



"PROFESOR JUAN BOSCH"

**HOSPITAL TRAUMATOLOGICO Y QUIRURGICO DEL
CIBAO CENTRAL "PROF. JUAN BOSCH"**

**GERENCIA MÉDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL**

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROTOCOLOS
DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA ORAL Y
MAXILOFACIAL**

**Agosto 2005
La Vega, R.D.**

INDICE

- I. Créditos**
- II. Generales del Departamento**
 - a) Nombre
 - b) Descripción del Departamento
 - c) Oferta de Servicios
- III. División Administrativa**
 - a) Cargos del Departamento
 - b) Organigrama
 - c) Requisitos para los Cargos (Perfil Técnico)
 - d) Línea de Mando, Funciones y Responsabilidades de los Cargos
- IV. Derechos y Beneficios del Personal del Servicio.**
- V. Disposiciones Generales.**
- VI. Protocolos de Actuación del Departamento**
 - 1. Fracturas de los Huesos Propios Nasales
 - 2. Fracturas Mandibulares
 - 3. Fractura de La Orbita
 - 4. Fracturas maxilares y tercio medio facial
 - 5. Fractura Malar
 - 6. Dientes Incluidos
 - 7. Trastorno de las Glándulas Salivares
 - 8. Tumores Benignos de Glándulas Salivares
 - 9. Tumores Malignos de Glándulas Salivares
 - 10. Quiste embrionarios
 - 11. Osteomielitis
 - 12. Quistes Odontogenos
 - 13. Carcinomas del labio, cavidad oral y de la faringe.
- VII. Protocolos De Procedimientos Del Departamento.**
 - 1. Reducción Cerrada o Abierta de Fracturas Huesos Propios Nasales
 - 2. Reducción Abierta y Fijación de Fractura con Material de Osteosíntesis
 - 3. Exodoncia
 - 4. Submaxilectomía
 - 5. Parotidectomía Superfial.
 - 6. Sialadenectomía o Extirpación de Cálculos.
 - 7. Parotidectomía Radical Con Sacrificio o No Del Nervio Facial.
 - 8. Enucleación u Extirpación de quiste
 - 9. Drenaje y desbridamiento quirúrgico
 - 10. Vaciamiento cervical radical
- IX. Anexos: Formularios de Consentimiento Informado**

I. CREDITOS

Coordinación General:

Dr. José Peguero Calzada

Presidente Comité Pre-apertura

Dr. Ramón Alvarado

Director Regional de Salud

Gerente Medico y Servicios Complementarios:

Dr. Manuel Gil

Jefe Departamento:

Dr. Edgard B. Alonzo

Consultor Principal:

Dr. Roberto Cerda Torres

Coordinación Técnica Consultoría:

Dra. Juliana Fajardo

Consultor para la Organización Área Clínica y Quirúrgica:

Dra. Violeta González Pantaleón

II. GENERALES DEL DEPARTAMENTO:

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

b) Descripción del Departamento:

Es la unidad clínica y quirúrgica de la Dirección Médica y Servicios complementario encargada de brindar atención a la prevención y manejo de lesiones patológicas, traumáticas en la región de la cara, cavidad bucal, estructuras de la cabeza y el cuello relacionadas con las mismas.

c) Oferta de Servicios:

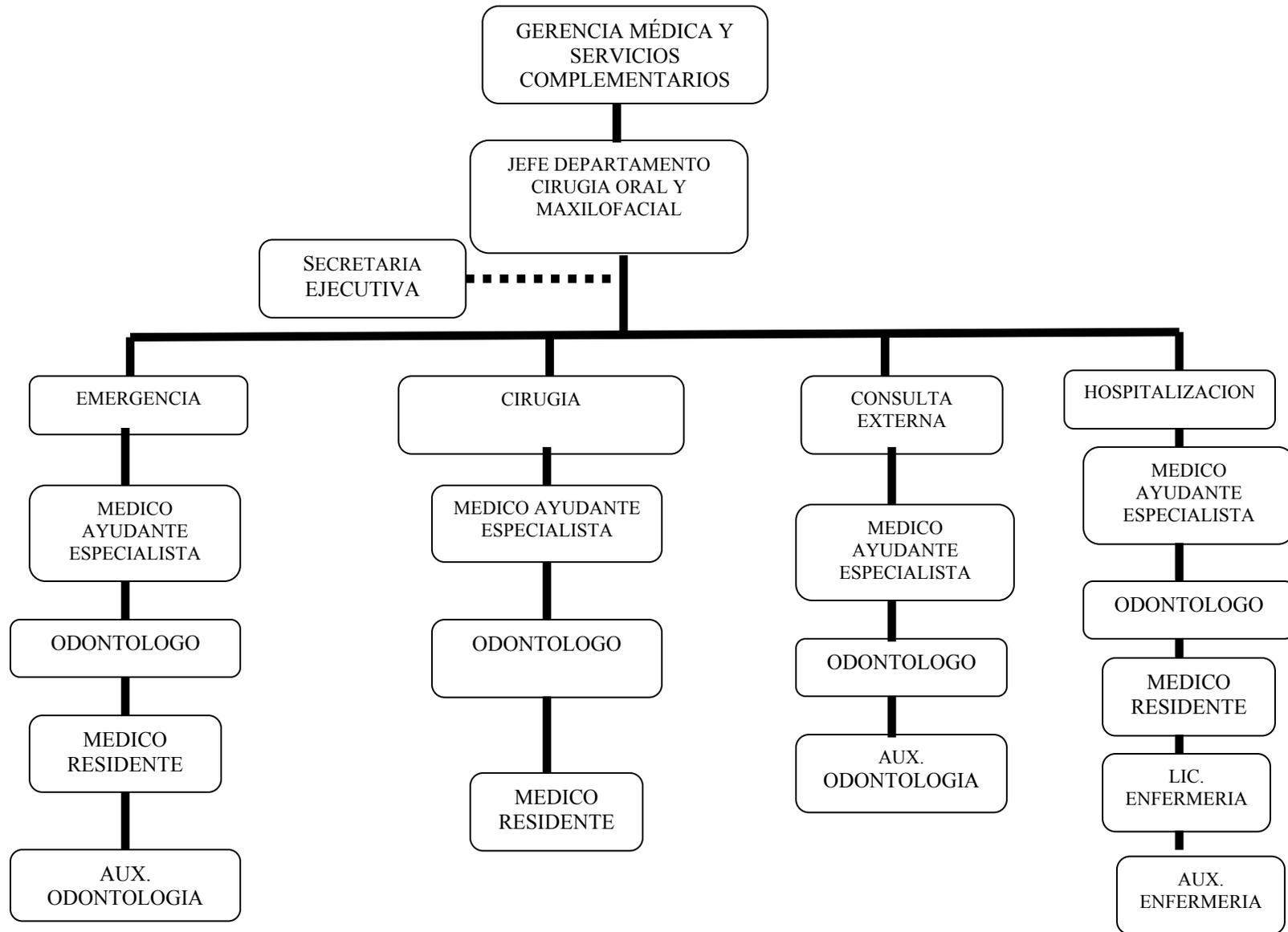
- 1. Emergencias:** 24 horas con especialistas brindando servicios especializados. Manejos conservador o quirúrgico de los traumatismos más frecuentes. Colocación de férula de Erich, taponamiento Endonasal. Refracturación y fijación con material de osteosíntesis o con micro o macro placa de titanio. Lesiones traumáticas del tejido periodontal, subluxación.
- 2. Hospitalización:** para pacientes accidentados que lo requieran, post quirúrgicos, temporal para pacientes de cirugía menor.
- 3. Cirugías:** de todos los casos quirúrgicos en el área de cirugía oral y maxilofacial. Fracturas pan faciales, Le Fort tipo I, II y III. Fracturas nasal, mandibulares, del maxilar, malar, del arco, de la orbita, del frontal. Fracturas coronal no complicada, coronal complicada, corona- raíz no complicada, corona-raíz complicada, radicular, intrusión, extrusión, luxación lateral, diente retenido, trauma al hueso alveolar. Retenciones dentarias: Terceros molares inferiores, superiores, caninos superiores e inferiores, premolares y molares superior e inferiores, dientes supernumerarios. Quistes odontogénicos, del desarrollo, gingival del infante, del adulto, periodontal lateral, dentigero, queratoquistes. Quistes del trayecto vestigial: Quiste del conducto tirogloso. Quiste embrionarios de origen cutáneo: dermoide, epidermoide, de epitelio mucoso. Tumores odontogénicos. Patologías de las Glándulas salivares: alteraciones de secreción, quiste de los conductos salivares, tumores salivares de orígenes epiteliales y no epiteliales
- 4. Servicios Especiales:** Implantología dentaria, craneoplastia, cirugía ortognática, cirugías reconstructivas. Exodoncia, endodoncia. Frenillos. Profundización del vestíbulo. Bridas cicatriciales. Hiperplasia del surco vestibular. Fibromatosis de tuberosidad y paladar, papilomatosis de paladar, tejido óseo, protuberancias y cresta agudas.
- 5. Consulta Externa:** evaluación y seguimiento ambulatorio del paciente post quirúrgicos, de interconsultas externas y de casos ambulatorios. Patologías infecciosas oro facial. Inflamación. Flemones. Inflamación del diente y su entorno. Inflamación de la región del maxilar. Inflamación de la región mandibular. Sinusitis odontogénica. Infecciones en maxilares y comunicaciones.

III. DIVISIÓN ADMINISTRATIVA:

a) CARGOS DEL DEPARTAMENTO

- **Jefe de Servicio**
- **Médicos ayudantes**
- **Odontólogos (Ortodoncista, Endodoncista, prótesisista)**
- **Médicos Residentes**
- **Aux. de Odontología**
- **Secretarias.**

b) ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO



c) REQUISITOS PARA LOS CARGOS DEL SERVICIO

JEFE DPTO. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

- Poseer exequátur de ley.
- Médico u Odontólogo con especialidad en cirugía oral y maxilofacial graduado en una escuela reconocida y avalada por una universidad reconocida por el SEESCYT.
- Poseer por lo menos 5 años de práctica continua.
- De preferencia haber realizado cursos de post grado en la especialidad.
- Asistido Al menos 1 vez cada año,, en los últimos 3 años, a Congresos Nacionales o Internacionales.
- Poseer capacitación en gerencia de salud (no imprescindible, pero si es elegido en el cargo debe capacitarse en esta área)
- Haber publicado por lo menos 1 trabajo científico, ligado a su especialidad.
- Capacidad de organización y trabajo en equipo.
- Dominio del Computador. (Microsoft Office)
- Buenas relaciones humanas.
- Vocación de liderazgo
- Demostrar competencia para el cargo.
- Dispuesto a cumplir con los objetivos de la institución
- De preferencia haber realizado cursos de post grado en la especialidad.

MEDICO AYUDANTE ESPECIALISTA DEL DPTO. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL:

- Poseer exequátur de ley.
- Medico u Odontólogo con especialidad en cirugía oral y maxilofacial graduado en una escuela reconocida y avalada por una universidad reconocida por el SEESCYT.
- Poseer por lo menos 3 años de práctica continua.
- Al menos 3 cursos de actualización en los últimos 3 años, más de 8 horas de duración.
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Dominio del Computador. (Microsoft Office)
- Buenas relaciones humanas.
- Dispuesto a cumplir con los objetivos de la institución.
- Demostrar competencia para el cargo.

ODONTOLOS CON SUB-ESPECIALIDAD DEL DPTO. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL:

- Odontólogo graduado en una universidad reconocida por el SEESCYT.
- Poseer exequátur de ley.
- Subespecialidad relaciona al área de cirugía oral y maxilofacial
- Poseer por lo menos 3 año de práctica continua.
- Al menos 3 cursos de actualización en los últimos 3 años, más de 8 horas de duración.
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Dominio del Computador. (Microsoft Office)
- Buenas relaciones humanas.
- Dispuesto a cumplir con los objetivos de la institución.
- Demostrar competencia para el cargo.

MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL O EN ROTACION:

- Poseer Exequátur de ley.
- Médico general u odontólogo graduado en una universidad reconocida y certificada por la Secretaría de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SEESCYT)
- Admitido en una Residencia Médica avalada por una universidad certificada SEESCYT.
- Ser parte de un programa de residencia de una institución que tenga convenio con el Hospital.
- Al menos tres cursos de actualización en medicina, de más de 8 horas de duración
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Dominio del computador. (Microsoft Office)
- Buenas relaciones humanas.
- Disposición a cumplir con los objetivos de la institución.
- Demostrar competencia para el cargo

AUXILIAR DE ODONTOLOGIA DEL DPTO. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL:

- Aux. en Odontología Certificaron o con aval de técnico de al menos tres años
- Poseer por lo menos 3 años de práctica continua.
- Al menos 3 cursos de actualización en los últimos 3 años, más de 8 horas de duración.
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Dominio del Computador. (Microsoft Office)
- Buenas relaciones humanas.
- Dispuesto a cumplir con los objetivos de la institución.
- Demostrar competencia para el cargo.

SECRETARIAS DEL SERVICIO CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL:

- Graduada (o) en una universidad o Instituto reconocido.
- Poseer por lo menos 2 años de práctica continua.
- Edad promedio 18 a 40 años
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Excelente Redacción y Ortografía.
- Dominio del Computador. (Microsoft Office)
- Buenas relaciones humanas.
- Dispuesto a cumplir con los objetivos de la institución.
- Demostrar competencia para el cargo.
- Excelente redacción y ortografía.

d) LÍNEA DE MANDO, FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE LOS CARGOS

JEFE DEL DPTO. DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

Superior Inmediato: Gerente Médico y Servicios Complementarios.

