Original /Series Clínicas

LABOR SOCIAL

Labor humanitaria en África. Nuestra experiencia

Humanitarian work in Africa. Our experience

Nóvoa Rodríguez M.

Margarita NÓVOA RODRIGUEZ*, Eugenia LÓPEZ SUSO**
Manel ROMANÍ OLIVÉ***, Manuel DÍAZ ALLEGUE****

Resumen

La tercera campaña de ayuda humanitaria llevada a cabo por la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE) en Monrovia (Liberia) se desarrolló durante el mes de noviembre de 2018 y supone la continuación de este tipo de ayudas en el continente africano promovidas por la ONG Juan Ciudad.

Como en otras misiones humanitarias protagonizadas por cirujanos plásticos, el objetivo es mejorar la calidad de vida de la población más vulnerable y colaborar en su reincorporación a la sociedad.

Las campañas humanitarias quirúrgicas tienen una fecha de ida y otra de vuelta, con un proyecto de actividad quirúrgica que desarrollar en pocos días y en unas condiciones de recursos limitados. Una buena planificación, apoyándonos en los datos obtenidos de las experiencias anteriores, facilitó la consecución de nuestros objetivos.

Con la presentación de este artículo queremos transmitir nuestra experiencia personal en este proyecto.

Abstract

The third humanitarian aid campaign by the Spanish Society of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery (SECPRE) in Monrovia (Liberia) was carried out in November 2018 and reflects the continuation of such aid programmes in the African continent promoted by the NGO Juan Ciudad.

As in other humanitarian missions involving plastic surgeons, the objective is to improve the quality of life of the most vulnerable population and to collaborate in their reintegration into society.

The surgical humanitarian campaigns have a round trip date, with a surgical activity project to be developed in a few days and under limited resource conditions. Good planning, based on the data obtained from previous experiences contributed to the achievement of our objectives.

Our aim presenting this article is sharing our personal experience in this project.

Palabras clave Cirugía Plástica humanitaria, Secuelas quemaduras, Malformaciones congénitas.**Nivel de evidencia científica** 5 Significación
Recibido (esta versión) 1 septiembre/2019
Aceptado 25 septiembre/2019**Key words** Humanitarian Plastic Surgery, Burns sequels, Congenital malformations.**Level of evidence** 5 Meaningfulness
Received (this version) 1 September/2019
Accepted 25 September/2019**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo.
Financiación: No hubo fuentes externas de financiación para este trabajo.

* Especialista en Cirugía Plástica, Médico Adjunto del Hospital Povisa, Vigo, España
** Especialista en Cirugía Plástica, Jefe de Sección del Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña, La Coruña, España
*** Especialista en Cirugía Plástica, Médico Adjunto del Hospital Sant Bernabé de Berga, Barcelona, España
**** Especialista en Anestesia y Reanimación, Médico Adjunto del Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña, La Coruña, España

Introducción

Inicialmente, el pensar en escribir este artículo sobre nuestra campaña en África me inquietó. Acostumbrada a los artículos científicos de porcentajes y técnicas quirúrgicas ¿cómo podría explicar con palabras algo que va más allá de estas circunstancias y que supone expresar sentimientos, percepciones o sensaciones, a menudo desconocidas? Sin olvidar la estructuración que el escrito requiere, este artículo se basa fundamentalmente en la experiencia vivida durante 14 días en una misión quirúrgica en Liberia.

Aunque las motivaciones para colaborar en una campaña humanitaria pueden ser múltiples, personales, incluso contradictorias o ambiguas, todas ellas comienzan en el mismo momento en que te planteas su inicio; en mi caso, cuando el Dr. Jesús Barón, vocal de Relaciones Institucionales de la SECPRE, me dijo: “yo creo que deberías ir a África ¿Te animas a ir en misión humanitaria?” La misión comenzó entonces, cuando acepté esa inestimable oferta que no se puede rechazar y de la que poco sabía entonces, pero pensé que una especialidad multidisciplinaria como la nuestra con formación en quemaduras, en cirugía de la mano o en malformaciones congénitas, podía aportar enormes beneficios a una serie de personas desfavorecidas por diversas circunstancias como la pobreza, su entorno social o sus creencias culturales, entre otras.

