

Atención Especializada: Protocolos de Rabuni

PROTOCOLOS PARA LAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD, Y EL USO DE LOS QUIRÓFANOS DE LOS HOSPITALES DE LA RASD

Desde que en abril de 1990 se inició de forma reglada y con medios adecuados la cirugía en los Campos de Refugiados Saharauis de Tinduf, la multiplicación de equipos hizo necesaria una Coordinación para evitar coincidencias y optimizar los recursos disponibles.

Es importante conocer que la Oficina de Coordinación no es una estructura de la cooperación, sino que se trata de una dependencia del Ministerio de Salud de la RASD. Evidentemente que cuando se trabaja en un entorno en el que los recursos son limitados es imprescindible una coordinación y ésta se ejerce desde una instancia elegida democráticamente y renovada en las III Jornadas de Cooperación Sanitaria y que cuenta con la confianza del Ministerio de Salud. Una quiebra de esta necesaria confianza haría inútil su existencia.

Composición óptima de una Delegación quirúrgica:

- Cirujanos: 1 ó 2, titulados y con experiencia.
- 1 Anestesiólogo por quirófano, aunque se realicen técnicas de anestesia local.
- 1 ATS responsable de los pacientes ingresados en planta.
- 1 ó 2 ATS responsables del pre y postoperatorio. Uno de ellos se hará cargo del control de los ingresos (en las Delegaciones con gran número de ingresos, dicha labor podrá estar a cargo de un logista).
- 1 Técnico en electromedicina.
- 1 instrumentista, que solo será imprescindible en las especialidades que utilicen instrumental muy específico y altamente sofisticado. Siempre que pueda intentará lavarse junto con un enfermero saharauí para instruirlo en la utilización de dicho instrumental.

CONSULTAS EN LAS WILAYAS:

Como mínimo unas semanas antes de viajar a los Campamentos, cada Delegación hará llegar (vía Fax, correo electrónico, Coordinador, etc.) un programa de cómo se van a organizar las consultas, especificando:

- Fechas y días aproximados de consulta en cada wilaya.
- Número de consultas y especialidades.
- Número de pacientes que se van a poder ver.
- Criterios de prioridad a la hora de dar los números.
- Que todos los pacientes acudan con su Historia Clínica o Cartilla Sanitaria, habiendo consultado previamente con su Médico saharauí que será quien los habrá derivado con un informe clínico.



MÁS VALE
PREVENIR
QUE CURAR

República Árabe Saharaui Democrática
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Asociación de Amigos y Amigas de la RASD
SEAD-en Lagunen Elkartea



Ayuntamiento
de Vitoria-Gasteiz
Vitoria-Gasteizko
Udala

Debe haber un aviso previo por parte del Ministerio del día de consulta en cada asentamiento. Dicho aviso se debe dar con tiempo de margen para la preparación de la consulta.

Se debe contar para la consulta con:

Sala para la consulta: Limpia; con una mesa; las sillas que sean necesarias; papelería; camilla de exploraciones protegida de las miradas con un biombo ("paraban") o similar, para preservar la intimidad de los pacientes en las especialidades que así lo requieran (ginecología, urología, etc.).

Sala para pruebas funcionales o exploraciones si las realiza otra persona (Audiometría, Optometría, Exploraciones que requieran intimidad, etc.)

Energía (generador eléctrico en marcha) para que sea posible la consulta a partir del atardecer, y para la utilización de aparatos de exploración eléctricos (ecógrafo, fuentes de luz, etc.).

El personal de la consulta debe ser:

Especialista desplazado.

En las especialidades quirúrgicas, una **enfermera o logista**, que además de sus funciones habituales, gestionará todo el trámite de los pacientes que vayan a ser intervenidos (solicitud de exploraciones preoperatorias, día de ingreso e intervención, traslado al hospital donde vaya a ser intervenido en la fecha indicada, etc.)

Traductor sanitario, preferiblemente un médico de la wilaya.

Un sanitario que haga el listado de la consulta (anexo 1) al tiempo que se van viendo los pacientes.

