

## Acuerdo de colaboración entre el Hospital Ayder y Etiopía-Utopía ONG

### Collaboration agreement between Ayder Hospital and Ethiopia-Utopía NGO



Gabilondo, J.

Javier GABILONDO\*

#### Resumen

En el ámbito del convenio de julio de 2014 entre el Servicio Vasco de Salud/Osakidetza y el Hospital Universitario Ayder de Mekelle en Etiopía, comienza una colaboración en respuesta a la demanda de necesidades del centro, entre otras de Cirugía Plástica, a través de la organización no gubernamental Etiopía-Utopía. Uno de los objetivos se concreta en la colaboración con Ortopedia y Cirugía General, así como en la asistencia a quemados. También se definen objetivos de mantenimiento, infraestructura y otras especialidades no menos importantes.

Comenzamos con una estancia de un mes, marzo a abril de 2015, colaborando en consultas, salas y realizando 18 cirugías en 17 pacientes, además de tratar aspectos docentes y de material sanitario. Más tarde desarrollamos una segunda campaña entre julio y agosto de 2016, ya con la colaboración de cirujanos plásticos locales, en la que llevamos a cabo 38 procedimientos quirúrgicos. En estas campañas insistimos en la necesidad de integración con el personal médico-sanitario a través de los médicos residentes para romper el obstáculo idiomático de comunicación con los pacientes que sólo se expresan en las lenguas indígenas propias.

Superados y reflexionados críticamente los resultados de los primeros contactos, la experiencia nos llevó a concretar los objetivos con mayor precisión y a plantearlos bajo la perspectiva del campo de la Cirugía Plástica, no sólo en la atención a pacientes quemados, sino para atender una demanda asistencial diferente, mayor y adaptada a la realidad.

Exponemos nuestra experiencia en 3 vertientes: la asistencial, la docente y la de información para la prevención de quemaduras, que además están influidas por las aportaciones materiales y los cambios necesarios, con lo que los resultados obtenidos son sin duda mejorables, pero también críticamente satisfactorios salvo en el objetivo de la prevención.

#### Abstract

In the ambit of of July 2014 agreement between the Basque Health Service/Osakidetza and the University Hospital Ayder of Mekelle in Ethiopia, collaboration in response to the demand center needs was initiated, including Plastic Surgery, through the nongovernmental organization Ethiopia-Utopia. One of the objectives embodied collaboration with Orthopedics and General Surgery, as well as in assisting burned patients. Maintenance objectives, infrastructure and other no less important specialties are also defined.

We started with a stay of one month, from March to April 2015, working in consultation rooms and performing 18 surgeries in 17 patients, in addition to treating teaching and hospital aspects. Later on, we follow with a second stay between June and July 2016, this time with the collaboration of local plastic surgeons and 38 surgical procedures performed. We emphasized about the necessary integration with the medical and health personnel through medical residents to break the language barrier and get in communication with patients who only expressed in the indigenous languages.

Overcome and critically reflected upon the results of the first contacts, the experience led us to realize the objectives more precisely and raise them from the perspective of the field of Plastic Surgery, not only in the care of burn patients, but to meet a different demand for care, more adapted to reality.

We describe our experience in 3 aspects: care, teaching and information for the prevention of burns, which are also influenced by material inputs and necessary changes, so that the results are certainly for improvement but also critically successful except the goal of prevention.

**Palabras clave** Cirugía Plástica humanitaria, Cirugía Reconstructiva, Malformaciones congénitas, Quemaduras.

**Recibido (esta versión)** 2 septiembre/2016

**Aceptado** 20 septiembre/2016

**Key words** Humanitarian Plastic Surgery, Reconstructive Surgery, Congenital malformations, Burns.

**Received (this version)** 2 september/2016

**Accepted** 20 september/2016

**Conflicto de intereses:** el autor declara no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo.

\* Cirujano Plástico, San Sebastián, España, Voluntario de la Fundación Etiopía-Utopía.

## Introducción

El hospital de referencia Ayder es el segundo mayor hospital de Etiopía, con 500 camas, situado en la ciudad de Mekelle, capital del Tigrey (Fig. 1). También lo es para casi 8 millones de personas de Northern Afar, Amhara y los campos de refugiados en la frontera con Eritrea. Rodeado de pueblos y ciudades empobrecidas, está en expansión y utiliza equipamientos en su mayoría donados, contando además con unos 3.600 estudiantes en Ciencias de la Salud.