Nuestra campaña quirúrgica se llevó a cabo en el St. Joseph's Catholic Hospital de Monrovia, capital de Liberia. El traslado hasta el aeropuerto internacional Roberts

se realizó en avión desde Ámsterdam, haciendo escala en Sierra Leona. Aterrizamos de madrugada, hora poco recomendada en Liberia para trasladarse por carretera al hospital, por la posibilidad de asaltos y atracos durante el viaje.

En Monrovia, como en muchas ciudades de África, la población vive hacinada con un alto índice de pobreza y sumida en el caos; ese caos que se caracteriza por calles llenas de coches, de población, de ruido y caminos sin asfaltar, a un lado la basura y al otro lado playas paradisíacas.

Desde el mismo momento de nuestra llegada fuimos acogidos con la hospitalidad que caracteriza a los liberianos y la amabilidad que desprenden los hermanos de la Orden de San Juan de Dios.

Presentamos a continuación el desarrollo de la campaña quirúrgica, su ambiente y casuística y las sensaciones, aprendizajes y sentimientos derivados de ella.

Material y método

Periodo precampaña

El periodo previo a iniciar el viaje me parece de suma importancia en cualquier misión humanitaria. La selección del equipo que te va a acompañar, conocer los medios de que dispondremos sobre el terreno, organizar el material que vamos a necesitar, parecen actos sencillos, pero de ellos depende la mayor parte del éxito de la misión. En nuestra campaña, existió toda una infraestructura logística en el lugar de origen,⁽¹⁾ poco visible pero

Fig.1. De izda. a dcha.: Dra. Nóvoa, Dra. López Suso, Benetta, Dr. Romaní, Dr. Díaz Allegue.

no por ello menos importante, encargada de la obtención de permisos y visados, de proporcionar información local relevante, vacunación, informes contractuales, etc., representada por el Dr. Barón desde la SECPRE y por Belén Jiménez, responsable del voluntariado de la ONG Juan Ciudad, los cuales estuvieron en contacto con el equipo antes y durante toda la campaña. Realmente fueron de gran ayuda.

Equipo Médico

Desde el mismo instante en que la SECPRE me ofreció organizar esta tercera campaña en África, conté con la colaboración de la Dra. Eugenia López Suso, cirujana con gran experiencia en quemados que no dudó ni un instante en aceptar mi invitación. Posteriormente se unió a nuestro grupo de trabajo el Dr. Manel Romaní Olivé, cirujano con experiencia en campañas similares (Chiclayo).

Los equipos deben ser multidisciplinarios⁽²⁾ y en opinión de muchos colegas, es aconsejable que en este tipo de campañas participen anestesistas familiarizados con los procedimientos propios de la Cirugía Plástica y con experiencia en el manejo de niños. Así pues se unió a nuestra campaña el Dr. Manuel Díaz Allegue, anestesista del Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña (CHUAC) (Fig. 1).

Material

La posibilidad de facturar 2 maletas con 23 Kg en cada una, nos facilitó llevar gran cantidad de material entre todos los integrantes del equipo. Todo ese material fue aportado y donado por los respectivos hospitales y clínicas donde trabajamos. Entre el instrumental quirúrgico contábamos con 3 dermatomos de mano. Conocíamos de antemano el déficit que el Saint Joseph's Catholic Hospital tiene en lo que se refiere a medicación endovenosa, por lo que en los meses previos a la campaña reunimos una importante cantidad de antibióticos, analgésicos y corticoides parenterales. Una pequeña parte de los antibióticos y analgésicos orales, fueron donados por alguna farmacia de la localidad donde resido. Es asombroso comprobar cómo la solidaridad de las personas aflora cuando le pone rostro a la labor humanitaria. Cuando llegamos al aeropuerto internacional de Liberia (Roberts) temíamos que nos requisaran parte de este material, pero mostrar las credenciales de cooperación con el Saint Joseph's Catholic Hospital hizo que tan solo nos desordenaran alguna de las maletas. A nuestro regreso, en el mismo aeropuerto, lejos de revisarnos ninguna de nuestras pertenencias nos agradecieron la labor prestada.