Un **Organizador de consultas** saharauí: Con autoridad; que distribuirá los números de orden de entrada (según criterio de prioridad previamente marcado por cada Delegación, o en su defecto por orden de aparición); comprobará que cada paciente acude con el informe de su médico de wilaya (o cartilla sanitaria, historia clínica, etc.); mantendrá en todo momento el orden y silencio en el exterior de las consultas; hará pasar, según su número, a cada paciente con su acompañante si fuera preciso, cuando salga en paciente anterior. En ningún momento permitirá que se apelotonen o alboroten en la puerta de la consulta. Si surgiera alguna duda con algún paciente, sobre su prioridad médica debido a su edad, o su estado de salud que le impida largas esperas, o carezca de número o informe del médico, y la gravedad de su estado aconseje a pesar de todo ello la consulta preferente, no tomará ninguna decisión sin informar y consultar previamente al Especialista cooperante.



Es aconsejable, en caso de tener que comer en las wilayas, **llevar la comida** desde la recepción de Rabuni por la mañana al salir. El acompañante se encargará de que preparen la comida en la recepción de protocolo de las wilayas mientras se está pasando la consulta

Derivación de pacientes para intervención:

Cada paciente en el que se indique cirugía debe portar una historia clínica de la wilaya con la redacción del episodio y la indicación quirúrgica, para entregarla cuando ingrese en el Hospital en que vaya a ser intervenido, donde, en Admisión, se adjuntará al resto de la Historia Clínica.

El listado de los pacientes vistos en las consultas, si se cumplimenta bien, contiene todos los datos necesarios para su explotación. Sirve como elemento de calidad de la derivación efectuado por los sanitarios de las wilayas, como identificación de si han sido vistos pacientes de toda la wilaya de forma igualitaria, si la edad está ajustada a los criterios previstos, el rendimiento quirúrgico de las consultas, trabajo real realizado, etc.

Este listado se debe manejar como previsión de pacientes que pueden llegar a ingresar, especificando claramente su nombre y apellidos, domicilio (wilaya, daira y barrio), edad, indicación quirúrgica, y la fecha exacta de ingreso e intervención. Asimismo se le dará al paciente una orden escrita de ingreso con la misma información, más las peticiones de las exploraciones preoperatorias, explicándole claramente, a través del traductor, todos los pasos a seguir a partir de ese momento.

Es importante que ese listado lo maneje el equipo desplazado. En poder del responsable de salud de la wilaya debe quedar una copia del mismo, dejando claro cuales son los pacientes que van a ingresar, y cuando deben hacerlo, para que así pueda prepararse con la antelación suficiente el traslado de los mismos. En el caso de los niños, constará el nombre de la madre, y la autorización de los padres.

En la anamnesis, preguntaremos siempre si el paciente ha sido visto previamente por su médico, y si ya ha recibido algún tratamiento. En caso de que, como sucede con frecuencia, la respuesta sea negativa, se le insistirá sobre la importancia del conocimiento e indicación previa del médico de la wilaya, que será quien indique la consulta con el especialista. En cualquier caso se debe realizar la consulta para descartar que sea un problema grave que aconseje saltarse esa norma o para marcar las pautas que se consideren oportunas para el médico de su wilaya.



MÁS VALE
PREVENIR
QUE CURAR

República Árabe Saharaui Democrática
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Asociación de Amigos y Amigas de la RASD
SEAD-en Lagunen Elkartea



Ayuntamiento
de Vitoria-Gasteiz
Vitoria-Gasteizko
Udala

Al planificar el calendario de consultas, se tendrá en cuenta el empezar por la wilaya de Dajla, por el problema de desplazamiento, dada su lejanía, de los pacientes en los que se indique la cirugía, hasta el Hospital de Rabuni. En las consultas en los Colegios regirá la misma norma, ya que una vez hecha la indicación, deberá tenerse en cuenta el tiempo que puede tardar el conseguir la autorización de los padres. Mientras ello sucede, podrán empezarse las intervenciones de los pacientes de las wilayas más próximas a Rabuni, que habremos visitado inmediatamente después.

Ingresos:

Se deben planificar en función de las camas libres de las que se disponga en el hospital.

Como ya hemos dicho anteriormente, los partes de quirófano se deben coordinar con los responsables de salud de las wilayas, y obviamente también con el responsable de ingresos del Hospital donde vaya a practicarse la cirugía.

Cuando se realiza el ingreso se deben establecer las condiciones del mismo, si debe ingresar el mismo día o el día anterior, si debe ingresar en ayunas (recaltar que el té o el agua rompen el ayuno previo a la cirugía).

