

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

E. A. P. DE ODONTOLOGÍA

**Interconsultas como actividad asistencial del
odontólogo en un servicio hospitalario público**

TESIS

para optar el título de Cirujano Dentista

AUTOR

Juan Alberto Fabián Gave

Lima-Perú

2009

ASESORA:

Mg. C.D. Lourdes Angela Benavente Lipa

JURADO DE SUSTENTACIÓN:

Presidente: Mg. Esp. Manuel Silva Infantes

Miembro: C.D Isabel Angélica Trevejo Rojas

Miembro Asesor: Mg. C.D. Lourdes Angela Benavente Lipa

DEDICATORIA

*A Dios por el gran amor que me demuestra
en cada día de mi existir,
por ser mi Padre, maestro y amigo.*

*A mis padres Juan y Doris
por su amor, ejemplo y apoyo
en todo momento y lugar.*

*A toda mi familia a quien amo mucho, en especial
a mis hermanos Victor, Elizabeth y Diego; y
a mis abuelitos Alejandra, Juan, Marcela y Alberto.*

*Al amor de mi vida, Linda
Y la razón de mi perseverancia, mi hija Alejandra.*

AGRADECIMIENTOS

A la Mg. C.D. Lourdes Benavente Lipa por su ejemplo profesional y humano, su asesoría y ayuda constante en la realización del presente trabajo.

A la C.D. Gladys Loli Zegarra del Hospital Nacional Arzobispo Loayza por su ayuda, amistad y cooperación.

A Linda, por acompañarme siempre, por su amor, comprensión, consejos y motivación en este trabajo.

Al Mg. C.D. Manuel Mattos Vela por su apoyo y consejos en el procesamiento de los resultados de este trabajo.

A mi Alma Mater "Universidad Nacional Mayor de San Marcos" quien la llevo en mi corazón a todo lugar y en todo momento.

“ INTERCONSULTAS COMO ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL ODONTOLOGO EN UN SERVICIO HOSPITALARIO PÚBLICO”

1.INTRODUCCIÓN	Pág. 1
2.MARCO TEÓRICO.....	Pág. 3
2.1. Antecedentes.....	Pág. 3
2.2. Bases teóricas	Pág. 15
2.2.1. Salud General y Salud Bucal	Pág. 15
2.2.2. Interconsulta	Pág. 16
2.2.3. Interrelación Medicina – Odontología	Pág. 19
2.2.4. Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales del MINSA	Pág. 22
2.2.5. Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)	Pág. 31
2.2.6. Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud.....	Pág. 58
2.3. Planteamiento del problema	Pág. 73
2.4. Formulación del problema	Pág. 74
2.5. Justificación	Pág. 74
2.6. Objetivos.....	Pág. 76
2.6.1. Objetivo general.....	Pág. 76
2.6.2. Objetivos específicos	Pág. 76
3.METODOLOGÍA.....	Pág. 77

3.1 Tipo de Estudio	Pág. 77
3.2 Población y muestra.....	Pág. 77
3.3 Operacionalización de variables	Pág. 78
3.4 Materiales y método.....	Pág. 79
3.4.1 Procedimientos y técnicas	Pág. 79
3.4.2 Recolección de datos	Pág. 79
3.4.3 Procesamientos de resultados	Pág. 79
4. RESULTADOS	Pág. 80
5. DISCUSIÓN	Pág. 96
6. CONCLUSIONES.....	Pág. 99
7. RECOMENDACIONES	Pág. 100
8. RESUMEN	Pág. 101
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Pág. 103
ANEXOS	Pág. 106

RESUMEN

Todos los profesionales de salud necesitan intercambiar opiniones con otras especialidades sobre la atención a determinados pacientes. Según el modelo de atención integral de salud (MAIS) implementado el 2006 en el Perú se debe realizar una atención integral de las personas. La interconsulta (I.C) es un medio de comunicación que realizan los profesionales con la finalidad de dar una atención óptima al problema de salud que presenta un paciente. El objetivo de este trabajo fue determinar los servicios médicos de procedencia, enfermedades, diagnóstico médico presuntivo, motivo de I.C y diagnóstico odontológico de las I.C de pacientes realizadas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Se revisaron historias clínicas de los pacientes interconsultados al departamento de Odontología entre los años 2006–2007 y se recopilaron las variables a estudiar. Se encontró que el departamento de Medicina Interna realiza la mayor cantidad de I.C seguido por los servicios de Infectología y de Emergencia. Las enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo son las de mayor prevalencia en los pacientes que son motivo de I.C, secundados por las enfermedades de la sangre y endocrinas. Los diagnósticos presuntivos de trauma facial y celulitis facial son los más prevalentes en las I.C. los motivos de interconsulta como desfocalización y tratamiento con corticoides son los más prevalentes, seguidos por dolor dental, herida en maxilar y para descartar síndrome febril de origen odontológico. Los diagnósticos odontológicos fueron caries dental, gingivitis localizada, necrosis pulpar y desdentado como más prevalentes; seguidas por fractura radicular, absceso facial de origen odontológico, alveolitis y sialoadenitis supurativa. La actividad asistencial del odontólogo como miembro del equipo de salud se ve limitada en relación a las interconsultas a solo casos específicos y necesarios.

Palabras clave: Interconsulta, Medicina, Odontología, Actividad asistencial.

ABSTRACT

All health professionals need to exchange views with other specialists on the care of certain patients. According to the model of comprehensive health care (MAIS) implemented in 2006 in Peru should be made an integral attention of people. Interconsultation (IC) is a media encountered by professionals in order to provide optimal care to the health problem presented by a patient. The aim of this study was to determine the source medical services, diseases, medical diagnostics presumptive cause for IC and IC dental diagnosis of patients at the Hospital Nacional Arzobispo Loayza. We reviewed medical records of patients Odonto consultation to the department between the years 2006-2007 and were collected to study variables. It was found that the Department of Internal Medicine performed much of IC followed by the services of Infectious Diseases and Emergency. Ostemuscular system diseases and connective tissue are the most prevalent in patients who are of IC, seconded by blood diseases and endocrine. The presumptive diagnosis of facial trauma and facial cellulitis are the most prevalent in the IC interconsultation reasons as desfocalización and corticosteroids are the most prevalent, followed by toothache, jaw injury and to exclude febrile syndrome of dental origin. The diagnoses were dental caries, gingivitis localized pulp necrosis and toothless as the most prevalent, followed by root fracture, facial abscess of dental origin, alveolitis and suppurative sialadenitis. The activity of the dentist as a member of the healthcare team is limited in relation to specific cases interconsultations just and necessary.

Keywords: Interconsultation, Medicine, Dentistry, Duty of care.

“ INTERCONSULTAS COMO ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL ODONTÓLOGO EN UN SERVICIO HOSPITALARIO PÚBLICO”

1. INTRODUCCIÓN

Se entiende como atención de salud el conjunto de acciones que tienen como objetivo la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. El equipo de salud, considerado un equipo multidisciplinario, es un grupo de profesionales de diferentes especialidades, cuya finalidad consiste en brindar prestación de atención de la salud a los pacientes.

Los profesionales de este equipo de salud se interrelacionan a través de las interconsultas, consideradas como una forma de comunicación técnica entre dos o más personas de diferentes especialidades.

Los estudios sobre las interconsultas entre profesiones médicas son limitadas y aun más entre medicina y odontología; este último como parte del equipo de salud la realiza como una actividad asistencial. Los profesionales médicos solicitan las interconsultas solo en casos especiales existiendo desinformación sobre la existencia de manifestaciones bucales en enfermedades sistémicas o la existencia de enfermedades sistémicas de origen bucal. Así también la práctica no realizada a cabalidad del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) implementada por el Ministerio de Salud del Perú.

Este es un estudio descriptivo de la actividad asistencial de los odontólogos en relación a las interconsultas de pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo 2006-2007, recolectando datos escritos en las hojas de interconsulta de las historias clínicas de los pacientes interconsultados al Departamento de Odontoestomatología. Estos datos serán sobre enfermedades definidas, diagnósticos médicos presuntivos, motivos de interconsulta y diagnósticos odontológicos para aportar información estadística que sirvan como base para futuros estudios y concientizar tanto a los profesionales médicos y odontólogos, incluyendo a los estudiantes de estas profesiones de salud sobre la necesidad de un continuo trabajo multidisciplinario en la atención integral de las personas.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Hassan y col. (1996) realizaron un estudio con el fin de determinar el estado de salud de los pacientes que asistieron a clínicas dentales en la Universidad King Saud. La muestra fue de 2096 archivos de pacientes, donde alrededor del 25% tenían historia de las condiciones médicas que presentaban. En los resultados la frecuencia más alta estuvo en su tercera, cuarta y quinta década de vida. De los pacientes médicamente comprometidos, el 21,3% eran diabéticos, 15,5% hipertensos, mientras que en el resto había condiciones tales como asma, anemia, artritis, problemas cardíacos, epilepsia, hipersensibilidad a la penicilina, hepatitis, tendencia a hemorragia, psiquiátricos, enfermedad tiroidea e hipotensión. Concluyeron que un aspecto importante de la historia es la parte médica realizada con el uso de un cuestionario.¹

Long y col. (1998) realizaron un estudio revisando artículos recientes donde se resumen las manifestaciones orales de frecuentes enfermedades sistémicas conocidas y recién descritas. Las lesiones de la mucosa oral, lengua, encía, la dentición, el periodonto, las glándulas salivales, el esqueleto facial, extraoral y otros relacionados con la piel son causadas por algunas enfermedades sistémicas como hematológicas (anemia, leucemia, mieloma múltiple), reumatológicas (síndrome de Sjogren, esclerodermia, lupus eritematoso, artritis reumatoidea), oncológicas (enfermedad metastásica, células histiocitos de langerhans), desordenes endocrinos (diabetes mellitus

hipoparatiroidismo, hiperparatiroidismo, hipercortisolismo, hipoadrenocorticismo), renales (estomatitis urémica), enfermedades gastrointestinales (enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa). Concluyen que las enfermedades sistémicas presentan con frecuencia alteraciones en las estructuras de la boca y los maxilares, y que el diagnóstico adecuado es esencial para iniciar el tratamiento correcto y que tanto el médico de atención primaria y el dentista deben estar familiarizados con estos problemas si los pacientes serán bien atendidos.²

Smeets y col. (1998) realizaron un estudio sobre la detección de pacientes médicamente comprometidos en los Países Bajos, relacionados con la historia. Esto debido a que los cambios sociales y las innovaciones científicas en la última década hacen que existan más pacientes médicamente comprometidos que necesitan tratamiento dental especial. El método fue registrar los problemas de salud dental de 29 424 pacientes (edad 18 años) de 50 clínicas dentales en los Países Bajos por medio de los registros de riesgos médicos de las historias. Los pacientes fueron clasificados de acuerdo con el riesgo ASA-sistema de puntuación, que ha sido modificado para el tratamiento odontológico. Un inventario de la cantidad y la naturaleza de los problemas médicos y la puntuación de riesgo modificados ASA se ha elaborado en relación con el tratamiento dental y la edad. Los resultados fueron que la edad media de los pacientes fue de 37,1 + / - 13,5 años. De acuerdo con las directrices actuales, el tratamiento dental debe ser modificado si el paciente tiene una puntuación de ASA III ó IV. Un porcentaje relativamente alto de pacientes con edades 65-74 (23,9%) y 75 o más (34,9%) sí tenía una

puntuación de ASA III ó IV. Además, los problemas médicos se clasificaron en 10 categorías, y también la relación con la edad se examinó. Las condiciones que aumentó con la edad fueron la hipertensión, problemas cardiovasculares, neurológicos, endocrinológicos, infecciosos y enfermedades de la sangre. Concluyeron que para la práctica odontológica, estos resultados significan que el registro de riesgos médicos, puede desempeñar un papel importante en la adaptación de tratamiento odontológico a las necesidades específicas de los pacientes. Esto es especialmente importante en el caso de pacientes ancianos.³

Rustu (1999) realizó un estudio conformado por 200 personas que fueron enviadas a consulta odontológica por los servicios de Cardiología, Medicina Interna, Psiquiatría, Oftalmología, Ortopedia, Urología, para determinar la incidencia de caries. Determinaron que esta va de mayor a menor frecuencia respectivamente. Siendo el servicio de Cardiología y Medicina Interna los que realizan la mayor cantidad de interconsultas.⁴

Li y col. (2000) realizaron un estudio sobre enfermedades causadas por infecciones orales, donde encontraron referencias en enfermedades cardiovasculares, coronarias: aterosclerosis e infarto del miocardio, endocarditis infecciosa, neumonía bacteriana, diabetes mellitus. Esto relacionado a los avances en la clasificación e identificación de microorganismos orales y a la toma de conciencia de que algunos microorganismos son normalmente los que se encuentran en la cavidad oral y que han abierto el camino para una evaluación más realista de la importancia

de la infección oral focal. También, cada vez es más claro que la cavidad oral puede actuar como el sitio de origen de la difusión de organismos patógenos distante a sitios del cuerpo, especialmente en inmunocomprometidos, como los pacientes con tumores malignos, diabetes, artritis reumatoide o con tratamiento con corticosteroides u otros inmunosupresores. Concluyeron que una serie de estudios epidemiológicos, han sugerido que la infección por vía oral, y especialmente marginales como periodontitis apical, puede ser un factor de riesgo para enfermedades sistémicas. Los niveles de bacterias pueden llegar a más de 10¹¹ microorganismos por miligramo de la placa dental. La proximidad anatómica de estas microfloras a la circulación sanguínea puede facilitar la bacteriemia sistémica y propagación de bacterias, productos, componentes, e inmunocomplejos.⁵

Moromi (2004) analizó la presencia e implicancia de bacterias orales en procesos sistémicos llegando a conclusiones de evidencias de bacteremia luego de extracción dental, destartraje dental, extracción de tercera molar y tratamiento endodóntico, de mayor a menor frecuencia respectivamente. Encontró evidencias de endocarditis asociada a enfermedades dentales y su tratamiento; la enfermedad periodontal como capaz de predisponer a las personas a enfermedad cardiovascular; la enfermedad cerebrovascular se observa en pacientes con pobre estatus bucal; la placa dental y especialmente casos de periodontitis pueden ser fuente de bacterias y causar neumonías, y que existe evidencia de coexistencia de infecciones crónicas orales con dermatitis, nefritis, artritis y diabetes mellitus.⁶

Romero y col. (2004) presentaron un resumen actualizado de las enfermedades bucales y su repercusión sistémica encontrando referencias sobre: el canal radicular como lugar de brote de actinomicosis sistémica; ulceración crónica del paladar duro como el primer signo de tuberculosis pulmonar no diagnosticada; sífilis secundaria inicialmente diagnosticada por lesiones orales; sarcoma de Ewing primario que envuelve al hueso de la cabeza y cuello antes de repercutir sistémicamente; citomegalovirus mucosal oral como una de las primeras manifestaciones del SIDA; la sistémica exposición hematogena a los estreptococos orales como potencial factor iniciador de endocarditis bacteriana; la infección como factor de riesgo para aterogénesis y eventos trombóticos; y asociación significativa entre el componente periodontal del índice dental y la isquemia cerebrovascular. Llegando a las conclusiones: que en el Perú hay muchas enfermedades orales que repercuten sistémicamente sin ser reportado o confirmado su diagnóstico para su prevención y tratamiento. Existe la necesidad de actualizar los conocimientos de las enfermedades bucales y su repercusión sistémica. El presente trabajo buscó actualizar los conocimientos de las enfermedades bucales y sus relaciones con las diferentes enfermedades sistémicas, las cuales no están muy difundidas entre los miembros del equipo de salud y que son muy importantes y determinantes en la etiología, pronóstico, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades orales con repercusiones sistémicas.⁷

Gutiérrez y col. (2004) realizaron un estudio donde utilizaron un cuestionario de riesgos médicos (EMRRH) que fue propuesto por un grupo de investigadores europeos, con el fin de estudiar la prevalencia de los

antecedentes médicos en una población que acude a la consulta dental para el tratamiento. Los resultados fueron que, de 716 pacientes que fueron registrados, 219 tenían un historial médico que es de cierto interés para los odontólogos. Hubo diferencias significativas entre la edad media de la población con y sin antecedentes médicos ($p < 0,005$). En segundo lugar, el 30,6% de la población tenía problemas médicos ($N = 219$), diferenciando a aquellos pacientes que podían tener un bajo, medio o alto riesgo de complicaciones a la hora del tratamiento dental: 17,31% de los pacientes fueron clasificados como riesgo ASA II; 9,49% como ASA III, y el 2,51% como ASA IV. Entre las diversas patologías, el mayor porcentaje fue la hipertensión (13,8%), seguida de las alergias a fármacos diferentes (8,37%), palpitaciones (7,82%), patología respiratoria (5,16%) y la diabetes (4,3%). Concluyeron que es evidente la necesidad de una detallada historia clínica que debido a la actual prevalencia de estas patologías teniendo en cuenta por encima que sí se podría perjudicar gravemente la salud del paciente con nuestro tratamiento dental.⁸

Grilli y col. (2005) realizaron un estudio sobre la interrelación multiprofesional basado en la interconsulta como una acción de rutina. Se tomaron un total de 66 participantes, 22 entre profesionales médicos y odontólogos que laboran en Hospitales Públicos, Privados y Centros de Salud, 22 entre docentes responsables de programas de estudios de la carrera de odontología y medicina y 22 entre estudiantes de Medicina y Odontología. Obteniendo como resultados, que de los profesionales médicos y odontólogos, el 86% responde que realiza en forma rutinaria interconsultas a otros profesionales, pero solamente lo hacen en casos necesarios; respecto a la formación de grado, un

40,9% responde que se incentiva bastante la interconsulta como práctica profesional, sobre especialización en este tema un 40,9% responde estar muy interesado y un 40,9% estar interesado. Por otra parte, los docentes de la carreras de odontología y medicina responden, en un 59,1%, no contemplan la interconsulta como una acción de rutina dentro de los programas como contenido. Un 100% responde que sí la incorporaría como contenido, pero a su vez un 90,9 % responde que promueven la interconsulta entre sus alumnos y por último, los alumnos responden con un 50,1% que los contenidos impartidos durante la formación de grado, contemplan poco la interconsulta como acción de rutina con un 59,1% que son evaluados con relación a este tema y con 59,1% que los profesores promueven la acción de interconsulta durante el grado. Concluyendo que: la sociedad padece de enfermedades que la afectan en forma recurrente y asociada, produciendo un desequilibrio importante en su bienestar general, psíquico, físico y social. Los profesionales de la salud, tenemos que aunar esfuerzos para que podamos entender entre todos la necesidad de una “Atención Integradora” que se debe prestar a los pacientes; además, los docentes deben comprometerse en la formación de los futuros profesionales, para lograr que ellos tengan una visión de sus pacientes como “individuos”, para que logren primero, interpretar las características del mismo, para luego poder poner en práctica los procesos de Promoción de la Salud, Diagnóstico, Pronóstico y Tratamiento para cada uno de sus pacientes en forma particular, correlacionados con los factores etiológicos en particular y con factores relacionados con lo que hacen al individuo en general, como son estados de ánimo, enfermedades sistémicas, lugar de trabajo, condiciones laborales y de vivienda, etc. Un cambio de paradigma en la práctica y la

educación en las profesiones de la salud, buscando un equilibrio que considere integralmente, lo biológico, lo psicológico, lo social, lo individual, lo colectivo y lo ambiental, lo mismo que el desarrollo de valores y actitudes que favorezcan el compromiso social, acorde con las necesidades de las comunidades de las distintas regiones del país.⁹

Sosa y col. (2005) realizaron un estudio descriptivo a través de una encuesta a un grupo conformado por 1328 empleados del Hospital General “Dr. Victorino Santilla Ruiz” – Venezuela sobre la interconsulta por enfermedades bucales. Concluyeron que “la caries dental” es la primera causa de enfermedad en la cavidad bucal del individuo y causa por la cual, realizarían una interconsulta al servicio de medicina bucal, quizás obviando o desplazando al odontólogo, en el instante que se presente con una lesión tumoral.¹⁰

Mercado y col. (2006) realizaron un estudio donde evaluaron la prevalencia de enfermedades de pacientes que llegaron al servicio de Odontología del Hospital de Agudos R. Gutiérrez de la ciudad de La Plata. Los alumnos se encargaban del estudio semiológico del paciente, confeccionando historias clínicas y acompañando a los docentes en el manejo hospitalario del paciente, analizando los resultados de los análisis clínicos, de las citologías y biopsias, radiografías y tomografías, etc. También, intervinieron en las interconsultas que se realizaron con los demás servicios y en la visita a pacientes internados en las salas del hospital. Para el estudio, se tomó el período comprendido entre los años 1994 y 2003 durante el cual han concurrido 2.500 alumnos. Los

resultados de las lesiones, enfermedades y síndromes que presentaron fueron agrupados para su mejor registro de la siguiente manera:

Sobre un total de 549 lesiones y enfermedades registradas se presentó una prevalencia según patologías de:

1. Infecciones de la mucosa bucal:
 - a) Enfermedades bacterianas, 17 (3,1%).
 - b) Micóticas superficiales y profundas, 108 (19,67%).
 - c) Virosis, 18 (3,28%).
 - d) Parasitosis, 2 (0,86%).
2. Lesiones de enfermedades inmunológicas, 83 (15,12%).
3. Alteraciones de la ATM, 28 (5,1).
4. Enfermedades de las glándulas salivales, 36 (6,55%).
5. Patología de las piezas dentarias, 19 (3,46).
6. Lesiones gingivales y periodontales, 23 (4,2%).
7. Seudotumores de la mucosa bucal 36 (6,55%).
8. Tumores benignos, 22 (4%).
9. Malformaciones de los tejidos blandos, 4 (0,73%).
10. Alteraciones de la pigmentación, 9 (1,64%).
11. Trastornos bucales de origen neurológico, 15 (2,73%).
12. Alteraciones hematológicas, 4 (0,73%).
13. Lesiones precancerosas, 74 (13,48%).
14. Tumores malignos, 10 (1,82%).
15. Enfermedades sistémicas, 35 (6,38%).