El St. Joseph's Catholic Hospital cuenta con un sistema de esterilizado de material (Fig. 2), pero el personal

Fig.2. Sala de esterilización próxima al quirófano.

tenía cierta dificultad para distribuir el instrumental estéril en los equipos que íbamos a necesitar en cada cirugía. Lo solucionamos elaborando unos pequeños esquemas de lo que debía ser incluido en cada bolsa de instrumental.

En la mitad de la campaña sufrimos escasez de material de curas, por lo que en muchas ocasiones nos vimos obligados a improvisar.

El hospital

El Saint Joseph's Catholic Hospital (Fig. 3), situado a pocos metros de la playa y a unos 4-5 Km del centro de la ciudad, está ubicado en un recinto cerrado y vigilado en el que también existen viviendas para los trabajadores, una casita de lavandería, la residencia de los *brothers* (hermanos de la Orden de S. Juan de Dios), vivienda para los cooperantes y un edificio de hospitalización provisto de una Unidad de Maternidad, un área quirúrgica, un área de hospitalización, un área de urgencias, un ala de consultas externas y un mostrador de admisión. En la casa de los hermanos realizábamos todas las comidas, pero solo coincidíamos a la hora del desayuno ya que nuestra jornada de trabajo era muy larga e intensa. Aquí tenía lugar lo que llamábamos "nuestro momento internet" en que nos conectábamos con nuestras familias y con el equipo de logística español.

He de decir que el área de hospitalización (Fig. 4) me llamó bastante la atención. Ubicada en la primera planta y dividida en varios pasillos para albergar a hombres y mujeres, adultos y niños de manera independiente, está provista en la entrada de una verja con un puesto de control. Las camas se cubren con plásticos a modo de sábanas y todas están equipadas con mosquiteras.

Tras sufrir la mayor epidemia de ébola conocida hasta la fecha, en el año 2014 el hospital se vio obligado a cerrar temporalmente sus puertas por la importante disminución de su personal sanitario, hecho que toda-

Fig.3. El hospital: A. Entrada al recinto, B. Área de urgencias, C. Casa de los cooperantes en el centro de la foto y al fondo.

Fig.4. Zona de camas en el área de hospitalización.

vía está latente y se refleja en todas sus instalaciones. El hospital reabrió sus puertas nuevamente muy pronto, en noviembre de 2014 en plena crisis de ébola para albergar a las mujeres embarazadas, lo que les supuso ganarse el merecido respeto de toda la comunidad. Desde entonces

ha ido recuperándose lentamente hasta llegar a lo que es hoy en día, un hospital con pacientes que llenan sus consultas, aloja a equipos de cooperantes a lo largo del año e incluso ha iniciado algún proyecto de investigación sobre la malaria en sus laboratorios.

Los protocolos de prevención y vigilancia del ébola siguen vigentes y es característica la presencia de taburetes de madera con bidones de plástico con agua y un grifo para facilitar el lavado de manos, así como botes desinfectantes de manos en todos los mostradores y mesas. Se mantiene la zona de triaje a la entrada del hospital, con registro de temperatura a todos los pacientes que entran en el mismo y unidades de aislamiento que se utilizan en casos sospechosos. Siguen empleando trajes de protección (Fig. 5) en casos muy concretos en quirófano o para manipular los cuerpos de los fallecidos que desgraciadamente, todavía son muy numerosos. Liberia,

Fig.5. Trajes de protección especiales que utilizamos los primeros días en quirófano.

como otros muchos países africanos, tiene un alto índice de mortalidad y una elevada tasa de pacientes con malaria, tuberculosis e infección por VIH/SIDA.

En el exterior del hospital, pegado al recinto, existe todo un mercadillo de pequeños puestos donde pueden adquirirse desde bebidas, alimentos, hasta tarjetas de recarga para el móvil y donde acudíamos a diario, una vez finalizada nuestra jornada de trabajo, para adquirir agua embotellada.

Actividad durante la campaña y protocolo de actuación

Nuestra Campaña transcurrió entre los días 11 y 25 de noviembre de 2018.

