



PROTOCOLO PARA UNA MEJOR Y MÁS SEGURA ATENCIÓN

PROPÓSITO: El propósito de éste documento es describir los requerimientos que deben seguir las organizaciones de salud que realicen cirugías labiopalatinas para THE SMILE TRAIN. El primero de diez principios de THE SMILE TRAIN establece que “Asegurar la seguridad del paciente es siempre prioridad #1”. Este PROTOCOLO PARA UNA MEJOR Y MÁS SEGURA ATENCIÓN, sintetiza la información desde el punto de vista de expertos en cirugía labiopalatina en países del tercer mundo e indica los elementos básicos necesarios para asegurar cirugías seguras y proveer un repaso continuo y mejora en la calidad de la atención.

Parte 1: El Proceso de Repaso de Calidad

Requerimiento 1.1: Las instituciones de salud en donde se realicen las cirugías para Smile Train tendrán historias clínicas completas, organizadas y exactas del tratamiento recibido por el paciente bajo los auspicios de Smile Train .

Las instituciones de salud deben demostrar su habilidad de alcanzar lo requerido por:

- Usando los historias clínicas y autorizaciones de Smile Train (ver Anexo A) para todos los pacientes operados de labio o paladar, bajo el auspicio de Smile Train. Las instituciones de salud aceptan que las historias de estos pacientes sean utilizados para el *Smile Train Express*, un acumulador de datos de cuidado labiopalatino mundial libre.

Requerimiento 1.2: Las instituciones de salud que realicen cirugías para Smile Train mantendrán un proceso organizado para revisar los resultados de la cirugía por el staff clínico.

Las instituciones de salud deben demostrar su habilidad de alcanzar lo requerido por:

- Tener reuniones periódicas regulares en donde el staff médico (cirujanos y anestesiólogos) revisen las historias clínicas de los pacientes(ver Requerimiento 1.1) no menos de cada 4 meses, discutir resultados quirúrgicos y eventos inesperados (ver Requerimiento 1.3), si hubiere y discutir la oportunidad para mejorar la calidad de la cirugía.
- La institución de salud mantendrá las minutas de estas reuniones que socios locales revisarán para asegurar la calidad del proceso de revisión.

Requerimiento 1.3: Las instituciones de salud que realicen cirugías para Smile Train revisarán inmediatamente cualquier evento inesperado. Un evento inesperado es cualquiera que tenga que ver con muerte o daño físicos o daño psicológico. Ejemplos de eventos inesperados incluyen, mas no están limitados a, muerte del paciente, paro cardíaco, paro respiratorio, hemorragia, aspiración, o neumonía por aspiración.

Las instituciones de salud deben demostrar su habilidad de alcanzar lo requerido por:
Informar cualquier evento inesperado a su miembro local dentro de las 24 horas de ocurrido el incidente, usando el formulario adecuado (Anexo B.) El miembro local informará a la oficina principal estos eventos a la oficina principal de Smile Train en New York dentro de las 24 horas de recibir el informe.

Parte 2: La Selección De Pacientes Para Cirugía Labiopalatina

Requerimiento 2.1: Las instituciones de salud que realicen cirugías para Smile Train realizarán el proceso necesario para que los pacientes seleccionados para la cirugía estén saludables como para ser operados sin riesgos.

Las facilidades de salud deben demostrar su habilidad de alcanzar lo requerido por:

- Asegurándose que cada paciente que sea operado de labio o paladar ha recibido un completo examen médico y físico pre operatorio por un médico (internista o pediatra) familiar con el normal estado de salud y problemas de salud de la localidad en donde este situada la institución de salud.
- La historia clínica y examen físico debe incluir exámenes de laboratorio para descartar anemia, infección urinaria y en niños bajos de peso, parásitos.

Parte 3: La Cirugía

Requerimiento 3.1: Las instituciones de salud que realicen cirugías para Smile Train serán capaces de proveer anestesia adecuada a niños pequeños.

