído.

Suplementos: Igual que para timpanoplastia.

Equipos: Absolutamente necesaria la fresa con todos los aditamentos que se requieran.

Estapedectomia (E/P):

Iluminación, personal, asepsia, antisepsia y materiales: Igual que para T/P.

Posición del paciente: Igual que para T/P, teniendo en cuenta que el riel de la mesa debe quedar a la cabecera, de tal manera que se pueda colocar el soporte automático de otoscopios.

Anestesia: Lo más conveniente es sedación con bloqueo local; si el paciente es poco colaborador y bastante aprehensivo, se recomienda la anestesia general con intubación oro-traqueal.

Instrumental: Se pueden emplear los mismos que para M/T, pero hay que añadir, la regla para medida de la prótesis, una fresa especial # 0 para la estapedotomía y las piezas super-finas para estapedectomia línea Rosen o línea Wulstein; soporte automático para otoscopio.

Implementos: Aspirador, bancos.

Suplementos: Audiometría tonal, logaudiometría, impedanciometría con reflejos estapediales, Schüller comparativas y prótesis.

Equipos: Sistema de fresado con los aditamentos necesarios.

Laringoscopia directa (L.D.):

Iluminación: Microscopio (lente X 300), fuente de luz fría con extensión intralaringea.

Posición del Paciente: Decubito dorsal con un rollo mediano debajo de los hombros, de manera que quede un poco hiperextendido el cuello y la cabeza algo "colgada".

Anestesia: Sedación más anestesia tópica o infiltración local. Técnicas de Venturi o anestesia general con intubación oro-traqueal, trabajando en compañía del anestesiólogo, ya que el tubo inflado no permite el acceso al área.

Personal: De pie; anestesiólogo, cirujano, instrumentista.

Antisepsia: Es una cirugía semi-contaminada; paquete quirúrgico, guantes estériles. Se coloca sobre el enfermo, a nivel del tórax, una mesa de Mayo que sirve para fijar el soporte del laringoscopio.

Materiales: Xilocaína en gel y en spray o para infiltrar.

Instrumental: Equipo para laringoscopia directa que cuente con laringoscopios rectos y curvos, cuchillos, tijeras y pinzas derechas e izquierdas para decorticar, biopsiar, etc; soporte para laringoscopio.

Implementos: Fuente de luz, aspirador, mesa de Mayo, y si se dispone, fuente de rayo Laser.

Suplementos: Naso-larinoscopia.

2. NOTAS QUIRURGICAS:

En el área de quirófano se cuenta con papelería propia para realizar, una vez terminada la intervención, la nota que deja constancia sobre el tipo de cirugía, la técnica empleada con sus modificaciones, los hallazgos quirúrgicos, accidentes y observaciones que puedan ser importantes.

Este tipo de anotaciones no solo son una rutina o "papelería" que hay que llenar, constituyen un documento que tiene gran importancia tanto desde el punto de vista médico como legal; por ello, hay que ser minuciosos al redactarla. En el manejo institucional, los pacientes no siempre van a ser atendidos por el mismo grupo de cirujanos y, en cualquier caso, es de incalculable beneficio, tanto para el enfermo como para el servicio tratante, que los eventos quirúrgicos queden clara y sinceramente constatados por escrito.

3. INDICACIONES DEL POS-OPERATORIO:

Como ya se ha mencionado en el capítulo 2, las indicaciones siguen un orden y corresponden a la individualidad de cada paciente.

Por norma general, en los enfermos post-operados se suelen hacer las siguientes prescripciones:

1. Tipo de posición más adecuado al enfermo, Fowler para POP de cirugía nasal o sinusal; oído operado hacia arriba en estapedectomias, etc. Indicaciones respecto al reposo.
2. Referencia a las soluciones parenterales y al inicio de la vía oral, de acuerdo con la capacidad de tolerar líquidos.
3. Alusión al tipo de dieta, generalmente líquida para las siguientes 8 horas.
4. Observaciones especiales para dar aviso en caso de alarma (sangrados, obstrucción de la vía aérea, fiebre, secreciones, vomitos, etc).
5. Indicaciones particulares sobre curaciones, hojas especiales, controles o vigilancia de algún evento singular.
6. Los cuidados generales de enfermería y el control de los signos vitales.