El primer día de actividad, tras nuestra llegada el día 12 a altas horas de la madrugada, organizamos una reunión con el personal del hospital que se presentó y nos mostró las instalaciones. No conocimos al Hermano Peter Dawoh, director del hospital, que estuvo ausente durante los días que duró nuestra misión por encontrarse en España. Toda la dirección de la campaña la realizó el Dr. Senga, cirujano general y director médico del hospital.

Ese primer día ya tenían preparados alrededor de 80 pacientes para valorar en consultas. Debido a la gran cantidad de material que llevábamos, parte de nuestro tiempo de este primer día lo dedicamos también a colocar todo en las estanterías de los quirófanos, quirófanos que debido a las circunstancias, convertiríamos en nuestro cuartel general.

Inicialmente nos distribuimos en 2 salas de consultas comunicadas entre sí e íbamos elaborando las listas de pacientes a operar, consultando en todo momento con el anestesista la indicación anestésica. A cada paciente le realizamos una pequeña historia clínica, cumplimentamos el consiguiente consentimiento informado y le adjudicamos una etiqueta roja o azul según la prioridad del caso, estableciendo como mayor prioridad aquellas patologías con mayor repercusión funcional o los casos de mayor complejidad que iban a necesitar una mayor vigilancia postoperatoria. En esta ocasión, como en tantas otras durante el periodo que estuvimos allí, la ayuda de la enfermería fue esencial para el buen entendimiento con los pacientes ya que el inglés que hablan los nativos liberianos tiene sus connotaciones especiales.

El hospital tiene la posibilidad de realizar análisis básicos y radiografías simples pero no de manera rutinaria, por lo que en ningún caso solicitamos estudios preoperatorios.

Fue en este primer día de consultas cuando conocimos a un paciente que nos dejó realmente impresionados (Fig. 6 y 7). Cuánto sufrimiento, pero cuánta resignación y valor. Tenía poco más de 16 años y había sufrido quemaduras en la cara y el cuello producidas por ácido, supuestamente en una agresión. Llevaba más de 2 meses sin ningún tipo de tratamiento, no veía por su ojo izquierdo y apenas era capaz de comer. Ocupó gran parte de nuestro tiempo allí y se instaló de manera permanente en nuestros corazones.

El primer día de consulta ya teníamos programación quirúrgica para los 4 primeros días completos de los 5 días de la semana, distribuidos en los 2 quirófanos: uno para anestesia local y otro para anestesia general. Sin embargo, nos comunicaron que no podíamos iniciar la actividad quirúrgica hasta que no pasásemos una entrevista en el Colegio de Médicos de Liberia, condición indispensable para ejercer en el país y que se había instaurado hacía poco más de un año. Continuamos por tanto con la consulta y programando los quirófanos, que se completaron prácticamente en los 4 primeros días, pero sin iniciar nuestra actividad quirúrgica hasta el tercer día desde nuestra llegada.

El segundo día, la consulta fue realizada enteramente por el Dr. Romaní mientras que la Dra. López Suso y yo estábamos citadas en el Colegio de Médicos de Liberia. Pero es ¡África! Y todo allí lleva otro ritmo. Es aquí donde adquiere sentido una frase muy utilizada en el continente: "si ha de venir, vendrá". Tras largas horas de espera y después de acudir en 2 ocasiones al Colegio de Médicos... "vino". Fuimos sometidas al escrutinio de un comité de médicos de distintas especialidades presidido por la directora del Colegio de Médicos Liberia-

Fig.6. Joven de 16 años con quemaduras por ácido.

Fig.7. El mismo paciente tras haber sido sometido a injertos cutáneos autólogos

no. Simplemente preguntas como ¿cuántos años lleva de ejercicio profesional?, ¿qué patologías trata con mayor frecuencia?, ¿impartirá docencia a nuestros equipos para que puedan hacer un adecuado control postoperatorio? Preguntas todas ellas lógicas en un país con un sistema sanitario muy debilitado, con una alta tasa de morbilidad y mortalidad y que anhela que los cooperantes que allí acudan sean lo más eficaces posible. Finalmente, los 3 cirujanos obtuvimos nuestro carnet del colegio liberiano que nos permitía ejercer nuestra especialidad tan solo durante 1 mes. El anestesta estuvo exento de este requisito. Pero habíamos perdido 2 valiosos días de actividad

quirúrgica, que no eran nada despreciables y que de una manera u otra debíamos recuperar.

