

PROCEDIMIENTO PARA CONSULTA DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL.



Código: DOM-P170-I1_001
FECHA DE EMISIÓN: 09 DE MAYO DEL 2012
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 14 DE DICIEMBRE DEL 2012

Objetivo

Establecer las actividades para ofrecer tratamiento a los pacientes que presentan problemas o afecciones maxilofaciales, en las áreas de trauma, anomalías congénitas, anomalías de desarrollo y patología tanto en la fase aguda y reconstructiva.

Límites del procedimiento: Inicia en el momento en que el paciente acude a solicitar el servicio de cirugía maxilofacial y termina en el momento en que se da de alta al paciente.

Alcance

Áreas que intervienen: Archivo, trabajo Social, Administración, Dirección, Subdirección Médica, Enfermería, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Ortodoncia, Odontopediatría, Psicología, Genética, Medicina Interna, Anestesiología.

Políticas

1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todos los Centros de Responsabilidad y Contraloría Interna.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel que está vigente y responde a las necesidades actuales de la Institución
 - Un procedimiento es **vigente** mientras no haya uno nuevo que lo supla o sustituya; por lo tanto se sigue aplicando aunque las fechas de autorización no correspondan a los del mes y año en curso, ni los nombres de los directivos a los que ostentan el cargo en la actualidad.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales de la Institución y éste se encuentra en desuso o existe uno nuevo.
2. Es responsabilidad del especialista maxilofacial ofrecer valoración y/o consulta a toda persona que lo solicite con el único requisito de ser referido por consulta externa u otro servicio o departamento y contar con su carnet o tarjetón del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva.
3. El especialista maxilofacial debe iniciar o continuar todo tratamiento cumpliendo por el paciente todos los requisitos Administrativos correspondientes, así como los requerimientos que con el diagnóstico y plan de tratamiento sean solicitados al paciente de otros especialistas.
4. El especialista maxilofacial debe contar con todos los recursos necesarios médicos, instrumentales, equipo, entre otros, contados por la institución y/o por el paciente, para llevar a cabo el tratamiento correspondiente.

Definiciones:

Cirugía Maxilofacial Especialidad Médico Quirúrgica de la odontología que trata todas las patologías involucradas en el área facial principalmente los huesos maxilares y todo el contenido bucal. En los problemas congénitos, traumáticos, patológicos, de anomalías de desarrollo, dentarias y funcionales tanto en la fase aguda como reconstructiva.

SELO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
2

Instituto de Cirugía Reconstructiva "José Guerrero Santos".



PROCEDIMIENTO PARA CONSULTA DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL.



Código: DOM-P170-I1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 09 DE MAYO DEL 2012
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 14 DE DICIEMBRE DEL 2012

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
1.	Paciente.	Acude al servicio de cirugía maxilofacial, solicita atención y entrega tarjetón de citas.						
2.	Especialista Maxilofacial.	Recibe tarjetón de citas, registra en el formato “ Registro Diario de Pacientes en Consulta Externa ” (SIS-SS-01-P) (ver anexo 2) el nombre completo del paciente, edad, sexo, la derechohabencia, el diagnóstico y marca situaciones especiales, anota si existe una consulta con procedimiento.						
3.	Especialista Maxilofacial.	Verifica en el “ Tarjetón de citas ” si se está solicitando la interconsulta en el servicio correcto:						
		<table border="1"> <tr> <td>¿Servicio correcto?</td> <td>Entonces.</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Canaliza al servicio o médico correspondiente. Fin de procedimiento.</td> </tr> </table>	¿Servicio correcto?	Entonces.	Si	Aplica siguiente actividad.	No	Canaliza al servicio o médico correspondiente. Fin de procedimiento.
		¿Servicio correcto?	Entonces.					
Si	Aplica siguiente actividad.							
No	Canaliza al servicio o médico correspondiente. Fin de procedimiento.							
4.	Especialista Maxilofacial.	Determina si se trata de un paciente de primera vez:						
		<table border="1"> <tr> <td>¿Paciente de 1º vez?</td> <td>Entonces.</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Indica al usuario que será atendido según el horario de su cita, aplica actividad 7.</td> </tr> </table>	¿Paciente de 1º vez?	Entonces.	Si	Aplica siguiente actividad.	No	Indica al usuario que será atendido según el horario de su cita, aplica actividad 7.
		¿Paciente de 1º vez?	Entonces.					
Si	Aplica siguiente actividad.							
No	Indica al usuario que será atendido según el horario de su cita, aplica actividad 7.							
5.		Notifica al paciente que será atendido e indica que tome asiento, valora historia clínica. Nota: En caso de que el paciente no cuente con historia clínica entonces llena el formato “ Historia Clínica ” (ver anexo 3).						
6.		Elabora diagnóstico presuntivo y solicita estudios de gabinete correspondientes (radiografías simples, especializadas, fotografías clínicas, modelos de estudio etc.), así como interconsulta correspondiente, envía al paciente a trabajo social para que le informen en donde realizar los estudios, proceda a dar nueva cita al paciente, anota en el tarjetón de citas la fecha, hora, nombre del servicio y médico tratante, registra en la “ agenda ” (ver anexo 4) la cita correspondiente.						