Cargos Bajo su Mando: Coordinador de Servicios, Médicos Especialista, Odontólogos, Médicos Residentes, Auxiliar de Odontología, Secretaria.

a) Labores Generales:

- ✘ Es el responsable del buen funcionamiento del servicio.
- ✘ Garantizar que el personal cumpla a cabalidad con el horario de trabajo establecido y tareas asignadas, estableciendo la debida jerarquía. Brindando un trato humanizado y respetuoso a su personal.
- ✘ Organización del Departamento.
- ✘ Organizar la entrega de guardia de su servicio.
- ✘ Ante cualquier eventualidad en el servicio debe estar presto a acudir al llamado, para buscar la solución al problema presentado.
- ✘ Distribuir el personal de salud de acuerdo a los servicios y áreas que posea el centro.
- ✘ Cumplir y Garantizar el cumplimiento de los protocolos de atención y reglamentos del servicio.
- ✘ Cumplir y garantizar que los usuarios tratados reciban las informaciones necesarias sobre su padecimiento.
- ✘ Supervisar la calidad, actitud y responsabilidad del trabajo de las personas bajo su dependencia.
- ✘ Velar por la correcta utilización y mantenimientos de los equipos y materiales de su servicio.
- ✘ Poseer en archivo expediente de cada personal del servicio, donde se incorporaran las distinciones, capacitaciones y entrenamientos, las sanciones y currículum vitae de estos.
- ✘ Garantizar que los usuarios en estado grave sean tratados por un equipo multidisciplinario.
- ✘ Garantizar el trato humanizado, de respeto y calidad a los usuarios del servicio.
- ✘ Llevar estadísticas de las horas docentes de cada medico del Dpto. (Entregas de guardias, presentación y discusión de casos, docencia per se)

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

- ✘ Acudir diariamente al servicio por lo menos 6 horas continuas.
- ✘ Acudir a las entregas de guardias.
- ✘ Supervisar la calidad, actitud y responsabilidad del trabajo de las personas bajo su dependencia.
- ✘ Supervisar el cumplimiento y aplicación de los protocolos y disposiciones generales del servicio.
- ✘ Supervisar el buen llenado de los registros del servicio (Historia clínicas, formularios, sistemas informáticos, expedientes clínicos, otros).

- ✘ Supervisar que su personal cumpla con el horario establecido.
- ✘ Supervisa la correcta utilización y mantenimientos de los equipos y materiales de su servicio.
- ✘ Garantizar que el personal posea los instrumentos e insumos necesarios para realizar su trabajo.
- ✘ Todas las tomas de decisiones que realizara en el servicio, serán en base al análisis de las informaciones producida en este.

Actividades Periódicas:

- ✘ Elaborar en consenso y participación de todo el personal de su equipo, los protocolos del servicio.
- ✘ Recomendar premios, incentivos, reconocimientos, ascensos y sanciones para su personal.
- ✘ Presentar a cada miembro de su personal cuales son sus funciones dentro del servicio.
- ✘ Pase de visita con su personal
- ✘ Preparar el presupuesto de sus servicios de acuerdo al tiempo establecido por el área administrativa y velar por la buena ejecución presupuestaria.
- ✘ Elaborar plan de capacitación y entrenamiento del personal del servicio.
- ✘ Lograr que en el servicio se realicen por lo menos 2 investigaciones anuales.
- ✘ Evaluar cada semestre el desempeño del personal del servicio, para programa de incentivo, promoción, reconocimiento.
- ✘ Preparar informe mensual de las actividades realizadas en su servicio y enviarlas al Director General, Dir. Medico, Unidad Técnica del Centro y Estadísticas.
- ✘ Realizar presentación semestral al Consejo Asesor y Dirección general del centro.
- ✘ Impartir docencia.
- ✘ Revisar y actualizar el programa docente, tomando como base la Medicina Basada en Evidencia.
- ✘ Vigilar el fiel cumplimiento del programa académico de residencia o internado (contenidos teóricos, horas prácticas y total de procedimientos).
- ✘ Formular y evaluar anualmente el plan operativo y estratégico de la unidad y garantizar la ejecución del plan operativo de manera eficiente.
- ✘ Coordinar la revisión y actualización de los protocolos del servicio por lo menos dos veces al año.
- ✘ Elaborar listados de las guardias, rotación de áreas y vacaciones.
- ✘ Participar en las actividades programadas de educación continua del Dpto. y en actividades científicas externas (Talleres, Seminarios, Congresos, Simposium, Jornada de Actualización, otros)

Actividades Eventuales:

- ✘ Mediar en situaciones de conflicto presentadas en el personal.
- ✘ Solucionar cualquier inconveniente o dificultad presentado en el departamento.
- ✘ Cumplir cualquier otra función que se le asigne por el nivel jerárquico superior.

MEDICO AYUDANTE ESPECIALISTA DPTO. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

Superior Inmediato: Jefe Depto. Cirugía Oral y Maxilofacial

Cargo (s) Bajo su Mando: Medico Residente, Odontólogo y Aux. Odontología.

a) Labores Generales:

- ✘ Cumplir con el horario establecido en su centro laboral.
- ✘ Cumplir con las funciones establecidas de su cargo.
- ✘ Cumplir con las guardias presenciales, en el periodo establecido por el servicio.
- ✘ Ofrecer siempre un trato humanizado, de respeto y calidad a los usuarios del servicio
- ✘ Cumplir y garantizar la aplicación de los protocolos y reglamentos establecidos por el servicio. Si el protocolo no es cumplido, agregar nota en el expediente del usuario que justifique el no cumplimiento del protocolo.
- ✘ Es responsable de los usuarios de su área, hacer los diagnósticos definitivos, instaurar manejos, realizar procedimientos, consultas, dar de alta, pedir Inter consulta, referir usuarios, tratar las emergencias, autorizar la hospitalización, indicar los laboratorios clínicos y pruebas o procedimientos diagnósticos de apoyo, mantener el área organizada y limpia, informar de cualquier eventualidad al jefe de servicio.
- ✘ Cumplir y garantizar que los usuarios tratados reciban las informaciones necesarias sobre su padecimiento (Nombre de la enfermedad o procedimiento, posible causa que causaron el padecimiento, tratamiento o procedimiento a realizar o realizado, las complicaciones que pueden producirse del tratamiento o procedimiento que se realizara, próxima cita, medidas preventivas, entre otras)
- ✘ Controlar y supervisar la calidad de la atención brindada al usuario por el personal de salud del hospital.
- ✘ Orientar y supervisar la labor del medico residente.

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

- ✘ Garantizar la organización del área de trabajo.
- ✘ Garantizar la realización de la Historia Clínica en todos los casos hospitalizados dentro de las primeras 24 horas; si no es posible, escribir nota que lo justifique.
- ✘ Poseer el diagnóstico del usuario en las primeras 4 horas de ingresado en el centro; si no es posible, escribir nota que lo justifique.
- ✘ Pasar visita diariamente a todos los usuarios a su cuidado, tomando las medidas (diagnósticas y terapéuticas), indicando por escrito las que se derivan del proceso evolutivo de cada usuario.
- ✘ Garantizar la calidad del llenado de los registros (duros y formato electrónico) del servicio y la institución (Historia Clínica Descripción de cirugías, libros de registros de cirugías, consultas, mortalidad; Hoja de egreso, Biopsia, Laboratorio clínico, Ínter consultas, consentimiento de realización de procedimiento, certificado de defunción, Referencia, Contrarreferencia, entre otros).

- ✘ Dar de alta a los usuarios por orden escrita tomando en cuenta lo establecido en el protocolo de atención, asegurándose que la historia clínica este completa, que se ha realizado el resumen diagnostico llenando la hoja correspondiente para tal propósito, lo cual certificara con su nombre en extenso y firma.
- ✘ Entrega de los usuarios a su cargo al personal que le sustituye en la guardia y las tareas que se deben realizar durante la guardia. Nunca debe entregar trabajos atrasados que sea de su responsabilidad; si ocurriese, debe tener una buena justificación.
- ✘ Realizar y garantizar la correcta utilización y mantenimientos de los equipos y materiales de su servicio.
- ✘ Propiciar y mantener un clima de armonía y respeto entre el jefe del servicio y sus compañeros.
- ✘ Garantizar y exigir el cumplimiento del trabajo del personal bajo su cargo, demandando disciplina y responsabilidad en la ejecución de las tareas asignadas. Brindando un trato humanizado y de respeto.
- ✘ Participar en las entregas de guardias.

Actividades Periódicas:

- ✘ Participar en todas las actividades programadas del servicio y de la institución (científicas, técnicas, administrativas, ser docente, participar en comités de calidad, control de infecciones, bioética; educación continua, formulación-revisión de protocolos).
- ✘ Reportes de las actividades diarias y mensuales al jefe del servicio (hoja de consulta y procedimientos).
- ✘ Participar en las actividades programadas de educación continua del Dpto. y en actividades científicas externas (Talleres, Seminarios, Congresos, Simposium, Jornada de Actualización, otros).
- ✘ Evaluar y calificar el desempeño de los residentes en el área.
- ✘ Participar en la elaboración de las pruebas escritas y orales a los residentes

Actividades Eventuales:

- ✘ Ayudar a sus compañeros en la medida de lo posible, no afectando sus responsabilidades.
- ✘ Cumplir cualquier otra función que se le asigne por el nivel jerárquico superior.

MEDICO RESIDENTE DEL HOSPITAL O EN ROTACION

Superior Inmediato: Medico Ayudante Especialista

Cargo (s) Bajo su Mando: Medico Residente de Menor Jerarquía, Medico General, Lic. Enfermería, Aux. Enfermería.

a) Labores Generales:

- ✘ Cumplir puntualmente con el horario establecido por el programa.
- ✘ Cumplir con las funciones establecidas de su rango de residente.
- ✘ Cumplir con las guardias establecidas de acuerdo a su programa de Postgrado.
- ✘ Ofrecer siempre un trato humanizado, de respeto y calidad a los usuarios.
- ✘ Mantener estrechos vínculos de amistad, compañerismo y solidaridad profesional con todo el personal.
- ✘ Cumplir la aplicación de los procesos, protocolos y reglamentos establecidos; en caso de no cumplirlos, justificarlo por escrito en el expediente del usuario.
- ✘ Garantizar y controlar la calidad de atención a los usuarios brindada por el personal de salud del hospital
- ✘ Garantizar y exigir el cumplimiento del personal bajo su dependencia, demandando disciplina y responsabilidad, mediante un trato humanizado y de respeto.
- ✘ Propiciar y mantener un clima de armonía y respeto entre el jefe y sus compañeros.

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

- ✘ Garantizar la organización del área de trabajo.
- ✘ Garantizar que a los usuarios se les realicen los diagnósticos definitivos, manejo inicial de su padecimiento, los procedimientos requeridos, gestionar las ínter consultas sugeridas tratar las emergencias, indicar los laboratorios clínicos y pruebas o procedimientos diagnósticos de apoyo, mantenimiento de que el área esté organizada y limpia, informar de eventualidades a su superior.
- ✘ Cumplir que los usuarios reciban las informaciones necesarias sobre su padecimiento,
- ✘ Cumplir con la realización de la historia clínica en todos los hospitalizados dentro de las primeras 6 horas de su admisión.
- ✘ Mantener organizado el expediente clínico único de los usuarios.
- ✘ Visita diaria a todos los usuarios y documentarlo en el expediente de acuerdo a los Protocolo llenado de Expediente Clínico.
- ✘ Colaborar en la realización con calidad y de forma oportuna el llenado de los registros (duros y formato electrónico) del servicio y la institución: libro de ingreso-egreso, formulario de ingreso-egreso, historia clínica, notas de evolución, solicitud de laboratorio, resumen final para seguimiento en la consulta u otro servicio, tarjeta de alta, libro de procedimiento, formulario de reporte de enfermedades de notificación obligatoria, acta de defunción, ínter consultas, traslado dentro y fuera del hospital, alta a petición, consentimiento informado, entre otros.

- ✘ Entrega clara y precisa de los usuarios a su cargo al personal que le sustituye en la guardia, así como, las tareas a realizarse durante esta última. Nunca debe sobrecargar al personal de guardia con sus propias responsabilidades; en caso contrario justificarlo.
- ✘ Realizar y garantizar la correcta utilización y mantenimiento de los equipos y materiales del hospital.

Actividades Periódicas:

- ✘ Participar puntualmente en todas las actividades académicas programadas y del Dpto.: científicas, técnicas, administrativas y docentes.
- ✘ Preparar informe de actividades realizadas.

Actividades Eventuales:

- ✘ Cumplir otras funciones asignadas por el nivel jerárquico superior.
- ✘ Ayudar a sus compañeros en la medida de lo posible, no afectando sus responsabilidades.

ODONTOLOGOS DEL SERVICIO DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

Superior Inmediato: Medico Ayudante Especialista.

Cargo (s) Bajo su Mando: Aux. de Odontología.

a) Labores Genéales:

- ✘ Cumplir con el horario establecido en su centro laboral.
- ✘ Cumplir con las funciones establecidas de su cargo.
- ✘ Cumplir con las guardias presénciales, en el periodo establecido por el servicio.
- ✘ Ofrecer siempre un trato humanizado, de respeto y calidad a los usuarios del servicio.
- ✘ Cumplir y garantizar la aplicación de los protocolos y reglamentos establecidos por el servicio. Si el protocolo no es cumplido, agregar nota en el expediente del usuario que justifique el no cumplimiento del protocolo.
- ✘ Cumplir y garantizar que los usuarios tratados reciban las informaciones necesarias sobre su padecimiento (Nombre de la enfermedad o procedimiento, posible causa que causaron el padecimiento, tratamiento o procedimiento a realizar o realizado, las complicaciones que pueden producirse del tratamiento o procedimiento que se realizara, próxima cita, medidas preventivas, entre otras).
- ✘ Cumplir con las ordenes del expediente clínico de los usuarios, establecidas por el Medico ayudante.

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

- ✘ Mantener actualizado y organizado el expediente clínico.
- ✘ Realizar las gestiones necesarias para el buen manejo y trato del usuario (entrega de biopsia y muestras biológicas; búsqueda de resultados de Laboratorios Clínicos, pruebas diagnosticas, íter consultas, traslado del usuario, entre otros)
- ✘ Realizar la Historia Clínica en todos los casos hospitalizados dentro de las primeras 24 horas, si no es posible, escribir nota que lo justifique.
- ✘ Pasar visita diariamente junto al medico ayudante a todos los usuarios a su cuidado, indicando por escrito las que se derivan del proceso evolutivo de cada usuario.
- ✘ Asistir a los médicos ayudantes en la realización de los procedimientos (Exodoncia, cirugía peri apicales, vestíbulos plastia, frenectomia etc. cirugías, entre otros).
- ✘ Mantener la organización del área de trabajo.
- ✘ Realizar llenado con calidad de los registros (duros y formato electrónico) del servicio y la institución (Historia Clínica, Historia Clínica dental del usuario. Descripción de cirugías, libros de registros de cirugías, consultas, exodoncias, Biopsia, Laboratorio clínico, Íter consulta, consentimiento de realización de procedimiento, certificado de defunción, Referencia, Contrarreferencia, entre otros).

- ✘ Garantizar y exigir el cumplimiento del trabajo del personal subordinado, demandando disciplina y responsabilidad en la ejecución de las tareas asignadas. Brindando un trato humanizado y de respeto.
- ✘ Realizar y garantizar la correcta utilización y mantenimientos de los equipos y materiales de su servicio.
- ✘ Entrega de los usuarios a su cargo al personal que le sustituye en la guardia y las tareas que se deben realizar durante la guardia. Nunca debe entregar trabajos atrasados que sea de su responsabilidad si ocurriese debe tener una buena justificación.
- ✘ Propiciar y mantener un clima de armonía y respeto entre el jefe del servicio, Médicos Ayudantes y sus compañeros.
- ✘ Participar en las entregas de guardias.