Vimos en consulta unos 132 pacientes; de estos, 6 fueron tratados en consulta y 79 fueron intervenidos quirúrgicamente.

Contábamos con 2 quirófanos contiguos y una sala de reanimación anexa, pero con un único respirador disponible, por lo que destinamos el quirófano más pequeño a las cirugías con anestesia local. Éramos tan solo 3 cirujanos y las intervenciones se repartieron indistintamente, según lo que habíamos establecido la noche anterior (Fig. 8). En la sala de la casa de cooperantes, tras finalizar la

Fig.8. A. El equipo quirúrgico completo en una de las cirugías. B. La Dra. Nóvoa con Benetta, instrumentista del hospital.

jornada quirúrgica, discutíamos los casos programados para el día siguiente. El anestesta fue una ayuda valiosísima para un equipo quirúrgico tan reducido. Actuó de ayudante, de enfermero circulante proporcionándonos el material, se ocupaba íntegramente del postoperatorio inmediato, pautaba la medicación para planta que le comentábamos previamente; para cualquier cosa que le solicitásemos estaba siempre disponible. Sin su colaboración hubiese sido difícil llevar a cabo nuestra programación quirúrgica en tan pocos días.

La sala de reanimación (Fig. 9) es una sala anexa a los quirófanos que se utilizaba para el postoperatorio y como sala de espera para los pacientes pendientes de intervención o revisión. Tiene 3 camas y 1 solo monitor. No dispone normalmente de oxígeno y aunque podría llevarse una bombona hasta allí, tampoco dispone de muchos sistemas de administración. Una enfermera se encarga de esta sala por las mañanas, pero por las tardes solo queda el personal de guardia de quirófano, que instrumentaba en las intervenciones; los pacientes eran enteramente controlados por el anestesta hasta que podíamos enviar al paciente a planta.

Fig.9. Sala de reanimación.

En cuanto a los cuidados postquirúrgicos, realizamos las curas postoperatorias tanto de los pacientes ingresados como de los pacientes ambulatorios en el quirófano de locales, a primera hora de la mañana por distintos motivos: 1) todo el material estaba concentrado en los quirófanos; 2) a pesar de que a las 8.30 de la mañana ya estábamos en el área quirúrgica, el personal instrumentista no iniciaba su actividad hasta las 9.30; 3) éramos un equipo pequeño con pocas posibilidades de dividirnos; y 4) la posibilidad de tratar cualquier complicación en el momento de detectarla (tuvimos 3 complicaciones menores de sangrado, drenaje de hematoma y resutura).

El personal de enfermería resultó ser extraordinario, muy colaborador y eficiente, tanto en consultas, en planta, como en la instrumentación quirúrgica, pero quizá destacar entre todos ellos a Fathia, una de las enfermeras de anestesia y supervisora del área quirúrgica, que se empeñó en facilitarnos el trabajo en la medida de sus posibilidades.

Realizamos intervenciones hasta el último día, incluso el mismo día de nuestra partida. Dado que no fue posible el control postquirúrgico de los últimos pacientes intervenidos, optamos por ofrecer al personal de enfermería la posibilidad de contactar con nosotros vía WhatsApp o por correo electrónico para resolver cualquier duda o problema que se pudiese plantear.

Integración social

Tenemos que decir que, aunque fueron pocos días de estancia en Monrovia y salvadas las trabas iniciales, logramos integrarnos en cierta medida con la gente y el lugar gracias en gran parte a la presencia de una doctora española que participaba en un proyecto de investigación sobre la malaria, la Dra. Cristina Muñoz. Nos sirvió de guía, traductora e informadora de las costumbres y creencias más ocultas del país. Con ella y en el poco

Fig.10. La Dra. Muñoz y el Dr. Romaní en la sala de reuniones del hospital.

tiempo de que disponíamos, recorrimos las calles y lugares más emblemáticos de Liberia, asistimos a sus actos religiosos, probamos algunos de sus platos y visitamos sus playas (Fig.10).