7. Medicamentos:

ANTIBIOTICOS:

De acuerdo con el tipo de cirugía se ordenan, o no. En las cirugías de rutina que no se indican antibióticos durante el POP, son las adeno-amigdalectomías, cirugía laríngea y colocación de tubos de ventilación. En el resto de procedimientos se prefiere usar antibióticos por una semana, ya que si bien la patología de base no corresponde a alguna infección, las áreas donde se opera son semi-contaminadas y muchas veces los taponamientos propician el medio ideal para el desarrollo de entidades infecciosas.

ANALGESICOS:

Aunque este tipo de POP no son muy dolorosos, un analgésico no narcótico puede proporcionar el bienestar necesario para que el enfermo evolucione con tranquilidad; se aprovecha, además, con este tipo de fármacos, el efecto anti-inflamatorio que conllevan. Se prefieren los derivados del acetaminofén, pues no interfieren con ningún mecanismo de coagulación y pueden administrarse por la vía rectal.

ANTI-HISTAMINICOS Y/O ADRENERGICOS:

En muchos pacientes otorrinolaringológicos, este tipo de drogas están indicadas pues favorecen la evolución, disminuyendo secreciones y evitando congestión en las vías respiratorias superiores.

Ocasionalmente hay necesidad de prescribir diferentes tipos de medicinas como sedantes o cualquier otra, que contribuya al manejo de alguna patología concomitante que padezca el enfermo (HTA, D.M., etc).

4. CIRUGIA AMBULATORIA:

Constituye un nuevo programa que concuerda bastante bien con el tipo de cirugías del área otorrinolaringológica. Queda todo el camino por delante para transcribir la experiencia que llegue a acumularse dentro de esta modalidad, que dados los avances en las técnicas anestésicas y quirúrgicas, hacen que la cirugía se convierta en un evento más práctico, beneficioso y económico.

CAPITULO 4

ACTIVIDADES ACADEMICAS

1. GENERALIDADES

Con miras a lograr un entrenamiento sólido en la especialidad de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello, el residente presta asistencia dirigida para el entrenamiento clínico y quirúrgico, respaldado por el conocimiento teórico y la práctica de laboratorio. Estas actividades se integran concomitantemente durante los años de residencia, exigiendo un esfuerzo cotidiano, que se fundamenta en la sed de aprender y la responsabilidad de lograr una meta cabal. Al final del entrenamiento el estudiante debe conocer a fondo la anatomía, fisiología, patología, semiología, farmacología, clínica y cirugía, así como los aspectos relacionados con la investigación y actualización de lo que compete a su especialidad.

En favor de esa meta, el programa docente cuenta con los siguientes incisos:

CURSOS Y SESIONES:Cursos básicos integrados:

Se imparten en compañía con los servicios de ORL de los hospitales de PEMEX y el INER. Constan de diversos cursos que se dividen entre el R1 y el R2:

Anatomo-patología, fisiología, farmacología, inmunología, microbiología, audioloxía, foniatría, radioloxía, medicina legal, psiquiatría, etc.

Cursos de apoyo a la especialidad:

A cargo de la Sociedad Mexicana de otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (SMORL Y CCC): anualmente vienen programados e incluyen temas de interés, con la participación de profesores invitados. Muchos de estos cursos son de asistencia obligatoria.

Congresos y cursos especiales:

Nacionales e internacionales, para los cuales, desde el R2, el servicio proporciona todas las facilidades de asistencia, salvo económicas.

Sesiones generales y de video:

También impartidas por la SMORL Y CCC: las sesiones mensuales se llevan a cabo en el auditorio Abraham González Valencia del Hospital General, todos los primeros Martes del mes, a las 8:30hs. Las sesiones de video se efectúan los

Últimos miércoles del mes, en la sede de la Sociedad (Eugenia 13-403 Colonia Nápoles) a la misma hora.

Sesiones radiológicas:

A cargo del grupo CRESA, se imparten los segundos jueves del mes en el auditorio de su dependencia. (Mussete 150. Colonia Polanco)

CLASES TEORICAS:

En las aulas del hospital, entre las 7:30 y las 8:30 a.m., los lunes y miércoles. Son supervisadas por un adscrito y presentadas por los residentes. Anualmente se programan los temas básicos, que están sujetos a modificaciones de acuerdo con las necesidades de los estudiantes; todos los residentes, aún cuando no sean expositores, tienen la obligación de preparar las clases.

SESIONES HOSPITALARIAS:

Los días jueves, de 8:00 a 9:00hs, se obliga la asistencia a la sesión general del hospital, o a los seminarios de cabeza y cuello que se imparten en conjunto con los compañeros de Cirugía Plástica Reconstructiva. Una o dos veces al año la sesión general del hospital está a nuestro cargo.