Las instituciones de salud deben demostrar su habilidad de alcanzar lo requerido por:

- Tener anestesia proveniente de un anestesiólogo con experiencia en niños pequeños con documentación por casos hechos por anestesiólogo/anestésista durante los 24 meses anteriores.
- Usando máquinas de anestesia y (o preferiblemente) monitores de dióxido de carbono o teniendo como mínimo:
 - Vaporizador de Halotano
 - Un balón de oxígeno funcional
- Suficientes medicamentos y drogas incluyendo antibióticos, IV, hipnoticos(Ej.Thiopental), analgésicos IV y orales, relajantes musculares(Ej. Succinylcholine) y drogas de emergencia (Ej.atropina, lidocaína, dexametasona).
- Un libro de referencia de anestesia pediátrica.
- Usando oxímetros de pulso adecuados para niños, durante cirugía y teniendo el tamaño adecuado de manómetros y estetoscopios.
- Teniendo y utilizando otros equipos de anestesia(incluyendo tubos endotraqueales, catéteres y tubos IV, tubos nasogástricos, máscaras, laringoscopios y hojas de laringoscopia, estiletes, circuitos, catéteres de succión, agujas y jeringas descartables) de tamaño adecuado para el niño.
- Apuntando los detalles(pulso cardíaco, presión sanguínea, datos de ventilación,agentes y drogas administradas, etc.) en cada anestesia en un formulario estándar y llenar el formulario para revisión posterior.

Requerimiento 3.2: Las instituciones de salud que realicen cirugías para Smile Train tendrán cirujanos calificados a realizar cirugía labiopalatina.

Las instituciones de salud deben demostrar su habilidad de alcanzar lo requerido por:

- Utilizando cirujanos entrenados para realizar cirugía labiopalatina con experiencia en dicha cirugía.

Requerimiento 3.3: Las instituciones de salud que realicen intervenciones quirúrgicas para Smile Train harán cirugías labiopalatinas como parte de un programa regular de cirugía.

Las instituciones de salud deben demostrar su habilidad de alcanzar lo requerido por:

- Demostrando al miembro local que dichas cirugías son un evento regular, a través de intercambio de información sobre horarios de cirugía.
- Demostrando al miembro local que la facilidad tiene experiencia en el desarrollo de la cirugía labiopalatina, habiendo hecho éstas durante el año pasado.

Requerimiento 3.4: Las instituciones de salud que realicen cirugías para Smile Train proveerán un ambiente quirúrgico seguro.

Las instituciones de salud deben demostrar su habilidad de alcanzar lo requerido por:

- Tener personal de sala de operaciones entrenada.
- Tener personal familiar con técnicas estériles y que sepan el uso de las esterilizadoras y
- Tener la habilidad de coagular vasitos intraoperatoriamente.
- Tener la capacidad de anestesia descrita en Requerimiento 3.1.

Parte 4: Pos Operatorio y Cuidado de Emergencia

Requerimiento 4.1: Las instituciones de salud que realicen cirugías para Smile Train darán cuidado pos anestésico seguro.

Las instituciones de salud deben demostrar su habilidad de alcanzar lo requerido por:

- Tener una unidad para cuidados pos anestésicos.
- Tener la responsabilidad claramente delineada para el cuidado las primeras 24 horas pos cirugía labiopalatina.
- Tener y usar oxímetros de pulso (nuevamente, del tamaño adecuado para niños) para monitorizar pacientes en pos anestesia.
- Emplear personal entrenado en recuperación y cuidados pos anestésicos y que tengan cuidados pos anestésicos como parte de su trabajo regular.
- Tener suficiente personal pos anestésico especializado que pueda observar individualmente al paciente la primera noche después de cirugía.

Requerimiento 4.2: Las instituciones de salud que realicen cirugías para Smile Train serán capaces de proveer cuidados intensivos si el paciente lo requiere.

Las instituciones de salud deben demostrar su habilidad de alcanzar lo requerido por:

- Tener protocolos por escrito en el sitio y conocido por el personal en caso de emergencias, triage, RCP y transfusiones de sangre.
- Tener en el lugar y a disposición un succionador, drogas de resucitación, un equipo para oxígeno con oxígeno suficiente un EKG y un coche de emergencia.
- Tener la habilidad de entubar niños y mantenerlos respirando con ventilación mecánica y poder monitorizarlos 24 horas por personal clínico entrenado; **o por**
- Tener un arreglo funcional para la transferencia a una facilidad que pueda proveer este cuidado intensivo.