Actividades Periódicas:

- ✘ Participar en todas las actividades programadas del servicio y de la institución (científica, técnica, administrativa, Participar en comités de calidad, control de infecciones, bioética; entrega de guardias, formulación-revisión de protocolos).
- ✘ Participar en las actividades programadas de educación continua del Dpto. y en actividades científicas externas (Talleres, Seminarios, Congresos, Simposium, Jornada de Actualización, otros)

Actividades Eventuales:

- ✘ Ayudar a sus compañeros en la medida de lo posible, no afectando sus responsabilidades.
- ✘ Cumplir cualquier otra función que se le asigne por el nivel jerárquico superior.

AUX. ODONTOLOGIA DEL SERVICIO CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

Superior Inmediato: Odontólogo

Cargo (s) Bajo su Mando: Ninguno

a) Labores Generales:

- ✘ Cumplir con el horario establecido en su centro laboral.
- ✘ Cumplir con las funciones establecidas de su cargo.
- ✘ Cumplir con las guardias presenciales, en el periodo establecido por el servicio.
- ✘ Ofrecer siempre un trato humanizado, de respeto y calidad a los usuarios del servicio. Garantizar la privacidad al usuario cuando se realiza cualquier procedimiento.
- ✘ Cumplir y garantizar la aplicación de los protocolos y reglamentos establecidos por el servicio. Si el protocolo no es cumplido, agregar nota en el expediente del usuario que justifique el no cumplimiento del protocolo.
- ✘ Realizar las gestiones necesarias para el buen manejo y trato del usuario (traslado del usuario, entre otros)
- ✘ Propiciar y mantener un clima de armonía y respeto entre el jefe del servicio, Médicos Ayudantes, Odontólogos y sus compañeros.
- ✘ Realizar llenado con calidad de los registros (duros y formato electrónico) del servicio y la institución.

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

- ✘ Realizar el registro del usuario en el expediente clínico, limpieza de la unidad del usuario, admisión del usuario, realizar higiene personal del usuario, preparación y manejo de paquete estéril, toma de signos vitales, pesar y medir al usuario, aplicación de calor y frío, medir diuresis, administración de medicamentos, recolección de muestras, movilización del usuario, preparar el usuario para realizar examen físico, evitar fuga del usuario en hospitalización, verificar la de alta del usuario, realizar cuidado post-mortem, garantizar que los expedientes clínicos estén presente cuando el medico lo va a necesitar (consulta, paso de visita, cirugía, colocación de ordenes), entre otras actividades.
- ✘ Cumplir con las ordenes del expediente clínico de los usuarios, establecidas por el Medico ayudante y el Odontólogo.
- ✘ Disponer de los instrumentos y materiales necesarios al momento de su utilización por el Odontólogo.
- ✘ Mantener organizado y abastecido el área de trabajo.
- ✘ Asistir a los médicos ayudantes y Odontólogos, en la realización de los procedimientos (Exodoncia, frenectomia, cirugías mayores, entre otros).
- ✘ Entrega de los usuarios a su cargo al personal que le sustituye en la guardia y las tareas que se deben realizar durante la guardia. Nunca debe entregar trabajos atrasados que sea de su responsabilidad, si ocurriese debe tener una buena justificación.

- ✘ Realizar y garantizar la correcta utilización y mantenimientos de los equipos y materiales de su servicio. Disposición del equipo completo cuando se va a realizar un procedimiento, limpieza y cuidado del equipo después de usarlo.

Actividades Periódicas:

- ✘ Participar en todas las actividades programadas del servicio y de la institución (científica, técnica, administrativa, Participar en comités de calidad, control de infecciones, bioética; formulación-revisión de protocolos).
- ✘ Participar en las actividades programadas de educación continua del Dpto. y en actividades científicas externas (Talleres, Seminarios, Congresos, Simposium, Jornada de Actualización, otros)

Actividades Eventuales:

- ✘ Ayudar a sus compañeros en la medida de lo posible, no afectando sus responsabilidades.
- ✘ Cumplir cualquier otra función que se le asigne por el nivel jerárquico superior.

SECRETARIA DEL SERVICIO CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

Superior Inmediato: Jefe Depto. Cirugía Oral y Maxilofacial

Cargo (s) Bajo su Mando: Ninguno

a) Labores Genéales:

- ✘ Cumplir con el horario establecido en su centro laboral.
- ✘ Cumplir con las funciones establecidas de su cargo.
- ✘ Ofrecer siempre un trato humanizado, de respeto y calidad a los usuarios del servicio.
- ✘ Llevar la agenda del jefe del servicio,
- ✘ Mantener actualizado y organizado el archivo del servicio.
- ✘ Brindar información sobre el personal y el servicio.

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

- ✘ Mantener organizada y limpia la oficina del jefe del servicio y su área de trabajo.
- ✘ Realizar la redacción y digitar los documentos propios del servicio.
- ✘ Llevar registro de comunicaciones enviadas y recibidas.
- ✘ Tomar las llamadas, las notas e informar a la persona correspondiente.
- ✘ Llevar el libro de citas de consultas y procedimientos.
- ✘ Coordinar con el servicio social para avisar de manera telefónica sobre citas próximas o vencidas a los usuarios.
- ✘ Propiciar y mantener un clima de armonía y respeto entre el jefe del servicio, Médicos ayudantes y sus compañeras.

Actividades Periódicas:

- ✘ Publicar el listado de guardia, rotación, vacaciones y otras actividades.
- ✘ Participar en todas las actividades programadas del Dpto. y de la institución (administrativa).
- ✘ Participar en las actividades programadas de educación continua del la Creencia de Recursos Humanos y en actividades científicas externas (Talleres, Seminarios, Congresos, Simposium, Jornada de Actualización, otros)

Actividades Eventuales:

- ✘ Cumplir cualquier otra función que se le asigne por el nivel jerárquico superior.
- ✘ Ayudar a sus compañeros en la medida de lo posible, no afectando sus responsabilidades.

V. DERECHOS Y BENEFICIOS DEL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO.

- ✓ Remuneración por servicios prestados.
- ✓ Incentivos monetarios, promoción.
- ✓ Becas
- ✓ Derecho a ser escuchado (a)
- ✓ Participar en actividades de educación continua.
- ✓ Disfrutar de Vacaciones laborales, permisos, jubilación. (código de trabajo)
- ✓ Salario 13
- ✓ Evaluaciones para promoción.
- ✓ Distinción moral.
- ✓ Licencias por enfermedad y maternidad.
- ✓ Reclamo de sus derechos.
- ✓ A ser tratado de forma humanizada y respeto.
- ✓ Realizar su trabajo en un clima de estabilidad laboral.
- ✓ Libertad de filiación política, credo, religión.

VI. DISPOSICIONES GENERALES DEL DEPARTAMENTO.

- ✓ Brindar siempre un trato amable y cortés a los usuarios, familiares y personal del Hospital.
- ✓ Respetar y cumplir con los derechos del paciente.
- ✓ Respetar el orden jerárquico establecido en la Gerencia, Departamento y Dirección general.
- ✓ Aplicar los protocolos y procesos definidos en el Hospital.
- ✓ Cumplir estrictamente con el horario establecido en el servicio.
- ✓ Llevar puesta la bata blanca siempre que este dentro del Hospital.
- ✓ Colocarse el uniforme correspondiente determinado por el departamento de acuerdo al área donde realice su trabajo.
- ✓ Llevar calzado cerrado en el Hospital.
- ✓ No fumar dentro del Perímetro del Hospital.
- ✓ No ingerir bebidas alcohólica, ni consumo de otro tipo de sustancias prohibidas en el perímetro hospitalario.
- ✓ Ingerir alimentos solo en las áreas dispuestas para estos fines (Comedor, Cafetera)
- ✓ No realizar ningún tipo de negocio personal dentro del perímetro del hospital. (Venta de ropas, calzados, accesorios, artículos electrónicos, alimentos, entre otros)
- ✓ Uso de vestimenta adecuada en el hospital.
- ✓ Todos los inconvenientes y dificultades presentados durante el desempeño de su trabajo deben ser canalizados a través de su superior inmediato del departamento.
- ✓ No deben ausentarse de su área de servicio durante su jornada de trabajo, sin la debida autorización.
- ✓ Siempre que se ausente por razones de enfermedad debe presentar el certificado medico correspondiente.

VI. PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DEL DEPARTAMENTO.

- 1. Fracturas de los Huesos Propios Nasales**
- 2. Fracturas Mandibulares**
- 3. Fractura de La Orbita**
- 4. Fracturas maxilares y del tercio medio facial**
- 5. Fractura Malar**
- 6. Dientes Incluidos**
- 7. Trastorno de las Glándulas Salivares**
- 8. Tumores Benignos de Glándulas Salivares**
- 9. Tumores Malignos de Glándulas Salivares**
- 10. Quiste embrionarios**
- 11. Osteomielitis**
- 12. Quistes Odontogenos**
- 13. Carcinomas del labio, cavidad oral y de la faringe.**

1. FRACTURAS DE LOS HUESOS PROPIOS NASALES (SO2.2)

1.1 Concepto:

Son fracturas del arco nasal, siendo las fracturas faciales más frecuente, lesionando cartílago y huesos, así con estructuras vecinas

1.2 Clasificación:

- Fractura Naso –frontal
- Naso -orbitoetmoidal
- Fractura Naso- etmoidal

1.3 Signos y Síntomas:

Deformidad nasal, Hundimiento o latero desviación, edema, equimosis, heridas en el dorso, epistaxis y obstrucción respiratoria nasal.

1.4 Como se realiza el Diagnostico:

Historia clínica, Examen físico, Rinoscopia Proyecciones Radiográficas: Waters y proyección lateral de huesos propios nasales.

1.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:

- Vigilar vías aéreas.
- Vigilar sangrado.
- Tomar signos vitales cada 2 horas.
- Radiografías: en proyección de Waters y lateral de huesos propios nasales.
- Tomar muestras de laboratorio: hemograma, glicemia, tipificación.
- Si existe mínima deformidad, reducción digital sobre el hueso desplazado.
- Inmovilización con taponamiento endonasales impregnados de pomada antibiótica.
- Sutura de existir heridas.
- Administración de toxoide antitetánico.
- Observación: solo en fracturas no complicadas.
- En fracturas con desplazamiento canalizar con catéter No.18 y solución Lactato Ringer.

1.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:

- Todo usuario con sangrado abundante tras-nasal.
- Fractura con hundimiento de fragmentos importante.
- Fracturas nasales complejas que requieran de injertos óseos o cartilagosos para su corrección.

1.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

Aquellas fracturas con hundimiento de fragmentos o fracturas complejas: Vigilar vías áreas permeables, yugular sangrado tras-nasal. Realizar radiografías y laboratorios control. Se llevara de inmediato a cirugía canalizado con catéter No.18 y solución lactato ringer. Realizar reducción cerrada o abierta dependiendo el grado de desplazamiento o tipo de fractura existente.

1.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Vigilar taponamiento tras-nasal.
- Signos vitales cada 4 horas.
- Alimentación e hidratación.
- Pase de visita cada 12 horas.
- Evolución diaria del usuario.
- Egreso del usuario

1.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Estabilidad hemodinámica.
- Radiografías controles que indique efectividad de la reducción.
- No fiebre u otros signos sugestivos de infección o complicación.

1.10 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Cuidados generales del post quirúrgico.
- Dormir en posición decúbito prono.
- Evitar golpes en área facial.
- Evitar deporte y otras actividades de este tipo.
- Signos y síntomas de alarmas.

1.11 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.

Record de usuario:

Libro de procedimientos quirúrgicos
Hoja de Registro del procedimiento
SIG-REC

2. FRACTURAS MANDIBULARES (SO2.6)

2.1 Concepto:

Son las fracturas del tercio inferior de la cara.

2.2 Clasificación:

- Fracturas sinfisarias.
- Fracturas parasinfisarias
- Fracturas de cuerpo- de los procesos alveolares – ángulo- rama ascendente- de apófisis coronoides y condilo

2.3 Signos y Síntomas:

Dolor. Mala oclusión, en ocasiones imposibilidad de cerrar la boca, mordida abierta. Trismos, parestesia o anestesia del nervio mentoniano. Hemorragia, edema y equimosis. Escalón óseo palpable en reborde alveolar. Movilidad anormal y dientes avulsionados o fracturados. Latero desviación a la apertura de la boca. Silencio cóndilar.

2.4 Como se realiza el Diagnostico:

Historia clínica, Examen físico.

Radiología convencional: Ortopantomografía, proyecciones oclusales, posteroanterior de mandíbula y proyección de Towne.

2.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:

- Vigilar vías aéreas.
- Vigilar sangrado.
- Tomar signos vitales cada 2 horas.
- Radiografías: Ortopantomografía, proyecciones oclusales, posteroanterior de mandíbula y proyección de Towne.
- Tomar muestras de laboratorio: hemograma, glicemia, tipificación.
- Inmovilización mediante alambre de acero inoxidable en área de fractura, tomando como referencia área mesiales de diente contiguo.
- Sutura de existir heridas.
- Administración de toxoide antitetánico.
- Antibioterapia y analgesia.

2.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:

- Fracturas desfavorables, con gran grado de desplazamiento.
- Fractura que luego de manejo conservador no consiguieron reducción anatómica correcta.
- Fracturas de ángulos.
- Fracturas maxilares asociadas.
- Fracturas de cuerpo clase III.

2.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- Aquellas fracturas desfavorables, con gran desplazamiento se llevan de inmediato a cirugía canalizado con catéter No.18 y Solución lactato ringer. Realizar radiografías y esquema de laboratorio (hemograma, glicemia, tipificación). Realizar reducción abierta. Colocando férula de Erich. Fijación rígida con material de osteosíntesis (mini placa de titanio o placa de compresión).

- Fracturas intracondilea y extracondileas realizar tratamiento conservador, bloqueo intermaxilar con férula de Erich con periodo de desbloqueo de 10 a 14 días para las intracondileas, mientras de 4 semanas a 6 semanas para la extracondileas.

2.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Vigilar función y terapia respiratoria.
- Signos vitales cada 4 horas.
- Alimentación e hidratación.
- Pase de visita cada 12 horas.
- Evolución diaria del usuario.
- Egreso del usuario

2.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Estabilidad hemodinámica.
- Radiografías controles que indique efectividad de la reducción.
- No fiebre u otros signos sugestivos de infección o complicación.