Del estudio, se revela que las micosis superficiales fueron las más prevalentes seguidas por aftas, líquenes atípicos y carcinomas a células escamosas. Dentro de sus conclusiones, mencionan que las demás especialidades, integradas al Servicio de Odontología/Estomatología, permitirían una acción en conjunto del equipo sanitario, por un fenómeno de retroalimentación. Coincidiendo con otros datos de diversos servicios asistenciales y otras Facultades del país que la candidiasis oral resultó la lesión más frecuentemente observada. La incidencia de cáncer bucal nos lleva a insistir sobre su diagnóstico temprano y la importancia del reconocimiento de las enfermedades precancerosas.¹¹

Saleh y col. (2007) realizaron un estudio sobre la prevalencia de las condiciones médicas en la atención dental en una clínica de Jordán, con un total de 1509 pacientes, 41,6 % hombres, 53,9% mujeres entre los 14 y 78 años, obtuvieron como resultados que la enfermedad gastrointestinal fue más prevalente (11,9%), seguido de tendencias hemorrágicas (9,3%), trastornos renales (8,7%), enfermedades respiratorias (8,3%) e hipertensión (6,4%). Concluyeron que una alta proporción de pacientes ha tenido un pasado con la historia médica gastrointestinal, tendencias hemorrágicas, trastornos renales y respiratorios, siendo las más frecuentes condiciones. Otra conclusión fue que una minuciosa evaluación de la historia médica de los pacientes, debería ser obligatoria antes de comenzar cualquier tipo de tratamiento dental.¹²

Scully y col. (2007) realizaron una revisión de enfermedades sistémicas que tienen impacto en la salud bucal comunes en los adultos mayores que son

funcionalmente independientes encontrando enfermedades como artritis, cáncer de cabeza y cuello, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, enfermedades del corazón, hipertensión, salud mental, osteoporosis, enfermedad de Parkinson y accidente cerebrovascular. Llegaron a las conclusiones que, para proporcionar buenos servicios de salud bucal, los profesionales dentales deben entender las necesidades especiales de las personas mayores y su capacidad para someterse y responder a la atención; también, deben de trabajar en estrecha colaboración con el resto del equipo de atención médica, y se deben preparar para la gestión de emergencias.¹³

Sotosek y col. (2007) realizaron un estudio donde el propósito fue evaluar el estado general de salud en relación al de salud dental. La muestra total fue de 2045 historias médicas de pacientes captados a través de una encuesta. Dichos cuestionarios fueron llenados personalmente por los pacientes que asistieron al departamento de Endodoncia y Odontología Restauradora en el año 2005. El análisis demostró la presencia de algún tipo de enfermedad en el 30,1% de los pacientes. Quienes encabezaron la lista de incidencia fueron las enfermedades cardiovasculares (14,7%), además de diversas enfermedades alérgicas (13,1%). Un 1,5% había desarrollado hepatitis viral, mientras que el 0,6% de los pacientes, incluso habían tenido TBC. Un pequeño porcentaje de pacientes (0,2%) admitió la seropositividad al VIH. Del grupo, habían recibido una transfusión de sangre en algún momento. Concluyendo que la alta incidencia de enfermedades sistémicas en pacientes dentales y el aumento del consumo de medicamentos en los pacientes ancianos, indica la necesidad de mejorar la educación del dentista a fin de

permitir su adecuada actitud hacia estos pacientes. La presente investigación mostró una alta incidencia de enfermedades cardiovasculares y alérgicas, así como un alto consumo de drogas en los pacientes de edad avanzada, que pueden ser de importancia crítica para un dentista cuando realizan la planificación del tratamiento dental y en cuanto a la prevención de posibles complicaciones. También encontraron la frecuencia de pacientes con riesgo de enfermedades infecciosas.¹⁴

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Salud General y Salud Bucal

Asumir una discusión sobre las bases para una política pública con impacto en la salud bucal, comienza por reconocerla justamente como parte integrante y esencial de la salud general, además como determinante de la calidad de vida y el bienestar de los individuos. Así como reconocemos que la salud física y salud mental son una sola, así también reconocemos que la salud bucal y salud general son inseparables: “Ninguna persona puede ser saludable, sin salud bucal.”¹⁵

Es importante dejar claro como base, que la salud bucal comprende mucho más que la salud de los dientes, este concepto incluye además, la salud de los tejidos de sostén y de los tejidos blandos bucales, de la lengua y la faringe; en general, de todas aquellas estructuras que componen el sistema craneofacial.

“La boca es un espejo”, es una expresión popular desde nuestros ancestros para referirse a que el estado bucal refleja el estado de salud general. El examen bucal periódico ayuda a detectar signos tempranos de deficiencias nutricionales y de algunas enfermedades sistémicas. Entre los temas que más se han estudiado en la interrelación de la salud bucal y salud general, están los factores de riesgo compartidos, como el uso de tabaco, consumo de alcohol y malnutrición. Sobre la interrelación de las enfermedades sistémicas con la salud bucal, algunos estudios han señalado que los individuos diabéticos tienen más alto riesgo de enfermedad periodontal; otros han estudiado la enfermedad periodontal en

personas con bajo peso al nacer, la prematuridad y las enfermedades cerebrovasculares. Así mismo, se conoce que la boca es la puerta de entrada y el sitio de infecciones microbianas que afectan la salud general y de muchos fármacos usados para enfermedades sistémicas tienen efectos adversos sobre la cavidad bucal.

Ahora bien, el impacto de la enfermedad bucal, no solo afecta el bienestar de las personas, también tiene efectos económicos, dado que puede llegar a interferir en sus actividades, impide su comunicación, afecta el sueño y pone en peligro la estabilidad psicológica. Los individuos con enfermedad o dolor a nivel bucal, pierden horas diarias de trabajo por la incapacidad que esta produce.

Las enfermedades bucales sin tratamiento son progresivas y acumulativas y tienen claro efecto sobre el estado de salud general de la población. Los costos sociales y económicos son un precio muy alto, que las sociedades en planes de atención integrales, oportunos y continuos, pagan – por lo general – en largo plazo. Una política pública con impacto en el componente bucal de la salud, debe estar orientada al trabajo interdisciplinario, debe promover actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que intervenga los factores de riesgos comunes y que no fragmente la salud y el bienestar de la persona.¹⁵

2.2.2. Interconsulta (I.C.)

La interconsulta consiste en la comunicación entre dos personas con diferentes áreas de experiencia. En el caso de la atención primaria en salud es una interacción docente- asistencial entre el médico de familia, que

requiere asesoría, y el especialista que la aporta. El objetivo de la interconsulta es, además de dar atención óptima al problema de salud que presenta un paciente, un recurso docente destinado a aumentar el nivel de competencia del médico de familia en su labor asistencial.¹⁶

En la I.C. el médico de la atención primaria solicita orientación en el “manejo” de un problema del paciente o en su atención total, pero para ello debe existir una adecuada comunicación entre él y el interconsultante, con el objetivo de lograr la mejor información posible y llegar a la decisión más efectiva.

El interconsultante puede ser un médico de cualquier especialidad, incluido otro médico de familia, o un miembro de cualquiera de las profesiones relacionadas con la salud, aunque siempre ese médico de familia continuará teniendo la máxima responsabilidad con respecto al paciente.

Se deben haber efectuado las investigaciones y estudios necesarios antes de solicitar una interconsulta, y el médico de familia debe elaborar una hipótesis diagnóstica. Le expondrá claramente al interconsultante el motivo por el cual se solicita su opinión, y al mismo tiempo, se le deben explicar al paciente las razones de esa interconsulta, teniendo en cuenta siempre que este se convenza de que es un proceder para mejorar su atención, y no una falta de competencia de su médico, o lo que es peor aún, evitar un rechazo, riesgo que se presenta muchas veces en las interconsultas con el psiquiatra.

Después de haber analizado el caso con el interconsultante, el médico debe continuar con la responsabilidad de la atención al paciente, total o

compartida con el especialista, en los casos en que se necesite un seguimiento continuado por este último. Nunca se debe perder el contacto con el paciente.

Las razones fundamentales para la interconsulta son:

- Necesidad de un diagnóstico o terapéutica de mayor complejidad.
- Por orientación de algunos programas de salud.
- Necesidad de un enfoque multidisciplinario.
- A solicitud del paciente o la familia.
- Evolución no satisfactoria del problema del paciente.
- Enfermedades potencialmente fatales o de mal pronóstico.
- Para tranquilidad del médico.

Formato de Interconsulta ¹⁶

Es un formato que deberá constar con dos secciones:

La solicitud de la Interconsulta

- Datos de Filiación del paciente.
- Breve resumen de enfermedad actual y examen clínico.
- Motivo de la interconsulta.
- Diagnóstico presuntivo.
- Fecha y hora de la solicitud.
- Nombres y apellidos, cargo y firma del profesional solicitante.

El informe de Interconsulta

- Descripción de los hallazgos.
- Exámenes y/o procedimientos realizados.
- Diagnóstico, pronóstico, tratamiento y recomendaciones.

- Nombres y apellidos, cargo, firma y colegiatura del profesional que realiza la atención.
- Fecha y hora de la respuesta.

2.2.3. Interrelación Medicina-Odontología

La práctica de la odontología debe encuadrarse dentro del concepto de “salud total”, para que esto sea posible, la interrelación medicina-odontología es primordial.¹⁷

La cavidad bucal y sus estructuras conexas no pueden considerarse compartimientos independientes del resto del organismo.

De acuerdo con la expresión “el odontólogo atiende pacientes que tienen dientes, los han perdido o presentan manifestaciones bucales de enfermedades orgánicas o sistémicas, y quienes poseen afecciones específicas de los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal o alteraciones de las estructuras conexas”. Los cambios o alteraciones asociados a enfermedades, orgánicas o sistémicas, que pueden observarse en la cavidad bucal son numerosos y rápidamente observables, lo cual resalta la importancia de su conocimiento para el diagnóstico, pronóstico de diferentes patologías.

El odontólogo, debe tener conocimientos de los procesos básicos de las enfermedades y establecer si el tratamiento odontológico afectará o será afectado por el padecimiento del paciente. Es necesario reiterar que no se espera realizar un diagnóstico definitivo de las distintas patologías o indicar un tratamiento médico. Sin embargo, debe ser capaz de apreciar los riesgos médicos relacionados con el tratamiento previsto y de modificar

este de acuerdo con la signosintomatología apreciada. Además, puede identificar enfermedades no detectadas que podrían afectar seriamente el estado de salud, como también actuar con eficacia y prontitud frente a urgencias médicas que puedan presentarse en su práctica profesional.

El odontólogo debe “comprender” el lenguaje de la medicina y actuar junto con el médico en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, dentro de su incumbencia, de las diferentes alteraciones del equilibrio físico y psíquico de los pacientes.

La producción de servicios odontológicos a nivel hospitalario, merece especial atención por las particularidades bioindividuales de los pacientes y el tipo de patología que presentan. En el escenario latinoamericano, al analizar los perfiles de salud-enfermedad, puede observarse una frecuencia de enfermedades sistémicas estimadas en un elevado porcentaje, entre las cuales destacan: hematológicas, cardiovasculares, trastornos renales, endocrinos e infecciosas.¹⁸ Al explicar los factores que inciden en su determinación se pueden citar: desnutrición, parasitosis, bacterias, virus, etc.

Investigaciones realizadas permiten comprobar la estrecha relación entre las enfermedades bucales y las sistémicas, que obligan a definir protocolos de tratamientos que permiten fortalecer el trabajo multiprofesional e interdisciplinario.¹⁸ Destacando los estudios demostrados sobre la presencia de *Helicobacter pylori* en la cavidad oral y su influencia de este sobre las infecciones gástricas^{19,20}; estudios sobre la enfermedad periodontal como factor de riesgo de Parto pretérmino y de Bajo peso al nacer^{21,22}; por lo anteriormente expuesto, la atención odontológica de estos

pacientes se justifica dentro del ambiente hospitalario, por lo tanto, todo servicio de pediatría del mismo debe incluir en sus consultas la odontopediatría como ejemplo.

Diagnóstico en Odontología

Al insertarse la odontología con un servicio público, atiende cada vez más a la prevención de enfermedades bucales, y a su diagnóstico temprano, incluso, identificando enfermedades dentro del campo de la medicina general. El odontólogo, cuyo interés se concentra automáticamente en la cavidad bucal y los órganos que contiene o la rodean, debe ser capaz de diagnosticar las diferentes patologías que se presentan en esta región, incluso casos de patología médica.

El médico general y el especialista que se ocupa de regiones vecinas a la cavidad bucal no suelen conocer bien las enfermedades habituales de los dientes, los tejidos de sostén o la mucosa bucal, muchas veces no conocen tampoco las manifestaciones bucales de las enfermedades generales. Por lo tanto, el odontólogo debe encargarse de diagnosticar:

1. Enfermedades de los tejidos dentarios duros y blandos.
2. Enfermedades de los tejidos de sostén.
3. Enfermedades que se limitan a labios, lengua, mucosa bucal y glándulas salivales.
4. Lesiones de la cavidad bucal y órganos vecinos que formen parte de una enfermedad general.

Además de administrar a su paciente un servicio de salud de mayor calidad, es preciso que el dentista conozca las enfermedades generales

susceptibles de modificar o impedir determinadas maniobras de tratamiento odontológico, aunque en estos casos no se observe ningún cambio característico de la cavidad bucal.²³

2.2.4. Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales del Ministerio de Salud en el Perú ²⁴

Artículo 15º.- Objetivos Funcionales de la Oficina o Unidad de Gestión de la Calidad.

En el artículo correspondiente del Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales de Alta o Mediana complejidad, se deberá incluir el siguiente texto:

“Es la unidad orgánica encargada de implementar el sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente, con la participación activa del personal; depende del órgano de dirección y tiene asignados los siguientes objetivos funcionales:

- a. Proponer la inclusión de actividades e indicadores de calidad en los planes institucionales.
- b. Incorporar el enfoque de calidad en los planes estratégicos y operativos institucionales, así como en la capacitación y gestión de los recursos humanos en salud.
- c. Implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad y mejora continua en los servicios.

- d. Efectuar el monitoreo y evaluación de los indicadores de control de la calidad en los diferentes servicios del hospital e informar a la Dirección de Salud o Dirección de Red de Salud según corresponda.
- e. Asesorar en el desarrollo de la autoevaluación, el proceso de acreditación y auditoría clínica, según las normas que establezca el Ministerio de Salud.
- f. Asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente.
- g. Apoyar la capacitación y sensibilizar al personal en los conceptos y herramientas de la calidad.
- h. Promover la ejecución de estudios de investigación en calidad de servicios de salud.
- i. Desarrollar mecanismos de difusión de los resultados de la evaluación de la calidad y de la captación de la información del paciente.”

Artículo 27º.- Departamento o Servicio de Medicina

En el artículo correspondiente del Reglamento de Organización y Funciones se deberá incluir el siguiente texto:

“Es la unidad orgánica encargada de la atención médica integral y especializada a los pacientes, según el nivel de complejidad del Hospital; depende del órgano de dirección y tiene asignados los siguientes objetivos funcionales:

- a. Brindar atención médica integral referente al tratamiento de los pacientes adultos por medios clínicos con la participación coordinada de los órganos competentes.

- b. Promover la salud, prevenir riesgos y daños, proteger y recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes, en la atención médica integral, según las normas y protocolos vigentes.
- c. Proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de atención médica integral y especializada, orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz.
- d. Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes.
- e. Asegurar el cumplimiento de las normas de bioseguridad.
- f. Programar y evaluar la atención al paciente para el cumplimiento de los objetivos del Hospital.

La atención médica especializada corresponderá sólo a los hospitales de alta y mediana complejidad de atención.”

Artículo 28º.- Departamento o Servicio de Cirugía

En el artículo correspondiente del Reglamento de Organización y Funciones se deberá incluir el siguiente texto:

“Es la unidad orgánica encargada de brindar atención a los pacientes con procedimientos quirúrgicos para su recuperación y rehabilitación; depende del órgano de dirección y tiene asignados los siguientes objetivos funcionales:

- a. Brindar atención integral y complementaria en el tratamiento de pacientes por medios quirúrgicos, en coordinación con las unidades orgánicas competentes y según los protocolos y normas vigentes.

- b. Promover la salud, prevenir riesgos y daños, proteger y recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes, en la atención médica quirúrgica, según las normas y protocolos vigentes.
- c. Proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de atención médico-quirúrgica general y especializada orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz.
- d. Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes.
- e. Asegurar el cumplimiento de las normas de bioseguridad. Programar y evaluar la atención quirúrgica, para el cumplimiento de los objetivos del Hospital.

La atención quirúrgica especializada corresponderá sólo a los hospitales de alta y mediana complejidad de atención.”

Artículo 29º.- Departamento o Servicio de Gineco- Obstetricia

En el artículo correspondiente del Reglamento de Organización y Funciones se deberá incluir el siguiente texto:

“Es la unidad orgánica encargada de la atención integral de la patología Gineco-obstétrica durante el ciclo reproductivo, preconcepcional, concepcional y post-concepcional, así como de las enfermedades del sistema de reproducción de la mujer; depende del órgano de dirección y tiene asignados los siguientes objetivos funcionales:

- a. Brindar la atención integral y complementaria a la mujer y la madre en todos sus ciclos de vida por problemas fisiológicos, patológicos, de salud individual o colectiva.