SELO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO PARA CONSULTA DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL.



Código: DOM-P170-I1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 09 DE MAYO DEL 2012
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 14 DE DICIEMBRE DEL 2012

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD							
7.	Paciente.	Acude con especialista maxilofacial en el día y la hora de cita programada, entrega estudios al médico tratante y/o interconsulta correspondiente.							
8.	Especialista Maxilofacial.	Recibe estudios y/o interconsulta correspondiente, elabora y da seguimiento al diagnostico y plan de tratamiento.							
9.		Determina si requiere de interconsulta:							
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Interconsulta?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Explica al paciente que requiere interconsulta, proporciona información al paciente de manera verbal y escrita del lugar en donde tiene que acudir para su interconsulta, aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica actividad siguiente.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Interconsulta?	Entonces.	Si	Explica al paciente que requiere interconsulta, proporciona información al paciente de manera verbal y escrita del lugar en donde tiene que acudir para su interconsulta, aplica siguiente actividad.	No	Aplica actividad siguiente.	
		¿Interconsulta?	Entonces.						
Si		Explica al paciente que requiere interconsulta, proporciona información al paciente de manera verbal y escrita del lugar en donde tiene que acudir para su interconsulta, aplica siguiente actividad.							
No	Aplica actividad siguiente.								
10.	Realiza nota médica en el expediente del paciente, programa nueva cita en la agenda del servicio y en el tarjetón de citas del paciente, anotando fecha, hora, servicio y médico.								
11.	Determina el tipo de procedimiento:								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Tipo de procedimiento?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Medico</td> <td>Aplica actividad siguiente.</td> </tr> <tr> <td>Pre-quirúrgico</td> <td>Aplica actividad 14.</td> </tr> <tr> <td>Quirúrgico</td> <td>Aplica actividad 15.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Tipo de procedimiento?	Entonces.	Medico	Aplica actividad siguiente.	Pre-quirúrgico	Aplica actividad 14.	Quirúrgico	Aplica actividad 15.
	¿Tipo de procedimiento?	Entonces.							
Medico	Aplica actividad siguiente.								
Pre-quirúrgico	Aplica actividad 14.								
Quirúrgico	Aplica actividad 15.								
12.	Prescribe el tratamiento correspondiente al paciente y registra tratamiento en la hoja de notas médicas (ver anexo 5) del expediente del paciente, confirma que el paciente no le queden dudas y programa nueva cita, anota fecha, hora, servicio y medico en agenda y en el tarjetón del paciente.								

SELO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO PARA CONSULTA DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL.