La proporción médico/habitantes en Etiopía es de 3/100.000 cuando lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es de 1/10.000; es decir, que Etiopía está entre los 10 países con menor dotación médica del mundo. Ni que decir sobre su situación económica, política y social dentro de los países en vías de desarrollo; es decir aclarando el eufemismo, países pobres. Las condiciones de la población, sin autonomía alimentaria y con escasos recursos, junto con una historia reciente de guerras, hambrunas, etc., hacen del desarrollo de este hospital una aventura y un objetivo formidables, tal y como lo definen sus responsables que reciben agradecidos todo tipo de colaboraciones, sobre todo de organizaciones no gubernamentales (ONGs).

De las 500 camas ya citadas del hospital Ayder, 10 están dedicadas a pacientes quemados, sin cirujanos plásticos, que también serían necesarios para tratar otros tipos de secuelas y tumores remitidos por otros médicos del centro en busca de atención más especializada.

El desafío de un crecimiento anual del 3% de la población y el sistema político-social que mantienen en pleno siglo XXI, hacen que la tarea a asumir, a pesar del crecimiento de la producción del país y del crecimiento del hospital, sea de continua construcción y ampliación. Todos estos aspectos, así como su historia, los describe Paul B. Henze en su obra "*Layers of the Time*" (1) llena de información y rigor, por lo que las colaboraciones necesarias y de toda clase, pero insuficientes, no deben ocultar el problema de su injusta situación; lo importante

no debe borrarse tras lo urgente de la compasión y acción de las (ONGs, que la justicia global debería hacer innecesarias en el futuro, como Josep M. Jaumà expone en su obra "¿Qué podemos hacer?" (2).

El Dr. Ammanuelk Haile, Director médico de Ayder, dice en su informe que la pobreza del país se refleja en sus instituciones, como en el Hospital Ayder, cuya creación y desarrollo son un reto para mejorar la atención en salud pública en Etiopía y en particular en Tigrey, por lo que la colaboración con Etiopía-Utopía ONG es un punto de partida para un trabajo a más largo plazo. Por ello, es fundamental en este tipo de colaboraciones el aspecto de formación del personal además de la colaboración material y asistencial, requiriendo colaboradores que se integren y se relacionen con los colegas y residentes que darán continuidad a los cambios, así como por sus conocimientos de las lenguas nacionales gracias a que actúan como traductores con los pacientes y ayudan a mejorar la relación médico-paciente (Fig. 2).

En el ámbito del convenio firmado en julio de 2014 entre el Servicio Vasco de Salud/Osakidetza y el Hospital Universitario Ayder de Mekelle en Etiopía, comencé mi participación en la colaboración como cirujano plástico en respuesta a la demanda de necesidad de atención especializada en Cirugía Plástica por parte del centro hospitalario, y a través de la ONG Etiopía-Utopía cuya Fundación ya trabajaba con dicho centro. Inicialmente, el objetivo de esta colaboración se concretó en la asistencia a pacientes junto con los Servicios de Ortopedia y Traumatología y de Cirugía General, así como en la asistencia a quemados; al tiempo, nos planteamos también fijar objetivos de mantenimiento, infraestructura y continuidad de la labor asistencial que se iba a prestar, así como de prevención y educación sanitaria para la población de referencia del centro.

Entre 2014 y 2016 esta colaboración se ha desarrollado en 2 campañas cuyos objetivos, desarrollo y resultados presentamos en este artículo, detallando 3 vertientes: la asistencial, la docente y la de información para la prevención de quemaduras.



Fig. 1. El hospital Ayder en la ciudad de Mekelle, capital del Tigrey, Etiopía.



Fig. 2. Dres. Villelabeitia, Gabilondo y Kortajarena miembros de Etiopía/Utopía.

## Material y método

### Labor asistencial: pacientes atendidos y procedimientos quirúrgicos realizados

La primera estancia de prestación de servicios de Cirugía Plástica en el hospital Ayder la llevé a cabo entre los meses de marzo y abril de 2015. En este momento, en el hospital no había ningún otro cirujano plástico, y se me

**Tabla I. Intervenciones realizadas en la primera campaña, año 2015**

| Patología / procedimiento                                                   | PACIENTES N° |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Quemaduras/ desbridamiento e injertos piel                                  | 9*           |
| Secuelas postrauma EEII/desbridamientos-colgajos locales e injertos de piel | 4            |
| Úlceras en tórax postmastectomía/ injertos piel                             | 2            |
| Carcinoma facial/ extirpación –injerto piel                                 | 1            |
| Cicatrices faciales: epicanthus, ectropión / corrección colgajos y plastias | 2            |
| <b>TOTAL intervenciones</b>                                                 | <b>18</b>    |

(\*) 1 paciente sufrió 2 sesiones de injertos  
EEII= Extremidades inferiores



**Fig. 3.** Con la Dra. Meheret, cirujana general etíope que desde el primer momento colaboró en la labor asistencial de Cirugía Plástica.