- b. Promover la salud, prevenir riesgos y daños, proteger y recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de la mujer y su pareja, en lo que concierne a su ciclo reproductivo y en el ámbito de su competencia, según las normas y protocolos vigentes.
- c. Atender las enfermedades propias de los órganos de reproducción de la mujer, en sus aspectos médico y quirúrgico.
- d. Promover la lactancia materna e incentivar la relación madre-recién nacido.
- e. Establecer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de atención médica gineco-obstétrica, orientada a brindar un servicio eficiente y eficaz.
- f. Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes.
- g. Asegurar el cumplimiento de las normas de bioseguridad.
- h. Programar y evaluar la atención ginecológica y obstétrica, para el cumplimiento de los objetivos del Hospital.”

Artículo 30º.- Departamento o Servicio de Pediatría

En el artículo correspondiente del Reglamento de Organización y Funciones se deberá incluir el siguiente texto:

“Es la unidad orgánica encargada de brindar atención integral a pacientes pediátricos, en su contexto biopsico-social, familiar y comunitario, protegiendo, recuperando y rehabilitando su salud; depende del órgano de dirección y tiene asignados los siguientes objetivos funcionales:

- a. Organizar y brindar atención integral y complementaria referente al tratamiento de pacientes pediátricos con problemas de salud, por medios clínicos, con la participación coordinada de los órganos competentes.
- b. Promover la salud, prevenir riesgos y daños, proteger y recuperar la salud y rehabilitar las capacidades del recién nacido y del paciente pediátrico en el ámbito de su competencia, para lograr su desarrollo y crecimiento normal en la familia y la comunidad.
- c. Proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de atención médica especializada en Pediatría.
- d. Promover la lactancia materna e incentivar la relación madre-recién nacido.
- e. Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes.
- f. Asegurar el cumplimiento de las Normas de Bioseguridad.
- g. Programar y evaluar la atención pediátrica, para el cumplimiento de los objetivos del Hospital.”

Artículo 31º.- Departamento o Servicio de Odontología

En el artículo correspondiente del Reglamento de Organización y Funciones se deberá incluir el siguiente texto:

“Es la unidad orgánica encargada de brindar atención integral al sistema odontológico de los pacientes; depende del órgano de dirección y tiene asignados los siguientes objetivos funcionales:

- a. Brindar atención integral de la salud bucal, con la participación coordinada de los órganos competentes.
- b. Promover la salud, prevenir riesgos y daños, proteger y recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes con patología odontoestomatológica en el ámbito de su competencia y con proyección a la familia y a la comunidad, mediante el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno
- c. Realizar atención y tratamiento especializado en odontología estomatológica y cirugía bucal.
- d. Proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de atención odontoestomatológica especializada, orientados a brindar un servicio eficiente y eficaz.
- e. Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes.
- f. Asegurar el cumplimiento de las normas de bioseguridad.
- g. Programar y evaluar la atención de la salud bucal, para el cumplimiento de los objetivos del Hospital.”

Artículo 32º.- Departamento o Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos

En el artículo correspondiente del Reglamento de Organización y Funciones se deberá incluir el siguiente texto:

“Es la unidad orgánica encargada de realizar tratamiento médico quirúrgico de emergencia y de cuidados críticos, proporcionando permanentemente la oportuna atención de salud, a todas las personas

cuya vida y/o salud se encuentre en grave riesgo o severamente alterada; depende del órgano de dirección y tiene asignados los siguientes objetivos funcionales:

- a. Proporcionar atención médico-quirúrgica de emergencia a toda persona que acuda en su demanda durante las 24 horas del día.
- b. Realizar la evaluación y tratamiento de pacientes en situación de emergencia o grave compromiso de la salud y de la vida, iniciando sus acciones desde el ámbito prehospitalario e integrado a las acciones hospitalarias, en estrecha coordinación y cooperación con el equipo multidisciplinario de salud y en el ámbito de su competencia.
- c. Coordinar con otras unidades orgánicas involucradas en el proceso de atención en Emergencia y Cuidados Críticos, para garantizar una adecuada y oportuna intervención especializada.
- d. Proponer, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos de atención médico-quirúrgicos de emergencia, orientados a brindar un servicio eficiente, eficaz y con calidad.
- e. Organizar e implementar la atención en Emergencia y Cuidados Críticos que asegure una atención médico-quirúrgica suficiente y necesaria durante las 24 horas del día.
- f. Mejorar continuamente las capacidades y equipamiento para la atención de emergencia y cuidados críticos.
- g. Organizar y preparar equipos multidisciplinarios calificados en acciones de reanimación cardiorespiratorio y tratamiento de soporte correspondiente.

- h. Asegurar el cumplimiento de las Normas de Bioseguridad en Emergencia y en Cuidados Críticos.
- i. Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes.
- j. Programar y evaluar la atención en Emergencia y Cuidados Críticos, para el cumplimiento de los objetivos del Hospital.”

Artículo 33º.- Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.

En el artículo correspondiente del Reglamento de Organización y Funciones se deberá incluir el siguiente texto:

“Es la unidad orgánica encargada de realizar la atención especializada de anestesia y analgesia a los pacientes en las etapas preoperatoria, intraoperatoria y post-operatoria, procedimientos de emergencia, terapia del dolor, reanimación cardiovascular y gasoterapia; así como de la organización y funcionamiento del Centro Quirúrgico y las unidades de recuperación; depende del órgano de dirección y tiene asignados los siguientes objetivos funcionales:

- a. Realizar la evaluación y atención especializada de pacientes a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas programadas o de emergencia, coordinando estrechamente sus acciones, con las unidades orgánicas de cirugía y emergencia y los equipos multidisciplinarios correspondientes.
- b. Realizar la evaluación anestesiológica, preparación preanestésica y aplicación del anestésico; así como el control anestésico intra y postoperatorio.

- c. Elaborar el programa operatorio de acuerdo a las solicitudes.
- d. Proponer, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos de atención anestesiológica, orientados a brindar un servicio eficiente, eficaz y con calidad.
- e. Velar por el buen uso y mantenimiento de los equipos e instrumentales quirúrgicos, así como del mantenimiento en condiciones de seguridad, higiene y asepsia de las salas quirúrgicas.
- f. Asegurar el cumplimiento de las normas de bioseguridad.
- g. Organizar y preparar equipos multidisciplinarios calificados en acciones de reanimación cardiorespiratoria y postanestésica, así como en el tratamiento de soporte correspondiente, según la disponibilidad de medios y recursos existentes y de la magnitud del problema de salud.
- h. Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes.
- i. Programar y evaluar la atención especializada en anestesiología, para el cumplimiento de los objetivos del Hospital.”

2.2.5. Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) ^{25,26}

Concepto actual

El Modelo de Atención Integral de Salud es la forma de aplicar las acciones de salud tomando como eje central las necesidades de salud de las personas en el contexto de la familia y de la comunidad, antes que a los daños o enfermedades específicas. El Modelo de Atención Integral establece la visión multidimensional y biosicosocial de las personas e

implica la provisión continua y coherente de acciones dirigidas al individuo, a su familia y a su comunidad desarrollada en corresponsabilidad por el sector salud, la sociedad y otros sectores, para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, con la finalidad de mejorar el estado de salud para el desarrollo sostenible.

Principios

Los principios del Modelo de Atención Integral que están descritos en la R.M. 729/2003 son:

1. La Integralidad
2. Universalidad al acceso
3. Equidad
4. Calidad
5. Eficiencia
6. Respeto a los derechos de las personas
7. Participación y promoción de la ciudadanía
8. Descentralización

La integralidad es el principio fundamental, está ampliamente explicitada en el documento: “La Salud Integral Compromiso de Todos”, quedando claro que no es la suma de acciones de los antiguos Programas de Salud y que corresponde a un cambio cualitativo. La integralidad es un cambio de concepción de cómo “mirar” a las personas para que los servicios que le sean entregados logren mejor impacto sobre su estado de salud asegurando su oportunidad y continuidad. Esta “mirada” reconoce que la situación de salud de la persona es consecuencia de su carácter multidimensional y biopsicosocial: la persona tiene una carga biológica y

sicológica que se desarrolla dentro de un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y ecobiológicas del entorno familiar y de la comunidad. A su vez, la familia está en constante interacción entre sus miembros y con el medio natural, cultural y social de su entorno comunitario. Por tanto, una mirada integral implica reconocer las necesidades de salud de las personas y que su resolución requiere que las acciones de salud se amplíen hacia su entorno: familia y comunidad; todo esto transcurre a lo largo de la vida y cada etapa personal y familiar tiene sus propias necesidades y enfoques.

La integralidad incluye la priorización de problemas específicos de salud por su alta prevalencia y/o externalización, que requieren se aborden por estrategias sistematizadas con enfoque de Salud Pública. La mayoría de dichas prioridades (riesgos y daños) son las Estrategias Sanitarias Nacionales.

El respeto a los derechos de las personas, en un país de tanta diversidad cultural, tiene implícito la adecuación por género e interculturalidad en la gestión y prestación de los servicios. Estas consideraciones son indispensables para que, en materia de salud, se dé un mayor acercamiento del estado, representado en el personal de los Establecimientos de Salud, a la población.

Dimensiones

El Modelo de Atención Integral se aplica en las dimensiones de la persona, familia y comunidad. Como están correlacionados entre sí,

influyéndose unos a otros, la Atención Integral sólo está completa cuando actúa en las tres dimensiones.

Persona: La persona y sus necesidades de salud son el centro del Modelo de Atención Integral, no así los daños o enfermedades. La persona tiene un carácter multidimensional, como ser biopsicosocial, inmerso en un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y ecológicas. Su atención aborda las diversas necesidades de salud de las personas en las diferentes etapas de su vida (niñez, adolescencia, adultez y adulto mayor), considerando la igualdad de oportunidades de hombres y mujeres, enfoque de género y aspectos culturales.

Familia: Es la unidad fundamental de la comunidad. Sus miembros interactúan entre sí y con el medio natural, cultural y social. Por tanto no es sólo la suma de sus miembros, y su abordaje requiere un enfoque a la “familia”.

Comunidad: Como organismo social vivo y dinámico está conformado por el conjunto de familias interactuando unas con otras en un espacio concreto. Se desarrolla en el escenario político, económico y social. También se desarrolla en un medio ambiente o entorno: flora, fauna, agua, clima, composición química, microambiente (vivienda). Forma parte intrínseca de la realidad de las personas y la familia. Es la dimensión privilegiada para la interacción y la integración de las personas y de las familias y por tanto en él se debe actuar con acciones de promoción y prevención. Debe entenderse que la comunidad saludable es un resultado multisectorial que implica la participación coordinada, concertada y

complementaria de sus diferentes actores (públicos, privados, sociedad civil, salud, educación, trabajo, etc.).

Objetivos

El Objetivo del Modelo es reorientar la forma de producir y prestar salud, dando énfasis a la prevención y promoción con el fin de mejorar el estado de salud de las personas, familias y comunidades para el desarrollo sostenible de la población peruana.

Los Componentes del Modelo de Atención Integral de Salud

Los componentes del MAIS hacen viable la operación y desarrollo del Modelo de Atención Integral. Son los siguientes: Organización, Provisión, Gestión, Financiamiento

Consideraciones Generales para La Operativización del Modelo de Atención Integral

1. El Modelo de Atención Integral de Salud tiene experiencia nacional de más de 10 años en los distintos escenarios del país.
2. No existe fórmula única para lograr implementar y/o mantener el Modelo de Atención Integral. Su logro dependerá de la decisión política y de la capacidad de gestión nacional, regional y local en función de los componentes: provisión, organización, gestión y financiamiento
3. Las Direcciones de Salud tienen la responsabilidad de implementar y hacer avanzar el Modelo de Atención Integral en los distintos niveles de atención. El Nivel Central tiene la responsabilidad de conducción, decisión política, asistencia y/o cooperación técnica, monitoreo-evaluación nacional y de ajustar los mecanismos nacionales de soporte y financiamiento para facilitar el desarrollo del MAIS en cada uno de sus

componentes. El MAIS debe implementarse, mantenerse y ajustarse al contexto político, social, económico, cultural y epidemiológico de cada ámbito.

4. El MAIS es el marco para la nueva provisión y gestión de la atención en salud, por tanto requiere reformular la articulación de todos los órganos estructurados en los diferentes niveles, sin excepción.
5. La implementación es un proceso gradual, dinámico, flexible y participativo con los diferentes actores. Es flexible porque el modelo debe adecuarse a las diferentes realidades de salud de cada región, departamento, provincia y distrito; realidades expresadas en el perfil epidemiológico, en el grado de desarrollo de los componentes en organización, financiamiento, gestión y prestación, y expresada en el grado de avance en la atención a las personas, familia y comunidad. Por tanto se debe aplicar un modelo estándar pero con adecuaciones al contexto en el cual se aplica. El modelo es único e incluye que sea flexible.
6. El MAIS se fortalece con las iniciativas y actitudes positivas del personal de salud, debiendo valorarse la creatividad e innovación. El pilar fundamental para la implementación es el apostar por el desarrollo del potencial humano generándole capacidades y competencias. El perfil del profesional de salud debe responder al marco del MAIS. Las personas, en función a sus derechos y considerando sus necesidades de salud, tienen que recibir cuidados esenciales sanitarios a lo largo de su vida, en forma individual, familiar y comunitario, tomando siempre en cuenta los principios del Modelo de Atención Integral. Por lo tanto, los

servicios indistintamente de su nivel y complejidad son responsables de la readecuación intercultural, de género y de derechos de la prestación en los aspectos de infraestructura, prácticas y organización.

7. Las Estrategias Sanitarias Nacionales son parte del Modelo de Atención Integral, conforman uno de los ejes brindando los contenidos de la mayoría de los cuidados esenciales, resolviendo el “qué y cómo lograr la meta”.
8. La oportunidad y continuidad de la atención para la resolución de los daños se garantiza utilizando las diferentes capacidades resolutivas de la red de servicios de salud.
9. Los hospitales que no tienen ámbito cumplen un rol dentro del MAIS en la parte recuperativa y de rehabilitación especializada bajo el sistema de referencia y contrareferencia.
10. Considerar los deberes y los derechos de los usuarios internos y externos, fomentando la corresponsabilidad en salud.
11. El enfoque de género, derecho e interculturalidad debe conformar parte de las prestaciones en salud: fluxograma, ambientes de los servicios de salud, señalización, comportamiento del personal de salud, entrega de los servicios, etc.
12. Para la entrega de los servicios, los Establecimientos de Salud deben de cumplir las normas y procedimientos de los estándares de la calidad a través de la implementación de mejora continua de la calidad.
13. A nivel Nacional existe un mínimo de indicadores, los cuales serán monitoreados según corresponda, así mismo el nivel regional puede incorporar indicadores propios de acuerdo a su realidad de salud.

El Componente de Organización

La organización de la atención y del proceso de producir salud es uno de los componentes del MAIS, comprende el conjunto de sistemas, procesos y acciones que permite reordenar la oferta sanitaria y social para cubrir las necesidades de atención de salud en las dimensiones de persona, familia y comunidad.

La organización, según la RM 729/2003 está estructurada en dos niveles: el Nivel Central y el Nivel Descentralizado. El Nivel Descentralizado, a su vez, tiene dos niveles, el nivel Regional (Direcciones de Salud) y el nivel Local (Redes de Salud y sus Establecimientos de Salud).

Los siguientes pasos son indispensables, sin embargo, cada uno de ellos puede implementarse gradualmente:

1. La Sectorización del ámbito de intervención, es el primer paso y más importante. Implica la división del territorio, asignación de población, asignación de personal responsable por sector, al menos en las zonas de mayor riesgo, y planificación de actividades integrales por responsables de sector. La división del territorio se define por manzanas, comunidades o caseríos.
2. La identificación de las viviendas y de la población, al menos de las zonas de mayor riesgo, con el llenado de la Ficha Familiar que incluye el registro de los miembros de la familia, sus necesidades, riesgos, problemas y condiciones.
3. El Plan de Salud Local consensuado, participativo con la comunidad y organizaciones existentes, basado en la situación de salud local, las

necesidades de salud y los recursos comunitarios institucionales e intersectoriales. El Plan se convierte en el Instrumento de gestión.

4. Consultorios de atención integral organizados de tal forma que en él se pueda brindar los cuidados esenciales de una etapa de vida. Un consultorio puede funcionalmente servir a más de una etapa de vida.
5. Implementación del sistema de registro y seguimiento por comunidad, a través de:
 - a. Registro diario.
 - b. La Historia Clínica: es familiar para todo establecimiento de salud que sea responsable de un ámbito geográfico. Para facilitar la atención, calificar el riesgo personal/familiar/comunitario, y facilitar el análisis epidemiológico, la Historia Clínica debe tener las siguientes características especiales:
 - Contar con la Ficha Familiar.
 - Historias Clínicas individuales por etapa de vida.
 - Será archivada por sectores.
 - En caso de pacientes transeúntes se utilizará sólo la Historia Clínica Individual.
 - c. Tarjeteros para seguimiento de casos individuales: gestantes, niños para inmunización, adolescentes, etc.
 - d. Ficha de seguimiento a las familias.
 - e. Otros registros necesarios para seguimiento de familias y comunidad.
6. La calificación del riesgo en tres niveles: personal, familiar y comunal. La calificación del riesgo permitirá un mapeo de cada nivel, facilitando el

análisis y la dirección de los esfuerzos a los grupos de mayor riesgo. Los criterios para calificar riesgo deberán construirse regionalmente y deberán tomar en cuenta:

- a. El perfil epidemiológico de la región.
 - b. Categorización en bajo, mediano y alto riesgo.
 - c. Los datos de los criterios deberán encontrarse registrados en los diferentes instrumentos según los niveles correspondientes persona, familia, comunidad: Historia Clínica por Etapa de Vida, Ficha Familiar, Libro Extramural.
 - d. En la dimensión personal, los criterios deberán elaborarse por etapa de vida.
 - e. Los criterios deberán revisarse con la periodicidad indicada por la región.
 - f. El nivel nacional puede establecer criterios de carácter nacional.
7. Asimismo la organización del Establecimiento de Salud debe considerar: Todo el personal del establecimiento de salud tiene la responsabilidad y el compromiso en la ejecución y desarrollo del MAIS, respetando la estructura jerárquica existente. Así mismo participa en la generación de ciclos de conocimiento basado en evidencias y experiencias.
8. La responsabilidad de la más alta autoridad del Establecimiento de Salud para incorporar a los líderes comunales como cogestores del desarrollo en salud.

9. La identificación de la Capacidad Resolutiva de los Establecimientos de Salud desde el primer nivel de atención, utilizando los instrumentos y normas de Categorización, y definiendo la cartera local de servicios.
10. El Sistema de Referencia y Contrareferencia por niveles, desde la comunidad a los niveles de mayor complejidad, que permita una adecuada oportunidad, continuidad y resolutivez de los problemas de salud.
11. La recolección de datos, registro, procesamiento análisis, supervisión, monitoreo y evaluación permanente, permitirán tomar decisiones adecuadas.

Organización de los Establecimientos de Salud para la dimensión Persona

La entrega de los servicios a la persona en el contexto de su familia se efectuará considerando las necesidades y cartera de servicios esenciales según las etapas de la vida y los siguientes procesos flexibles que deben de adecuarse al contexto del establecimiento de salud:

1. Captación: Las personas pueden ser captadas en el establecimiento de salud (consultantes, acompañantes, usuarios de otros servicios y los referidos) o pueden ser captados en la comunidad.

En tal sentido, para la captación es necesario:

- Planificar actividades de mercadeo social de servicios.
 - Participación de todo el personal, agentes comunitarios y otros actores sociales.
2. Admisión integral: Es un momento clave de la atención, porque adicionalmente a los procesos que habitualmente se desarrollan en

ésta, se incorpora la identificación y priorización de necesidades (parcial o completamente) de salud individual y familiar, lo cual permite ofertar un Plan de Salud.