2.10 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Cuidados generales del post quirúrgico.
- Mantener la boca cerrada por un periodo de 4 semanas.
- Vigilar sangrado.
- Evitar golpes en área facial.
- Vigilar presencia de náuseas y vómitos.
- Alimentación líquida.
- Colocar compresas frías.

2.11 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.

Record de usuario:

Libro de procedimientos quirúrgicos
Hoja de Registro del procedimiento
SIG-REG

3. FRACTURA DE LA ORBITA (SO2.3)

3.1 Concepto:

Son las fracturas del techo, piso, pared lateral y medial de la cavidad orbitaria que pueden afectar o no las estructuras orbitarias.

3.2 Clasificación:

- Fracturas del suelo de la orbita.
- Fracturas “blow-out”.
- Fracturas orbitonasomoidales.
- Fracturas de techo.

3.3 Signos y Síntomas:

Herida supraorbitaria o infraorbitaria. Equimosis. Escalón óseo palpable en reborde orbitario. Deformidad visible. Parestesia del territorio inervado por el nervio supraorbitario o infraorbitario, diplopía. Síndrome de la fisura orbitaria superior (oftalmoplejias, ptosis, proptosis, pupilas fija y dilatada, limitación de la mirada hacia arriba o abajo).

3.4 Como se realiza el Diagnostico:

Historia clínica, Examen físico.

Radiología convencional: proyección de Water y proyección de Towne, TAC de orbita con cortes coronales.

3.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:

- Vigilar vías aéreas.
- Vigilar sangrado.
- Tomar signos vitales cada 2 horas.
- Radiografías: proyección de Water y proyección de Towne, TAC de orbita con cortes coronales.
- Sutura de existir heridas.
- Administración de toxoide antitetánico.
- Antibioterapia y analgesia.

3.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:

- Fracturas de techo de la orbita que produzcan deformidad con gran grado de desplazamiento importante.
- Fractura que se asocien con fracturas de malar.
- Fracturas con exoftalmos.
- Cuando existen fracturas orbitonasomoidales.
- Fracturas “blow-out”.

3.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

Fracturas de techo de la orbita que produzcan deformidad con gran desplazamiento se lleva de inmediato a cirugía canalizado con catéter No.18 y solución lactato ringer. Realizar radiografías y esquema de laboratorio (hemograma, glicemia, tipificación. Reducción abierta y fijación rígida con material de osteosíntesis (miniplaca de titanio o placa de compresión).

3.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Vigilar función y terapia respiratoria.
- Signos vitales cada 4 horas.
- Alimentación e hidratación.
- Pase de visita cada 12 horas.
- Evolución diaria del usuario.
- Egreso del usuario

3.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Estabilidad hemodinámica.
- Radiografías controles que indique efectividad de la reducción.
- No fiebre u otros signos sugestivos de infección o complicación.

3.10 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Cuidados generales del post quirúrgico.
- Vigilar sangrado.
- Evitar golpes en área facial.
- Vigilar presencia de náuseas y vómitos.
- Alimentación blanda.
- Colocar compresas frías.

3.11 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.

Record de usuario:

Libro de procedimientos quirúrgicos
Hoja de Registro del procedimiento
SIG-REG

4. FRACTURAS MAXILARES Y DEL TERCIO MEDIO FACIAL (SO2.X)

4.1 Concepto:

Son las fracturas del tercio medio de la cara y el maxilares que su trayecto se divide según la línea de fractura.

4.2 Clasificación:

- Fractura Le Fort I
- Fractura Le Fort II
- Fractura Le Fort III

4.3 Signos y Síntomas:

Edema, equimosis y heridas en el tercio medio de la cara. Signos y síntomas de fracturas zigomáticas, orbitarias, nasales o nasoorbitoetmoidales. Malaoclusión secundaria al desplazamiento del maxilar. Cara alargada y aplanada. Rinorrea, neumoencefalo, enfisema orbitario.

4.4 Como se realiza el Diagnostico:

Historia clínica, Examen físico.

Radiología convencional, ortopantomografía, proyecciones y proyección de Towne, Cadwel, Waters, radiografías laterales de cráneo. TAC indicada en todas las fracturas complejas del tercio medio facial.

4.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:

- Vigilar vías aéreas, realización de traqueostomía de ser necesario en los casos de Fracturas Le-fort tipo 3 o panfaciasal.
- Vigilar sangrado.
- Tomar signos vitales cada 2 horas.
- Imágenes diagnosticas.
- Tomar muestras de laboratorio: hemograma, glicemia y tipificación.
- Sutura de existir heridas.
- Administración de toxoide antitetánico.
- Antibioterapia y analgesia.

4.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:

- Toda fracturas del tercio medio de cara.
- Cuando existen fracturas maxilares asociadas.

4.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

Aquellas fracturas del tercio medio de cara se deben vigilar las vías aéreas y realizar traqueotomía en los casos de Fracturas Le-Fort tipo III o panfaciasal. Se lleva de inmediato a cirugía canalizado con catéter No.18 y solución lactato ringer. Se realizara reducción abierta colocando férula de Erich y fijación rígida con material de osteosíntesis (mini placa de titanio o placa de compresión).

4.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Vigilar función y terapia respiratoria.
- Signos vitales cada 4 horas.
- Alimentación e hidratación.
- Pase de visita cada 12 horas.
- Evolución diaria del usuario.
- Egreso del usuario

4.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Estabilidad hemodinámica.
- Radiografías controles que indique efectividad de la reducción.
- No fiebre u otros signos sugestivos de infección o complicación.

4.10 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Cuidados generales del post quirúrgico.
- Vigilar sangrado.
- Que se mantendrá con boca cerrada por un periodo de 4 semanas.
- Evitar golpes en área facial.
- Vigilar presencia de náuseas y vómitos.
- Alimentación líquidas.
- Colocar compresas frías.

4.11 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.

Record de usuario:

Libro de procedimientos quirúrgicos
Hoja de Registro del procedimiento
SIG-REG

5. FRACTURA MALAR (SO2.4)

5.1 Concepto:

Son las fracturas que ocurren por impacto directo sobre el pómulo, suelen pasar inadvertidas.

5.2 Clasificación:

- Fracturas cigomático frontal.
- Fracturas cigomático-maxilar.
- Fracturas del reborde infraorbitario.

5.3 Signos y Síntomas:

Edema o equimosis peri orbitaria, hemorragia subconjuntival, hematoma en el surco vestibular superior, epistaxis, depresión de la eminencia malar o pómulo, depresión o descenso del canto externo del ojo, diplopía por alteración del nivel bipupilar, movimientos extraoculares limitados, escalones peri orbitarios palpables, enoftalmos, parestesia del nervio infraorbitario, limitación de la apertura de la cavidad oral, etc.

5.4 Como se realiza el Diagnostico:

Historia clínica, Examen físico.

Radiología convencional: Proyecciones de Waters, Cadwell y submentovertex, TAC

5.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:

- Vigilar vías aéreas, realización de traqueostomía de ser necesario en los casos de Fracturas Le-fort tipo 3 o panfacial.
- Vigilar sangrado.
- Tomar signos vitales cada 2 horas.
- Imágenes diagnosticas: Waters, Cadwell y submentovertex, TAC
- Presentar al departamento de oftalmología.
- Sutura de existir heridas.
- Administración de toxoide antitetánico.
- Antibioterapia y analgesia.

5.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:

- Fracturas desfavorables, con gran grado de desplazamiento.
- Fractura que luego de manejo conservador no consiguieron reducción anatómica correcta.
- Cuando existen fracturas maxilares asociadas.

5.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

Aquellas fracturas desfavorables, con gran desplazamiento se llevan de inmediato a cirugía canalizado con catéter No.18 y solución lactato ringer. Realizar radiografías y esquema de laboratorio (hemograma, glicemia, tipificación). Se realizará reducción abierta, colocando férula de Erich y fijación rígida con material de osteosíntesis (miniplaca de titanio o placa de compresión).

5.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Vigilar función y terapia respiratoria.
- Signos vitales cada 4 horas.
- Alimentación líquida.
- Pase de visita cada 12 horas.
- Evolución diaria del usuario.
- Egreso del usuario

5.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Estabilidad hemodinámica.
- Radiografías controles que indique efectividad de la reducción.
- No fiebre u otros signos sugestivos de infección o complicación.

5.10 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Cuidados generales del post quirúrgico.
- Vigilar sangrado.
- Que se mantendrá con boca cerrada por un periodo de 4 semanas.
- Evitar golpes en área facial.
- Vigilar presencia de náuseas y vómitos.
- Alimentación líquidas.
- Colocar compresas frías.

5.11 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.

Record de usuario:

Libro de procedimientos quirúrgicos
Hoja de Registro del procedimiento
SIG-REG

6. DIENTES INCLUIDOS (KO1.0)

6.1 Concepto:

Dientes que siguen formándose dentro del hueso, pero fracasan en el proceso de erupción.

6.2 Clasificación:

- Inclusión de molares inferiores.
- Premolares inferiores.
- Caninos superiores.
- Incisivos y dientes temporales.
- Caninos inferiores

6.3 Signos y Síntomas:

Dolor e inflamación de causa inexplicable. Accidentes infecciosos (pericoronaritis). Caries del segundo molar. Reabsorción externa del diente impactado.

6.4 Como se realiza el Diagnostico:

Historia clínica, Examen físico.

Radiología convencional: panorámica, proyecciones oclusales, posteroanterior de mandíbula, peri apical.

6.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:

Radiografías: Panorámica, proyecciones oclusales, posteroanterior de mandíbula. Antibioterapia y analgesia previa al acto quirúrgico.

6.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:

- Pericoronaritis.
- Patología dental del tercer molar semierupcionado o del segundo molar adyacente.
- Reabsorción radicular de piezas adyacentes.
- Patología folicular, quiste y tumores odontogénicos.
- Manejo de dolor de causa inexplicable.

6.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- Extirpación quirúrgica.

6.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Exodoncia de la pieza dentaria incluida o impactada.
- Vigilar Signos vitales cada 4 horas.
- Vigilar sangrado y dieta líquida.
- Egreso del usuario

6.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

Que no exista ninguna de las siguientes condiciones: ruptura de ápices dentaria. Sangrado posquirúrgico importante, lesión de tejido blando, lesión de estructuras óseas, luxación mandibular, lesión de estructuras dentarias y ninguna otra patología de la articulación temporomandibular.

6.10 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Cuidados generales del post quirúrgico.
- Dormir en posición decúbito prono.
- Vigilar sangrado.
- No fumar.
- Evitar golpes en área facial.
- Alimentación a base de helados.
- Colocar compresas frías.

6.11 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.

Record de usuario:

Libro de procedimientos quirúrgicos
Hoja de Registro del procedimiento
SIG-REG

7. TRASTORNO DE LAS GLÁNDULAS SALIVARES (K11-9)

7.1 Concepto:

Son las enfermedades que afectan a las glándulas salivares mayores y menores de las estructuras oro-faciales. Afectan también a las glándulas submucosas de las vías áreas superiores, incluidas glándulas secretoras de moco de la nariz, los senos paranasales y la laringe.

7.2 Clasificación:

- Lesiones Reactivas.
- Infecciones.
- Tumores benignos
- Tumores malignos.
- Enfermedades mediadas por procesos inmunitarios.

7.3 Signos y Síntomas:

Tumefacción glandular, las lesiones infecciosas y obstructivas presenta frecuentemente dolor, los trastornos inmunológicos y neoplásicos se caracterizan por tumefacción indolorosa.

7.4 Como se realiza el Diagnostico:

Historia clínica, Examen físico.

PAAF: de ser necesario.

Radiología convencional: Ortopantomografía, proyecciones oclusales, posteroanterior de mandíbula, sonografías, Sialografía o TAC de ser necesario.

7.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:

- Vigilar vías aéreas.
- Vigilar función y terapia respiratoria.
- Tomar signos vitales.
- Radiografías: Ortopantomografía, proyecciones oclusales, posteroanterior de mandíbula, sialografía o TAC.
- Realizar PAAF de ser necesario.
- Realizar Hemograma, glicemia, tipificación, perfil de químicas: urea, creatinina, proteínas totales, sodio, potasio. Pruebas virales.

7.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:

- Sialolitiasis con cálculos intraductales u obstrucción de larga evolución.
- Procesos infecciosos agudos.
- Tumores Benignos de glándula salivares mayores (Submaxilar, sublingual o Parótida).
- Tumores malignos de glándula salivares mayores (Submaxilar, sublingual o Parótida).

7.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- **Tumores benignos de glándulas salivares**, se lleva de inmediato a cirugía canalizado con catéter No.18 y solución lactato ringer, con previas radiografías y esquema de laboratorio (hemograma, glicemia, tipificación, urea creatinina proteínas totales, virus etc.) y PAAF. Se realizará submaxilectomía o parotidectomía dependiendo el tipo de lesión glandular.
- **Tumores malignos de glándulas salivares**, se deberá llevar a sala de cirugía canalizado con catéter No. 18 y solución lactato ringer, con previas radiografías y esquema de laboratorio, (hemograma, glicemia, tipificación, urea, creatinina, proteínas totales, virus, etc.) Paaf. Se realizara submaxilectomia o parotidectomia radical dependiendo el tipo de lesión glandular. Extirpación quirúrgica.

7.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Vigilar Signos vitales cada 4 horas.
- Vigilar función y terapia respiratoria.
- Vigilar sangrado.
- Alimentación e hidratación líquida.
- Pase de visita cada 12 horas.
- Evolución diaria del usuario.
- Egreso del usuario.

7.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Estabilidad hemodinámica.
- No fiebre u otros signos sugestivos de infección o complicación.

7.10 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Cuidados generales del post quirúrgico.
- Dormir en posición decúbito prono.
- Vigilar sangrado.
- Vigilar nauseas o vómitos
- Evitar golpes en área facial.
- Alimentación blanda
- Colocar compresas frías.

7.11 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.

Record de usuario:

Libro de procedimientos quirúrgicos
Hoja de Registro del procedimiento
SIG-REG

8. TUMORES BENIGNOS DE GLÁNDULAS SALIVARES (D11-9)

8.1 Concepto:

Son las enfermedades benignas que afectan a las glándulas salivares.

8.2 Clasificación:

- Adenoma pleomorfo.
- Cistadenoma papilar linfomatoso
- Adenoma monomorfo.
- Oncocitoma.

8.3 Signos y Síntomas:

Tumefacción glandular. Los signos y síntomas dependerá del tipo de tumor glandular en cuestión.