DOCUMENTO PARA AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

La cirugía que tu hijo o hija va a tener está auspiciada por The Smile Train. The Smile Train es una organización caritativa que trabaja con doctores y hospitales para erradicar el problema de fisuras labiopalatinas.

The Smile Train guarda historias clínicas de los pacientes que tienen cirugía. Estas historias incluyen los nombres y direcciones de los pacientes y de sus padres, el diagnóstico, cualquier cosa médica importante, la técnica quirúrgica utilizada y el resultado. Las historias también incluyen fotografías de todos los pacientes antes y después de la cirugía.

The Smile Train utiliza estas historias para controlar la calidad quirúrgica, educación, evaluación y relaciones públicas. La información es guardada en un archivo labiopalatino basado en web accesible mundialmente. Solo personas autorizadas tienen acceso a éstas archivo de historias.

Entiendo la información arriba mencionada. Autorizo enviar a The Smile Train una historia completa de mi hijo / hija / mía / otro

(Nombre del Paciente)

Autorizo a The Smile Train usar esta información para control de calidad, educación, evaluación y propósito de relaciones públicas.

Firma del Paciente, Padre, Madre o Apoderado

Relación con el paciente

Firma de Testigo

Fecha



HISTORIA CLINICA

PARTE PRIMERA: INFORMACION DEL PACIENTE

FORMULARIO I – INFORMACIÓN GENERAL:

Número de Paciente: _____

¿Está firmada el formulario de autorización del paciente por él, padres o apoderado?

SÍ NO

Continuar únicamente después de marcar SÍ:

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ (día, mes, año)

¿Está este paciente auspiciado por Smile Train? (Elige el que corresponda)

SÍ NO DESCONOCE

De ser afirmativo ¿Dónde escuchó el paciente de Smile Train? (Elige el que corresponda)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Organización de Caridad | <input type="checkbox"/> Hospital / Médico |
| <input type="checkbox"/> Periódico y Televisión | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Amigos y Parientes | <input type="checkbox"/> Otro |

Nombre del Miembro / Organización: _____

Nombre del Hospital: _____

País: _____

Sexo: (Seleccione lo adecuado)

- Masculino Femenino Otro

Raza: (Seleccione el adecuado)

- Asiática Caucásica (Blanca) Africana (Negra)

Apellido / Apellido del Padre / Apoderado: _____

Apellido Materno: _____

Nombre: _____

Relación con el paciente: (Seleccione lo adecuado)

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Abuelo |
| <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Tía |
| <input type="checkbox"/> Tío | <input type="checkbox"/> Primo | <input type="checkbox"/> Amigo |
| <input type="checkbox"/> Otro | | |

Dirección:

Pueblo/ Departamento / Ciudad: _____ Provincia: _____

País: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

¿Cuál es el salario anual de la casa? (En moneda local) _____

¿Cuánto tuvo que viajar el paciente para llegar al Hospital? _____

¿Tiene otras malformaciones craneofaciales? (Seleccione lo adecuado)

- SÍ NO Desconoce

¿Tiene este paciente insuficiencia velofaríngea luego de cirugía palatina anterior?

- SÍ NO Desconoce

¿Tiene este paciente alguna anomalía en las siguientes áreas?

- | | | | |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Corazón | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Desconoce |
| Sistema Urinario | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Desconoce |
| Ojos | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Desconoce |
| Nariz | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Desconoce |
| Oídos | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Desconoce |
| Miembros (manos/ pies) | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Desconoce |
| Dedos (manos / pies) | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Desconoce |
| Piel | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Desconoce |
| Lengua | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Desconoce |
| Cráneo | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Desconoce |
| Mandíbula | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Desconoce |
| Habla | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Desconoce |
| Retardado en crecer | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Desconoce |
| Retardo Mental | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Desconoce |

- Alergias SÍ NO Desconoce

En caso **afirmativo** por favor indique las alergias a medicamentos: _____

Otras alergias: _____

Otros problemas de salud: _____

PARTE SEGUNDA: INFORMACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

FORMULARIO IV – TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

Fecha de admisión: ____ / ____ / ____ (día / mes / año)

Fecha del tratamiento quirúrgico: ____ / ____ / ____ (día / mes / año)