Se realiza:

- Reconocimiento de emergencias. En cuyo caso el paciente debe ser derivado inmediatamente para la atención respectiva.
- Apertura o búsqueda de la historia clínica.
- Identificación del financiamiento: Sistema Integral de Salud (SIS), subvenciones, exoneraciones o pagos particulares.
- Identificación y priorización de necesidades de salud (parcial o completamente).
- Sensibilización e información sobre los beneficios del Plan/Paquete de Atención Integral.
- Triage. En el caso de niño o gestante, la toma de peso, talla y presión arterial se efectuará durante la consulta. Para otras etapas de vida se evaluará el beneficio y factibilidad del triaje durante la consulta.
- Se derivará al paciente a la consulta que le corresponde.

3. Atención Integral: En respuesta al problema de salud, se le ofrece los cuidados esenciales específicos, teniendo en cuenta las guías clínicas, normas y protocolos respectivos.

- Atención del motivo de consulta. Incluye servicios intermedios.
- Identificación de otras necesidades y riesgos de salud.
- Se recomienda que en este proceso se identifique el riesgo personal (individual).

- Orientación sobre el Plan de Atención Integral y reforzar la importancia de su cumplimiento.
 - Entrega de los cuidados esenciales correspondientes según plan establecido con el usuario. En este momento la técnica de “Acciones Negociadas” apoyan el cumplimiento a las recomendaciones otorgadas por el personal de salud: identificadas las necesidades de salud, se personaliza la entrega de los cuidados esenciales. Primero se reconoce cuál es el patrón de conducta respecto a la necesidad de salud y luego se brinda las recomendaciones apropiadas “negociando” las acciones que el usuario debe de tomar en beneficio de su salud. De preferencia deberá registrarse en la Historia Clínica cuáles son las acciones que el usuario se compromete a realizar.
 - Se citará para control del problema actual de salud y continuación del Plan de Atención Integral.
 - Derivación a otros servicios según necesidad.
 - Se realizará la transferencia: referencia o contrareferencia según el caso.
4. Seguimiento y monitoreo de personas en el contexto de la familia: Se asegura la continuidad de las acciones hasta completar la oferta del Paquete de Atención Integral, luego de la identificación y priorización de necesidades.
- Se concerta el cumplimiento del Plan de atención elaborado de acuerdo a las necesidades de la persona identificadas dentro y fuera del Establecimiento de salud.

- Se continúa con las acciones familiares, comunitarias y del entorno de ser necesarias.

El Componente de Provisión

Las necesidades de salud previamente identificadas serán abordadas a través de los cuidados Esenciales. Los Cuidados Esenciales conforman el componente de Provisión.

Los Cuidados Esenciales son el conjunto de acciones que cada persona o familia debe recibir para mantener y proteger su salud, al satisfacer sus necesidades de salud. Al ofrecerse de manera integral, los Cuidados Esenciales permiten que la salud de cada persona, familia y comunidad esté protegida.

También son llamados Atenciones Programáticas

Los Cuidados Esenciales son ofrecidos de forma diversa:

- Auto cuidado, es decir, acciones a cargo de las propias personas.
- Cuidados ofrecidos por la familia que confirma la corresponsabilidad de la población en mantener y conservar la salud.
- Atenciones de salud, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, en los ámbitos intramuros y extramuros.

Ello quiere decir que los cuidados son ofrecidos no sólo por los profesionales de la salud, sino que las mismas personas son responsables de su salud. Igualmente, los cuidados no se ofrecen sólo en los establecimientos de salud, sino en otros escenarios, tales como el hogar, la escuela, la comunidad, el centro de trabajo, con la participación de la comunidad.

Los Paquetes de Atención Integral de Salud:

El Paquete de Atención Integral de Salud, es un conjunto articulado de cuidados esenciales que requiere la persona para satisfacer sus necesidades de salud, brindados por el personal de salud, la propia persona (autocuidado), familia, los agentes comunitarios y otros actores sociales de la comunidad. Los Paquetes de Atención Integral serán ofrecidos de manera continua y permanente por lo que requieren la organización de un Plan de Atención para su oferta gradual, a lo largo de un periodo de tiempo, siendo necesario la adecuada organización de servicios intra y extramural.

El Plan puede ser desarrollado en la admisión integral y posteriormente reajustado en el propio proceso de la Atención Integral, y ser negociado en el seguimiento, donde se verifica el avance del plan.

La combinación de todos los tipos de acciones es la que asegurará el mantenimiento o recuperación de la salud y la promoción de lo saludable.

Construcción de los Paquetes

Los Paquetes de Atención Integral se construyen a partir de la identificación de las necesidades de salud de las personas, y de los cuidados esenciales requeridos para satisfacerlas; de la familia y el entorno, teniendo en cuenta las prioridades sanitarias nacionales y regionales.

Los paquetes no son estáticos, se irán mejorando con el tiempo articulando cada vez, más cuidados esenciales.

Los paquetes de atención integral por etapas de vida pueden tener diferentes coberturas de población, las cuales deben ser determinadas a

nivel regional teniendo en cuenta los grupos etáreos prioritarios (p. ej. menores de 1 año: 100%, gestantes: 80%, adulto mayor: 100% de la demanda). Los cuidados que brindan los agentes comunitarios de salud y otros actores sociales de la comunidad, cruzan todas las etapas de vida y pueden considerarse dentro del Sistema de Vigilancia Comunal.

Los cuidados esenciales brindados se correlacionarán directamente con las necesidades que se van a satisfacer:

- Acciones de promoción de la salud.
- Acciones de prevención de la salud (identificación de riesgo e intervención de los mismos).
- Atención de daños según protocolo.
- Atención de discapacidades según protocolo.

Los paquetes se deben implementar en todos los niveles del Sistema de Salud (Establecimientos de Salud, Micro Redes, Redes y Hospitales referenciales) de acuerdo a su capacidad resolutoria cuantitativa y cualitativa.

Clasificación De Paquetes De Atención Integral De Salud

1. Por Etapas de Vida
2. Familia
3. Comunidad y Entornos Saludables

Paquetes de Atención Integral por Etapas de Vida

Etapas Niño:

- Paquete de atención integral de salud del recién nacido.
- Paquete de atención integral de salud del niño de 29 días a 11 m 29 días.
- Paquete de atención integral de salud del niño de 1 a 4 años.
- Paquete de atención integral de salud del niño de 5 a 9 años.

PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL RECIEN NACIDO
1. Atención del recién nacido según Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).
2. Inmunizaciones con BCG /HVB
3. Temas Educativos a los padres <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludable – AIEPI.
4. Visita Domiciliaria <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visita domiciliaria según el AIEPI comunitario. ▪ Niños nacidos en su domicilio. ▪ Recién Nacidos de bajo peso (< 2500 gr). ▪ Recién Nacidos con malformaciones congénitas. ▪ Recién Nacidos de madres con TBC, HIV y Sífilis. ▪ Otros de acuerdo a región.
5. Atención a daños prevalentes según protocolo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Asfixia al nacer. ▪ Sepsis neonatal. ▪ Prematuridad. ▪ Otras según área o región.

PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO DE 29 DIAS A 11 MESES
1. Atención de Crecimiento y Desarrollo, Vigilancia Nutricional.
2. Administración de micronutrientes: sulfato ferroso, vitamina A según criterios de riesgo, protocolos y programación.
3. Inmunizaciones: DPT, APO, HVB, Pentavalente, Tetravalente
4. Tema Educativo a los padres <ul style="list-style-type: none"> -Prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludable – AIEPI.
5. Visita Domiciliaria <ul style="list-style-type: none"> -Visita domiciliaria según el AIEPI comunitario

<ul style="list-style-type: none"> - Vacunas (no acudió a su cita). - Control de crecimiento y desarrollo (no acudió a su cita). - Control del daño (neumonías, EDAS c/DH, desnutrición). - Otros de acuerdo de cada Región.
<p>6. Atención a prioridades sanitarias y daños prevalentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Daños considerados en la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). - Otras según área o región

<p>PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO DE 1 AÑO A 4 AÑOS</p>
<p>NIÑOS 1 AÑO</p>
<p>1. Atención de crecimiento y desarrollo, vigilancia nutricional.</p>
<p>2. Administración de micronutrientes: sulfato ferroso, vitamina A según criterios de riesgo, protocolos y programación.</p>
<p>3. Inmunizaciones: sarampión, rubéola y parotiditis (SPR). Antiamebílica según área o región.</p>
<p>4. Tema Educativo a los padres</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludable – AIEPI. - Higiene bucal. - Cuidados del medio ambiente.
<p>5. Prevención, detección, eliminación de placa bacteriana y fluorización opcional (según criterio de riesgo).</p>
<p>6. Visita Domiciliaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliaria según el AIEPI comunitario. - Vacunas (no acudió a su cita). - Control de crecimiento y desarrollo (no acudió a su cita). - Control del daño (neumonías, EDAS c/DH, Disentéricas, desnutrición). - Otros de acuerdo a región.

7. Atención a prioridades sanitarias y daños prevalentes:

- Daños considerados en la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).
- Caries dental.
- Otros depende de cada región.

**PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO DE 5
AÑOS A 9 AÑOS**

1. Atención de crecimiento y desarrollo, vigilancia nutricional

2. Tema educativo:

- Alimentación y nutrición saludable.
- Prevención de accidentes.
- Factores protectores: Higiene, autoestima, habilidades sociales, resiliencia.
- Prevención de enfermedades prevalentes del niño.
- Prevención del maltrato infantil o comunicación con los hijos.
- Salud bucal.
- Cuidados del medio ambiente.

3. Visita domiciliaria :

- A niños con problemas de salud.
- Niños que no acuden a control de crecimiento y desarrollo.

4. Prevención, detección, eliminación de placa bacteriana y fluorización (según criterio de riesgo).

5. Atención a prioridades sanitarias y daños prevalentes según protocolo:

- IRA.
- EDA.
- Malnutrición.
- SOBA-Asma.
- Caries dental.
- Otros de acuerdo a cada región.

Etapa Adolescente

- Paquete de atención integral de salud del adolescente de 10 a 14 años.

- Paquete de atención integral de salud del adolescente de 15 a 19 años.

PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADOLESCENTE DE 10 A 14 AÑOS
<p>1. Atención de CRECIMIENTO Y DESARROLLO</p> <ul style="list-style-type: none">- Evaluación nutricional con índice de masa corporal (IMC)- Evaluación del desarrollo psicosocial con el test de habilidades.- Evaluación de la agudeza visual y agudeza auditiva.- Evaluación del desarrollo sexual según Tanner.
<p>2. Tema educativos</p> <ul style="list-style-type: none">- Deberes y derechos de los adolescentes.- Factores Protectores: Deberes y Derechos de los adolescentes, Autoestima, Identidad, Asertividad, Proyecto de Vida y Comunicación.- Importancia de la Higiene General, genital y bucal.
<p>3. Visita domiciliaria (que no acude a)</p> <ul style="list-style-type: none">- Tratamiento de algún daño prevalente transmisible.- Vacunas.
<p>4. Intervenciones preventivas a adolescentes con riesgo a:</p> <ul style="list-style-type: none">- Malnutrición: Riesgo a desnutrición y riesgo a sobrepeso.- Problemas psicosociales: Depresión, ansiedad, intento de suicidio, pandillaje, otros.- Control de contactos y/o colaterales de los daños priorizados: TBC, Malaria o Bartonellosis, etc.- Caries dental y enfermedades periodontales.
<p>5. Consejería Integral :</p> <ul style="list-style-type: none">- Salud sexual y reproductiva: sexo y sexualidad.- Salud psicosocial: Autoestima, Asertividad, Proyecto de Vida, Identidad.

- Nutrición, salud bucal, etc.
6. Atención de prioridades sanitarias y daños prevalentes en el adolescente según protocolos y según región
- Faringitis aguda, asma.
- Malnutrición y envenenamiento.
- Caries, enfermedades de las encías y otros de la cavidad bucal.
- Otros según área o región.

PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADOLESCENTE DE 15 A 19 AÑOS
1. Control de CRECIMIENTO Y DESARROLLO Incluye:
- Evaluación nutricional con índice de masa corporal (IMC).
- Evaluación del desarrollo psicosocial.
- Examen bucal y detección de placa bacteriana.
- Evaluación de la agudeza visual y agudeza auditiva.
2. Inmunizaciones : Aplicación de la vacuna DT/TT adulto, vacuna SR.
3. Tema educativos
- Factores Protectores: Deberes y Derechos de los adolescentes, Autoestima, Identidad, Asertividad, Proyecto de Vida y Comunicación.
- Sexualidad y Paternidad responsable.
- Viviendo en familia: Roles en el hogar, Valores, auto cuidado y manejo de conflictos.
4. Visita domiciliaria (que no acude a)
- Tratamiento de algún daño prevalente transmisible.
- Vacuna.

<p>5. Intervenciones preventivas a adolescentes con riesgo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malnutrición: Desnutrición y Sobrepeso. - Problemas psicosociales, depresión, ansiedad, intento de suicidio, pandillaje, drogas. - Control de contactos y/o colaterales de los daños priorizados: TBC, Malaria o Bartonellosis, etc. - Caries dental y enfermedades periodontales.
<p>6. Consejería integral :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salud reproductiva: sexo y sexualidad, embarazo, parto y puerperio; ITS, VIH/SIDA. - Salud psicosocial: Resiliencia. Proyecto de Vida. Autoestima. Asertividad. Toma de decisiones y comunicación. - Alimentación y Nutrición saludable, Salud bucal, etc.
<p>7. Atención de prioridades sanitarias y daños prevalentes en el adolescente según protocolos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ETS. - Faringitis Aguda, Asma - Malnutrición y Trastornos del comportamiento: Anorexia, Bulimia - Trastornos emocionales: Ansiedad y Depresión. - Atención o referencia de problemas odontológicos. - Otros de acuerdo a cada región.

Etapas adulto

- Paquete de atención integral de salud del adulto varón.
- Paquete de atención integral de salud del adulto mujer.

<p>PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO</p> <p>VARON</p>
<p>1. Evaluación general de Adulto Varón:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles: neoplasias, cardiovasculares y lesiones por

<p>causas externas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles: metaxénicas, TBC, ITS, según corresponda para el área o región. - Identificación de factores de riesgo de enfermedades ocupacionales. - Identificación de problemas odontológicos.
<p>2. Consejería:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salud sexual y reproductiva (Paternidad responsable, Planificación Familiar, ITS). - Nutrición. - Maltrato y violencia.
<p>3. Atención preventiva</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salud sexual y reproductiva. - Inmunización antiamarílica según prioridad regional.
<p>4. Visita domiciliaria (que no acude a)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de algún daño prevalente transmisible. - Vacuna antiamarílica según prioridad regional.
<p>5. Tema educativo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estilos de vida saludables (actividad física, alimentación, higiene). - Derechos y deberes en salud. - Habilidades para la vida (educación para ser padres, autoestima, buen uso del tiempo libre, valores).
<p>6. Atención de daños considerados prioridades regionales según protocolos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención o referencia de problemas odontológicos. - TBC. - ITS/VIH. - Metaxénicas. - Otros.

PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MUJER	
1. Evaluación general de Adulto Mujer:	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles: cánceres priorizados (mama y cervix), diabetes, hipertensión, malnutrición, osteoporosis. - Identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles: metaxénicas, TBC, ITS, según corresponda. - Identificación de factores de riesgo en salud mental. - Identificación de problemas odontológicos.
2. Consejería:	<ul style="list-style-type: none"> - Salud sexual y reproductiva (Paternidad responsable, Planificación Familiar, ITS, climaterio). - Nutrición, salud bucal, etc. - Maltrato y violencia.
3. Atención preventiva	<ul style="list-style-type: none"> - Inmunización antitetánica. Inmunización antiamarílica según prioridad Regional. - Planificación Familiar.
4. Tema educativo	<ul style="list-style-type: none"> - Estilos de vida saludables (actividad física, alimentación, higiene). - Derechos y deberes en salud. - Habilidades para la vida (educación para ser padres, autoestima, buen uso del tiempo libre, valores).
5. Visita domiciliaria (que no acude a)	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de algún daño prevalente transmisible. - Vacuna antiamarílica según prioridad regional. - Vacuna antitetánica.

6. Atención de daños considerados prioridades regionales según protocolos
- Atención o referencia de problemas odontológicos.
 - TBC.
 - ITS/VIH.
 - Metaxénicas.
 - Otros.

Etapa adulto mayor

PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

1. Evaluación integral del adulto mayor:
 - Identificación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles: neoplasias, hipertensión, diabetes, dislipidemias, depresión, osteoartritis y demencia.
 - Identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles: metaxénicas, TBC, ITS, según corresponda.
 - Identificación de síndromes y principales problemas geriátricos (deprivación visual, auditiva, malnutrición, incontinencia urinaria, caídas).
 - Identificación de problemas sociales (pobreza, abandono, maltrato)
 - Identificación de problemas odontológicos.
 - Determinar funcionalidad.
2. Tema educativo (informar y educar en)
 - Estilos de vida saludables (actividad física, alimentación, higiene).
 - Derechos y deberes en salud.
 - Habilidades para la vida (autoestima, buen uso del tiempo libre).
3. Atención preventiva
 - Vacunación antiamarílica según prioridad regional.

<p>4. Visita domiciliaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Al adulto mayor postrado, con discapacidad que le impide acudir al establecimiento de salud. - Cuando no acude a tratamiento de daño prevalente transmisible. - Cuando no acude a vacunación antiamarílica según prioridad regional.
<p>5. Atención de daños considerados prioridades regionales según protocolos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención o referencia de problemas odontológicos. - TBC. - ITS/VIH. - Metaxénicas. - Otros.

Gestante y el niño por nacer

PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA GESTANTE EL NIÑO POR NACER
<p>1. Atención Prenatal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia nutricional. - Administración de suplementos de: hierro, ácido fólico. - Planificación del Parto: Plan de Parto. - Despistaje de cáncer ginecológico. - Inmunización con DT. - Evaluación del bienestar fetal Ecografía. - Paquete de exámenes auxiliares de la gestante: sangre: grupo y factor Rh, Hto, Hb, glicemia, RPR, Elisa y orina. - Otros exámenes según patologías o complicaciones. - Examen bucal, detección y eliminación de placa bacteriana.
<p>2. Consejería Nutricional.</p>
<p>3. Consejería en salud reproductiva –PF.</p>
<p>4. Detección y eliminación de placa bacteriana.</p>

<p>5. Atención de parto y/o sus complicaciones según protocolo (incluye cesárea)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incluye monitoreo clínico fetal.
<p>6. Atención del puerperio según protocolo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administración de Hierro y Vitamina A. - Entrega de método anticonceptivo si lo solicita.
<p>7. Paquete educativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signos de alarma de embarazo, parto y puerperio. - Higiene personal e higiene bucal. - Actividad física. - Lactancia Materna. - Cuidados del Recién Nacido.
<p>8. Atención de complicaciones durante embarazo, parto y puerperio según protocolo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aborto. - Enfermedad Hipertensiva del embarazo. - Hemorragia Obstétrica. - Infecciones obstétricas (endometritis y otras). - Parto obstruido. - Otras.
<p>9. Atención de daños considerados prioridades regionales según protocolos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención o referencia de problemas odontológicos. - TBC. - ITS/VIH. - Metaxénicas. - Otros.

2.2.6. Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud²⁷

Ámbito de Aplicación

La presente Norma Técnica es de aplicación nacional en todos los establecimientos de salud del Sector Público y Privado.

Etapas de Vida: Para el I nivel de atención, se tendrá en cuenta las etapas de vida definidas en el documento marco del Modelo de Atención Integral de Salud: etapa del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, en caso de los establecimientos del MINSA; en los otros sub sectores, se adecuarán, según la factibilidad de sus instituciones.

Historia Clínica: Es el documento médico legal, que registra los datos, de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales brindan al paciente.

Formatos de la Historia Clínica

El contenido mínimo de variables que deben estar incluidas en cada formato se especifica a continuación, adicionalmente las Direcciones Regionales de Salud pueden incluir otras variables, dependiendo de la realidad local y de sus necesidades.