La analítica y el estudio preoperatorio se deben tener programados cuando ingresan los pacientes y contar con el tiempo preciso para la realización del mismo.

Gestión de camas:

Como se dice en el apartado anterior, la programación de los ingresos debe adecuarse a los huecos libres que existan en la hospitalización. Esto que es evidente, en los Campamentos es aún más importante, ya que si no se cumple obliga a ingresar a los pacientes en lugares inapropiados, o a indicar altas anormalmente precoces en los que ya están intervenidos. Todo ello es fruto del desconocimiento de la capacidad del hospital en cada momento y se solventa con alguien (ATS, logista) que se responsabilice de dicho cometido, y estando siempre coordinado con el responsable saharauí de los ingresos.

Programación quirúrgica:

La programación quirúrgica se consensuará con la dirección del hospital y con los responsables y el personal, tanto de quirófano como de la sala de hospitalización, en cuanto a la duración y extensión de las jornadas. Para ello, se recomienda una **Reunión de Trabajo**, previa al inicio de la cirugía, con todos los implicados tanto saharauis como cooperantes, donde se sentarán las bases de funcionamiento, teniendo en cuenta por ambas partes que dada la idiosincrasia de la cirugía, en cuanto a la duración de los casos, habrá tolerancia en amoldarse a los cambios que obliguen las circunstancias.



En periodo de Ramadán se tendrá en cuenta el ayuno y la comida vespertina del personal saharauí que lo cumpla, para acomodar la hora de terminar. Sabiendo que en otoño-invierno la puesta del sol puede ser muy temprana, si el Ramadán coincide con esas fechas, es aconsejable que la jornada quirúrgica sea continua con un corto descanso para una frugal comida de quienes no hacen el ayuno.

Ingresos en el área quirúrgica:

Al ingresar el paciente, ya sea en una cama de la sala de hospitalización, o del preoperatorio, se cambiará de ropa, la que lleve por la del hospital (pijama, camisón, etc.), y se le acomodará en una cama con colchón, sábanas limpias y manta (si fuera preciso).

Normas de circulación en el área quirúrgica:

No se puede salir del área quirúrgica con la ropa de quirófano. Como tampoco se podrá entrar con ropa de calle.

Las puertas de quirófano permanecerán cerradas en todo momento, no pudiendo entrar nadie que no esté autorizado, y que no tenga una función determinada en ese momento.

Jamás se abrirán las puertas posteriores (que desde la sala del almacenaje de oxígeno, o de gasoil del generador dan directamente al exterior) mientras dure la jornada quirúrgica.

Manejo de pacientes en el preoperatorio:

Deben ser identificados, aseados, pesados, y si está indicado se les cogerá una vía.

Se potenciará la utilización de la **pulsera de identificación**, donde se harán constar los datos del paciente con el fin de evitar errores. No obstante, igual que en nuestro medio, es obligación del cirujano, el anestesista, y la enfermera el comprobar la correcta identidad del paciente, así como su diagnóstico, intervención indicada y la lateralidad de la misma, que se confirmará con la Historia Clínica, que en todo momento estará disponible y próxima al paciente, para ser consultada por el personal sanitario que lo trate.

Profilaxis antibiótica:

En el entorno de los campamentos se considera que la cirugía solo puede ser de dos tipos: limpia contaminada, o sucia. En ambos casos se recomienda la administración de antibioterapia como profilaxis contra la infección operatoria, según los criterios estándar propios de cada especialidad y cirugía, adaptados al medio.



Esterilización:

Se sigue potenciando la utilización de equipos reutilizables frente a los desechables (menos en oftalmología, que por la alta especialización de las cirugías, se aconsejan los sets desechables, aún así, intentando simplificarlos al máximo, p. Ej.: sin batas, ya que se pueden utilizar las de tela reesterilizables). Para ello se tendrá siempre en buen estado de funcionamiento las autoclaves y aparataje de esterilización, con meticuloso mantenimiento y reparación por parte de los técnicos de las Delegaciones.