**Fig. 4 y 5.** Improvisando una bañera para atender a los pacientes quemados: instalamos un calentador de agua corriente con un mezclador para controlar la temperatura e hicimos un contenedor bañera sobre una camilla simulando un tanque de Hubbard para mejorar las curas.

encomendó la atención a los pacientes quemados agudos, si bien desde el principio aparecieron sin orden y progresivamente, más y diferentes pacientes con otras patologías solicitando atención por Cirugía Plástica.

En cuanto a la labor asistencial desarrollada se basó en las intervenciones quirúrgicas realizadas por mí (Tabla I), con un total de 18 intervenciones quirúrgicas sobre 17 pacientes, además de la asistencia en consultas, el trabajo de planta, y las curas en la Unidad de Quemados.

El seguimiento de los resultados de los pacientes, una vez que acabó la campaña, fue realizado por médicos del hospital, fundamentalmente por la Dra. Meheret (Fig. 3), etíope, formada y graduada en Cirugía General, pero con algunos conocimientos de Cirugía Plástica y siempre interesada y colaboradora. Mantuvimos comunicación por mensajes y envío de imágenes por internet con el Director Médico de la ONG que nos informaba sobre la evolución de los pacientes intervenidos. Los resultados obtenidos fueron en todos los casos satisfactorios teniendo en cuenta la sencillez de los procedimientos realizados en esta primera estancia para salvaguardar la seguridad de los pacientes.

En esta primera misión, fuimos conscientes de que para mejorar la eficiencia de la misma era muy importante el ajustarse a los objetivos marcados previamente con el contenido y datos de los informes elaborados en origen, antes de nuestra llegada al centro hospitalario o de la recepción del paciente en el mismo; aunque también es necesario tener flexibilidad para adaptarse ante los imprevistos que se presentan por las carencias y circunstancias propias del lugar (Fig. 4 y 5). Esta adaptación incluyó también aspectos culturales, sociales, religiosos, y no solo materiales, por lo que fuimos conscientes de la necesidad de aprovechar oportunidades como la presencia en el centro hospitalario de médicos residentes políglotas, colaboradores hispanohablantes etc., que nos facilitaron la relación y entendimiento con los pacientes y con los colegas locales de otras especialidades, personal sanitario, e incluso con el personal de mantenimiento. Esta colaboración hizo que el trabajo fuera además un





Fig. 6 y 7. Paciente preso inmovilizado con cadena de acero por la pierna a la cama; con la amabilidad del escolta vigilante, se le libera para exploración.



Fig. 8. Dres Melhawi y Joseph, residentes de Cirugía, en sesión sobre quemaduras

Tabla II. Patologías tratadas en la segunda campaña, año 2016

| Patología / procedimiento                                                  | PACIENTES Nº |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Quemaduras, desbridamientos e injertos                                     | 16           |
| Secuelas de quemaduras y traumatismos, plastias: injertos y colgajos       | 12           |
| Tumores malignos en cabeza y cuello                                        | 4            |
| Malformaciones congénitas: fisurados, deformidades digitales, sindactilias | 4            |
| Otros: úlceras extremidades, reconstrucción torácica, etc                  | 2            |
| TOTAL intervenciones                                                       | 38           |

agradable ejercicio de ayuda y convivencia, enriquecedor y rejuvenecedor, que nos hizo valorar aspectos tan simples como la necesidad de arreglar las instalaciones para poder trabajar con comodidad, y que en nuestro ámbito habitual por lo general no sabemos apreciar. La empatía fue capaz de crear un ambiente que quizá, de difícil, pasó a ser amigable (Fig. 6 y 7).

Con el aprendizaje extraído, la segunda campaña se desarrolló entre julio y agosto de 2016.