Cada Región de Salud estandarizará los formatos a ser utilizados en los establecimientos del ámbito de su jurisdicción, ajustando a sus requerimientos la diagramación y diseño de los mismos.

Formatos Básicos:

1. Formatos en Consulta Externa
2. Formatos en Emergencia
3. Formatos en Hospitalización
4. Ficha Familiar

1. Formatos en Consulta Externa

La elaboración de la Historia Clínica de la consulta externa será diferenciada según el nivel de atención.

Deberá reunir todos los datos relacionados a la atención médica del paciente, los hechos que justifican el tratamiento anotado en orden cronológico así como los resultados finales.

Las variaciones específicas del contenido de la Historia Clínica están relacionadas con el tipo de atención, según el profesional que realiza la atención, sea de medicina general o de atención especializada.

En los casos de atención obstétrica se usará la Historia Clínica-Perinatal Básica.

Formatos de Consulta Externa en el I Nivel de Atención

En la consulta externa, en el I Nivel de atención, se utilizarán los formatos por etapas de vida para los establecimientos de salud que tengan población asignada. En los establecimientos de salud que únicamente cuenten con técnicos o auxiliares de enfermería, solo recogerán la información en relación a datos generales, antecedentes, seguimiento de riesgos, lista de problemas identificados y el plan de atención integral correspondiente según normatividad vigente, debiendo registrarse en los

formatos por etapas de vida. Debe asimismo detallarse el nombre del personal que presta la atención.

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, centro educativo, grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, edad, DNI de la madre, padre, acompañante o cuidador.
- Antecedentes personales: antecedentes perinatales, patológicos, alimentación.
- Antecedentes familiares.
- Esquema de vacunación.
- Vigilancia del crecimiento y desarrollo.
- Datos en el triaje: signos vitales, descarte de signos de alarma.
- Anamnesis: motivo de consulta, forma de inicio, tiempo de enfermedad.
- Preguntas sobre problemas frecuentes en la infancia.
- Evaluación sobre la alimentación actual.
- Examen físico.
- Diagnóstico, incluyendo diagnóstico nutricional.
- Tratamiento.
- Exámenes auxiliares.
- Referencia si fuera el caso.

- Fecha de próxima cita.
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención.

La evolución, debe contener los siguientes puntos, que son los mismos para todos los formatos por etapas de vida:

- Fecha y hora.
- Edad.
- Motivo de consulta.
- Tiempo de enfermedad.
- Funciones biológicas.
- Examen físico.
- Diagnóstico.
- Tratamiento.
- Exámenes auxiliares.
- Referencia si fuera el caso.
- Fecha de próxima cita.
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención.

Hoja de lista de problemas y Plan de Atención Integral

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha.
- N° de Historia Clínica.
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción,

centro educativo, estado civil, ocupación, grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, edad, DNI de la madre, padre o acompañante o cuidador.

- Antecedentes personales: perinatales, crecimiento, desarrollo, vacunas, patológicos.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes psicosociales.
- Salud sexual y reproductiva.
- Motivo de consulta.
- Tiempo de enfermedad.
- Funciones biológicas.
- Examen físico.
- Diagnóstico.
- Tratamiento.
- Exámenes auxiliares.
- Referencia si fuera el caso.
- Fecha de próxima cita.
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención.

Hoja de lista de problemas y Plan de Atención Integral.

Hoja de seguimiento de factores de riesgo.

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha.
- Nº de Historia Clínica.

- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, DNI, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, estado civil, ocupación u oficio, grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, DNI del acompañante.
 - Antecedentes personales.
 - Antecedentes familiares.
 - Alergia a medicamentos.
 - Sexualidad.
 - Motivo de consulta.
 - Tiempo de enfermedad.
 - Funciones biológicas.
 - Examen físico.
 - Diagnóstico.
 - Tratamiento.
 - Exámenes auxiliares.
 - Referencia si fuera el caso.
 - Fecha de próxima cita.
 - Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención.
- Hoja de lista de problemas y Plan de Atención Integral.
- Hoja de seguimiento de factores de riesgo: diferenciada por sexo.

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha.
- N° de Historia Clínica.

- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, DNI, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, estado civil, ocupación grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, edad , DNI y parentesco del familiar o cuidador responsable.
 - Antecedentes personales y familiares.
 - Alergia a medicamentos.
 - Valoración geriátrica: valoración funcional, estado cognitivo, estado afectivo, estado socio-familiar.
 - Categorías del adulto mayor.
 - Motivo de consulta.
 - Tiempo de enfermedad.
 - Funciones biológicas.
 - Examen físico.
 - Diagnóstico.
 - Tratamiento.
 - Exámenes auxiliares.
 - Referencia si fuera el caso.
 - Fecha de próxima cita.
 - Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención.
- Hoja de lista de problemas y Plan de Atención Integral.
- Hoja de seguimiento de factores de riesgo.

FORMATO DE CONSULTA EXTERNA EN EL II Y III NIVEL

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha y hora de la atención.

- Número de Historia Clínica.
- Nombre y apellidos del paciente.
- Enfermedad Actual: Tiempo de enfermedad, motivo de consulta, síntomas y signos principales, funciones biológicas.
- Antecedentes: personales y familiares.
- Examen Físico: funciones vitales, examen general, examen regional.
- Diagnóstico
 - Diagnóstico motivo de consulta o de daño, para lo cual se utilizará el CIE-10.
 - Dependiendo si se confirma el diagnóstico, será:
 - Diagnóstico presuntivo
 - Diagnóstico definitivo
 - Diagnóstico de discapacidad o estado funcional.
 - Otros diagnósticos, según el caso lo requiera o corresponda:
- Diagnóstico de riesgo.
- Diagnóstico nutricional.
- Diagnóstico de Salud Mental.
- Diagnóstico de causa externa de morbilidad.
- Otros.
- Plan de Trabajo.
- Exámenes de ayuda diagnóstica.
- Procedimientos especiales.
- Interconsultas.
- Referencia a otro establecimiento.

- Tratamiento.
- Fecha de la próxima cita.
- Nombre y apellido, número de colegiatura, firma y sello del Médico Tratante o del Profesional que realiza la atención.

La evolución, debe contener los siguientes puntos:

- Fecha y hora de la evolución.
- Síntomas y signos más importantes.
- Diagnóstico anterior.
- Tratamiento recibido.
- Resultado del tratamiento.
- Evaluación.
- Diagnóstico y nuevo tratamiento.
- Próxima cita.

2. Formatos en emergencia

Toda atención de emergencia debe ser registrada en la Historia Clínica, siendo responsabilidad del médico tratante, según lo establecido en el Decreto Supremo N° 016- 2002/SA. El Contenido mínimo del formato de atención es:

- Fecha y hora de atención.
- Filiación.
- Anamnesis, enfermedad actual, motivo principal de la consulta.
- Antecedentes.
- Examen físico.
- Exámenes auxiliares.
- Diagnóstico presuntivo.

- Plan de Trabajo.
- Terapéutica y seguimiento.
- Firma, sello del médico tratante.

Debe incluirse también:

- Hoja de consentimiento informado de ser el caso.
- Hoja de autorización de procedimiento quirúrgico, de ser el caso.
- Epicrisis y/o resumen de Historia Clínica.

3. Formatos en Hospitalización

En los establecimientos de salud del primer nivel de atención que cuentan con servicios de internamiento, se utilizará la estructura del formato de hospitalización.

Anamnesis

En la anamnesis se consignan los siguientes datos:

- Fecha y hora de la atención.
- Enfermedad actual: síntomas y signos principales, forma de inicio, curso y relato de la enfermedad, funciones biológicas.
- Antecedentes personales: generales, fisiológicos y patológicos.
- Antecedentes familiares.

Examen clínico: Los datos deben anotarse de acuerdo con la siguiente secuencia:

- Controles vitales.
- Examen general: aspecto general, examen de piel y faneras, tejido celular subcutáneo, sistema linfático, aparato locomotor.
- Examen regional: cabeza, cuello, tórax y pulmones, mamas, aparato cardiovascular, abdomen, aparato genito urinario, sistema nervioso. Si

por alguna razón se omite una parte del examen físico, deberá anotarse el motivo por el cual no se realiza.

Diagnóstico

Diagnóstico(s) presuntivo(s) o de ingreso que deberá reflejar la condición del paciente en el momento de la admisión

- Diagnóstico(s) definitivo(s).
- Nombres y apellidos, sello, firma del médico y colegiatura.

Tratamiento

- Fecha y hora
- Indicaciones terapéuticas prescritas: dieta, cuidados de enfermería que sean considerados necesarios, medicamentos consignando presentación, dosis, frecuencia y vía de administración.
- Nombres y apellidos, sello, firma del médico y colegiatura

Plan de trabajo

- Exámenes auxiliares: laboratorio e imagenología.
- Pruebas especiales.
- Interconsultas.
- Procedimientos médicos.
- Procedimientos quirúrgicos.

Debe registrarse la fecha y hora de solicitud y recepción del examen auxiliar, procedimiento o interconsulta.

Evolución

La frecuencia con que se escriben las notas de evolución es de al menos una vez al día, pudiendo ser mayor dependiendo del estado del paciente. Deberá contener como mínimo:

- Fecha y hora.
- Apreciación subjetiva.
- Apreciación objetiva.
- Verificación del tratamiento y dieta.
- Interpretación y comentario.
- Decisiones.
- Nombres y apellidos, número de colegiatura, sello y firma del médico.

Hoja de autorización de ingreso

- Nombre del establecimiento.
- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, número de Historia Clínica, Servicio, N° cama.
- Datos de identificación de la persona legalmente responsable que solicita el ingreso, en caso que no fuera el paciente: nombres y apellidos, DNI.
- El texto deberá expresar que el paciente o su representante legal autoriza la hospitalización o internamiento y la puesta en práctica de aquellas medidas diagnósticas o terapéuticas que se consideren oportunas y que no precisen de un consentimiento informado por escrito.
- Firma del paciente o su representante legal, huella digital si fuera analfabeto y DNI.
- Nombres y apellidos, número de colegiatura, sello y firma del médico que indica el internamiento u hospitalización.

Epicrisis

Debe ser preparado por el médico al egreso del paciente.

Debe resumir el cuadro clínico que presentó el paciente en la atención recibida.

Contiene la siguiente información:

- Fecha y hora de ingreso.
- Servicio.
- Número de cama.
- Diagnóstico de ingreso.
- Resumen de la enfermedad actual, del examen físico, de los análisis, estudios e interconsultas realizadas y del tratamiento prescrito.
- Procedimientos terapéuticos y procedimientos diagnósticos realizados, con sus respectivos códigos
- Complicaciones.
- Fecha del egreso, hora del egreso, estadía total.
- Tipo de alta, condición de egreso, pronóstico al alta.
- Diagnóstico de egreso: diagnóstico principal y secundario con sus respectivos códigos.
- Información sobre mortalidad (si fuera el caso): indicar si se realizó necropsia y causas de muerte.
- Nombres y Apellidos, firma, sello del médico consignando el número de su colegiatura.

Epicrisis materno perinatal

Contiene además de los datos descritos en la epicrisis general anterior:

- Información sobre el nacimiento y muerte fetal/perinatal si fuera el caso.

4. Ficha Familiar

La primera hoja de la ficha familiar corresponde a la carátula de la carpeta familiar, esta contiene datos de identificación de establecimiento, el N° de ficha familiar y la dirección de la familia.

El contenido mínimo de la ficha es el siguiente:

- Dirección Regional de Salud.
- Red/Microrred de Salud.
- Establecimiento de salud.
- N° de Ficha Familiar.
- Dirección de la vivienda.
- Calificación para el Seguro Integral de Salud (MINSA).
- Tiempo que demora en llegar al establecimiento de salud.
- Idioma predominante.
- Datos de las visitas domiciliarias: fecha, responsable resultado.
- Datos de los integrantes del hogar: nombre y apellido, edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, seguro médico, movimientos migratorios.
- Familiograma.
- Riesgos familiares.
- Datos para la definición de riesgo como grupo familiar.
- Datos de vivienda y entorno.
- Seguimiento de problemas identificados.

USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA

La Historia Clínica tiene como principal uso:

- Proporcionar evidencia documentada sobre el curso de la enfermedad y tratamiento del paciente.
- Servir como base para el estudio y evaluación de la calidad de la atención prestada al paciente.
- Proporcionar información para usos de investigación y docencia.
- Contribuir al sistema de información proporcionando datos para la programación, y evaluación de actividades de salud local, regional y nacional.
- Ayudar a proteger los intereses legales del paciente, del establecimiento de salud y del personal de salud.

USO EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.

- Las historias solicitadas para fines de docencia e investigación deberán ser revisadas en los ambientes de la unidad de archivos, para lo cual establecerá y comunicará a los interesados los mecanismos para la solicitud, entrega y devolución de dichas historias.
- La información obtenida de la Historia Clínica se consignará de forma anónima para salvaguardar la confidencialidad.
- Las personas que desean hacer uso de las Historias Clínicas, para fines de investigación, deberán contar con la autorización escrita del director del establecimiento de salud (o de la persona a la que él delegue esta responsabilidad). Así mismo, deberá indicar el tipo de investigación que ha de realizar, incluyendo un protocolo del mismo en la solicitud de autorización.

2.3. Planteamiento del problema

Todos los profesionales de la salud, independientemente de su especialidad necesitan en ciertos casos intercambiar opiniones con otras especialidades sobre la atención a determinados pacientes debido a múltiples causas y/o motivos, de acuerdo a la complejidad del caso.

A medida que los profesionales de la salud centralizan su entrenamiento y limitan su trabajo dentro de los marcos cada vez más estrechos de algunas especialidades, menos oportunidades van a tener de resolver múltiples problemas que puedan presentar los pacientes, y más van a necesitar de las opiniones de otros colegas.

Dentro de la actividad del Departamento de Odontoestomatología, visto en las rotaciones del internado hospitalario, se incluye la atención a las interconsultas por parte de otros servicios, las cuales solo se realizan, no como acción de rutina sino solo en casos que consideran necesarios dejando en evidencia la realidad actual que se caracteriza por la reducida o falta de interacción entre los servicios de Medicina y Odontología, lo que repercute en la atención integral del paciente.

La odontología y la medicina siendo profesiones del área médica deben tener como objetivo indelegable integrarse en equipos Interdisciplinarios de Salud, existiendo bases legales sobre la atención a personas en: R.M. N° 616-2003-SA/DM. Modelo de Reglamento de Organización Funciones de los Hospitales; R.M. N° 729-2003 SA/DM. La Salud Integral: Compromiso de Todos – El Modelo de Atención Integral de Salud; R.M. N° 696-2006/MINSA) Guía Técnica: Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud y N.T.

Nº 022-minsa/dgsp-v.02. Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud.²⁴⁻²⁷

2.4. Formulación del problema

¿En qué medida se realizaron las interconsultas de parte de los Departamentos de Medicina a Odontoestomatología en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre los años 2006 y 2007?

2.5. Justificación

La práctica de la Odontología debe encuadrarse dentro del concepto de “Salud Integral”, para que esto sea posible, la coordinación entre niveles asistenciales es primordial. A partir de este propósito se forma un futuro profesional con un espíritu crítico capaz de llegar a un diagnóstico certero y que pueda efectuar el tratamiento indicado o la derivación oportuna, temprana y correcta, en caso que sea necesario.

El Odontólogo debe tener conocimiento de los procesos básicos de las enfermedades y establecer si el tratamiento odontológico afectará o será afectado por el padecimiento del paciente. Además, puede identificar las enfermedades no detectadas que podrían afectar seriamente el estado general de salud, como también actuar con actitud y aptitud frente a urgencias que se presenten.

Así mismo, el médico debe saber que las enfermedades orgánicas y sistémicas tienen repercusión en el sistema estomatognático y/o viceversa. Esto puede conllevar a diagnosticar e incluso prevenir el desarrollo de complicaciones y/o evolución de una enfermedad. Es por esta razón que se

deben realizar las interconsultas respectivas entre las especialidades médicas y odontológicas.

Existe la necesidad, no solo de impartir el contenido respecto de la actividad multidisciplinaria y la “interconsulta”, sino hacer de ella una práctica exhaustiva, guiada por los docentes los cuales deben enseñar y formar al alumno de cómo realizar esa interrelación con los profesionales de otras ramas de la salud y cómo se deriva al paciente; si debe hacerse o no reseña del caso clínico para que el profesional esté al tanto de lo realizado hasta el momento y cuál es el motivo de la interconsulta.

Este trabajo se realiza con la finalidad de revisar y concienciar los Programas de Formación Profesional y hacer una “reflexión” sobre las propias prácticas, donde durante la formación profesional se vea la necesidad de vincular todas las ciencias de la salud en pro de la calidad de vida del paciente. Una formación integradora del conocimiento de la realidad y de los recursos que ofrecen la medicina y la odontología, con los objetivos de la docencia, debería permitir formar estudiantes mediante una enseñanza auto-motivada, resolviendo problemas surgidos de la realidad clínica, en el tratamiento de enfermedades bucales y que tienen incidencia en el organismo y viceversa. Así como la adquisición de competencias básicas de apropiación de conocimientos elementales y comunes, imprescindibles para toda la población.

2.6. Objetivos

2.6.1. Objetivo general

Determinar las características de las interconsultas de los pacientes que llegaron al Departamento de Odontoestomatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL).

2.6.2. Objetivos específicos

- Identificar el servicio médico de procedencia de los pacientes que llegaron por interconsulta al Departamento de Odontoestomatología del HNAL.
- Identificar las enfermedades de los pacientes que llegaron por interconsulta al Departamento de Odontoestomatología del HNAL.
- Identificar el diagnóstico médico presuntivo de los pacientes que llegaron por interconsulta al Departamento de Odontoestomatología del HNAL.
- Identificar los motivos de la interconsulta de los pacientes que llegaron al Departamento de Odontoestomatología del HNAL.
- Identificar los diagnósticos odontológicos de los pacientes que llegaron por interconsulta al Departamento de Odontoestomatología del HNAL.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. Tipo de Estudio: Descriptivo, observacional, retrospectivo

3.2. Población y Muestra

3.2.1. Población. Las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre los años 2006 y 2007

3.2.2. Muestra. Serán el 100 % de las historias clínicas de los pacientes; a los cuales se les solicitó la interconsulta al Departamento de Odontoestomatología entre los años 2006 y 2007.

3.2.2.1. Tamaño de la muestra: serán 851 historias clínicas.

3.2.3. Unidad de análisis. Las hojas de interconsulta que se realizaron al Departamento de Odontoestomatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre los años 2006 y 2007.

3.3. Operacionalización de variables

Variable	Conceptualización	Subvariables	Definición de subvariables	Indicador	Escala
Interconsulta	Comunicación entre dos personas con diferentes áreas de experiencia. El objetivo de la interconsulta es, dar atención óptima al problema de salud que presenta un paciente,	Servicio médico de procedencia	Unidad orgánica encargada de brindar atención integral a los pacientes	Nombre del servicio de procedencia de la solicitud escrito en la hoja de interconsulta.	Nominal
		Enfermedad actual	Enfermedad por la cual el paciente ingresa al Hospital.	Nombre de la enfermedad y/o patología principal escrita en la solicitud de la hoja de interconsulta.	Nominal
		Diagnostico médico presuntivo		Nombre de la enfermedad referida por el profesional que realiza la solicitud escrito en la hoja de interconsulta.	Nominal
		Motivo de interconsulta	Enfermedad y/o patología por lo cual se realiza la consulta al especialista.	Nombre de la enfermedad o patología escrita en la solicitud de la hoja de interconsulta	Nominal
		Diagnostico odontológico		Nombre de la enfermedad referida por el odontólogo que realiza la atención de la solicitud	Nominal

3.4. Material y Método

3.4.1. Procedimientos y Técnicas

- Se contó con la autorización de la Dirección del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), asimismo con la autorización del Departamento de Odontoestomatología (ver anexo 01).
- A través del cuaderno de interconsulta del Departamento de Odontoestomatología se recabó los números de historias clínicas de los pacientes que fueron consultadas por los servicios médicos.
- Posteriormente se recabó en el área de Archivo del Hospital las historias clínicas de los pacientes y se procedió a buscar las hojas de interconsulta al Departamento de Odontoestomatología. (ver anexo 02)

3.4.2. Recolección de datos

El estudio fue descriptivo, la recolección de datos fue en forma indirecta a través del registró de las Historias Clínicas (ver anexo 03). El procesamiento de datos se realizó en un computador Pentium IV, mediante la base de datos el programa Microsoft Excel (Office 2003) de Microsoft.