8.4 Como se realiza el Diagnostico:

Historia clínica, Examen físico.

PAAF: de ser necesario.

Radiología convencional, Sonografías, Sialografía o TAC se es necesario.

8.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:

- Vigilar vías aéreas, función y terapia respiratoria.
- Tomar signos vitales.
- Radiografías, sialografía o TAC.
- Realizar PAAF de ser necesario.
- Realizar Hemograma, glicemia, tipificación, perfil de químicas: urea, creatinina, proteínas totales, sodio, potasio. Pruebas virales.

8.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:

- Tumores Benignos de glándula salivares mayores (Submaxilar, sublingual o Parótida).

8.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

Se lleva de inmediato a cirugía canalizado con catéter No.18 y solución lactato ringer, con previas radiografías y esquema de laboratorio (hemograma, glicemia, tipificación, urea creatinina proteínas totales, virus etc.) y PAAF. Se realizará submaxilectomía o parotidectomía dependiendo el tipo de lesión glandular.

8.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Vigilar Signos vitales cada 4 horas.
- Vigilar función y terapia respiratoria.
- Vigilar sangrado.
- Alimentación e hidratación líquida.
- Pase de visita cada 12 horas.
- Evolución diaria del usuario.
- Egreso del usuario.

8.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Estabilidad hemodinámica.
- No fiebre u otros signos sugestivos de infección o complicación.

8.10 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Cuidados generales del post quirúrgico.
- Dormir en posición decúbito prono.
- Vigilar nauseas o vómitos
- Evitar golpes en área facial.
- Alimentación blanda
- Colocar compresas frías.

8.11 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.

Record de usuario:

Libro de procedimientos quirúrgicos
Hoja de Registro del procedimiento
SIG-REG

9. TUMORES MALIGNOS DE GLÁNDULAS SALIVARES (C08.9)

9.1 Concepto:

Son las enfermedades malignas que afectan a las glándulas salivares.

9.2 Clasificación:

- Carcinoma mucoepidermoide.
- Carcinoma adenoide quístico.
- Carcinoma de células acinares.
- Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado.

9.3 Signos y Síntomas:

Neoplasia glandular que puede presentar tumefacción indolora con o sin parestesia local a la lesión. Los signos y síntomas dependerán del tipo de tumor.

9.4 Como se realiza el Diagnóstico:

Historia clínica, Examen físico.

PAAF: de ser necesario.

Radiología convencional, Sonografías, Sialografía, TAC, Resonancia Magnética de ser necesario.

9.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:

- Vigilar vías aéreas.
- Vigilar función y terapia respiratoria.
- Tomar signos vitales.
- Radiografías, sialografía o TAC.
- Realizar PAAF de ser necesario.
- Realizar Hemograma, glicemia, tipificación, perfil de químicas: urea, creatinina, proteínas totales, sodio, potasio. Pruebas virales.

9.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:

- Tumores malignos de glándula salivares mayores (Submaxilar, sublingual o Parótida).

9.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

Se lleva de inmediato a cirugía canalizado con catéter No.18 y solución lactato ringer, con previas radiografías y esquema de laboratorio (hemograma, glicemia, tipificación, urea creatinina proteínas totales, virus etc.) y PAAF. Se realizará submaxilectomía o parotidectomía dependiendo el tipo de lesión glandular.

9.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Vigilar Signos vitales cada 4 horas.
- Vigilar función y terapia respiratoria.
- Vigilar sangrado.
- Alimentación e hidratación líquida.
- Pase de visita cada 12 horas.
- Evolución diaria del usuario.
- Egreso del usuario.

9.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Estabilidad hemodinámica.
- No fiebre u otros signos sugestivos de infección o complicación.

9.10 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Cuidados generales del post quirúrgico.
- Dormir en posición decúbito prono.
- Vigilar náuseas o vómitos
- Evitar golpes en área facial.
- Alimentación blanda
- Colocar compresas frías.

9.11 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.

Record de usuario:

Libro de procedimientos quirúrgicos
Hoja de Registro del procedimiento
SIG-REG

10. QUISTE EMBRIONARIOS (K9.1)

10.1 Concepto:

Son los quistes derivados del epitelio presente durante el desarrollo embrionario.

10.2 Clasificación:

- Quiste del conducto Naso palatino, Quiste Naso labial, Quiste linfoepitelial, Quiste linfoepitelial oral y cervical.
- Quistes del trayecto vestigial: Quiste del conducto tirogloso.
- Quiste embrionario de origen cutáneo: Quiste Dermoide, Epidermoide, otros.

10.3 Signos y Síntomas:

- Sintomático de presentación. (Pueden presentarse con tumefacciones indolora, pueden inducir disfagia, fístula supurativa si se infectan o inflaman,
- Hallazgo radiográfico casual, presentando radió transparencia bien circunscrita oval o en forma de corazón en la parte anterior de el maxilar entre la raíces de los incisivos centrales

10.4 Como se realiza el Diagnostico:

- Historia clínica, Examen físico.
- Biopsia de la lesión.
- Radiología convencional: Rx panorámica, proyecciones oclusales.

10.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:

- Radiografías: Panorámica, proyecciones oclusales, radiografías peri apicales.

10.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:

- Quistes Naso palatinos o del conducto tiroglosos infectados.
- Quiste dermoide

10.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- Extirpación quirúrgica o enucleación osteotomía periférica mediante abordajes quirúrgicos agresivos.

10.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Vigilar Signos vitales cada 4 horas.
- Vigilar función y terapia respiratoria.
- Vigilar sangrado.
- Alimentación e hidratación líquida.
- Pase de visita cada 12 horas.
- Evolución diaria del usuario.

10.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Estabilidad hemodinámica.
- No fiebre u otros signos sugestivos de infección o complicación.

10.10 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:

- Dormir en posición decúbito prono.
- Evitar golpes en área facial.
- No fumar
- Vigilar sangrado.
- Colocar compresas frías.
- Alimentación líquida a base de helados.

10.11 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria:

- Record de usuario
- Libro de procedimientos quirúrgicos
- Hoja de Registro del procedimiento
- SIG-REG

11. OSTEOMIELITIS (M86.X).

11.1 Concepto:

Proceso inflamatorio en el hueso medular (trabecular) que involucra los espacios medulares.

11.2 Clasificación:

- Osteomielitis aguda.
- Osteomielitis Crónica.
- Osteomielitis de Garre.
- Osteomielitis esclerosante difusa.

11.3 Signos y Síntomas:

Aguda: Dolor intenso. Ausencia de drenaje de absceso peri apical, fiebre, dolor intenso, probable alteración al conducto del nervio dentario inferior en caso mandibular.

Crónica: Hueso más denso. Dolor escaso o nulo. Hallazgo radiográfico de aspecto moteado y más radió paco de lo normal.

11.4 Como se realiza el Diagnostico:

Historia clínica, Examen físico.

Radiología convencional: Rx panorámica, proyecciones oclusales, peri apical.

11.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:

11.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:

- Exudado importa.
- Absceso peri apical sintomático.
- Mal estado general del paciente.

11.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

Radiología convencional: Rx panorámica, proyecciones oclusales, peri apical.

11.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Drenaje quirúrgico acompañado de desbridamiento, trepanación o decorticación del hueso en cuestión.
- Antibiograma y cultivo de la secreción.
- Uso de antibiótico dirigido al microorganismo responsable.
- Colgajos vascularizados.
- Oxigenoterapia hiperbárica.
- Tras resolverse la infección, proceder a la reconstrucción necesaria.

11.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- No existencia de sangrado posquirúrgico importante.
- Niveles leucocitarios en límites normales o aceptables.
- Estado general del paciente adecuado.

11.10 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Cuidados generales del post quirúrgico.
- Vigilar sangrado.
- Dormir en posición contraria a la lesión.
- Alimentación líquida luego a tolerancia
- Colocar compresas frías.
- No fumar

11.11 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria:

- Record de usuario
- Libro de procedimientos quirúrgicos
- Hoja de Registro del procedimiento
- SIG-REG

12. QUISTES ODONTOGENOS (K9.0)

12.1 Concepto:

Son quiste en el cual el revestimiento de la luz deriva del epitelio producido durante el desarrollo del diente.

12.2 Clasificación:

- Quiste derivados de los restos de Malassez
- Quistes peri apical, dentigero, de erupción, derivados de la lámina dental (restos de Serres), queratoquistes, del recién nacido etc...

12.3 Signos y Síntomas:

- Asintomático. Hallazgo radiográfico casual.
- Piezas desvitalizadas.
- Puede desviar piezas vecinas
- Puede provocar exorozilisis.
- Reabsorción Ósea.

12.4 Como se realiza el Diagnostico:

Historia clínica, Examen físico.

Radiología convencional: Rx panorámica, proyecciones oclusales, peri apical.

12.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:

- Radiología convencional: Rx panorámica, proyecciones oclusales, peri apical.

12.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:

- Queratoquiste que se ha necesario reseccion quirúrgica amplia, por su tamaño.
- Quiste folicular o dentigero.
- Quiratoquiste donde se produzca fractura patológica de área mandibular.

12.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- Exéresis quirúrgica y legrado u ostectomia periférica mediante abordajes quirúrgicos agresivo.

12.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Vigilar Signos vitales cada 4 horas.
- Vigilar función y terapia respiratoria.
- Vigilar sangrado.
- Alimentación e hidratación líquida.
- Pase de visita cada 12 horas.
- Evolución diaria del usuario.

12.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Ausencia de sangrado posquirúrgico importante.
- No evidencia de lesión de tejido blando ni estructuras óseas.
- Ausencia de Luxación mandibular.
- Ausencia de lesión de estructuras dentarias.

12.10 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Cuidados generales del post quirúrgico.
- Dormir en posición decúbito prono.
- Evitar golpes en área facial.
- Alimentación líquida a base de helados.
- Colocar compresas frías.
- No fumar

12.11 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria:

- Record de usuario
- Libro de procedimientos quirúrgicos
- Hoja de Registro del procedimiento
- SIG-REG

13. CARCINOMAS DEL LABIO, CAVIDAD ORAL Y DE LA FARINGE. (D00.0)

13.1 Concepto:

Son tumores malignos que afectan cavidad bucal, labio y oro -nasofaringe.

13.2 Clasificación:

- Carcinoma Epidermoide.
- Tumores malignos de las Glandulas Salivares.
- Tumores Mesenquimatoso, Sarcoma, Osteogeno, Condrosarcoma y otros.
- Carcinoma Verrucoso.
- Carcinoma Nasofaringeo.
- Carcinoma de Células Fusiformes.

13.3 Signos y Síntomas:

- Mancha o placas rojas, blancas o ambas.
- Superficie exofítica (rugosa o papilar)
- Ulceración, costra, lesión azulada, pardusca o negra.
- Piezas desvitalizadas.
- Reabsorción Ósea.
- Disfagia.

13.4 Como se realiza el Diagnostico:

- Historia clínica, Examen físico.
- Radiología convencional: Rx panorámica. TAC. Rx de tórax.
- Naso laringoscopia
- Biopsia del tejido neoplásico.

13.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:

- Vigilar vías aéreas.
- Vigilar función y terapia respiratoria.
- Tomar signos vitales.
- Radiografías, TAC.
- Realizar Hemograma, glicemia, tipificación, perfil de químicas: urea, creatinina, proteínas totales, sodio, potasio. Pruebas virales.

13.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:

Tumor de cavidad oral que tenga un TNM (T3N2cMx)

13.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

Tratamiento mediado por extirpación quirúrgica, radioterapia o ambos tratamientos.

13.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Vigilar Signos vitales cada 4 horas.
- Vigilar función y terapia respiratoria.
- Vigilar sangrado.
- Alimentación e hidratación líquida.
- Pase de visita cada 12 horas.
- Evolución diaria del usuario.

13.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Que no exista complicaciones posquirúrgicas importantes (Neumonía, dehiscencia de colgajos o injertos. Lesión del conducto torácico etc.)
- Estado Nutricional adecuado.
- Signos vitales estables
- Estado hemodinámico estable.

13.10 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Cuidados generales del post quirúrgico.
- Dormir en posición decúbito prono.
- Evitar golpes en área facial.
- Alimentación líquida a través de Sonda de alimentación.
- Colocar compresas frías.
- No fumar

13.11 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria:

Record de usuario

Libro de procedimientos quirúrgicos

Hoja de Registro del procedimiento

SIG-REG

VII PROTOCOLOS DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO.

- 1. Reducción Cerrada o Abierta de Fracturas Huesos Propios Nasales.**
- 2. Reducción Abierta y Fijación de Fractura con Material de Osteosíntesis (Mini Placa De Titanio)**
- 3. Exodoncia**
- 4. Submaxilectomia**
- 5. Parotidectomia Superfial.**
- 6. Sialadenectomia o Extirpación de Cálculos.**
- 7. Parotidectomia Radical Con Sacrificio o No Del Nervio Facial.**
- 8. Enucleación u Extirpación de quiste**
- 9. Drenaje y desbridamiento quirúrgico**
- 10. Vaciamiento Cervical Radical**

1. REDUCCIÓN CERRADA O ABIERTA DE FRACTURAS HUESOS PROPIOS NASALES (27.72)

1.1 Concepto del procedimiento:

Procedimiento mediante el cual se lleva a cabo la reducción de las fracturas nasales con hundimiento o desplazadas, colocando elevadores que favorezcan la movilidad y reducción de los mismos, a través de instrumentales específicos (fórceps de Walsham). Otras requerirán injertos óseos o cartilagosos para su corrección.

1.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- ➔ Llenado de formulario consentimiento informado.
- ➔ Sala de cirugía mayor.
- ➔ Mesa quirúrgica de posición.
- ➔ Lámpara quirúrgica.
- ➔ Campos quirúrgicos estériles.
- ➔ Material gastable: Compresas, gasas, jeringas, hilos quirúrgicos, soluciones estériles, betadine, pomadas antibióticas, anestésicos, guantes estériles, sonda vesical, yeso.
- ➔ Instrumental quirúrgico: Pinzas Kelly grande, pinzas hemostática o de algodón, pinza adson con diente, porta para agujas, recto, fórceps de Walsham y de Ash, espejillo nasales, tijeras de metzembaum curva.

1.3 Como se realiza el procedimiento:

Se coloca el usuario en posición decúbito prono, previa asepsia y asepsia de región nasal y facial, bajo los efectos de anestesia local o general inhalatoria, donde colocamos elevador roma bajo los huesos propios nasales a través de ambas narinas para inmovilizarlos y reducirlos (preferiblemente con fórceps de Walsham y Ash), donde utilizamos gasas impregnada de pomada antibiótica (que se mantendrá aproximadamente 3 días), en ambas narinas para mantener inmovilización de fragmentos óseos, luego procedemos a colocar steri-strips y una férula externa de escayola o aluminio (que se mantendrá una semana).