En esta ocasión pudimos contar con la colaboración de nuevo personal médico especializado en Cirugía Plástica, el Dr. Abdurezak, etíope, especialista en Cirugía Plástica y que acudió para esta campaña desde Addis Abeba, y la Dra. Meheret ya como personal fijo en el Servicio, además de la estancia de algunos residentes rotantes (Fig. 8). Gracias a ello, la patología tratada en esta segunda ocasión aumentó en cantidad y variedad, pues además de los pacientes quemados agudos y las secuelas, pudimos tratar a pacientes con necesidades de cirugía reconstructiva, oncológica, malformaciones congénitas, etc. En total, atendí y llevé a cabo 38 intervenciones quirúrgicas (Tabla II) a las que se sumaron las que llevaron a cabo los Drs. Abdurezak y Meheret.

La cantidad de intervenciones realizadas cada día varió en función de su duración y de la disponibilidad de materiales y servicios, pero en ocasiones pudimos desarrollar actividad simultánea de los quirófanos con otras tareas gracias al incremento del personal, manteniendo un calendario semanal sin grandes dificultades y pudiendo incluso atender labor en urgencias.

Por lo que se refiere a las labores de hospitalización y atención de pacientes en sala, en la segunda campaña logramos que la hospitalización de los pacientes intervenidos continuara en las salas de los Servicios correspon-

dientes a la patología, edad, sexo, etc, propia de cada paciente atendido. De esta manera fue mucho mejor la identificación de los pacientes al estar referidos nominalmente, en nuestro caso, al Servicio de Cirugía Plástica, lo que ya era conocido por el personal sanitario, facilitando la gestión de los pacientes, su seguimiento, las curas, etc.

En cuanto a la consulta externa, también logramos en la segunda campaña mejorar su actividad con la determinación de pasar consulta semanalmente los viernes, y salvo

excepciones por curas, revisiones etc., los pacientes informados acudían solamente los días para los que eran citados, no cualquier día, evitando así la masificación, y siendo conscientes de que en el futuro habrá que planificar más días de consulta por el aumento de la demanda asistencial.

Hay que mencionar la ayuda del personal de enfermería de la Unidad de Quemados, que atendió específicamente las necesidades de curas y la gestión de historias clínicas y de los pacientes de su Unidad, así como el seguimiento posterior de los mismos en la consulta externa.

La programación quirúrgica y la ocupación de los quirófanos asignados en la primera campaña, 2 semanales y un tercero de cirugía ambulatoria con anestesia locorregional, se vio superada gracias a la labor realizada, siendo necesaria la planificación de más sesiones en quirófano para la segunda campaña, quirófanos que nos eran ofrecidos en otros días de forma extraordinaria cuando no estaban ocupados por los Servicios correspondientes; la programación de estos quirófanos extra se pudo realizar gracias a la integración en el equipo de los Drs. Abdurezak y Meheret. Esto permitió también que las patologías atendidas fueran más numerosas y variadas, tal y como hemos reflejado en las tablas I y II.

Finalmente, señalar en este apartado que las carencias y mal mantenimiento del instrumental quirúrgico con las que nos encontramos, también fue motivo de reuniones para concretar las necesidades más urgentes y buscar su posible solución; por ejemplo, conseguir instrumental para operar fisuras palatinas (abrebocas, despegadores) y material fungible (grapadoras, hojas de dermatomo, bisturís eléctricos, etc.). (Fig. 9-12).

### Labor docente

La docencia llevada a cabo en el centro hospitalario durante nuestras estancias fue mixta, tanto teórica como práctica. La parte práctica se desarrolló en todos los campos asistenciales: actividad en consulta, plantas de hospitalización y quirófanos, y fue impartida tanto al



Fig. 9. Actividad en quirófano



Fig. 9. Paciente con expansor fabricado con un catéter y una válvula artesanal externa, costo inferior a 1 €, para cierre de defecto tras resección de carcinoma parieto-temporal izquierdo.



Fig. 10. Pre y postoperatorio inmediato en paciente pediátrico con labio leporino.



Fig. 11. Pre y postoperatorio a la semana de mujer adulta con secuelas de cirugía desconocida de labio leporino izquierdo con retracción y colapso labial y de la narina del mismo lado.



Fig. 12. En la segunda campaña tuvimos la sorpresa de que se había instalado una bañera almacenada sin uso en el hospital. Tiene el inconveniente de que está muy baja y las curas doblando la espalda cansan más, pero se ha mejorado y aprovechado la instalación del calentador. El siguiente paso será adquirir la guía complementaria para las camillas.