3.4.3. Procesamiento de resultados

El análisis de resultados se realizó mediante el programa estadístico SPSS 14.0. Se hizo un análisis estadístico de medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos de barras.

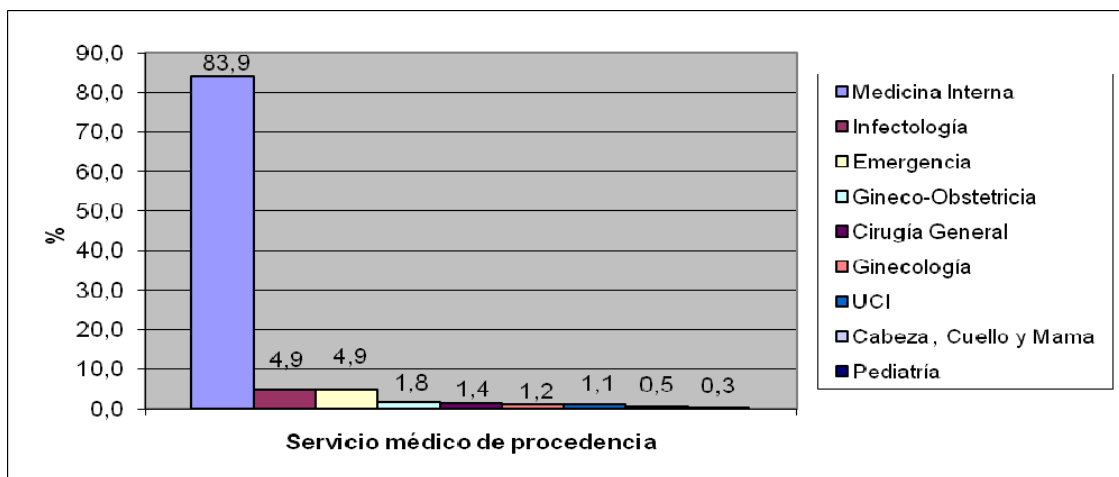
4. RESULTADOS

Cuadro Nº 1. Departamento médico de procedencia de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.

Departamento médico	n	%
Medicina Interna	714	83.9
Infectología	42	4.9
Emergencia	42	4.9
Gineco-Obstetricia	15	1.8
Cirugía General	12	1.4
Ginecología	10	1.2
UCI	9	1.1
Cabeza , Cuello y Mama	4	0.5
Pediatría	3	0.3
Total	851	100.0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Gráfico Nº 1. Departamento médico de procedencia de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.



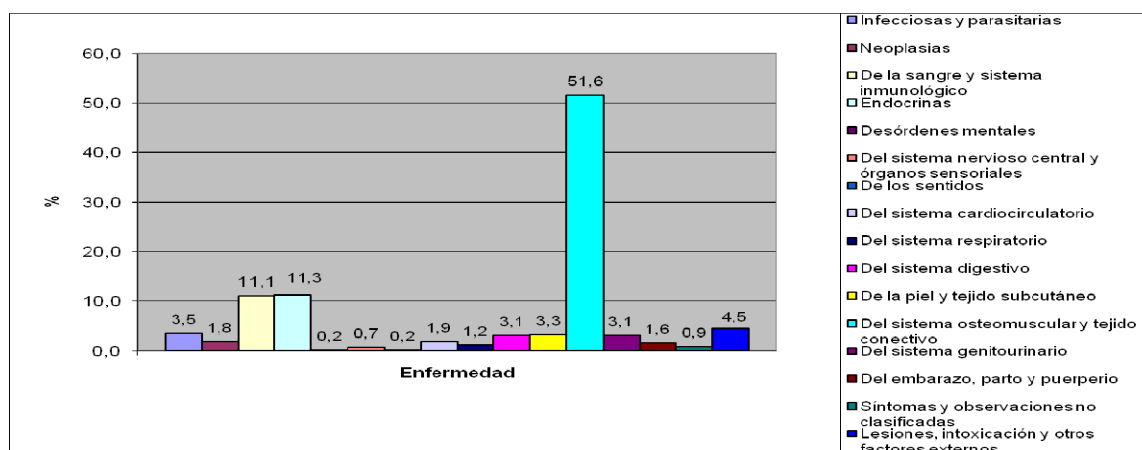
Obsérvese en el cuadro 1 y gráfico 1 la frecuencia de las interconsultas de los departamentos médicos al departamento de odontoestomatología en el periodo analizado. Medicina Interna resulto el departamento médico con mayor cantidad de interconsultas enviadas, con 83,9 %, seguido por los departamentos de Infectología y Emergencia con un 4,9 % respectivamente.

Cuadro Nº 2. Enfermedades de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.

Enfermedades	n	%
Infecciosas y parasitarias	29	3.5
Neoplasias	15	1.8
De la sangre y sistema inmunológico	93	11.1
Endocrinas	95	11.3
Desórdenes mentales	2	0.2
Del sistema nervioso central y órganos sensoriales	6	0.7
De los sentidos	2	0.2
Del sistema cardiocirculatorio	16	1.9
Del sistema respiratorio	10	1.2
Del sistema digestivo	26	3.1
De la piel y tejido subcutáneo	28	3.3
Del sistema osteomuscular y tejido conectivo	434	51.6
Del sistema genitourinario	26	3.1
Del embarazo, parto y puerperio	13	1.6
Síntomas y observaciones no clasificadas	8	0.9
Lesiones, intoxicación y otros factores externos	38	4.5
Total	841	100.0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Gráfico 2. Enfermedades de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de Odontoestomatología del HNAL 2006-2007.



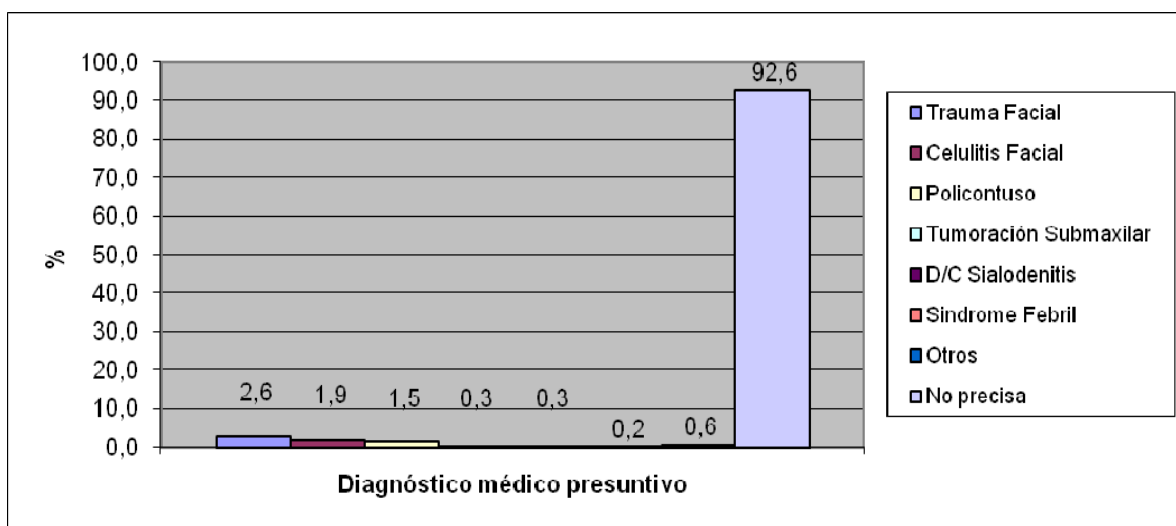
En el cuadro 2 y gráfico 2 se observa la frecuencia de enfermedades definitivas de los pacientes enviados para interconsulta. El sistema osteomuscular y tejido conectivo predomina, con un 51,6%, seguido por las enfermedades endocrinas y de la sangre y sistema inmunológico, con un 11,3% y 11,1 % respectivamente.

Cuadro Nº 3. Diagnóstico médico presuntivo de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.

Diagnóstico presuntivo	n	%
Trauma Facial	22	2.6
Celulitis Facial	16	1.9
Policontuso	12	1.5
Tumoración Submaxilar	3	0.3
D/C Sialoadenitis	3	0.3
Síndrome Febril	2	0.2
Otros	5	0.6
*No precisa	788	92.6
Total	851	100.0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza
 * no precisa=enfermedades definitivas sin necesidad de descarte

Gráfico Nº 3. Diagnóstico médico presuntivo de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.



En el cuadro 3 y gráfico 3 se observa el diagnóstico médico presuntivo de los pacientes interconsultados. El 92,6 % no precisa un diagnóstico presuntivo, seguido por trauma facial (2,6 %) y celulitis facial (1,9%) como diagnóstico para descarte por parte del odontólogo.

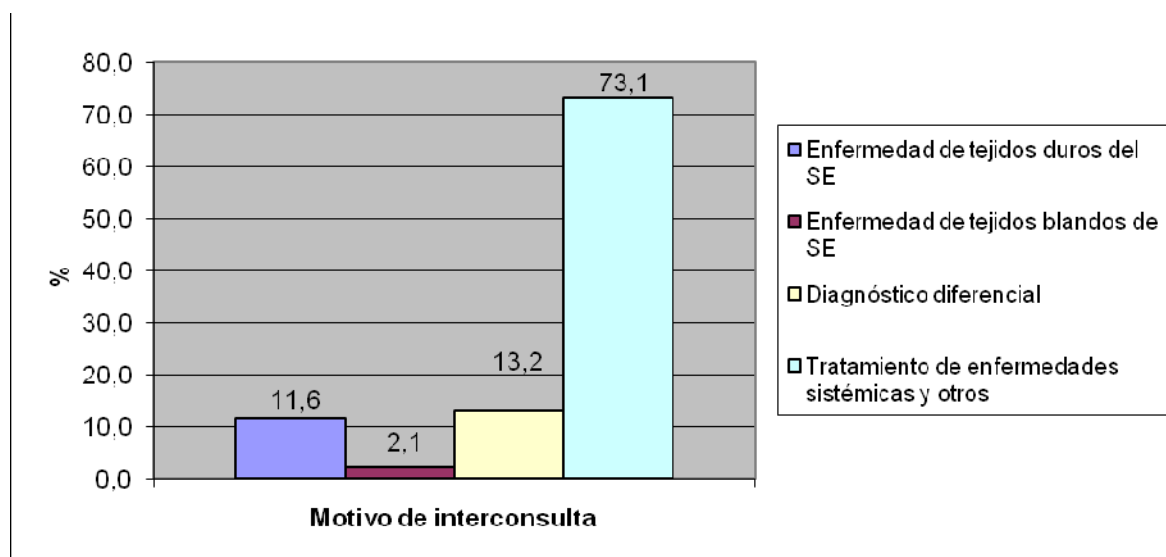
Cuadro N° 4. Motivo de interconsulta de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.

Motivo de interconsulta	n	%
Enfermedad de tejidos duros del SE*	99	11.6
Enfermedad de tejidos blandos de SE*	18	2.1
Diagnóstico diferencial	112	13.2
Tratamiento de enfermedades sistémicas y otros	622	73.1
Total	851	100.0

* SE = Sistema estomatognático

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Gráfico N° 4. Motivo de interconsulta de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.



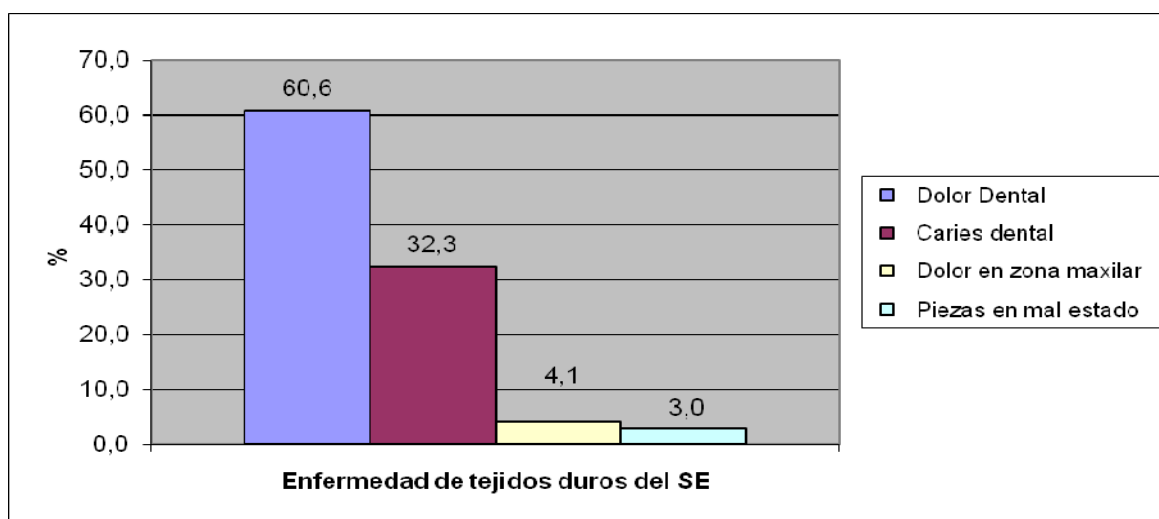
En los cuadros y gráficos 4 – 8 se observa la frecuencia del motivo de interconsulta por parte de los servicios médicos al departamento de Odontoestomatología.

Cuadro N°5. Enfermedad de tejidos duros del sistema estomatognático como motivo de interconsulta de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.

Enfermedad de tejidos duros del sistema estomatognático	n	%
Dolor Dental	60	60,6
Caries dental	32	32,3
Dolor en zona maxilar	4	4,1
Piezas en mal estado	3	3,0
Total	99	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Gráfico N°5. Enfermedad de tejidos duros del sistema estomatognático como motivo de interconsulta de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.



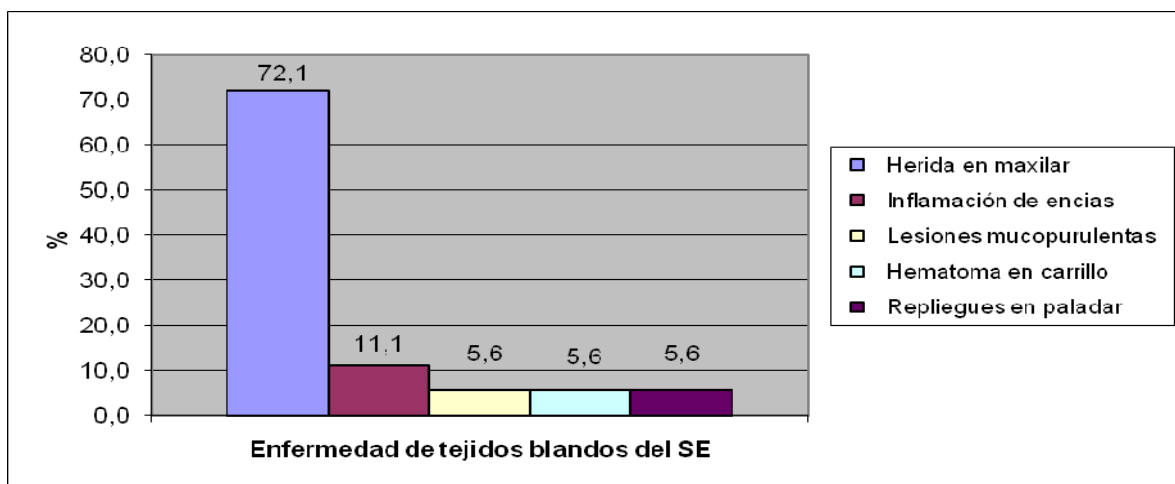
En el cuadro y gráfico 5 se observan los motivos de interconsulta relacionados a los tejidos duros del sistema estomatognático. El dolor dental (60,6%) predominó seguido por caries dental (32,3 %).

Cuadro N° 6. Enfermedad de tejidos blandos del sistema estomatognático como motivo de interconsulta de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.

Enfermedad de tejidos blandos del sistema estomatognático	N	%
Herida en maxilar	13	72,1
Inflamación de encías	2	11,1
Lesiones mucopurulentas	1	5,6
Hematoma en carrillo	1	5,6
Repliegues en paladar	1	5,6
Total	18	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Gráfico N° 6. Enfermedad de tejidos blandos del sistema estomatognático como motivo de interconsulta de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007



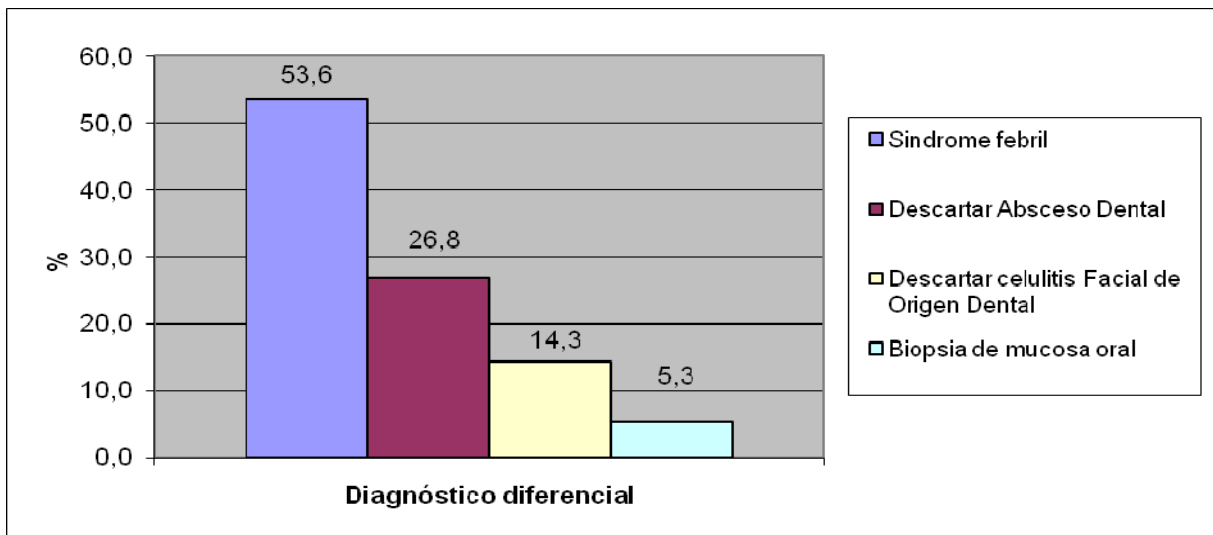
En el cuadro y gráfico 6 observamos la frecuencia de motivos de interconsulta relacionados a enfermedades de tejidos blandos del sistema estomatognático. Herida en el maxilar resultó con mayor prevalencia, con un 72,1 %, seguido por inflamación de en encías (11,1%).

Cuadro N°7. Diagnóstico diferencial del sistema estomatognático como motivo de interconsulta de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.

Diagnóstico diferencial	n	%
Síndrome febril	60	53,6
Descartar Absceso Dental	30	26,8
Descartar celulitis Facial de Origen Dental	16	14,3
Biopsia de mucosa oral	6	5,3
Total	112	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Gráfico N°7. Diagnóstico diferencial del sistema estomatognático como motivo de interconsulta de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.