Reanimación postoperatoria:

Los pacientes deben ser despertados en quirófano y salir al postoperatorio sin riesgo de sufrir una depresión de sus funciones vitales. Para ello en la sala de postoperatorio se destinará personal para controlar a los pacientes (ATS desplazado y enfermero saharai) y los medios para hacerlo (pulsioxímetros, monitores ECG, oxígeno centralizado, etc.).

Los pacientes permanecerán en la sala de postoperatorio hasta que el anestesiólogo considere que pueden ser trasladados a la sala de hospitalización.

Traslado a la planta de hospitalización:

Se hará en camilla, acompañado de un ATS, y de los enfermeros-celadores saharais precisos para su movilización, teniendo especial cuidado con las vías parenterales, sondas, drenajes, el propio paciente, etc., en los cambios cama-camilla en el post, y camilla-cama en la sala.

Alta:

Solo el especialista desplazado podrá dar de alta a los pacientes. Si el ya hubiera partido dejando pacientes aún ingresados (se intentará evitarlo), los pacientes serán dados de alta por el médico o especialista saharai o cubano, que se habrá hecho cargo de los mismos, previo pase con cumplida información, indicaciones y directrices claras del especialista desplazado, verbales y/o escritas, preferiblemente en directo al médico receptor, antes de partir.

En el momento del alta hospitalaria, a los pacientes, se les dará un **informe original de alta** (quedará una copia del mismo en su Historia Clínica, por lo que como no hay fotocopidora, habrá que llevar, y utilizar papel carbón) en el que constaran sus datos, y los del especialista y Delegación que lo ha intervenido, el diagnóstico, la fecha y tipo de intervención practicada con todas las incidencias (si las hubiere) hasta el alta, y los consejos e indicaciones médicas tras la misma, explicándoselas a él y al acompañante claramente a través del enfermero-traductor, haciendo especial hincapié en la importancia del documento, que conservará siempre en buen estado para presentarlo cada vez que haga una consulta.



MÁS VALE
PREVENIR
QUE CURAR

República Árabe Saharaui Democrática
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Asociación de Amigos y Amigas de la RASD
SEAD-en Lagunen Elkartea



Ayuntamiento
de Vitoria-Gasteiz
Vitoria-Gasteizko
Udala

Documentación Clínica y Archivo:

Todos los documentos de la **Historia Clínica**, incluida copia del informe de alta, quedarán guardados y archivados con su **numero** correspondiente (que se hará constar claramente en **TODAS** las hojas y documentos de la Historia, preferiblemente en tinta roja), que será **único** para cada paciente, por lo que antes de ingresar se les preguntará siempre si ya habían estado ingresados previamente en el Hospital, si así fuere, se averiguará el numero de Historia que se le dio, volviéndose a utilizar el mismo.

Aportación básica de medicación, fungible, lencería y material sanitario:

Medicación:

Cada Delegación aportará toda la medicación que tenga previsto utilizar en base al número de pacientes que vayan a ser intervenidos:

- Antibióticos para la profilaxis quirúrgica, y las posibles infecciones que pudieran producirse.
- Anestésicos.
- Analgésicos.
- Soluciones antisépticas (povidona Iodada, solución y jabón; Instrument superficies y estéril. Material; Etc.).
- Sueros.
- Heparina bajo peso molecular.
- Protección gástrica.
- Medicación específica de la especialidad.
- Etc.

Fungible: Jeringas y Aguja de sobras; Equipos de suero; Sondas; Gasas; Compresas quirúrgicas; Suturas; Guantes quirúrgicos estériles y de un solo uso no estériles; Papel de ECG de los modelos de que dispone el Hospital, Mascarillas; Gorros; Calzas; etc., y todo el material específico de la especialidad.

Lencería:

- 15 o más pijamas o camisones para pacientes.
- 15 o más juegos de sábanas.
- 15 o más toallas.
- 1 pijama verde por cada jornada quirúrgica y persona.
- 15 o más batas quirúrgicas reesterilizables de tela.
- 15 o más campos quirúrgicos reesterilizables completos.
- 50 o más tallas quirúrgicas.
- Zuecos quirúrgicos para cada persona de quirófano.



MÁS VALE
PREVENIR
QUE CURAR

República Árabe Saharaui Democrática
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Asociación de Amigos y Amigas de la RASD
SEAD-en Lagunen Elkartea



Ayuntamiento
de Vitoria-Gasteiz
Vitoria-Gasteizko
Udala