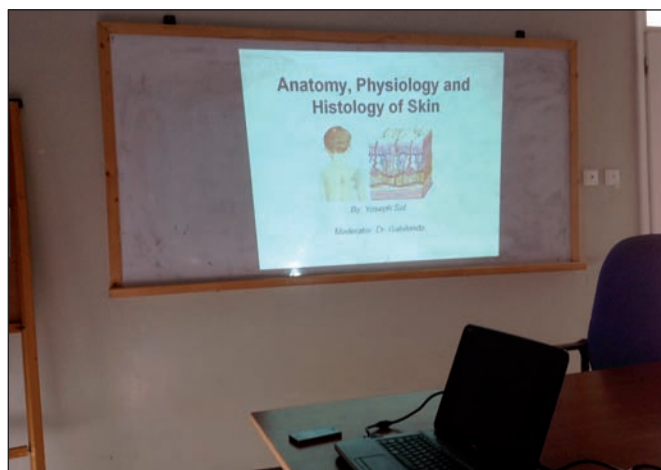


Fig. 13. Labor docente: durante las sesiones clínicas para residentes y personal del hospital.



DEPARTMENT OF SURGERY  
WEDNESDAY PRESENTATIONS PROGRAM FOR ALL LEVEL SURGICAL RESIDENTS  
ACADEMIC YEAR 2015 G.C  
Nov. 11/2015

|    |                   |          |                                                                                         |        |             |                                                                    |           |             |
|----|-------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------|--------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|
| 18 | Mortality session | G/medhin | Embryology of the diaphragm and the respiratory system                                  | Yared  | Kilom       | Mgt of surgical causes of neonatal respiratory distress (TTF, CLD) | Alimayehu | Kilom       |
| 25 | Radiology session | Tasew    | Anatomy, physiology and histology of skin                                               | Yousuf | Dr. Jhawier | BJRN Ma                                                            | Mechan    | Dr. Jhawier |
| 2  | Case presentation | Mathew   | Pathology and Management of Common skin tumors (SCC, basal cell Ca, malignant melanoma) | Antony | Dr. Jhawier | Principles of skin graft & flaps                                   | Asela     | Dr. Jhawier |
| 9  | Mortality session | Muhammed | Surgical Anatomy of Neck, Salivary glands                                               | Mesale | Reye        |                                                                    |           |             |
| 16 |                   |          | Anatomy of the Hand                                                                     | Mulu   | Berhe       | Management of acute hand injury                                    | Danayf    | Berhe       |

**NOTICE TO THE PRESENTERS**

- SEMINAR & JOURNAL CLUB presenters should contact their respective moderators **ONE MONTH** ahead of their presentation
- The Journal Club moderator will be The Postgraduate Coordinator
- Cases to be presented for CLINICOPATHOLOGY SESSION should be selected a minimum of **ONE MONTH** prior to the case presentation and notified by the presenter to the Pathology Department as a case to be discussed
- Radiologic films which are to be discussed on RADIOLOGY SESSION should be selected and submitted to the responsible Radiologist at least **ONE WEEK** ahead of the Session
- Case presentation will be every month
- Mortality session will be every month

Fig. 14. Programación semanal de sesiones clínicas y temas docentes.



Fig. 15. Paciente pediátrico con quemadura típicas por cocina de "fuego bajo" en ambiente doméstico.



Fig. 16. Quemaduras extensas y retracciones graves, tratado tardíamente.

personal de enfermería como a los médicos. La parte teórica, también para todos, se desarrolló mediante participación en las actividades del Departamento de Cirugía, así como en otras tareas formativas tipo talleres de trabajo, sesiones de residentes, además de las sesiones clínicas y teóricas semanales del propio Servicio de Cirugía Plástica (Fig. 13-14); todo ello gracias a la provi-

sión del local propio de despacho-consulta, la biblioteca del centro hospitalario (con una dotación básica sobre Cirugía Plástica, atención en quemaduras, Cirugía Infantil, patologías congénitas, etc., que ya es patrimonio propio del Servicio), y el uso de los medios audiovisuales, iconográficos, e informáticos disponibles. Siempre con un programa establecido que se puede ver en las imágenes.