Resultados

Inicialmente teníamos preconcebido nuestro plan de actuación basándonos en la experiencia de los 2 equipos predecesores en cuanto a cómo organizar las consultas y la programación quirúrgica y en relación con la patología más probable que se nos iba a presentar. La demora en los trámites burocráticos requirió que nos adaptásemos de forma rápida y eficaz a las circunstancias. Valoramos 132 pacientes (Tabla I) en consultas, casi en su totalidad

Tabla I. Registro de actividad

Procedimiento	Número de casos
Pacientes valorados en consulta	132
Pacientes tratados en consulta	6
Pacientes seleccionados para cirugía	81
Pacientes intervenidos en quirófano	79
Pacientes rechazados para cirugía	45

en los 2 primeros días, completando prácticamente el plan quirúrgico. En los días sucesivos el Dr. Senga nos solicitó en varias ocasiones que valorásemos algún paciente que consideraba prioritario e intentábamos intervenirlo. Seis pacientes fueron tratados en la propia consulta, 81 fueron seleccionados para cirugía y 79 fueron finalmente intervenidos. Los 45 pacientes restantes (Tabla II) fueron rechazados. Aunque muchos de los pacientes fueron correctamente preseleccionados, 11 se rechazaron por corresponder a procesos habitualmente tratados por cirugía

Tabla II. Pacientes rechazados para cirugía

Procesos	Número de casos
Patología tratada por cirujanos generales	11
Patología ósteo-articular	5
Secuelas sin repercusión funcional	4
Elevada morbilidad*	25

*Pacientes con enfermedades asociadas y/o patologías complejas

general (bocio, hernia inguinal o hemorroides). Otros 5 pacientes presentaban procesos ósteo-articulares, como fracturas de fémur de larga evolución y no contábamos con ningún traumatólogo en nuestro equipo. En otros 4 casos consideramos que eran pacientes con secuelas pero sin ninguna repercusión funcional. El resto de los pacientes fueron rechazados por la presencia de alguna enfermedad asociada o por la complejidad para realizar un postoperatorio adecuado a los medios y tiempo del que disponíamos sin crear una mayor morbilidad.

Llevamos a cabo 81 procedimientos quirúrgicos (Tabla III) en los que fueron intervenidos 79 pacientes: 34 pacientes con presencia de anestesta y 45 con anestesia local. De esos 79 pacientes, 2 fueron intervenidos en 2 sesiones quirúrgicas: uno fue el joven de 16 años con quemaduras de cabeza y cuello y el otro fue un adulto con un tumor extraordinariamente grande y multicéntrico. Del total de pacientes operados, 8 fueron niños menores de 14 años. En cuanto al sexo, no podemos especificar cuántos hombres y cuántas mujeres con exactitud, aunque listamos sus nombres.

Tabla III. Procedimientos anestésicos

Anestesia	Nº de pacientes	Nº de procedimientos
General	22	24
Sedación profunda	8	8
Anestesia regional	4	4
Anestesia local	45	45

Entre los procesos patológicos registrados en nuestra campaña el 48% correspondieron a secuelas cicatriciales (Figs.11 y 12), de las que casi el 24% afectaban a las manos (9 pacientes), en un 13% de los casos (5 pacientes) existía retracción palpebral y en el 11% de los casos intervenidos existía retracción cervical. En gran parte de estos pacientes intervenimos más de una localización (20

Fig.11 A y B. Algunas de las secuelas cicatriciales y retráctiles intervenidas, secundarias a quemaduras.

Fig.12 A y B. Graves secuelas cicatriciales en manos por quemadura en 2 mujeres adultas con importante repercusión funcional

Fig.13. Varón joven, con un tumor ulcerado y multicéntrico.

Fig. 14. Mujer joven con tumoración intranasal que ocupaba toda la cavidad nasal izda.

casos). Ante este tipo de patologías optamos por coberturas con plastias locales, colgajos fasciocutáneos, algún colgajo perforante e injertos laminares como método complementario.