1.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- ➔ Vigilar taponamiento nasal.
- ➔ Signos vitales cada ½ hora, primeras 2 horas (área de recuperación), luego cada 4 horas.
- ➔ Dieta suave a las 8 horas.
- ➔ Pase de visita cada 12 horas.
- ➔ Cuidados generales por parte de la enfermera.
- ➔ Analgésico: 75 mg Diclofenac IM (Si no existe contraindicación) cada 8 horas.
- ➔ Hidratación: Solución Mixta al 9% CLNa, 25 gotas por minuto IV.
- ➔ Antibioterapia: 500 mg Ampicilina (si no existe contraindicación) cada 6 hora IV mientras dure la venoclisis, luego pasar vía oral.
- ➔ Corticoides: Dexametazona 8 mg cada 8 horas IV.

1.5 Informaciones deben brindan al usuario y familia:

- Evitar golpes en región facial que puedan lesionar el procedimiento.
- Mantener posición en decúbito al dormir.
- Avisar de existir nauseas o vómitos.
- Mantener férula externa por 1 semana.

1.6 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.
Hoja descripción del procedimiento.
Record del usuario
SIG-REG

2. REDUCCIÓN ABIERTA Y FIJACIÓN DE FRACTURA CON MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS (Mini Placa de Titanio) (76.74)

2.1 Concepto del Procedimiento:

Procedimiento mediante el cual se lleva a cabo la reducción de las fracturas mandibulares dependiendo el lugar anatómico de la injuria. Se realiza abordaje quirúrgico directo al foco de fractura para reducción exacta de la misma e inmovilización con placas de compresión o mini placa de titanio.

2.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- ➔ Llenado de formulario consentimiento informado.
- ➔ Sala de cirugía mayor, mesa quirúrgica de posición, lámpara quirúrgica, campos quirúrgicos estériles, instrumental quirúrgico.
- ➔ Material gastable: Compresas, gasas, jeringas, hilos quirúrgicos, soluciones estériles, anestésicos, guantes estériles, sonda vesical, férula de Erich, alambre de acero inoxidable, miniplaca de titanio

2.3 Como se realiza el procedimiento:

Se coloca el usuario en posición decúbito prono, previa asepsia y asepsia de región facial y cavidad oral, bajo los efectos de anestesia general inhalatoria, procedemos a colocar férula de Erich intermaxilar, transgredimos mucosa vestibular a nivel de encía libre o insertada en el foco de fractura con una incisión de 2-3 cms, con hoja de bisturí No. 15, realizando desperiostización ósea con legra o periostótomo para identificar foco de fractura. Procedemos a reducir fractura y llevar a oclusión dentaria previa a la injuria o trauma, realizamos reducción de la fractura, para mantener inmovilización de fragmentos óseos, luego colocamos placa de compresión o miniplaca de titanio, colocamos sutura con vicryl 4-0 y se mantiene bloqueo intermaxilar por 4 a 6 semanas.

2.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- ➔ Vigilar taponamiento nasal
- ➔ Signos vitales cada ½ hora, primeras 2 horas (área de recuperación), luego cada 4 horas.
- ➔ Dieta suave a las 8 horas.
- ➔ Pase de visita cada 12 horas.
- ➔ Cuidados generales por parte de la enfermera.
- ➔ Analgésico: 75 mg Diclofenac IM (Si no existe contraindicación) cada 8 horas.
- ➔ Hidratación: Solución Mixta al 9% CLNa, 25 gotas por minuto IV.
- ➔ Antibioterapia: 500 mg Ampicilina (si no existe contraindicación) cada 6 hora IV mientras dure la venoclisis, luego pasar vía oral.
- ➔ Corticoides: Dexametazona 8 mg cada 8 horas IV.

2.5 Informaciones deben brindan al usuario y familia:

- Evitar golpes en región facial que puedan lesionar el procedimiento.
- Mantener posición en decúbito al dormir.
- Avisar de existir nauseas o vómitos.
- Dieta a base de líquidos.
- Colocar compresas frías externas.
- Mantener bloqueo intermaxilar por 4-6 semanas.

2.6 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.

Hoja descripción del procedimiento.

Record del usuario

SIG-REG

3. EXODONCIA (23.0)

3.1 Concepto del procedimiento:

Procedimiento mediante el cual se lleva a cabo la identificación del diente incluido o impactado, donde se hace abordaje quirúrgico directo al área de erupción del diente sacando o extirpando de su implantación original.

3.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Llenado de formulario consentimiento informado.
- Sala de cirugía menor.
- Sillón quirúrgico y lámpara quirúrgica.
- Campos quirúrgicos estériles .
- Instrumental quirúrgico: Separadores tipo langenbeck, abre bocas, aspiradores. Bisturís No. 15, Tijeras, desperiostizadores, pinzas de Adson, mosquitos, cucharillas, botadores. Fórceps, winter, fresas para equipo rotatorio tipo lindermann, o redonda tipo Tungsteno, porta agujas.
- Materiales gastables: gasas, hilos quirúrgicos, soluciones estériles, anestésicos tipo para carpules, guantes estériles.

3.3 Como se realiza el procedimiento:

Se coloca el usuario en sillón quirúrgico, previa asepsia y antisepsia de cavidad oral, bajo los efectos de anestesia troncular de la tercera rama del trigémino en el caso de ser tercer molar inferior. Procedemos a realizar incisión angular la cual consta de dos trayectos: el posterior es sagital, desde la parte posterior del triángulo retromolar hacia delante hasta la cúspide distal bucal del segundo molar, y la anterior es oblicua desde el segundo molar o incluso, en las incisiones extensas desde distal del primero hacia el vestíbulo. Luego procedemos a realizar despegamiento mucoperiostico, quedando expuesta la lamina ósea externa, zona de acceso en la extracción del cordal. El campo queda visible gracias a un separador de Langenbeck o Farabeuf, que separa el colgajo vestibular. Hacemos osteotomía con fresas montadas en pieza de mano o turbina. Exponemos la corona dentaria, liberamos su cara vestibular y distal según la situación del molar, vertical, mesioangulado, distal angulado, horizontal, etc., la técnica variara o no de odontosección. Luego de extraído el molar, la cavidad resultante requiere una minuciosa exploración para eliminar posibles fragmentos dentario u óseos, legando cuidadosamente el saco peri coronario o del granula marginal posterior, luego valoramos el no sangrado y suturamos con seda 4-0 o 3-0.

3.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Vigilar sangrado.
- Dieta liquida a las 8 horas a base de sustancias frías.
- Compresas frías en área quirúrgica.
- No fumar ni tomar alcohol.
- Cuidados generales por parte de la enfermera.
- Analgésico: 50 mg Diclofenac VO. (Si no existe contraindicación) cada 8 horas.
- Antibioterapia: 500 mg de Ampicilina (si no existe contraindicación) cada 6 hora VO.

3.5 Informaciones deben brindan al usuario y familia:

- Evitar golpes en región facial que puedan lesionar el procedimiento.
- Mantener posición en decúbito al dormir.
- Avisar de existir sangrado importante.
- Avisar de dolor posquirúrgico importante que no mejore con la analgesia.
- Dieta a base de líquidos fríos.
- No fumar o tomar sustancia con alcohol
- Colocar compresas frías externas.

3.6 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.

Hoja descripción del procedimiento y Record del usuario

SIG-REG

4. SUBMAXILECTOMIA (26. 0)

4.1 Concepto del procedimiento:

Procedimiento mediante el cual se realizara el acceso quirúrgico al interior del espacio de la glándula submaxilar.

4.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Llenado de formulario consentimiento informado.
- Sala de cirugía menor.
- Mesa quirúrgica de posición y lámpara quirúrgica.
- Campos quirúrgicos estériles.
- Instrumental quirúrgico: Separadores. Bisturís eléctrico. Tijeras, Pinzas. Porta agujas.
- Materiales gastables: gasas, hilos quirúrgicos, soluciones estériles, anestésicos tipo para carpules, guantes estériles.

4.3 Como se realiza el procedimiento:

Se coloca el usuario en posición decúbito prono, previa asepsia y asepsia de región facial y cavidad oral, bajo los efectos de anestesia general inhalatoria, con intubación oro traqueal, la cabeza en hiperextención e inclinada hacia el lado contrario. Se practica una incisión de 3 cm., dos traveses de dedo por debajo del cuerpo mandibular, coincidiendo con pliegue cutáneo. De esta forma se evita la lesión de la rama marginal del nervio facial. El límite posterior se localiza en el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. La incisión se infiltra ligeramente con anestesia local para favorecer la hemostasia. La incisión incluye piel, tejido celular subcutáneo y platisma. Se realiza maniobra de Hayes-Martin, luego procedemos a realizar identificación de el conducto y nervio lingual, luego hacemos hemostasia y cerramos por planos con vicryl 4-0 y piel con nylon 5-0 luego paciente es llevado a sala de recuperación.

4.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Vigilar función y terapia respiratoria.
- Vigilar hidratación y diuresis.
- Signos vitales cada ½ hora, primeras 2 horas (área de recuperación), luego cada 4 hora.
- Dieta líquida a las 8 horas.
- Pase de visita cada 12 horas.
- Cuidados generales por parte de la enfermera.
- Analgésico: Ketoprofeno 30 mg . (Si no existe contraindicación) cada 8 horas.
- Hidratación: solución mixta al 9% CLNa, 25 gotas por minuto IV.
- Antibioterapia: 500 mg Ampicilina (si no existe contraindicación) cada 6 hora IV mientras dure la venoclisis, luego pasar vía oral.
- Corticoides: Dexametazona 8 mg cada 8 hora i.v.

4.5 Informaciones deben brindan al usuario y familia:

- Evitar golpes en región facial que puedan lesionar el procedimiento.
- Mantener posición en decúbito al dormir.
- Avisar de existir nauseas o vómitos.
- Dieta a base de alimentos blandos. Luego de las 6 horas.
- Colocar compresas frías externas.

4.6 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.

Hoja descripción del procedimiento y Record del usuario
SIG-REG

5. PAROTIDECTOMIA SUPERFICIAL. (26.0)

5.1 Concepto del procedimiento:

Procedimiento mediante el cual se realizara el acceso quirúrgico al interior del espacio de la glándula Parótida.

5.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- ➔ Llenado de formulario consentimiento informado.
- ➔ Sala de cirugía menor.
- ➔ Mesa quirúrgica de posición y lámpara quirúrgica. Campos quirúrgicos estériles.
- ➔ Instrumental quirúrgico: Separadores. Bisturís eléctrico. Tijeras, Pinzas. Porta agujas.
- ➔ Materiales gastables: gasas, hilos quirúrgicos, soluciones estériles, anestésicos tipo para carpules, guantes estériles.

5.3 Como se realiza el procedimiento:

Se coloca el usuario en posición decúbito prono, previa asepsia y asepsia de región facial y cavidad oral, bajo los efectos de anestesia general inhalatoria, con intubación oro traqueal, la cabeza en hiperextensión e inclinada hacia el lado contrario. Se practica una incisión en forma de S desde la parte superior del trago, siguiendo todo el pabellón auricular. Al llegar al lóbulo se reflexiona en sentido posterior, para continuar en sentido cervical siguiendo uno de los pliegues cutáneos, a unos 2 cm. por debajo del ángulo mandibular. Se levanta el colgajo anterior con bisturí traccionando la piel hacia arriba formando tienda de campana, siguiendo el plano que separa la glándula del tejido celular subcutáneo y el platisma, y hasta llegar a visualizar el músculo masetero. A continuación se eleva el colgajo posterior, que se realiza en dos fases. En primer lugar se separa la glándula del cartílago del CAE, hasta identificar su extremo inferior. A continuación se procede a separar la glándula de las densas inserciones fibrosas que lo separan del músculo esternocleidomastoideo, hasta alcanzar en profundidad el músculo digástrico. El nervio auricular mayor se sacrifica. Se procede entonces a identificar el tronco del nervio facial, luego procedemos a identificar las diferentes ramas del mismo, creando un plano de disección que separa el lóbulo superficial de la glándula del nervio facial. Se expone la totalidad del nervio y se comprueba su integridad. La incisión se cierra en dos planos, con vicryl 4-0, dejando un drenaje espirativo durante 24 horas, luego suturamos piel con nylon 5-0. Posteriormente el paciente es llevado a sala de recuperación.

5.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Vigilar función y terapia respiratoria.
- Vigilar hidratación y diuresis.
- Signos vitales cada ½ hora, primeras 2 horas (área de recuperación), luego cada 4 hora.
- Dieta líquida a las 8 horas.
- Pase de visita cada 12 horas.
- Cuidados generales por parte de la enfermera.
- Analgésico: Ketoprofeno 30 mg . (Si no existe contraindicación) cada 8 horas.
- Hidratación: solución mixta al 9% CLNa, 25 gotas por minuto IV.
- Antibioterapia: 500 mg Ampicilina (si no existe contraindicación) cada 6 hora IV mientras dure la venoclisis, luego pasar vía oral.
- Corticoides: Dexametazona 8 mg cada 8 hora i.v.

5.5 Informaciones deben brindar al usuario y familia:

- Evitar golpes en región facial que puedan lesionar el procedimiento.
- Mantener posición en decúbito al dormir.
- Avisar de existir náuseas o vómitos.
- Dieta a base de alimentos blandos. Luego de las 6 horas.
- Colocar compresas frías externas.

5.6 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.

Hoja descripción del procedimiento y Record del usuario
SIG-REG

6. SIALADENECTOMIA O EXTIRPACIÓN DE CÁLCULOS. (26.0)

6.1 Concepto del procedimiento:

Procedimiento mediante el cual se realizara el acceso quirúrgico al interior del conducto glandular para la extirpación del cálculo o salolitos.

6.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- ➔ Llenado de formulario consentimiento informado.
- ➔ Sala de cirugía menor.
- ➔ Mesa quirúrgica de posición y lámpara quirúrgica. Campos quirúrgicos estériles.
- ➔ Instrumental quirúrgico: separadores, bisturís eléctrico, tijeras, pinzas, porta agujas.
- ➔ Materiales gastables: compresas, gasas, jeringas, hilos quirúrgicos, soluciones estériles, anestésicos tipo para carpules, guantes estériles, sonda vesical.