Código: DOM-P170-I1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 09 DE MAYO DEL 2012
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 14 DE DICIEMBRE DEL 2012

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
13.	Especialista Maxilofacial.	Valora resultados del tratamiento médico indicado y de acuerdo a los resultados obtenidos determina si el paciente es dado de alta:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Alta?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Anota el alta del paciente en la hoja de notas médicas en el expediente del paciente. Fin de procedimiento.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica actividad 7.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Alta?	Entonces.	Si	Anota el alta del paciente en la hoja de notas médicas en el expediente del paciente. Fin de procedimiento.	No	Aplica actividad 7.
		¿Alta?	Entonces.					
Si	Anota el alta del paciente en la hoja de notas médicas en el expediente del paciente. Fin de procedimiento.							
No	Aplica actividad 7.							
No	Aplica actividad 7.							
14.		Realiza predicciones quirúrgicas, elabora requerimientos quirúrgicos como férulas, guías, ajustes dentarios, modelos dentarios.						
15.		Llena correctamente la solicitud de los exámenes en el “formato de laboratorio de análisis clínicos y/o radiológicos” correspondientes con el nombre completo del usuario, edad, sexo, número de expediente, servicio, nombre del médico tratante y fecha, entrega formato de laboratorio de análisis clínicos y/o radiológico al paciente.						
16.	Especialista Maxilofacial.	Anota en el tarjetón de citas la fecha, hora, nombre del servicio y médico tratante e indica al paciente que acuda 48 horas antes de la programación quirúrgica para realizar protocolo pre-quirúrgico.						
17.	Paciente.	Acude a programación quirúrgica 48 horas antes de la cirugía en donde acude a todo el protocolo pre-quirúrgico del hospital (Consulta externa, Trabajo Social, Pre-anestesia y Archivo).						
18.	Especialista Maxilofacial.	Recibe, Valora y determina si el paciente se encuentra en condiciones para ser intervenido quirúrgicamente:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Intervenido quirúrgicamente?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Solicita al paciente que realice el protocolo de cirugía e indica las acciones a seguir, aplica actividad siguiente.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Notifica al paciente el motivo por el que no puede ser intervenido quirúrgicamente, aplica actividad 9.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Intervenido quirúrgicamente?	Entonces.	Si	Solicita al paciente que realice el protocolo de cirugía e indica las acciones a seguir, aplica actividad siguiente.	No	Notifica al paciente el motivo por el que no puede ser intervenido quirúrgicamente, aplica actividad 9.
		¿Intervenido quirúrgicamente?	Entonces.					
Si	Solicita al paciente que realice el protocolo de cirugía e indica las acciones a seguir, aplica actividad siguiente.							
No	Notifica al paciente el motivo por el que no puede ser intervenido quirúrgicamente, aplica actividad 9.							
No	Notifica al paciente el motivo por el que no puede ser intervenido quirúrgicamente, aplica actividad 9.							
19.	Paciente.	Recibe indicaciones, realiza protocolo de cirugía y acude con especialista maxilofacial.						
20.	Especialista Maxilofacial.	Recibe paciente y realiza procedimiento quirúrgico planeado.						

SELO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO PARA CONSULTA DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL.



Código: DOM-P170-I1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 09 DE MAYO DEL 2012
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 14 DE DICIEMBRE DEL 2012

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD				
21.	Especialista Maxilofacial.	Da seguimiento hospitalario y alta del paciente hospitalario.				
22.		Valora resultados del tratamiento quirúrgico, se dan indicaciones de seguimiento y registra en el expediente clínico del paciente en el formato “ Notas de evolución ” (ver anexo 6) y determina si se da de alta al paciente:				
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Alta?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Registra la nota de alta en el expediente clínico del paciente. Fin de procedimiento.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Valora el motivo por el cual no se le puede dar de alta y se refiere al seguimiento correspondiente, aplica actividad 8.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Alta?	Entonces.	Si	Registra la nota de alta en el expediente clínico del paciente. Fin de procedimiento.
¿Alta?	Entonces.					
Si	Registra la nota de alta en el expediente clínico del paciente. Fin de procedimiento.					
No	Valora el motivo por el cual no se le puede dar de alta y se refiere al seguimiento correspondiente, aplica actividad 8.					

DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS

Asesorado por: Lic. Laura Leticia Pérez Peralta. Lic. Alicia Margarita Orozco Pérez.

PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN

• Dra. Hilda Rivera Guzmán.

•

•

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO PARA CONSULTA DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL.



Código: DOM-P170-I1_001
FECHA DE EMISIÓN: 09 DE MAYO DEL 2012
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 14 DE DICIEMBRE DEL 2012

Documentos de Referencia

Código	Documento
DOM M03	Manual de Organización del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva
	Manual Específico de Organización de la Subdirección Médica del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva.

Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
Anexo 01	Diagrama de Flujo
Anexo 02	Registro diario de pacientes en consulta externa.
Anexo 03	Historia Clínica.
Anexo 04	Agenda.
Anexo 05	Notas médicas.
Anexo 06	Notas de evolución.

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
7

Instituto de Cirugía Reconstructiva "José Guerrero Santos".



ANEXOS

SELO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
8

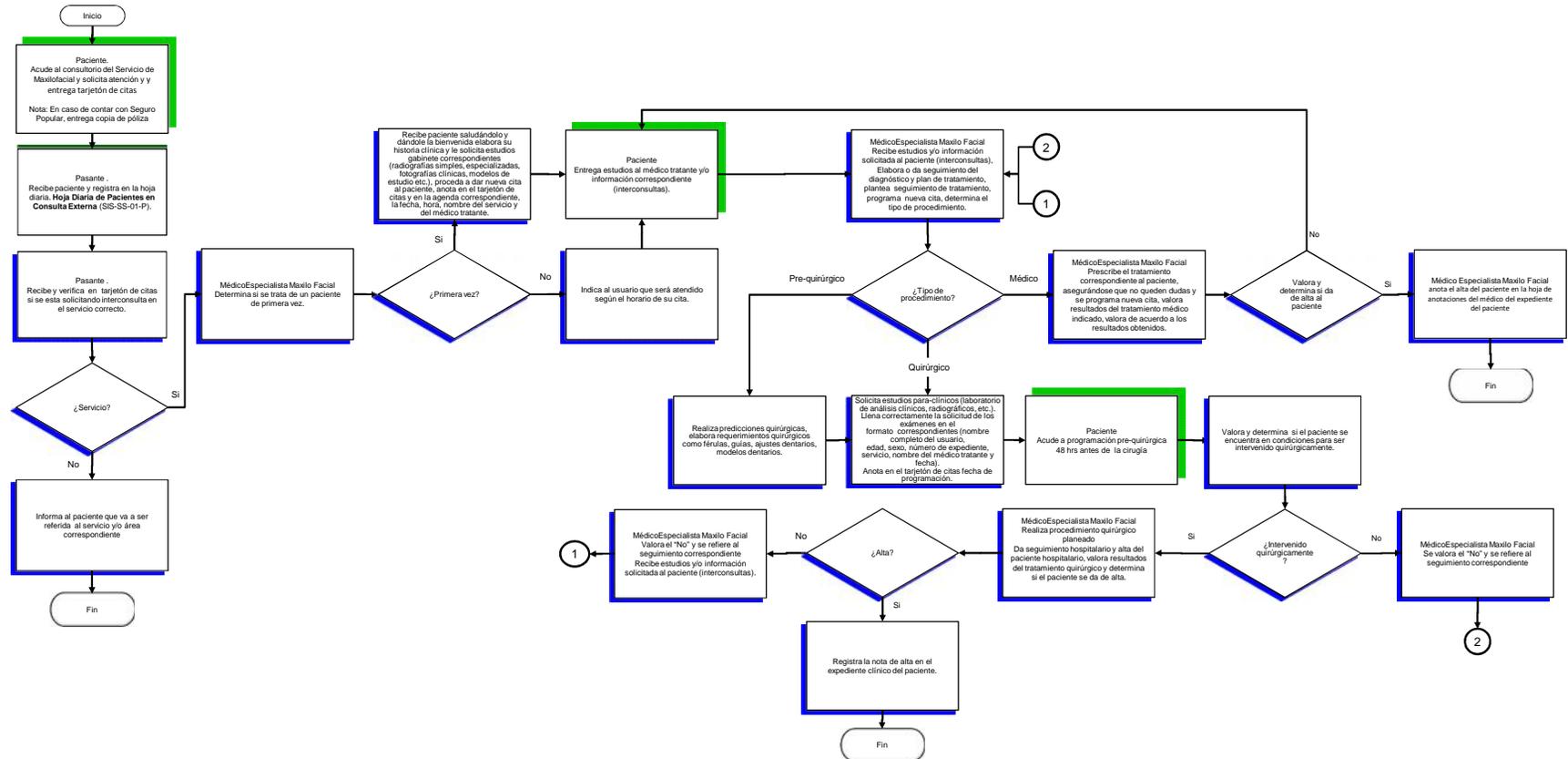
Instituto de Cirugía Reconstructiva "José Guerrero Santos".