Los tumores intervenidos supusieron el 34% de la patología tratada. Hay que destacar que se trataba de tumores de un tamaño extraordinariamente grande, que rara vez vemos en el mundo occidental. Evidentemente, no

podemos distribuirlos entre benignos o malignos ya que no disponíamos de ningún tipo de estudio histológico (Figs.13-16).

Tratamos también 3 casos urgentes, entre ellos una quemadura, una herida en dorso de mano y una extrusión de una placa de osteosíntesis mandibular.

Como ya corroboraron las 2 campañas anteriores, la incidencia de malformaciones congénitas es menor en

Fig. 15. Varón de 70 años con lipoma de enormes proporciones que le dificultaba la bipedestación.

Fig.16. Niña de 8 años con tumoración de partes blandas en región glabella.

Fig.17. Tan solo fueron intervenidos 3 casos de malformaciones congénitas: bebe de 3 meses de edad con labio leporino.

Fig.18 A. Diversas lesiones de larga evolución sufridas por agresión.

Fig.18 B. Pérdida traumática del pabellón auricular.

Fig. 18 C. Úlcera de larga evolución que impedía la extensión de la rodilla.

Liberia que en otros países como Perú (país elegido para anteriores campañas de la SECPRE), por lo que solo intervinimos 3 casos: una sindactilia bilateral y un labio leporino en 2 bebés de 4 y 3 meses respectivamente y una clinodactilia en un varón adulto (Fig. 17).

El resto de las patologías englobadas en el grupo “otras” corresponde a ulceraciones y pérdidas de sustancia postraumáticas de larga evolución (Fig. 18).

En los 34 pacientes que requirieron la presencia de anestesista realizamos 36 actuaciones quirúrgicas (Tabla III): 24 con anestesia general, 8 con sedación profunda y 4 con anestesia regional (raquídea).

Tratamos 3 complicaciones menores en el postoperatorio inmediato: drenaje de hematoma en 2 tumores de parótida y un sangrado con posterior resutura en un ectropión cicatricial. Otra de las pacientes intervenidas sufrió una depresión respiratoria a su llegada a reanimación que precisó traslado de nuevo al quirófano para ventilación y que se recuperó sin nuevos incidentes.

Discusión

La función primordial del personal de la salud no es otra que proteger la salud física y mental de las personas y aliviar su sufrimiento. Cualquier misión humanitaria, ya sea en tiempo de paz, durante conflictos armados o en situaciones de emergencia por grandes catástrofes, debe acogerse a unos principios fundamentales,⁽³⁾ éticos y operativos, entre los que destacan la humanidad para proporcionar un trato respetuoso con la dignidad humana orientado a aliviar el sufrimiento; la imparcialidad que implica que la ayuda humanitaria debe proporcionarse a las personas en función de sus necesidades, no en función de cualquier otro criterio que suponga discriminación por raza, sexo, o ideología; y la universalidad, dado que cualquier víctima de un desastre natural o humano debe ser socorrida, independientemente de toda diferencia de cualquier tipo.

Un paso decisivo en la evolución de la ayuda humanitaria fue la aparición de las ONG, organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro surgidas de la sociedad civil. Las ONG se han establecido en nuestra sociedad ocupando un espacio cada vez mayor, abriendo caminos a la participación de personas con capacidades y conocimientos muy diversos en un intento de acercar realidades que requieren de toda nuestra atención. En este sentido, Juan Ciudad, ONG de la orden de S. Juan de Dios, lleva años acercando la Cirugía Plástica a personas que han sufrido la crueldad de la pobreza, la destrucción de las guerras, el aplastamiento implacable de las epidemias o son víctimas de costumbres ancestrales, personas estigmatizadas y aisladas de la

sociedad en la que viven,⁽⁴⁾ incapaces de dar salida a su frustración.

Cada vez se realizan más campañas humanitarias en las que intervienen los cirujanos plásticos y está sobradamente justificada nuestra presencia en estas misiones. Cada vez deben ser más las personas que conozcan lo que nuestra especialidad puede aportar a la sociedad en general, y esto es lo que justifica la publicación de este tipo de artículos.