Fecha de alta: ____ / ____ / ____ (día / mes / año)

Nombre del cirujano: _____

Nombre del Anestesiólogo: _____

Método de anestesia: _____

Tipo de operación: (Seleccione lo adecuado)

- | | |
|--|--------------------------|
| Reparación primaria del labio | <input type="checkbox"/> |
| Reparación primaria de labio/nariz | <input type="checkbox"/> |
| Revisión de labio /nariz | <input type="checkbox"/> |
| Reparación de fistula | <input type="checkbox"/> |
| Injerto de hueso alveolar | <input type="checkbox"/> |
| Reparación primaria de paladar | <input type="checkbox"/> |
| Reparación secundaria de paladar (Velofaringe) | <input type="checkbox"/> |

Tipo de reparación: (Seleccione lo adecuado)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Variante de avance con rotación | <input type="checkbox"/> Variante triangular |
| <input type="checkbox"/> Otros | |

¿Hubo alguna complicación, daño o muerte del paciente? SÍ NO

De ser afirmativo completar el Formulario de Informe de Evento (PARTE IV)

Comentarios adicionales sobre la intervención (Opcional)

FORMULARIO V – RESULTADOS:

(Informe fotográfico)

Foto pre operatoria: (Frontal)

Fecha de la Foto: ____ / ____ / ____ (día / mes / año)

Foto:

Foto pos operatoria: (Frontal)

Fecha de la Foto: ____ / ____ / ____ (día / mes / año)

Foto:

Foto pre operatoria: (Basal / Cabeza para atrás)
Fecha de la Foto: ____ / ____ / ____ (día / mes / año)
Foto:

Foto pos operatoria: (Basal / Cabeza para atrás)
Fecha de la Foto: ____ / ____ / ____ (día / mes / año)
Foto:

Foto pre operatorio: (Lado fisurado lateral) – en caso de bilateral. Un solo lado es suficiente.
Fecha de la Foto: ____ / ____ / ____ (día / mes / año)
Foto:

Foto pos operatoria: (Lado fisurado lateral)
Fecha de la Foto: ____ / ____ / ____ (día / mes / año)
Foto:

Foto pre operatoria: (Intraoral) – para pacientes de paladar únicamente
Fecha de la Foto: ____ / ____ / ____ (día / mes / año)
Foto:

Foto pos operatoria: (Intraoral) – para pacientes de paladar únicamente
Fecha de la Foto: ____ / ____ / ____ (día / mes / año)
Foto:

Foto pos operatoria: (Frontal / Sonriendo)
Fecha de la Foto: ____ / ____ / ____ (día / mes / año)
Foto:

PARTE CUATRO: FORMULARIO DE INFORME DE EVENTOS (en caso de muerte, daño, o complicación)

FORMULARIO VII - FORMULARIO DE INFORME DE EVENTOS

Fecha del evento: ____ / ____ / ____ (día / mes / año)

Nombre del hospital: _____

Nombre de la persona llenando el informe: _____

Título de la persona llenando el informe: (Seleccione lo adecuado)

Cirujano Anestesiólogo Otro

Naturaleza del evento: (Seleccione lo adecuado)

Muerte del paciente Daño al paciente Complicación seria

Lo ocurrido y cuando sucedió el evento: (Marcar todo lo que se aplica)

Evento	Pre cirugía	Durante cirugía	Pos cirugía	Luego de irse de alta
Infección en la incisión				
Deshiscencia				
Fístula				
Problema medicinal				
Sangrado excesivo				
Aspiración				
Arresto respiratorio				
Neumonía				
Sepsis				
Infarto Cerebral				
Infarto Cardíaco				
Muerte				
Otros				

En su opinión, estos eventos fueron relacionados a: (Seleccione lo adecuado)

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Proceso de evaluación física | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| Observación del paciente | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| Nivel del personal | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| Entrenamiento del personal | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| Competencia de proceso/ Acreditación de personal | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| Supervisión de personal | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| Comunicación con paciente / familia | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| Soporte tecnológico adecuado | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| Mantenimiento de equipo/ Manejo | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| Medio Ambiente | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| Rotulado y entrega de medicamentos | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |

Explicación adicional: _____