PROCEDIMIENTO PARA CONSULTA DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL.



ANEXO 01: DIAGRAMA DE FLUJO



SELO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO PARA CONSULTA DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL.



Código: DOM-P170-I1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 09 DE MAYO DEL 2012
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 14 DE DICIEMBRE DEL 2012

INSTITUTO JALICIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA "DR. JOSE GUERREROSANTOS"				
HISTORIA CLINICA				FECHA:
NOMBRE:				
EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	OCUPACION	LUGAR DE ORIGEN
DOMICILIO ACTUAL			TELEFONO	
INTERROGATORIO				
MOTIVO DE CONSULTA:				
PRINCIPIO Y EVOLUCION DEL PADECIMIENTO: (Semiología de Síntomas)				
ANTECEDENTES FAMILIARES (Abuelos, padres, conyuge, hijos, hermanos)				
ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS:				
TABACO	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	CANTIDAD	_____
ALCOHOL	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	CANTIDAD	_____
DROGAS	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	CANTIDAD	_____
INMUNIZACIONES:				
ESQ. COMPLETO	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>		
REACCION	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>		
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: (ENF. CONGENITAS, INFANTILES, ALERGIAS, TRANSFUSIONES, HEMATICAS, RENAL, OTROS)				
CARDIOPATIAS	<input type="radio"/>	HTAS	<input type="radio"/>	DM
				HEPATITIS <input type="radio"/>
ANT. QUIRURGICOS:	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	FECHA:	_____
PROCEDIMIENTO:				
ANT. GINECO-OBTETRICOS:				
MENAROA:		F.U.M. _____		
G:	P:	A:	C:	DISPLASIA: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
INSPECCION GENERAL:				
SANO <input type="radio"/>		ENF. AGUDO <input type="radio"/>		ENF. CRONICO <input type="radio"/>
ESTADO DE NUTRICION:				
PESO IDEAL <input type="radio"/>		DELGADO <input type="radio"/>		OBESO <input type="radio"/>

SELO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO PARA CONSULTA DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL.



Código: DOM-P170-I1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 09 DE MAYO DEL 2012
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 14 DE DICIEMBRE DEL 2012

EXPLORACION FISICA				
PULSO	T. ARTERIAL	RESP. POR MINUTO	ESTATURA	PESO ACTUAL
CABEZA				
CARA				
CUELLO				
TORAX				
ABDOMEN				
GENITALES				
EXTREMIDADES SUPERIORES				
EXTREMIDADES INFERIORES				
CICATRICES Y SEÑAS PARTICULARES				
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA				
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PLANEADO				
CONSIDERACIÓN PRONOSTICA				
BUENO <input type="radio"/>	REGULAR <input type="radio"/>	MALO <input type="radio"/>	RESERVADO <input type="radio"/>	
PROGRAMA DE ESTUDIOS				
SIOMETRIA HEMATICA <input type="radio"/>	QUIMICA SANGUINEA <input type="radio"/>	TIPOS DE COAGULACION <input type="radio"/>		
VALORACION CARDIOLOGICO <input type="radio"/>	RADIOGRAFIAS <input type="radio"/>	FOTOGRAFIAS <input type="radio"/>		
INTERCONSULTAS	CITA SUBSECUENTE	CITA PREQUIRURGICA		
_____ NOMBRE DEL MEDICO DE BASE			_____ NOMBRE DEL MEDICO RESIDENTE	