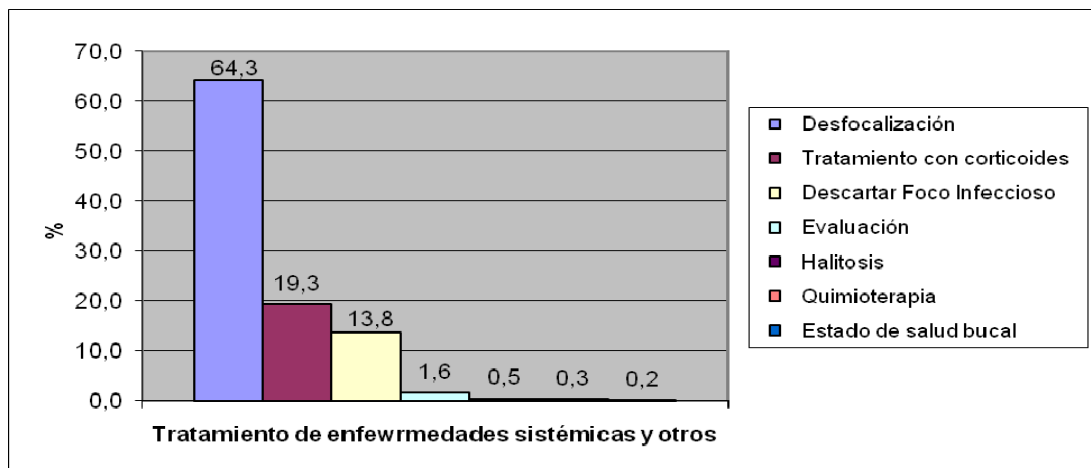
En el cuadro y gráfico 7 observamos la frecuencia como motivos de interconsulta sobre el diagnóstico diferencial por parte de los departamentos médicos. Síndrome febril (53,6%) resultó predominante, seguido por descarte de absceso dental con un 26,8 %.

Cuadro N°8. Tratamiento de enfermedades sistémicas y otros del sistema estomatognático como motivo de interconsulta de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.

Tratamiento de enfermedades sistémicas y otros	n	%
Desfocalización	400	64,3
Tratamiento con corticoides	120	19,3
Descartar Foco Infeccioso	86	13,8
Evaluación	10	1,6
Halitosis	3	0,5
Quimioterapia	2	0,3
Estado de salud bucal	1	0,2
Total	622	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Gráfico N°8. Tratamiento de enfermedades sistémicas y otros del sistema estomatognático como motivo de interconsulta de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.



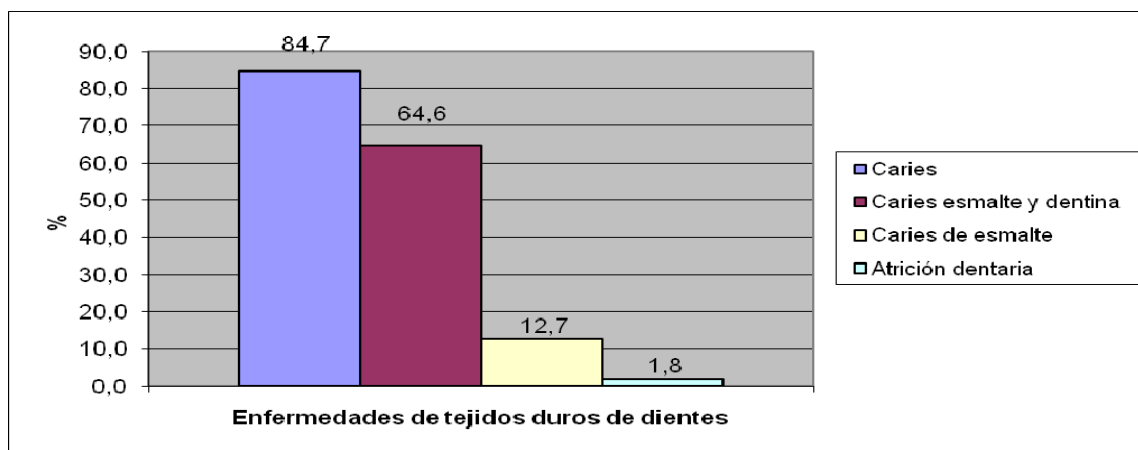
En el cuadro y gráfico 8 se observa como motivo de interconsulta la frecuencia del tratamiento de enfermedades sistémicas y otros. La desfocalización resultó con mayor prevalencia, con un 64,3, seguido por tratamiento de corticoides y descartar foco infeccioso con un 19,3 % y 13,8 % respectivamente.

Cuadro N° 9. Enfermedades de los tejidos duros de los dientes como diagnóstico odontológico de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007

Enfermedades de tejidos duros de dientes	n	%
Caries	721	84,7
Caries esmalte y dentina	550	64,6
Caries de esmalte	108	12,7
Atrición dentaria	15	1,8

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza
n=851

Gráfico N°9. Enfermedades de los tejidos duros de los dientes como diagnóstico odontológico de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.



En los cuadros y gráficos 9 a 16 se observa los diagnósticos odontológicos de los pacientes interconsultados al departamento de odontoestomatología.

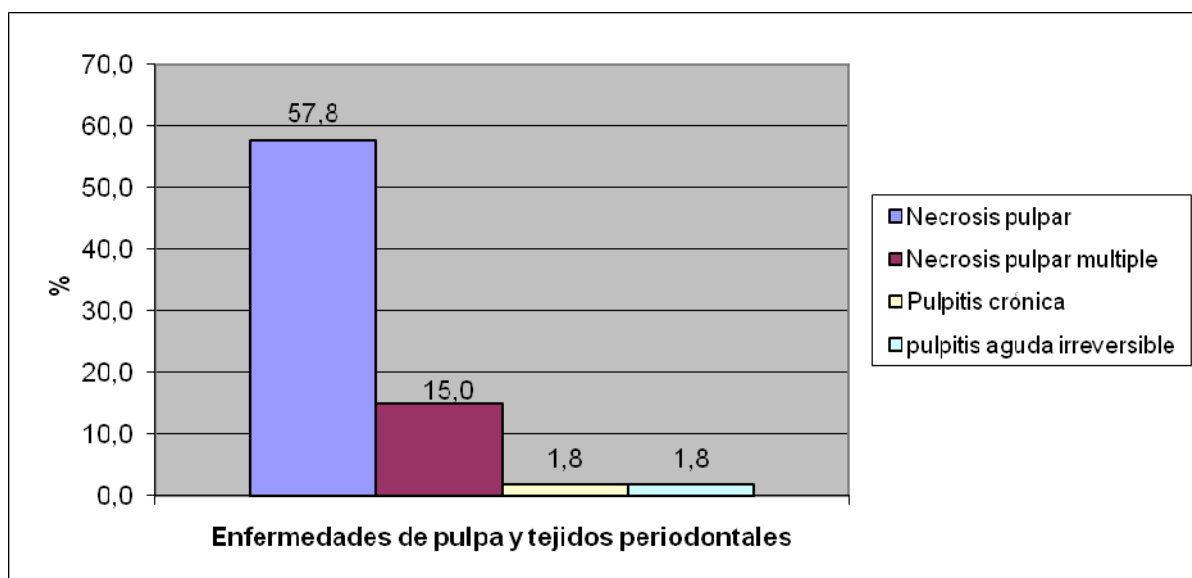
En el cuadro y gráfico 9 se observan los diagnósticos de enfermedades de tejidos duros del sistema estomatognático de los pacientes interconsultados. Caries resultó prevalente con un 84,3 %; seguido por caries de esmalte y dentina con un 64,6%.

Cuadro N°10. Enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales de los dientes como diagnóstico odontológico de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.

Enfermedades de pulpa y tejidos periapicales	n	%
Necrosis pulpar	492	57,8
Necrosis pulpar múltiple	128	15,0
Pulpitis crónica	15	1,8
pulpitis aguda irreversible	15	1,8

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza
n=851

Gráfico N°10. Enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales de los dientes como diagnóstico odontológico de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.



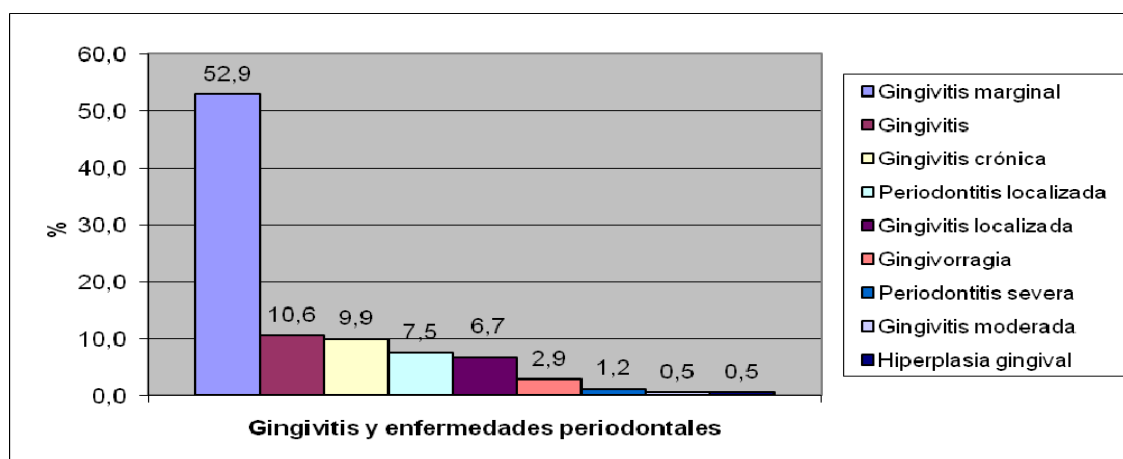
En el cuadro y gráfico 10 se observa las enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales de los dientes como diagnóstico odontológico. Necrosis pulpar resultó más prevalente, con un 57,8%, seguido por necrosis pulpar múltiple con un 15 %.

Cuadro N°11. Gingivitis y enfermedades periodontales de los dientes como diagnóstico odontológico de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.

Gingivitis y enfermedades periodontales	n	%
Gingivitis marginal	450	52,9
Gingivitis	90	10,6
Gingivitis crónica	84	9,9
Periodontitis localizada	64	7,5
Gingivitis localizada	57	6,7
Gingivorragia	25	2,9
Periodontitis severa	10	1,2
Gingivitis moderada	4	0,5
Hiperplasia gingival	4	0,5

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza
n=851

Gráfico N°11. Gingivitis y enfermedades periodontales de los dientes como diagnóstico odontológico de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.



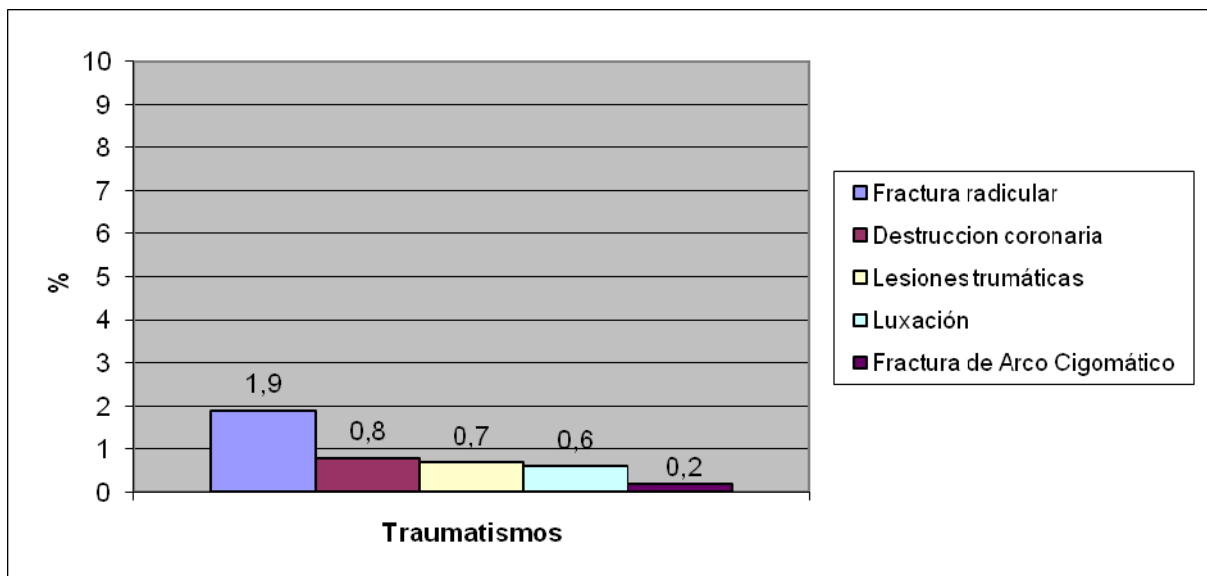
En el cuadro y gráfico 11 se observa la frecuencia de gingivitis y enfermedades periodontales como diagnóstico odontológico. Gingivitis marginal resulto el diagnóstico más prevalente, con un 52,9%, seguido por gingivitis y gingivitis crónica con un 10,6 % y 9,9 % respectivamente.

Cuadro N° 12. Traumatismos como diagnóstico odontológico de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.

Traumatismos	n	%
Fractura radicular	16	1,9
Destrucción coronaria	7	0,8
Lesiones traumáticas	6	0,7
Luxación	5	0,6
Fractura de Arco Cigomático	2	0,2

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza
n=851

Gráfico N°12. Traumatismos como diagnóstico odontológico de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.



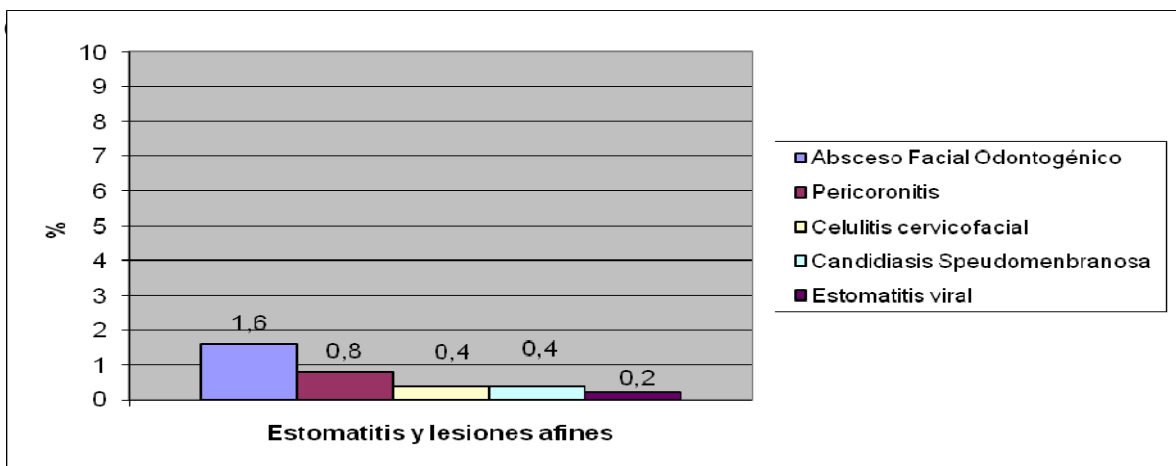
En el cuadro y gráfico 12 se observa la frecuencia de traumatismos como diagnóstico odontológico en los pacientes. Fractura radicular resulto mas prevalente, con un 1,9%, seguido por destrucción coronaria con un 0,8 %.

Cuadro N°13. Estomatitis y lesiones afines como diagnóstico odontológico de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.

Estomatitis y lesiones afines (n=851)	n	%
Absceso Facial Odontogénico	14	1,6
Pericoronitis	7	0,8
Celulitis cervicofacial	3	0,4
Candidiasis		
Speudomenbranosa	3	0,4
Estomatitis viral	2	0,2

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Gráfico N°13. Estomatitis y lesiones afines como diagnóstico odontológico de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología



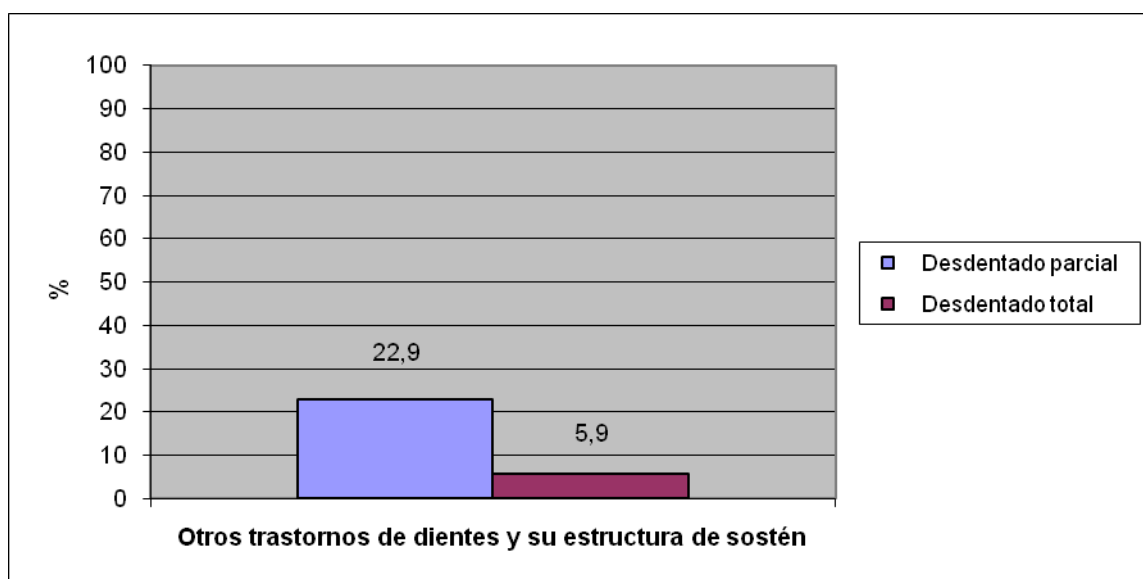
En el cuadro y gráfico 13 se observa la frecuencia de estomatitis y lesiones afines como diagnóstico odontológico de los pacientes interconsultados. Absceso facial odontogénico resultó más prevalente, con un 1,6%, seguido por pericoronitis con un 0,8 %.

Cuadro N°14. trastornos de dientes y sus estructuras de sostén como diagnóstico odontológico de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.

Otros trastornos de dientes y sus estructuras de sostén	n	%
Desdentado parcial	195	22,9
Desdentado total	50	5,9

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza
n=851

Gráfico N°14. Otros trastornos de dientes y sus estructuras de sostén como diagnóstico odontológico de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.



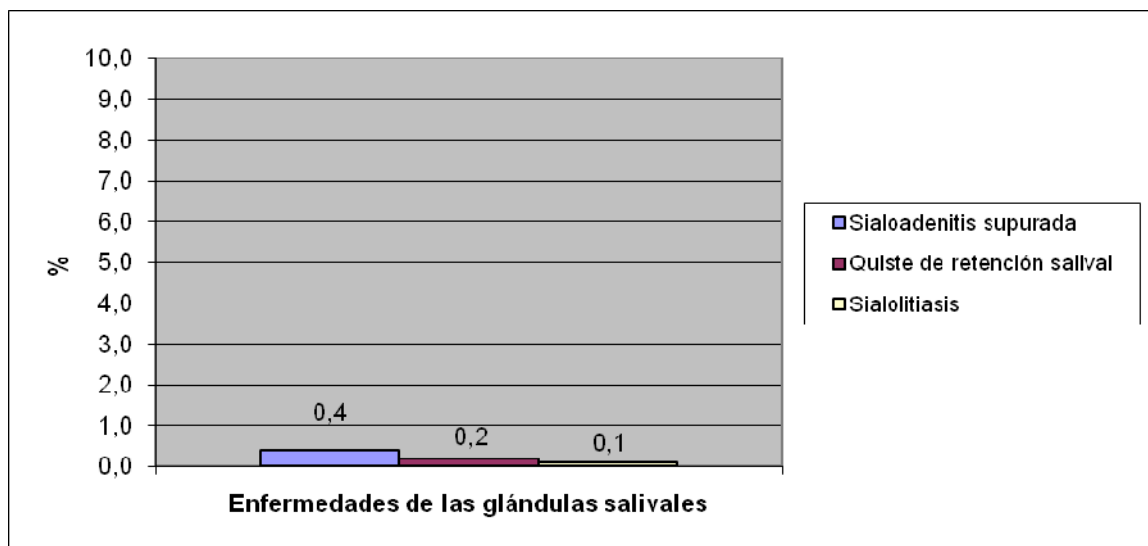
En el cuadro y gráfico 14 se observa la frecuencia de otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén como diagnóstico odontológico. Desdentado parcial prevaleció, con un 22,9 %, seguido por desdentado total con un 5,9 %.