Toda campaña requiere una preparación rigurosa para conseguir su objetivo. Es importante conocer de antemano a qué tipo de patología nos vamos a enfrentar, los medios de los que vamos a disponer tanto materiales, instrumentales o humanos, así como dónde nos vamos a ubicar (hospital, consultorio...). La documentación y los registros de las campañas previas tienen un interés especial a la hora de llevar a cabo esta planificación. También es fundamental la correcta selección de los pacientes, teniendo en cuenta no solo nuestra capacitación técnica sino el entorno y las condiciones en las que vamos a trabajar, sin necesidad de heroicidades ni complicaciones añadidas que por naturaleza ya son propias de nuestra labor. La capacidad de improvisación es especialmente útil en una especialidad como la nuestra. La patología que tratamos en nuestra campaña fue muy similar a la registrada en campañas anteriores. Siempre existen pequeñas diferencias que quizá se deben más a las decisiones del propio equipo que a la patología preseleccionada de antemano.

Por otro lado debemos además estar en buena forma física⁽⁵⁾ para soportar las largas jornadas de trabajo y planificar de forma ordenada nuestra rutina diaria, pero hay que tener flexibilidad y capacidad para reformular los planes en un momento determinado.

Finalmente, es fundamental conocer nuestro entorno, integrarnos lo más posible con sus gentes; tener capacidad para adaptarse⁽⁶⁾ y respetar sus costumbres nos puede ayudar a desarrollar con mayor éxito nuestra labor. Los liberianos no son un pueblo especialmente expresivo, pero sí agradecido.

Conclusiones

Las campañas quirúrgicas humanitarias protagonizadas por cirujanos plásticos solucionan grandes problemas a personas que lo necesitan, pero tienen un tiempo limitado de duración y siempre pensamos que no hemos hecho lo suficiente.

Nuestra especialidad abarca un amplio campo de actuación, lo que nos permite resolver gran variedad de patologías con escasos medios. En países en vías de desarrollo, donde el sistema sanitario es totalmente deficiente

tario, podemos contribuir a mejorar la calidad de vida de personas que viven en exclusión social y de personas cuya limitación funcional no les permite cuidar de sí mismos.

La continuidad de estas campañas es necesaria, y aunque a veces pueda parecer que hacemos un enorme sacrificio, siempre recibimos mucho más de lo que hemos dado a cambio.

Agradecimientos

A Jesús Barón (SECPRE) y Belén Jiménez (responsable del voluntariado de la ONG Juan Ciudad) por habernos apoyado durante toda la campaña. A los hermanos de la Orden de San Juan de Dios y a todo el personal del Saint Joseph's Catholic Hospital por haber facilitado nuestra labor.

Dirección del autor

Dra. Margarita Nóvoa
Servicio de Cirugía Plástica y Quemados
Hospital Povisa
Rúa de Salamanca, 5
36211 Vigo, Pontevedra, España
Correo electrónico: mnova@povisa.es

Bibliografía

1. **Barón Thaidigsmann J.** Campañas quirúrgicas humanitarias de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética en colaboración con los hermanos de San Juan de Dios. *Cir. plást. ibero-latinoam* 2017, 43 (4): 425-437.
2. **Laredo Ortíz C. y col.** Nuestra experiencia en campaña humanitaria en Liberia. *Cir. plást. ibero-latinoam*. 2018,44(2):231-242.
3. **Rodríguez Villasante y Prieto J.L.** Principios éticos de la asistencia sanitaria en tiempos de conflicto armado y situaciones de emergencia. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud*,2017;2 (2): 79-86.
4. **Vallarta Rodríguez A, Morales Olivera JM, Duarte y Sánchez A.** La Cirugía Plástica y su labor humanitaria en México. *Cir. Plást. ibero-latinoam* 2015. 41 (3): 335-343.
5. **Lorda Barraquer E.** La Sociedad Española de Cirugía Plástica viaja a África: mi experiencia en Togo y Liberia. *Cir. plást. ibero-latinoam* 2017, 43(2): 203-216.
6. **Berenguer B, González Meli B, Bernabéu T.** Cirugía Plástica Infantil en campaña humanitaria en Guinea Ecuatorial. *Cir. plást. ibero-latinoam* 2015, 41(3):335-343.