SESIONES BIBLIOGRAFICAS:

Semanalmente, los martes en horario de 7:30 - 8:30 a.m., cada residente prepara un artículo; si está en lengua extranjera, debe traducirse y junto con un resumen por escrito, se expone de manera crítica, sustentando su discusión con datos actualizados.

SESIONES CONJUNTAS:

Practicadas en compañía de los hospitales INER E INNN; los viernes de 8:00 a 9:00, alternadas en cada sede. La preparación y presentación de los casos está bajo la responsabilidad del R3 que se asigne para la presentación, misma que deberá ser revisada por el adscrito encargado. En estas sesiones los temas y metodologías empleadas se dan libremente (presentación de casos, revisión de temas, mesas redondas, conferencias, paneles, etc); también se procura la participación de colegas institucionales o invitados para el enriquecimiento global de los tópicos expuestos.

CLINICAS:

A propósito de ellas, ya se han hecho los comentarios pertinentes en el Capitulo # 1.

LABORATORIO DE HUESO TEMPORAL:

A partir del R2, el residente lleva a cabo el fresado sistemático de muchos huesos temporales, bajo la supervisión del adscrito encargado de ello. El laboratorio está disponible todos los días de la semana, estando asignados en las horas hábiles un R3 cada día. Los huesos se obtienen de las autopsias practicadas en el hospital, por lo cual hay que estar pendientes de ellas para la consecución de huesos frescos. Existen varias guías y manuales sobre estos procedimientos, por lo que se recomienda al estudiante se haga a una de ellas para el desempeño de su práctica de laboratorio. Al final de cada semana se revisan y califican los trabajos realizados durante ella.

DISECCION DE CADAVER:

De acuerdo con la disponibilidad de ellos, el residente puede realizar disecciones anatómicas y quirúrgicas, siguiendo los lineamientos que la ley permite.

2. EVALUACIONES:

Al final de cada curso integrado se lleva a cabo un examen, el cual, por ningún motivo, puede ser reprobado; ello acarrea sanciones que van hasta la expulsión de la residencia.

Periódicamente se hacen evaluaciones escritas sobre los temas tratados en clase y también exámenes orales, sobre tópicos convenidos.

Al final de la residencia se presenta el Examen del Consejo, que consta de una parte teórica y otra práctica; tampoco puede ser reprobado.

Además, continuamente se está evaluando el comportamiento cotidiano del residente: su actitud, ética, aprovechamiento, rendimiento, responsabilidad, puntualidad, presentación, educación, compañerismo, etc.

3. TEMAS DE GRADO Y PROTOCOLOS DE INVESTIGACION:

El estudiante cuenta con el apoyo, información, cursos y guía de parte de las Divisiones de Enseñanza e Investigación; también dispone de un bioterio, aulas,

materiales de enseñanza, computadora, fotocopias, fotografía y video, y está a su servicio la biblioteca del hospital y la de las de instituciones vecinas, así como la de la Universidad, con su centro de informática internacional.

Ninguna certificación se otorga a quien no presente su tesis de grado; para el logro de ella cuenta con la guía del profesor de curso, adscritos y personal científico de investigación y de enseñanza del hospital, mismos que también responderán a los intereses en cualquier tipo de investigación que el residente tenga inquietud de realizar mientras esté en el tiempo de entrenamiento. Se sugiere idealmente, que durante la especialidad sea practicado un protocolo por año, de manera que el primero sea retrospectivo, el segundo prospectivo y un tercero de mayor envergadura.

Los lineamientos básicos para la realización de los protocolos científicos son los siguientes:

- . Título
- . Autores
- . Sede
- . Antecedentes (Bosquejo histórico)
- . Marco teórico (Marco de referencia)
- . Planteamiento del problema
- . Justificación
- . Objetivos
- . Hipótesis
- . Diseño
- . Material y Método:
 - Universo de estudio
 - Tamaño de la muestra
 - Criterios de selección
 - a. Criterios de inclusión
 - b. Criterios de exclusión
 - c. Criterios de eliminación
- Variables
- Procedimiento de capacitación de la información
- Parámetros de medición
- Cronograma
- Recursos:
 - a. Humanos
 - b. Materiales
 - c. Financieros
- . Validación de los datos
- . Presentación de los resultados
- . Consideraciones éticas
- . Discusión
- . Bibliografía

Cualquier protocolo debe estar autorizado por división de investigación, que da el visto bueno después de revisar su calidad metodológica y factibilidad técnica; así mismo por su intermedio es presentada a la Comisión de investigación y de ética del hospital, quienes enviarán el resultado de su dictamen al director de la institución, quien da finalmente la aprobación para

realizar la investigación.