Cuadro N°15. Enfermedades de las glándulas salivales como diagnóstico odontológico de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.

Enfermedades de las glándulas salivales	n	%
Sialoadenitis supurada	3	0,4
Quiste de retención salival	2	0,2
Sialolitiasis	1	0,1

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza
n=851

Gráfico N°15. Enfermedades de las glándulas salivales como diagnóstico odontológico de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.



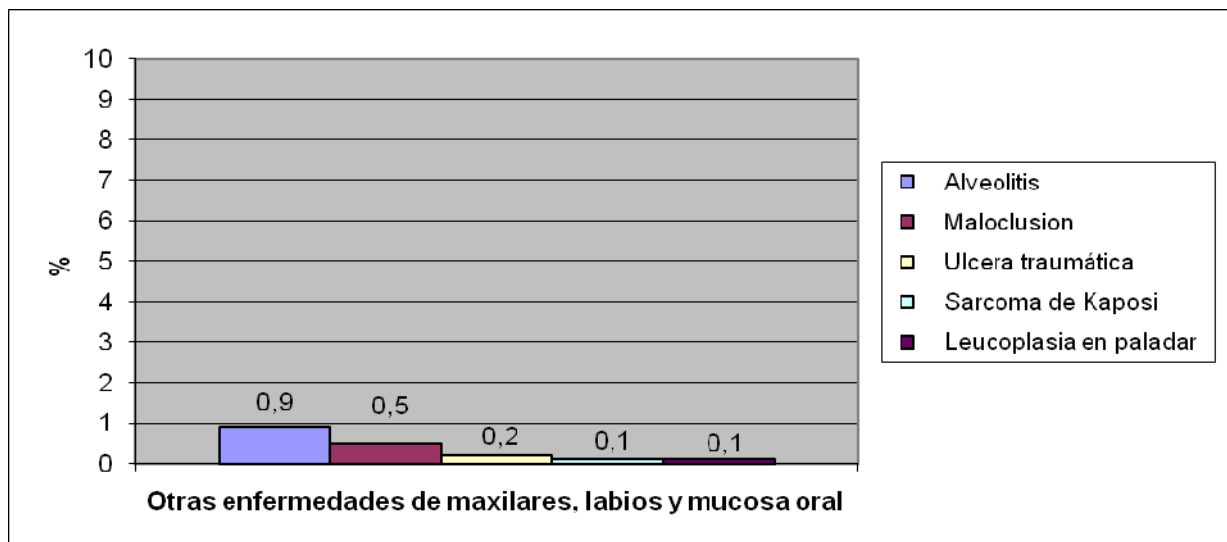
En el cuadro y gráfico 15 se observa las enfermedades de las glándulas salivales como diagnóstico odontológico de los pacientes interconsultados. Sialoadenitis supurada es más prevalente, con un 0,4%, seguido por quiste de retención con un 0,2%.

Cuadro N°16. Otras enfermedades de maxilares, labios y mucosa oral como diagnóstico odontológico de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.

Otras enfermedades de maxilares, labios y mucosa oral (n=851)	n	%
Alveolitis	8	0,9
Maloclusión	4	0,5
Úlcera traumática	2	0,2
Sarcoma de Kaposi	1	0,1
Leucoplasia en paladar	1	0,1

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza
n=851

Gráfico N°16. Otras enfermedades de maxilares, labios y mucosa oral como diagnóstico odontológico de los pacientes que llegaron por interconsulta al departamento de odontoestomatología del HNAL 2006-2007.



En el cuadro y gráfico 16 se observa las enfermedades de los maxilares, labios y mucosa oral encontradas en el diagnóstico odontológico. La alveolitis resulto predominante con un 0,9 % seguido por maloclusión y úlcera traumática con un 0,5% y 0,2 % respectivamente.

5. DISCUSIÓN

Los resultados demuestran que no existe una rutinaria actividad asistencial por parte del odontólogo en relación a la interconsultas.

Rustu⁴, encontró que los departamentos de Cardiología y Medicina Interna realizan la mayor cantidad de interconsultas (de 200 casos), en este estudio efectivamente es el departamento de Medicina Interna, con un 83,9% (714 casos), realiza la mayor cantidad de interconsultas, pero el departamento de cardiología no realiza ningún tipo de consulta al departamento de Odontoestomatología, de igual manera si consideramos al departamento de UCI con la presencia de pacientes comprometidos cardiológicamente solo se da en el 1,1 % (9 casos). Se debe tener en consideración que en el servicio de Emergencia existe la presencia de un residente en Cirugía Oral y Maxilofacial.

En relación a las enfermedades de los pacientes Hassan y col.¹ determinan que las enfermedades más prevalentes fueron la diabetes y la hipertensión, Kadher y col.¹² obtienen como enfermedades prevalentes la gastrointestinal seguido por de la sangre, en este estudio prevalecen las enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo (51,6 %), seguido por enfermedades de la sangre y sistema inmunológico (11,3 %) así como las endocrinas (11,1 %). Cabe resaltar que 10 historias no tienen la enfermedad definitiva definida en la historia clínica, coincidiendo con Hassan y col.¹ donde no todas las historias clínicas que reviso tenían la condición médica de los pacientes.

Long y col.², Ii⁵, Moromi⁶, Romero⁷, Chandler⁸, Grilli⁹, Mercado¹¹, determinaron que existen enfermedades sistémicas de origen oral, así como manifestaciones orales de enfermedades sistémicas. En este estudio en cuanto al diagnóstico presuntivo el 92,6 % no precisa dicho diagnóstico, el resto de

porcentaje se distribuye como trauma facial con un 2,6 %, celulitis facial 1,9 %, policontuso 1,5 %, tumoración submaxilar 0,3% y otros.

En cuanto a motivos de interconsulta Sosa y col¹⁰. concluyen que la caries (enfermedad del tejido duro) resulta la principal causa para realizar una interconsulta al servicio de medicina bucal; en este estudio se encuentra que hay una mayor prevalencia como motivo de interconsulta el de tratamiento de enfermedades sistémicas con un 73,1 % (622 casos), seguido por el motivo de hacer un diagnóstico diferencial con 13,2 % (112 casos), enfermedades de los tejidos duros y blandos del sistema estomatognático con un 11,2 % (99 casos) y 2,1 % (18 casos) respectivamente. Del motivo de enfermedades sistémicas prevalece la desfocalización con un 64,3% (400casos) como motivo principal, seguido por tratamiento con corticoides con un 19,3% (120 casos) y descartar foco infeccioso con un 13,8% (86 casos) y solo halitosis con un 0,5% (3 casos) y estado de salud bucal con un 0,3% (1 caso) como directamente odontológico. Del motivo de diagnóstico diferencial el síndrome febril con un 53,6% (60 casos) prevalece como motivo de interconsulta seguido por descartar absceso dental con un 26,8% (30 casos), absceso facial de origen dental con un 14,3% (16 casos) y biopsia de mucosa oral con un 5,3% (6 casos). Del motivo de interconsulta por enfermedades de tejidos blandos del sistema estomatognático prevalece la herida en maxilar con un 72,1% (13 casos) seguido por inflamación de encías con un 11,1% (2 casos). En cuanto al motivo de interconsulta referido a tejidos duros del sistema estomatognático el dolor dental con un 60,6% (60 casos) es más prevalente que caries dental con un 32,3% (32 casos).

Sobre el diagnóstico odontológico prevalece, en enfermedades de los tejidos duros de los dientes ,la caries dental con un 84,7 % (721 casos) y caries

de esmalte y dentina con un 64,6% (550 casos); en diagnóstico pulpar prevalece la necrosis pulpar con 57,8% (492 casos) y necrosis múltiple con 15% (128 casos); en enfermedad de tejidos blandos de los dientes prevalece la gingivitis marginal con 52,9% (450 casos), gingivitis crónica con 10,6% (90 casos) y periodontitis localizada con 7,5% (64 casos). En cuanto a diagnóstico de traumatismos prevalece la fractura radicular con 1,9% (16 casos) y destrucción coronaria con 0,8% (7casos) como diagnósticos odontológicos; frente a estomatitis y lesiones afines se diagnostica con mayor prevalencia el absceso facial odontogénico con un 1,6% (14 casos) y la pericoronitis con un 0,8% (7casos). El desdentado parcial con un 22,9% (195 casos) prevalece sobre el desdentado total con un 5,9% (50 casos). En enfermedad de la glándula salival prevalece la sialoadenitis supurada con un 0,4% (3 casos) y quiste de retención salival con un 0,2%(2 casos). En cuanto a otras enfermedades prevalece la alveolitis con un 0,9% (8 casos) y maloclusión con un 0,5% (4 casos).

Es bueno señalar que en este estudio se observa que no se realiza de manera protocolar el llenado de la ficha de interconsulta así como el de sus partes. Así mismo que no existe un protocolo para que el odontólogo pueda dar unos diagnósticos certeros sobre las enfermedades del sistema estomatognático. Se observa también que no se realiza una actividad asistencial conforme a Modelo de Atención Integral en Salud señalado como un lineamiento fundamental para el periodo 2002 – 2012.^{24, 25}

6. CONCLUSIONES

1. Medicina Interna realiza la mayor cantidad de interconsultas al departamento de Odontoestomatología seguido por los departamentos de Infectología y de Emergencia.
2. Las enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo son las de mayor prevalencia en los pacientes que son motivo de interconsulta al departamento de Odontoestomatología, secundados por las enfermedades de la sangre y endocrinas.
3. Trauma facial y celulitis facial son los diagnósticos presuntivos más prevalentes en las interconsultas al departamento de Odontoestomatología.
4. Desfocalización y tratamiento con corticoides son los motivos de interconsulta más prevalentes al departamento de Odontoestomatología, seguidos por dolor dental, herida en maxilar y para descartar síndrome febril de origen odontológico.
5. Caries dental, gingivitis localizada, necrosis pulpar y desdentado parcial fueron los diagnósticos más prevalentes escritos por el odontólogo en las interconsultas; seguidas por fractura radicular, absceso facial de origen odontológico, alveolitis y sialoadenitis supurativa.
6. La actividad asistencial del odontólogo como miembro del equipo de salud se ve limitada en relación a las interconsultas a solo casos específicos y necesarios.

7. RECOMENDACIONES

1. Usar las variables de género y edad que puedan complementar el trabajo.
2. Realizar estudios comparativos entre de diferentes instituciones de salud teniendo en consideración la presencia de residentes en odontología en ellos.
3. Profundizar más en las historias donde se destaque la necesidad del odontólogo para el diagnóstico de una enfermedad definitiva.
4. Realizar estudios sobre las actividades que realizan los odontólogos en la atención integral de las personas, tomando este como estrategia nacional de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Elabdin Hassan A., Al-Muhaimeed Yousef, Al-Muhaidib Ghada. Medically-Compromised Saudi Patients Attending the Dental Practice: A Retrospective Study. *The Saudi Dental Journal* 1996 Sep;8(3):136-9
2. Long Richard, Hlousek Lubor, Doyle Jhon. Oral Manifestation of Systemic Disease. *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 1998 Oct-Nov; 65(5-6):309- 15.
3. Smeets Ec., De Jong Kj., Abraham-Inpijn L. Detecting the Medically Compromised Patient in Dentistry by Means of the Medical Risk-Related History a Survey of 29,424 Dental Patients in the Netherlands. *Prev Med*. 1998 Jul-Aug;27(4):530-5.
4. Gedik Rustu. Konsultasyon Hastalarinda Gozlenen Curuk dis Insidansinin Arastirilmesi. *Cumhuriyet Universitesi. Dishekimligi Fakultesi Dergesi*. 1999;2(2):109-11.
5. Li Xiaojing, Kolltveit Kristin, Tronstad Leif, Olsen Ingar. Systemic Diseases Caused by Oral Infection. *Clinical Microbiology Reviews*. 2000 Oct;13(4):547-58.
6. Moromi Nakata Hilda. Bacterias Orales y Enfermedades Sistémicas. *Odontología Sanmarquina*. 2004 Ene-Jun;8(1):30-4.
7. Romero Díaz M., Petkova Georguieva M., Romero Márquez R. Enfermedades Bucales con Repercusión Sistémica. *Odontología Sanmarquina*. 2004 Ene-Jul;8(1):42-5.
8. Chandler-Gutiérrez L., Martínez-Sahuquillo A., Bullón-Fernández P. Evaluation of Medical Risk in Dental Practice Through Using the EMRRH Questionnaire. *Med Oral*. 2004 Aug-Oct; 9(4):309-20.
9. Grilli Silvia M., Reta A., Yelachin V., Borjas I., Aldao S., Giuliani V. et al. Interrelación Multiprofesional. La interconsulta como una acción de rutina. *Proyectos anuales de la Fac Odon Univ Cuyo 2005 -2006*. Disponible en http://www.uib.es/catedra_iberamericana/investigaciones/documents/38.pdf.
10. Sosa Lacruz Lucio, Damally Michelle, Herrera María. Medicina Bucal y el Equipo Multidisciplinario. *Odontología Online (serial Online)* 2005. Disponible en:http://www.odontologiaonline.com/verarticulo/Medicina_bucal_y_el_equipo_multidisciplinario_de_salud.html.

11. Mercado MI., Rom M., Micinquevich S., Casariegio Z. Proyección del estudiante de Patología y Clínica Estomatológica Desde el Ambito del Claustro de la Facultad al Hospital Público. *Avan Odon Estom.* 2006;22(5):279-85.
12. Khader Ys, Scd. Msph, Alsaced Oula, Bds, Msc, Zaal Burgan Samar, Bds, Phd; Odeh Amarin Zouhair, Md, Frcog. Prevalence of Medical Conditions Among Patients Attending Dental Teaching Clinics in Northern Jordan. *The Journal of Contemporary Dental Practice.* 2007 Jan; 8(1):60-7.
13. Scully Crispian, Ettinger Ronald. The Influence of systemic diseases on Oral Health Care in Older Adults. *JADA.* 2007 Sep;138:7S-14S.
14. Sotosek Jasna, Judik Krmek S., Simeon Paris, Prpic Mehicic G., Blazic Potocki Z. The Overall Health- Status of Dental Patients. *Acta Stomatol Croat.* 2007 May;41(2):122-31.
15. María Franco Angela, Ochoa Emilia, Martínez Eliana. Reflexiones Para la Construcción de Política Pública con Impacto en el Componente bucal de la Salud. *Rev Fac Odon Uni Ant.* 2004 Oct;15(2):78-90.
16. Díaz Novas J., Gallego Machado B. La Interconsulta y Referencia. *Rev. Cubana Med Gen Integr.* 2005 Mar;21(3-4).
17. Giglio M; Nicolosi, L. *Semiología en la Práctica de la Odontología.* 1ra ed. Santiago (Chile). Ediciones Mac Graw Hill interamericana; 2000. p. 1-2.
18. Gómez Herrera B., Bernardoni C. Y Col. Examen Clínico Integral en Estomatopediatría. 1ra ed. Colombia. Editorial actualidades Médico odontológicas Latinoamérica; 2003. p. 277-307.
19. Chumpitaz J., Gutiérrez J. Y Col. Aislamiento de *Helicobacter pylori* en Sarro Dental de pacientes con Gastritis del Policlinico "Angamos". *Rev. Gastroenterol. Perú.* 2006 Oct-Set;26:373-6.
20. Czesnikiewicz-Guzik M, Bielanski W. Y Col. *Helicobacter pylori* in the oral cavity and its implications in gastric infection, periodontal health, immunology and dyspepsia. *J Physiol Pharmacol.* 2005 Dec;56(6),77-89.
21. Lizarraga Christian, Proaño Doris. La Enfermedad Periodontal como Factor de Riesgo de Parto Pretérmino y de Bajo Peso al Nacer en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2002-2003. *Rev Med Hered.* 2005 Jul-Set;16(3), 173-7.
22. Ovalle A. Enfermedad Periodontal: Relación con Parto Prematuro y Niño con Bajo Peso al Nacer. *Rev Chil Periodon Oseoint.* 2006 ; 3(3), 23-9.

23. Burket Lester W. Y Col. Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento. 6ta ed. México. Editorial Nueva Editorial Interamericana; 1971. p. 3-4.
24. Ministerio de Salud. (MINSA). Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales. Lima- Perú; 2003.
25. Ministerio de Salud. (MINSA). La Salud Integral: Compromiso de Todos -El Modelo de Atención Integral de Salud. Lima-Perú; 2003.
26. Ministerio de Salud. (MINSA). Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Lima-Perú; 2006.
27. Ministerio De Salud. (Minsa). Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud. Dirección General de Salud. Lima. 2005.

ANEXOS

Anexo 01

Permiso para ejecución de tesis

HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA

MEMO No 04 COOR-IUCE-DE-HNAL-2008

A : Dr. LUIS ALBERTO NEYRA ARISMENDIZ
Director de la Oficina de apoyo a la Docencia e investigación-
HNAL.

DE : Dr. JHAMES IVAN ORE DE LA CRUZ
Coordinador de unidad de Investigación Científica Especializada-
UICE

ASUNTO : Respuesta al protocolo de investigación.

Fecha : Lima, 15 de Octubre del 2008.

Es grato saludarlo cordialmente a nombre de la Unidad de Investigación Científica Especializada "UICE", así mismo la presente tiene por finalidad informarle lo siguiente:

Que, después de revisar el Proyecto de investigación titulado "**Estudio de la actividad asistencial de Estomatología como integrante del equipo de salud en relación a las interconsultas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en los 2006-2007.**" Debemos indicar que ésta unidad no encuentra inconvenientes para la ejecución de este trabajo.

Agradeciendo su atención me suscribo de Usted.

Atentamente:

JIOC
c.c.Dpto.
c.c.Archivo.




JHAMES ORE DE LA CRUZ
Cirujano Dentista
CIRUJANO ORAL Y MAXILOFACIAL
COP: 7057 - RE: 0050

Anexo 02

Fig.1 Historia clínica del HNAL

REGLAMENTO DEL HOSPITAL: SERVIRSE CONTESTAR LOS INTERCONSULTAS DE LA CONSULTA ANTES DE 24 HORAS

PERIODO DE CONSULTA AL: *OPONTOLOGIA* SERVICIO

RESUMEN DE LA HISTORIA:

Paciente varón de 22 años de edad con dx
de Lupus Eritematoso sistémico
y fiebre
SS notificación n° 21/2016

18/11/16
2145am 18-01-06-1230R

Estomatología Quirúrgica NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO TRATANTE

Presente dx de 22 años con dx de Lupus eritematoso sistémico con síntomas de fiebre, artralgias, eritema malar, etc. con antecedentes de ABE, etc. etc. etc.

Se sugiere hospitalización (Epidemiología) en dependencia para mejoramiento del cuadro clínico de la enfermedad.

18-01-06-1930am

FECHA HORA

AP PATERNO *Spiral* MATERNIDAD *Rodriguez* NOMBRE *Dion* N° DE CAMA *22*

DEPARTAMENTO PABELLÓN *2-1*

INFORME DE INTERCONSULTA

Fig. 2 Hoja de interconsulta

HISTORIA CLINICA

MARCAR AÑO DE ATENCIÓN

2002	2005	2016
2003	2006	2017
2004	2007	2018
2005	2008	2019
2006	2009	2020
2007	2010	2021
2008	2011	2022

1839682