6.3. Como se realiza el procedimiento:

Se coloca el usuario en posición decúbito prono, previa asepsia y asepsia de región facial y cavidad oral, bajo los efectos de anestesia local, troncular o general inhalatoria, procedemos a identificar cálculos. Transgredimos mucosa oral a nivel de mucosa lingual del conducto afecto realizando incisión de 3-4 mm. Hacemos extirpación del calculo, se realiza drenajes y colocación de antibiótico terapia y marsupialización.

6.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- ➔ Vigilar función y terapia respiratoria.
- ➔ Vigilar hidratación y diuresis.
- ➔ Signos vitales cada ½ hora, primeras 2 horas (área de recuperación), luego c/ 4 horas.
- ➔ Dieta líquida a las 8 horas.
- ➔ Pase de visita cada 12 horas.
- ➔ Cuidados generales por parte de la enfermera.
- ➔ Analgésico: 75 mg Diclofenac im. (Si no existe contraindicación) cada 8 horas.
- ➔ Hidratación: solución mixta al 9% CLNa, 25 gotas por minuto.
- ➔ Antibioterapia: 500 mg Ampicilina (si no existe contraindicación) cada 6 hora IV mientras dure la venoclisis, luego pasar vía oral.
- ➔ Corticoides: Dexametazona 8 mg cada 8 hora IV

6.5 Informaciones deben brindar al usuario y familia:

- ➔ Evitar golpes en región facial que puedan lesionar el procedimiento.
- ➔ Mantener posición en decúbito al dormir.
- ➔ Avisar de existir náuseas o vómitos.
- ➔ Dieta a base de alimentos blandos. Luego de las 6 horas.
- ➔ Colocar compresas frías externas.

6.6 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.

Hoja descripción del procedimiento y Record del usuario
SIG-REG

7. PAROTIDECTOMIA RADICAL CON SACRIFICIO O NO DEL NERVIO FACIAL. (26.0)

7.1 Concepto del procedimiento:

Procedimiento mediante el cual se realizara el acceso quirúrgico al interior del espacio de la glándula Parótida donde se valora la invasión perineural o no del tumor.

7.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Llenado de formulario consentimiento informado.
- Sala de cirugía menor.
- Mesa quirúrgica de posición y lámpara quirúrgica. Campos quirúrgicos estériles.
- Instrumental quirúrgico: Separadores. Bisturís eléctrico. Tijeras, Pinzas. Porta agujas.
- Materiales gastables: gasas, hilos quirúrgicos, soluciones estériles, anestésicos tipo para carpules, guantes estériles.

7.3 Como se realiza el procedimiento:

Se coloca el usuario en posición decúbito prono, previa asepsia y asepsia de región facial y cavidad oral, bajo los efectos de anestesia general inhalatoria, con intubación oro traqueal, la cabeza en hiperextensión e inclinada hacia el lado contrario. Se practica una incisión en forma de S desde la parte superior del trago, sigue todo el pabellón auricular. Al llegar al lóbulo se reflexiona en sentido posterior, para continuar en sentido cervical siguiendo uno de los pliegues cutáneos, a unos 2 cm. por debajo del ángulo mandibular. Se levanta el colgajo anterior con bisturí traccionando de la piel hacia arriba formando tienda de campana, siguiendo el plano que separa la glándula del tejido celular subcutáneo y el platisma, y hasta llegar a visualizar el músculo masetero. A continuación se eleva el colgajo posterior, que se realiza en dos fases. En primer lugar se separa la glándula del cartílago del CAE, hasta identificar su extremo inferior. A continuación se procede a separar la glándula de las densas inserciones fibrosas que lo separan del músculo esternocleidomastoideo, hasta alcanzar en profundidad el músculo digástrico. El nervio auricular mayor se sacrifica. Se procede entonces a identificar el tronco del nervio facial, luego procedemos a identificar las diferentes ramas del mismo, creando un plano de disección que separa el lóbulo superficial de la glándula del nervio facial. Se expone la totalidad del nervio y se procede a realizar identificación de las ramas nerviosa, si es afectado el lóbulo profundo de la glándula donde disecamos el lóbulo y los tejidos circundantes. Si la lesión tumoral invade estructura nerviosa se valora el sacrificio del mismo de lo contrario se preservara. La incisión se cierra en dos planos, con vicryl 4-0, dejando un drenaje espirativo durante 24 hora luego suturamos piel con nylon 5-0 posteriormente paciente es llevado a sala de recuperación.

7.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Vigilar función y terapia respiratoria.
- Vigilar hidratación y diuresis.
- Signos vitales cada ½ hora, primeras 2 horas (área de recuperación), luego cada 4 hora.
- Dieta líquida a las 8 horas.
- Pase de visita cada 12 horas.
- Cuidados generales por parte de la enfermera.
- Analgésico: Ketoprofeno 30 mg . (Si no existe contraindicación) cada 8 horas.
- Hidratación: solución mixta al 9% CLNa, 25 gotas por minuto IV.
- Antibioterapia: 500 mg Ampicilina (si no existe contraindicación) cada 6 hora IV mientras dure la venoclisis, luego pasar vía oral.
- Corticoides: Dexametazona 8 mg cada 8 hora i.v.

7.5 Informaciones deben brindar al usuario y familia:

- Evitar golpes en región facial que puedan lesionar el procedimiento.
- Mantener posición en decúbito al dormir.
- Avisar de existir náuseas o vómitos.
- Dieta a base de alimentos blandos. Luego de las 6 horas.
- Colocar compresas frías externas.

7.6 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.

Hoja descripción del procedimiento y Record del usuario
SIG-REG

8. ENUCLEACIÓN U EXTIRPACIÓN DE QUISTE

8.1 Concepto del procedimiento:

Procedimiento mediante el cual se lleva a cabo la identificación del quiste y se realiza retirada de la cápsula que reviste al quiste y sus componentes embrionarios, o donde se hace abordaje quirúrgico directo al área sacando o extirpando de su implantación original.

8.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Llenado de formulario consentimiento informado.
- Sala de cirugía menor.
- Sillón quirúrgico y Lámpara quirúrgica.
- Campos quirúrgicos estériles.
- Instrumentos Rotatorios.
- Instrumentos para el acto quirúrgico, Separadores tipo langenbeck, abre bocas, aspiradores, bisturíes No. 15, Tijeras, desperiotizadores, pinza de adson, mosquito, cucharillas, botadores, Fórceps, winter, fresas para equipo rotatorio tipo lindermann, o redonda tipo Tungsteno, porta agujas etc.
- Materiales gastables: Gasas, hilos quirúrgicos, soluciones estériles, anestésicos tipo para carpules., guantes estériles.

8.3 Como se realiza el procedimiento:

Se coloca el usuario en sillón quirúrgico, previa asepsia y antisepsia de cavidad oral o cuello, bajo los efectos de anestesia troncular de las ramas del trigémino o general. En el caso del quiste de conducto tirogloso se realizara extensión del cuello con un rollo que eleve los hombros. Se efectuara una incisión cutánea transversal, centrada alrededor de la línea media, que se extienda de 0,5 cm. a cada lado de la masa. Después de seccionar el tejido subcutáneo y el músculo platisma, se identifica el quiste y se disecan circunferencialmente los tejidos de su superficie. Si la pared del quiste se violara en forma accidental se deberá sostener el quiste con pinza de Allis por el resto del procedimiento. Se identifica el hueso hiodes, con el empleo del cauterio, se seccionan los músculos esternohiideo y tirohiideo en sus puntos de inserción. Luego se efectúa una disección circunferencial alrededor del hiodes detrás del ramo del hueso aproximadamente).75cm por fuera de su punto medio. Se secciona el hueso mediante la técnica de Sistrunk. Se diseca hasta el agujero ciego en la base de la lengua donde se liga con una sutura absorbible y se lo secciona, luego valoramos el no sangrado y suturamos con vicryl 4-0 y piel con Naylon 6-0.

8.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Vigilar sangrado.
- Vigilar hidratación y diuresis.
- Signos vitales cada ½ hora, primeras 2 horas (área de recuperación), luego cada 4 hora.
- Dieta líquida a las 8 horas.
- Pase de visita cada 12 horas.
- Cuidados generales por parte de la enfermera.
- Analgésico: Ketoprofeno 30 mg . (Si no existe contraindicación) cada 8 horas.
- Hidratación: solución mixta al 9% CLNa, 25 gotas por minuto IV.
- Antibioterapia: 1 gr. Ampicilina (si no existe contraindicación) cada 6 hora IV mientras dure la venoclisis, luego pasar vía oral. Gentamicina 160 mg c / 24 hora por 7 día.
- Colocar compresas frías externas.

8.6 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.

Hoja descripción del procedimiento y Record del usuario
SIG-REG

9. DRENAJE Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICO (27.0)

9.1 Concepto del procedimiento:

Procedimiento mediante el cual se lleva a cabo la identificación del área de absceso o secuestro óseo, realizando el retiro del material necrótico o tejido que se comporta como cuerpo extraño.

9.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Llenado de formulario consentimiento informado.
- Sala de cirugía menor.
- Sillón quirúrgico y Lámpara quirúrgica.
- Campos quirúrgicos estériles.
- Instrumentos Rotatorios.
- Instrumentos para el acto quirúrgico, Separadores tipo langenbeck, abre bocas, aspiradores, bisturíes No. 15, Tijeras, desperiotizadores, pinza de adson, mosquito, cucharillas, botadores, Fórceps, winter, fresas para equipo rotatorio tipo lindermann, o redonda tipo Tungsteno, porta agujas etc.
- Materiales gastables: Gasas, hilos quirúrgicos, soluciones estériles, anestésicos tipo para carpules., guantes estériles.

9.3 Como se realiza el procedimiento:

Se coloca el usuario en sillón quirúrgico, previa asepsia y antisepsia de cavidad oral, bajo los efectos de anestesia general inhalatoria procedemos a realizar incisión para mandibulectomía en caso de ser en área mandibular vía extraorales se disecciona por planos tomamos cultivo de secreciones para valorar agente causal, realizamos drenaje y identificamos área de secuestro, lavamos área con antiséptico yodado y soluciones salinas estériles, retiramos material necrótico y realizamos desbridamiento, trepanación y decorticación con motor rotatorio con fresas tipo lindermann o tungsteno donde realizamos colocación de drenaje de succión y suturamos por plano con vicryl 4-0 y nylon 6-0 en área de la piel, dicho paciente luego es llevado a sala de recuperación por 2 hora y luego llevado a su respectiva sala.

9.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Vigilar función y terapia respiratoria.
- Vigilar hidratación y diuresis.
- Signos vitales cada ½ hora, primeras 2 horas (área de recuperación), luego cada 4 hora.
- Dieta líquida a las 8 horas.
- Pase de visita cada 12 horas.
- Cuidados generales por parte de la enfermera.
- Analgésico: Ketoprofeno 30 mg . (Si no existe contraindicación) cada 8 horas.
- Antibioterapia: La cual será administrada empíricamente hasta confirmar el agente causal. Usando Clindamicina a razón de 600 mg c 8 hora (si no existe contraindicación) Gentamicina 160 mg c / 24 hora ev.

9.5 Informaciones deben brindan al usuario y familia:

- Evitar golpes en región facial que puedan lesionar el procedimiento.
- Mantener posición en decúbito al dormir.
- Avisar de existir sangrado importante
- Dieta a base de alimentos blandos. Luego de las 6 horas.
- Colocar compresas frías externas.
- Dieta a base de líquidos fríos.
- No fumar o tomar sustancia con alcohol

9.6 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.

Hoja descripción del procedimiento y Record del usuario
SIG-REG

10. VACIAMIENTO CERVICAL RADICAL O FUNCIONAL DE CUELLO MÁS EXTIRPACIÓN DE LA LESIÓN Y USO DE COLGAJOS:

10.1 Concepto del procedimiento:

Procedimiento mediante el cual se lleva a cabo la identificación del quiste y se realiza retirada de la cápsula que reviste al quiste y sus componentes Odontogenos ,o donde se hace abordaje quirúrgico directo al área sacando o extirpando de su implantación original.

10.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Llenado de formulario consentimiento informado.
- Sala de cirugía menor.
- Mesa quirúrgica de posición y lámpara quirúrgica. Campos quirúrgicos estériles.
- Instrumentos para el acto quirúrgico, Separadores tipo langenbeck, abre bocas, aspiradores, bisturíes No. 15, Tijeras, desperiotizadores, pinza de adson, mosquito, cucharillas, botadores, Fórceps, winter, fresas para equipo rotatorio tipo lindermann, o redonda tipo Tungsteno, porta agujas etc.
- Materiales gastables: Gasas, hilos quirúrgicos, soluciones estériles, anestésicos tipo para carpules., guantes estériles.

10.3 Como se realiza el procedimiento:

Se coloca el usuario en sillón quirúrgico, previa asepsia y antisepsia de cavidad oral, bajo los efectos de anestesia general inhalatoria, donde procederemos a realizar Exeresis de área de lesión en cuestión, (trígono retromolar, labios, mucosa yuyal, lengua, vestíbulo, tumores de orofaringe que no tengan estadio avanzado etc.) Tomando 1 cm. de margen posquirúrgico en respecto a la lesión, todo esto luego de haber realizado, vaciamiento cervical, o radical de cuello con o sin colgajos de reconstrucción. Donde consistirá en realizar en el caso del vaciamiento cervical funcional o modificado, donde incluye el vaciamiento ganglionar de los niveles 1 al IV, y la disección. Pero, a diferencia del vaciamiento radical, este se preservan el músculo esternocleidomastoideo, la vena yugular y el nervio espinal. La técnica quirúrgica a emplear consiste en incisión cutánea según la preferencial en nuestro caso Schobinger, que abarcara piel, plano subcutáneo y músculo platisma. Se elevan los colgajos cutáneos en un plano inmediatamente subplatismal, que se extienden medialmente mas allá de la línea media, superiormente hasta el borde inferior de la mandíbula, inferiormente el limite se fijara en el borde superior de la clavícula y a nivel posterior en el borde anterior del músculo trapecio. Luego se seccionara de manera las facias que se hallan por encima del borde inferior del vientre posterior del músculo digástrico, y mediante la retracción superior de este músculo de este músculo, se visualiza a nivel superior debajo del tejido fibroadiposo la vena yugular interna y el nervio espinal. Durante el transcurso de esta disección se visualizan y preservan el nervio hipogloso y los vasos tiroideos. La disección de este triangulo superior debe hacerse en finas capas intentando seguir la dirección del vientre posterior del músculo digástrico, para llegar a aislar el nervio espinal, el cual en la mayor

parte de los casos adopta una posición inmediatamente posterior con respecto a la vena yugular interna, aunque puede adoptar un trayecto antero lateral y mas raramente un trayecto posterior. Una vez identificado el nervio espinal se pasa a la disección de la fascia del músculo esternocleidomastoideo, procediendo a la sección del nervio auricular mayor y la vena yugular externa, aunque en ocasiones estas estructuras pueden ser preservadas. Luego procedemos a la sección a lo largo del músculo de su fascia y su separación del músculo tanto en su vertiente medial como lateral. Durante esta disección se debe tener en cuenta la posición del nervio espinal por debajo del músculo esternocleidomastoideo entre el tercio superior y el medio, en un punto denominado de Erb. Aislado el nervio espinal se procede a la disección del tejido fibroadiposo que se procede a la disección del tejido fibroadiposo que se encuentra en el triangulo posterior, y superficialmente a la aponeurosis profunda de la fascia profunda y limitada posteriormente por el borde anterior del músculo escaleno. La disección de este triangulo se realiza a nivel supraclavicular de igual forma que en la disección radical, por encima del plano de la aponeurosis de los músculos escalenos, respetando el plexo braquial y el nervio frenico. Una vez liberado el tejido que ocupa el triangulo posterior, la pieza será traccionada en dirección medial, por debajo del nervio espinal y del músculo esternocleidomastoideo, requiriendo para ello la sección de las ramas inferiores del plexo cervical. Seguidamente se procederá a la disección de la pieza operatoria de la vaina carótida respetando tanto la vena yugular como la arteria carótida interna y el nervio vago. La disección finalizara completando la disección a nivel medial en un plano superficial al nervio hipogloso y a los vasos tiroideos, hasta llegar al límite medial marcado por la fascia que cubre al músculo omohioideo. Luego valoramos el sangrado, realizando hemostasia y colocando drenes de succión y suturamos con vicryl 4-0 o 3-0 y cerramos piel con grapas quirurgicas.