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



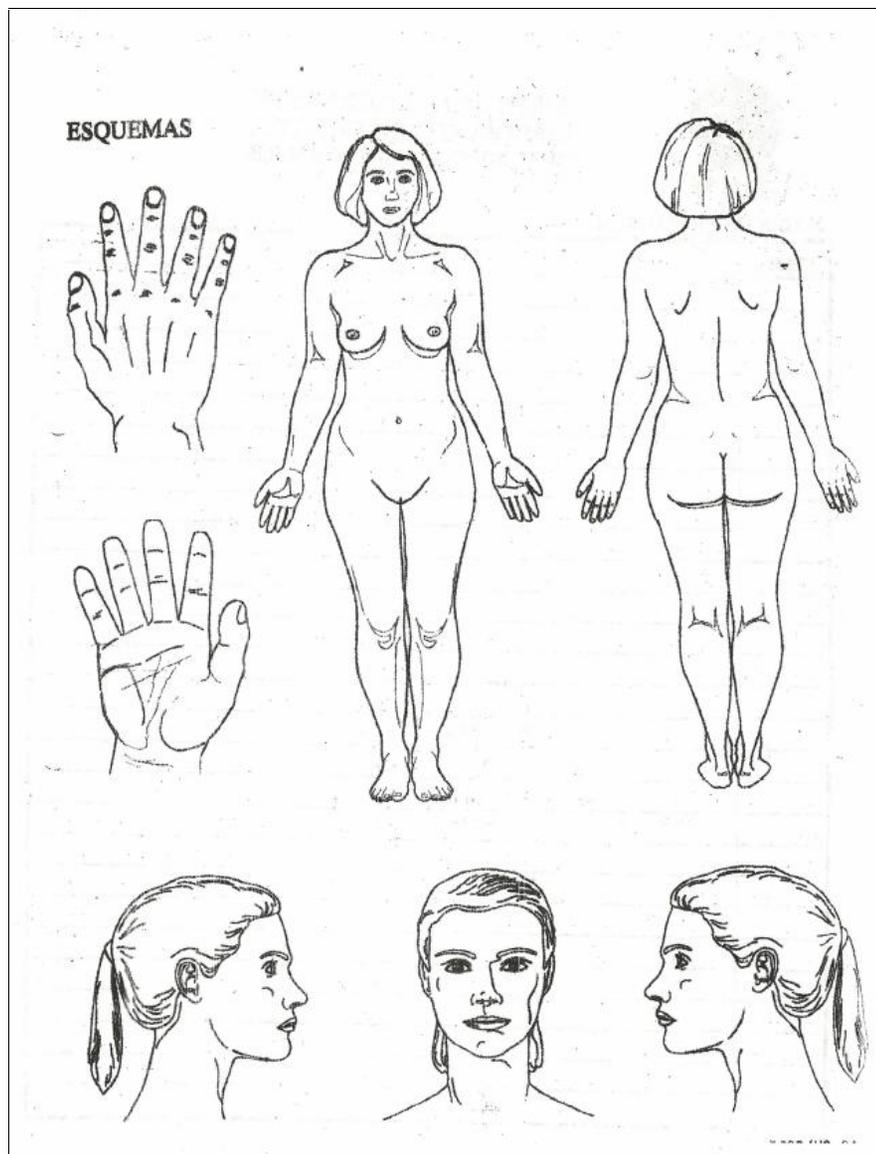
PROCEDIMIENTO PARA CONSULTA DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL.



Código: DOM-P170-II_001

FECHA DE EMISIÓN: 09 DE MAYO DEL 2012

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 14 DE DICIEMBRE DEL 2012



SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
14

Instituto de Cirugía Reconstructiva "José Guerrero Santos".