### Labor de información para la prevención de quemaduras

La gravedad y frecuencia de las quemaduras eléctricas por alto voltaje que atiende el centro hospitalario, con mutilaciones y amputaciones importantes sobre todo en niños, nos llevó a la conclusión de que era necesario realizar una labor de información y prevención de quemaduras infantiles por esta causa, así como de quemaduras domésticas por llama provocadas por la tradicional cocina de "fuego bajo" que emplean los habitantes del país (Fig. 15-17). Los objetivos serían la protección y señalización de conducciones eléctricas de alto voltaje, instrucciones para evitar cocinar en utensilios de "fuego bajo", etc. Esta labor requeriría un trabajo previo de definición del material informativo y de señalización a difundir entre la población, así como de complicidad con



Fig. 17. Graves quemaduras eléctricas por alto voltaje en ambiente laboral, con amputaciones y necrosis óseas ilíacas. Sobrevivió y volvió a los meses para mejorar las secuelas.



personas dentro y fuera del hospital para poder llevar a cabo una campaña adecuada y dimensionada.

A pesar de que éste fue uno de los objetivos planteados para la segunda campaña, finalmente este trabajo no se pudo llevar a cabo. El error estuvo en planificar e intentar acciones sin haber organizado previamente la colaboración del personal y de las instituciones del país, y aunque diseñamos y preparamos el material didáctico y viajamos con él, no conseguimos despertar el suficiente interés y/o la complicidad necesaria a nivel local. Tampoco se había previsto el incremento del trabajo asistencial, que supuso una dificultad material de tiempo al no contar con más personal que pudiera dedicarse a este objetivo que supone una colaboración presencial en los lugares para proveer información de la campaña, defender sus objetivos, medios, fases y calendario, así como tener en cuenta la diversidad de idiomas, la transmisión de información en medios rurales, escuelas, etc. Habría que reflexionar sobre el modo de realizar estas acciones teniendo en cuenta los usos y costumbres tradicionales del país, pues entrañan dificultades, cambios culturales y socio-laborales que dependen de instituciones ajenas a la actividad del propio hospital.

## Discusión

El Servicio de Cirugía Plástica del hospital Ayder en Etiopía ha empezado a funcionar y ha mejorado en sus instalaciones, recursos humanos e instrumental, a pesar de seguir con carencias que hay que plantear ante un incremento importante de la demanda asistencial. Este incremento se ha producido por el efecto llamada y por una mejor información intra y extrahospitalaria de las capacidades y competencias del centro, aunque todavía hay que mejorar la gestión, cita de pacientes, confección de listas de espera y organización del Servicio (3).

La deficiencia y carencia de recursos, incluso de material fungible, sigue siendo evidente e importante, lo que necesitará trabajo y reuniones con la dirección del hospital para concretar la colaboración de las aportaciones y el control del correcto uso del material. Este aspecto debe tener en cuenta la funcionalidad y los objetivos, por-

que los recursos son limitados y las carencias evidentemente mayores que las posibles aportaciones.

La labor asistencial y la docente parecen funcionar satisfactoriamente; hay que seguir manteniéndolas y mejorándolas con una crítica constructiva. Una medida necesaria al respecto sería un planteamiento de consulta externa con información y propuesta de un número determinado de pacientes por día, lo que obligaría a tener más días semanales de consulta. El incremento de medios en quirófano y consultas denota un interés y mejora de la calidad que, dependiendo de los recursos, sigue haciendo necesaria la ayuda material; aunque se puede tratar de que el hospital contemple en sus presupuestos la dotación de algunos materiales, como por ejemplo los fungibles.

Sigue estando pendiente el desarrollo de la campaña informativa para prevención de quemaduras.

## Conclusiones

En resumen, creemos que aún no ha llegado el día en que las ONGs no sean necesarias, pero su funcionamiento es francamente mejorable si se pretenden objetivos ambiciosos que deben concretarse lo más posible para así dimensionar y aprovechar la escasez de recursos hasta que el funcionamiento autónomo sea posible, procurando al máximo su eficiencia.

## Dirección del autor

Dr. Javier Gabilondo Zubizarreta  
C/ Conde de Peñaflorida 12- 5 Drcha.  
20004 San Sebastián (Guipúzcoa), España  
fjgabilondo@gmail.com

## Bibliografía

1. **Henze, P.B.** Layers of the Time. A history of Ethiopia, London, Hurst & Company, 2000.
2. **Jaumà, J.M.** ¿Qué podemos hacer? Los hechos del misionero Ángel Olan en el norte de Etiopía, Edit. J.M. Jaumà, 2013, ISBN 978-84-616-2439-3
3. **Cruz-Acosta, Fernando De La.** Operación Sonrisa República Dominicana: 8 años de una intensa y positiva experiencia. *Cir. plást. iberolatinoam.* 2016; 42 (1): 93-101.