10.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Vigilar función y terapia respiratoria.
- Vigilar hidratación y diuresis.
- Signos vitales cada ½ hora, primeras 2 horas (área de recuperación), luego cada 4 hora.
- Colocación de sonda de alimentación Nasogástrica y Dieta liquida por nutrición
- Apositos limpios y cuidados de drenes de succión.
- Pase de visita cada 12 horas.
- Cuidados generales por parte de la enfermera.
- Analgésico: Ketoprofeno 30 mg . (Si no existe contraindicación) cada 8 horas.
- Hidratación: solución mixta al 9% CLNa, 25 gotas por minuto IV.
- Antibioterapia: 1 g Céfalo porinas de 1er o 3er generación. (si no existe contraindicación) cada 24 hora e.v. Clindamicina 600 mg c/ 8 horas.

10.5 Informaciones deben brindan al usuario y familia:

- Evitar golpes en región facial que puedan lesionar el procedimiento.
- Mantener posición lateral al procedimiento quirúrgico.
- Avisar de existir nauseas o vómitos.
- Colocar compresas frías externas.
- No suministra alimentación sin ordenes previa del medico tratante o nutricionista.

10.6 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.

Hoja descripción del procedimiento y Record del usuario

SIG-REG

VIII. ANEXOS



HOSPITAL TRAUMATOLOGICO Y QUIRURGICO DEL CIBAO CENTRAL
"Prof. Juan Bosch"
Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial



Rx:

Nombre: _____ Edad _____

Fecha _____ Direccion _____



HOSPITAL TRAUMATOLOGICO Y QUIRURGICO DEL CIBAO CENTRAL
"Profesor Juan Bosch"
Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial

Nombre: _____

Edad _____ Sexo _____ Fecha _____

Historia de la enfermedad _____

Estudios Radiografías Complementarios:

Panorámicas; Ortogonal

ATM
Boca abierta Peri apicales

Boca cerrada Telerradiografía

Radiografía Waters Caldwell

Sialografías Oclusal

TAC RM

28-27-26-25-24-23-22-21 | 11-12-13-14-15-16-17-18

48-47-46-45-44-43-42-41 | 31-32-33-34-35-36-37-38



HOSPITAL TRAUMATOLOGICO Y QUIRURGICO DEL CIBAO CENTRAL
“Prof. Juan Bosch”
Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DE LOS
TRAUMATISMOS FACIALES**

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Salud (42-01).

Yo, Don/Doña
como paciente o (D/Doña como su representante),
.....en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido
debidamente INFORMADO/A, por el Dr.
y en consecuencia, AUTORIZO a..... para que me sea realizado el
procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado

Me doy por enterado/a de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento:

- He sufrido un traumatismo con afectación de alguna parte del esqueleto cráneo-maxilofacial y/o de los tejidos blandos de la cara y del cuello, así mismo he podido sufrir lesiones en otras partes del organismo que compliquen y/o dilaten el tratamiento.
- El traumatismo ha podido afectar al tercio superior, medio o inferior de la cara, o lo que ocurre con más frecuencia a una combinación de los mismos, dependiendo las lesiones y futuras secuelas del territorio afectado.
- Los traumatismos maxilofaciales producen alteraciones estéticas y/o funcionales tales como alteraciones de la movilidad de los ojos, cambios en la oclusión de los dientes, limitaciones para abrir la boca, y dificultad respiratoria nasal, así mismo pueden producir lesiones, en algunos casos irreversibles, de las arterias y venas cervicales y faciales, nervios motores y sensitivos y órganos sensoriales localizados en la cara y el cuello. Las heridas cutáneas cervicales y faciales también pueden producir alteraciones estéticas y/o funcionales.
- Los procedimientos quirúrgicos para la corrección del traumatismo incluyen abordajes intra y/o extraorales, empleo de material de osteosíntesis para fijar la fractura y empleo de injertos propios, de banco de tejido, o artificiales.
- En la mayoría de los casos el acto operatorio precisa anestesia general, con los riesgos inherentes a la misma, que serán informados por su anestesista. Algunos casos muy severos requieren traqueostomía. Entiendo que estos procedimientos intentan corregir las lesiones producidas por el traumatismo y que mi aspecto exterior difícilmente será igual a antes del mismo, y que pueden producirse secuelas derivadas del traumatismo y/o de la intervención quirúrgica recibida, pudiendo necesitarse tratamientos posteriores. Algunos de los problemas que presento sólo van a resolverse de forma parcial en relación a la intensidad y afectación del traumatismo.
- Las complicaciones estadísticamente más frecuentes de los tratamientos de los traumatismos maxilofaciales, son múltiples, debido a la amplitud y complejidad del área que abarcan, y dependerán de la zona afectada, pudiendo incluir y no de forma exhaustiva:
 - Hematomas y edemas postoperatorios.
 - Alteraciones de la sensibilidad de alguna zona de la cara, parcial o total.
 - Alteraciones de la agudeza visual, audición, habla, sentido del gusto y percepción de los olores, incluso pérdida total de alguno de ellos.
 - Alteraciones de los movimientos de los ojos, que origina visión doble.
 - Alteraciones de la función respiratoria nasal.
 - Deformidades de los huesos de la cara.
 - Alteraciones de la oclusión de los dientes.
 - Alteraciones de la articulación de la mandíbula con dolor y/o chasquidos, o cambios de la oclusión de los dientes.

- Falta de unión ósea.
- Infección y/o osteomielitis.
- Rechazo al material de osteosíntesis y/o a los injertos colocados.
- Gingivitis y/o problemas dentarios, incluso pérdida de los dientes.
- Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
- Cicatrices inestéticas.
- Roturas de instrumentos.
- Riesgos específicos en mi caso y otras complicaciones de mínima relevancia estadística.....

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento.....

Además en entrevista personal con el Dr.....

He sido informado/a, en términos que he comprendido, del alcance de dicho tratamiento.

En la entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de sopesar debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener. Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado y por ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me practique.....

Este consentimiento puede ser revocado por mí sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones.....

Y, para que así conste, firmo el presente original **después de leído**, por duplicado, cuya copia se me proporciona. En.....a.....de.....de.....

Firma de la Usuario
(o su representante legal en caso de incapacidad)

Firma del médico
Nº de colegiado

Firma del testigo (D.N.I.) _____

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento



HOSPITAL TRAUMATOLOGICO Y QUIRURGICO DEL CIBAO CENTRAL
“Prof. Juan Bosch”
Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DE LAS
GLÁNDULAS SALIVALES**

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Salud (42-01)

Yo, Don/Doña
como paciente o (D/Doña como su representante),
.....en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido
debidamente INFORMADO/A, por el Dr.
y en consecuencia, AUTORIZO a para que me sea realizado el
procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado

Me doy por enterado/a de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento:

- La cirugía de las glándulas salivales va dirigida a tratar tumores benignos y malignos, litiasis (piedras) de las glándulas, procesos infecciosos y traumatismos de las mismas.
- Las glándulas salivales se dividen en mayores (parótida, submaxilar y sublingual), y menores distribuidas en toda la cavidad oral. La cirugía de la glándula parótida, está íntimamente condicionada por la complejidad anatómica de esta región de la cara y muy específicamente por su relación con el nervio facial que se encarga de dar movimiento a la cara. La glándula submaxilar se encuentra en el compartimiento cervical bajo la mandíbula, y está relacionada entre otras estructuras con la rama marginal o inferior del nervio facial, que mueve el labio y con el nervio lingual (que da sensibilidad a la lengua) e hipogloso (mueve la lengua). La glándula sublingual está localizada en el suelo de la boca, y está relacionada, además de otros elementos, con el nervio lingual y el conducto excretor de la glándula submaxilar.
- En la mayoría de los casos el acto operatorio precisa anestesia general, con el riesgo inherente asociado a la misma, que serán informados por su anestesista.
- Dependiendo de la glándula afectada, se pueden presentar una serie de complicaciones y secuelas postoperatorias, algunas de ellas habituales y/o inevitables, y las estadísticamente más frecuentes incluyen, entre otras:
 - Efectos adversos de los anestésicos utilizados u otro medicamento.
 - Hematoma y edema postoperatorio.
 - Hemorragia postoperatoria.
 - Cicatrices externas, en ocasiones inestéticas.
 - Hundimiento de mayor o menor grado de la zona operatoria.
 - Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente de la zona operatoria.
 - Infecciones.
 - Falta de movilidad parcial o total, temporal o permanente de alguna o todas las ramas del nervio facial.
 - Parálisis parcial o total del nervio facial.
 - Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio lingual (falta de gusto).
 - alta de movilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio hipogloso (lengua).
 - Fístulas salivales.
 - Sudoración de la cara al comer.
 - Disminución o falta de saliva.
 - Rotura de instrumentos.

- Riesgos específicos en mi caso y otras complicaciones de mínima relevancia estadística.....

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento.

Además en entrevista personal con el Dr.....

He sido informado/a, en términos que he comprendido, del alcance de dicho tratamiento. En la entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de sopesar debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener.

Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado y, por ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me practique.....

Este consentimiento puede ser revocado por mí sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones.....

Y, para que así conste, firmo el presente original **después de leído**, por duplicado, cuya copia se me proporciona. En.....a.....de.....de.....

Firma del Usuario
(o su representante legal en caso de incapacidad)

Firma del médico
Nº de colegiado

Firma del testigo (D.N.I.) _____

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento



HOSPITAL TRAUMATOLOGICO Y QUIRURGICO DEL CIBAO CENTRAL
“Prof. Juan Bosch”
Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ONCOLÓGICA
DE LA BOCA, CARA Y CUELLO**

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Salud (42-01)

Yo, Don/Doña
como paciente o (D/Doña como su representante),
.....en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido
debidamente INFORMADO/A, por el Dr.
y en consecuencia, AUTORIZO a..... para que me sea realizado el
procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado

Me doy por enterado/a de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento:

- Las tumoraciones que afectan a la cara en sus diversas estructuras (boca, nariz, fosas nasales, senos, órbitas) pueden ser benignas o malignas.
- Las benignas pueden producir invasión local y tener un crecimiento constante, pero no dan metástasis en los ganglios del cuello ni en el resto del organismo, al contrario de las malignas.
- La cirugía es el tratamiento habitual de las lesiones benignas. Según el tamaño de las mismas, el tratamiento quirúrgico puede afectar a las estructuras cercanas, para eliminarlas como margen de seguridad o para reconstruir el defecto quirúrgico. Para las tumoraciones malignas existen tres tipos de tratamiento, con frecuencia utilizados en forma combinada, estos son: la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia.
- La cirugía en estas lesiones malignas, consiste en extirpar la zona afectada con amplios márgenes de seguridad, incluyendo así una parte importante de tejido sano. Además, en ocasiones y de forma preventiva o curativa, es necesario hacer una limpieza de los ganglios del cuello. Consigue sola o asociada con otros tratamientos, un importante número de curaciones.
- Para intentar reconstruir los tejidos eliminados: piel, mucosas, músculos, nervios, huesos, etc., se hace necesario utilizar complejas técnicas de reconstrucción, en ocasiones micro quirúrgicas, y el empleo de injertos: bien del propio paciente, del banco de tejidos o artificiales, produciéndose a pesar de todo, alteraciones estéticas y/o funcionales, y pérdida parcial o total de órganos sensoriales.
- Es una cirugía delicada y de larga duración, que se realiza en la mayoría de los casos con anestesia general, con el riesgo inherente asociado a la misma, que serán informados por su anestesta, pudiendo incluir el uso de traqueostomía, generalmente temporal, transfusiones de sangre y hemoderivados (pudiendo derivarse reacciones o infecciones específicas de ellos), permanencia postoperatoria en UCI durante un período variable de tiempo, y dispositivos especiales para alimentar al paciente hasta que pueda hacerlo por él mismo. En ocasiones, son necesarias cirugías posteriores, como reconstrucción diferida, para corregir secuelas, o para tratar recidivas del tumor.
- El tratamiento de los tumores malignos de cabeza y cuello no está libre de complicaciones, tales como: infecciones, seromas, hemorragias graves, rechazo y/o pérdida del injerto, complicaciones respiratorias y/o cardiovasculares e incluso el fallecimiento del paciente, además de las secuelas propias de la extirpación del tumor que dependen de su localización exacta.
- Riesgos específicos en mi caso y otras complicaciones de mínima relevancia estadística.....

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento.

Además en entrevista personal con el Dr. He sido informado/a, en términos que he comprendido, del alcance de dicho tratamiento.

En la entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de sopesar debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener.

Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado y, por ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me practique.....

Este consentimiento puede ser revocado por mí sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones.....

Y, para que así conste, firmo el presente original **después de leído**, por duplicado, cuya copia se me proporciona. En.....ade.....de

Firma del paciente
(o su representante legal en caso de incapacidad)

Firma del médico
Nº de colegiado

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento

Firma del testigo (D.N.I.) _____