Aparte de esto, se pretende que el residente, al vincularse con dicho servicio, reciba el entrenamiento propio y la guía necesaria para que aprenda el camino correcto de la investigación.

Para finalizar, recuérdese que la docencia nunca se abandona en todas las actividades hospitalarias y que el residente cuenta además con rotaciones extramurales que complementan su entrenamiento.

APENDICE # 1

HISTORIA CLINICA
SERVICIO DE O.R.L.
HOSPITAL GENERAL DR MANUEL GEA GONZALEZ

FECHA: _____

NOMBRE: _____

REGISTRO: _____

OCUPACION: _____

SEXO: _____

PROCEDENCIA: _____

EDAD: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____

_____ ANTECEDENTES _____

FAMILIARES:

PERSONALES PATOLOGICOS:

PERSONALES NO PATOLOGICOS:

_____ REVISION POR SISTEMAS _____

BRONCO-PULMONAR:

CARDIO-VASCULAR:

GASTRO-INTESTINAL:

GENITO-URINARIO:

OSTEO-MUSCULO-ARTICULAR:

PIEL Y FANERAS:

NEURO-PSIQUIATRICO:

CABEZA Y CUELLO

SINTOMAS:

SIGNOS:

ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS:

DIAGNOSTICO:

PLAN:

ESQUEMAS:

NARIZ/ SENOS PARANASALES/ NASOFARINGE

SINTOMAS:

SIGNOS:

ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS:

DIAGNOSTICO:

PLAN:

ESQUEMAS:

HIPOFARINGE / LARINGE

SINTOMAS:

SIGNOS:

ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS:

DIAGNOSTICO:

PLAN:

ESQUEMAS:

EXAMEN NEUROLOGICO

SINTOMAS:

SIGNOS: Colocar abreviaturas: N= Normal; AN= Anormal; ↑: Aumentado;
↓: Disminuido

PARES CRANEALES:					
	DER	IZO	MIXTOS	DER	IZO
OCULOMOTORES					
(PUPILA			IV SENSIBILIDAD FACIAL		
III			V1		
IV			V2		
VI			V3		
SENSORIALES			MASTICACION		
I ANOSMIA			REFLEJO CORNEANO		
HIPOSMIA			VII PARALISIS		
III FONDO OJO			TIPO		
AGUDEZA VISUAL			GRADO		
CAMPIMETRIA			SCHIRMER		
VIII HIPOACUSIA			REFLEJO ESTAPEDIAL		
DIAPASONES			GUSTO (2/3 ant.)		
VERTIGO			IX		
NISTAGMUS			SENSIBILIDAD(2/3		
INTENSIDAD			POSTERIORES BOCA)		
TIPO			REFLEJO NAUSEOSO		
ESPONTANEO			MOTILIDAD FARINGEA		
POSICIONAL			GUSTO (2/3 post.)		
TERMICO			X		
MOTORES			MOTILIDAD C.VOCALES		
XI DELTOIDES			MOTILIDAD FARINGEA		
E.C.H.			REFLEJO NAUSEOSO		
XII ATROFIA					
FASCICULACIONES			NOTAS:		
MOVILIDAD LINGUAL					

MOTILIDAD:

FUERZA:

TONO:

TROFISMO:

MOVIMIENTOS ANORMALES:

REFLEJOS:

TENDINO-MUSCULARES:

CUTANEOS:

PATOLOGICOS:

APENDICE # 2

CONSULTA SUBSECUENTE

NOMBRE: _____ FECHA: _____
EDAD: _____ REGISTRO: _____
SEXO: _____
CONSULTA # _____ PREOP # _____ POSTOP # _____

_____ CABEZA Y CUELLO _____

DIAGNOSTICOS:

SINTOMAS:

SIGNOS:

ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS:

INTERPRETACION:

PLAN:

DIAGNOSTICOS FINALES:

EXAMINO: _____

FIRMA: _____

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CONSULTA SUBSECUENTE

NOMBRE: _____ FECHA: _____

EDAD: _____ REGISTRO: _____

SEXO: _____

CONSULTA # _____ PREOP # _____ POSTOP # _____

_____ O I D O _____

DIAGNOSTICOS:

SINTOMAS:

SIGNOS:

ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS:

INTERPRETACION:

PLAN:

DIAGNOSTICOS FINALES:

EXAMINO: _____

FIRMA: _____

CONSULTA SUBSECUENTE

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

EDAD: _____ **REGISTRO:** _____

SEXO: _____

CONSULTA # _____ **PREOP #** _____ **POSTOP #** _____

_____ **OCCLUSION/ CAVIDAD ORAL/ OROFARINGE** _____

DIAGNOSTICOS:

SINTOMAS:

SIGNOS:

ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS:

INTERPRETACION:

PLAN:

DIAGNOSTICOS FINALES:

EXAMINO: _____

FIRMA: _____

CONSULTA SUBSECUENTE

NOMBRE: _____ FECHA: _____
EDAD: _____ REGISTRO: _____
SEXO: _____
CONSULTA # _____ PREOP # _____ POSTOP # _____

_____ NARIZ/ SENOS PARANASALES/ NASOFARINGE _____

DIAGNOSTICOS:

SINTOMAS:

SIGNOS:

ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS:

INTERPRETACION:

PLAN:

DIAGNOSTICOS FINALES:

EXAMINO: _____

FIRMA: _____

CONSULTA SUBSECUENTE

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

EDAD: _____ **REGISTRO:** _____

SEXO: _____

CONSULTA # _____ **PREOP #** _____ **POSTOP #** _____

_____ **HIPOFARINGE/ LARINGE** _____

DIAGNOSTICOS:

SINTOMAS:

SIGNOS:

ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS:

INTERPRETACION:

PLAN:

DIAGNOSTICOS FINALES:

EXAMINO: _____

FIRMA: _____

CONSULTA SUBSECUENTE

NOMBRE: _____ FECHA: _____

EDAD: _____ REGISTRO: _____

SEXO: _____

CONSULTA # _____ PREOP # _____ POSTOP # _____

NEUROLOGICO

DIAGNOSTICOS:

SINTOMAS:

SIGNOS:

ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS:

INTERPRETACION:

PLAN:

DIAGNOSTICOS FINALES:

EXAMINO: _____

FIRMA: _____

HOJA FRONTAL

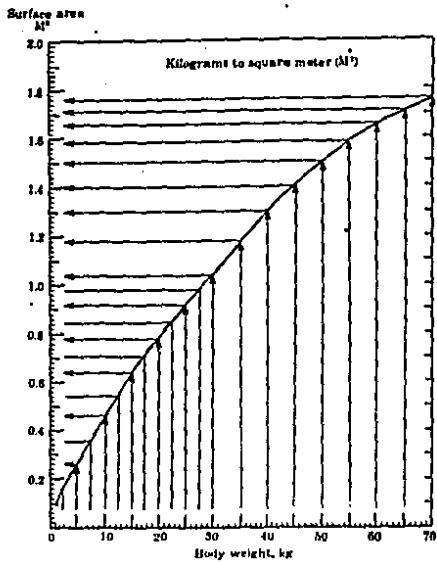
FECHA	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO		FECHA	RESULTIDO	ALTA	NOTAS
		MEDICO	CIRUGIA				
CABEZA Y CUELLO							
OIDO							
N/F SPN NARIZ							
C.O. O/F.							
H/F LARIN- GE							
NEURO- LOGICO							
OTROS							

ABREVIATURAS:

N/F: Nasofaringe; SPN: Senos paranasales; CO: Cavidad oral; O/F: Orofaringe;
H/F: Hipofaringe.

APENDICE # 3

Fuente: N.B. Talbot, R.R. Richie, J.D.
Crawford. Metabolic Homeostasis.
Crambidge, Mass.: Harvard
University Press, 1959. P.i.



CONSULTAS

Cediel R. Lizaraso N. Parra de Rios L. Semiología. Primera edición. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. pp: 217-300. 1978.

Corvera J. Otorrinolaringología Elemental. Francisco Méndez Cervantes, México, D.F. pp: 223-226, 1983.

Franco G, Llano G. Usuario Pediátrico. Tercera edición. Corporación Científica Médicos del Hospital Infantil de Bogotá, Bogotá, Colombia. pp: 260, 1982.

Graef J, Cone T. Manual of Pediatric Therapeutics. Little Brown Spiral Manuals. Boston, USA. pp: 177-204, 1980.

Miltex Instrument Co. Illustrated Catalog. Miltex Instrument Co, New York, USA. 1973.

Rosenstein E, Del Campo A. Diccionario de especialidades farmacéuticas. 33ª edición. Grupo Editorial Mexicano, S.A., México. D.F. 1986.