

# La Sociedad Española de Cirugía Plástica viaja a África. Mi experiencia en Togo y Liberia

## Spanish Society of Plastic Surgery in Africa. My experience in Togo and Liberia



Lorda Barraguer, E.

Elena LORDA-BARRAGUER\*

### Resumen

En este artículo pretendo explicar mi experiencia en 5 campañas quirúrgicas en África. El último de estos viajes en noviembre de 2016 supuso el inicio de la cooperación internacional de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética en ese continente. También, dejar constancia de que es posible llevar a cabo una cirugía reconstructiva eficaz con recursos limitados si se cuenta con un buen apoyo logístico local. Y de lo necesaria que es nuestra cirugía capaz de mejorar la calidad de vida de muchos pacientes, lo que se pone de manifiesto incluso en estas expediciones sanitarias aunque sean de corta duración.

Una vez registrada nuestra casuística, constatamos que los procesos patológicos intervenidos con más frecuencia son las secuelas de quemaduras, el labio leporino y las úlceras.

Describo las condiciones de trabajo que hemos encontrado para facilitar futuras expediciones de otros colegas a quienes recomiendo encarecidamente esta experiencia.

### Abstract

In this article I explain my experience during my visits to Africa in 5 different surgical campaigns, including the first one of the Spanish Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery Society in Liberia. I would like to point out that it is possible to do an efficient reconstructive surgery with limited resources if good local logistics are present. Even if international cooperation visits are short in time, plastic and reconstructive surgery is capable of enhancing the quality of life of lots of African patients making these trips necessary.

After reviewing all our cases, we observed that burn sequels, cleft lips and skin ulcers are the most common type of pathologies encountered.

I also describe the work conditions I encountered and our methodology to help future expeditions, an experience I strongly recommend all my colleagues to do.

**Palabras clave** Cirugía Plástica humanitaria,  
Anomalías congénitas,  
Secuelas de quemaduras.

**Recibido (esta versión)** 25 mayo/2017

**Aceptado** 12 junio/2017

**Key words** Humanitarian Plastic Surgery,  
Congenital malformations,  
Burns sequels

**Received (this version)** 25 may/2017

**Accepted** 12 june/2017

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

\* Cirujana Plástica, Jefa del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España.



## Introducción

Nunca pensé contar mi experiencia en cooperación sanitaria internacional, pero en noviembre de 2016 viajé a Liberia formando parte del equipo que la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE) envió al St. Joseph's Catholic Hospital de Monrovia (Liberia), a través de la organización no gubernamental Juan Ciudad ONGD,<sup>(1)</sup> por lo que me siento en la obligación de transmitir mis impresiones y creo que puedo contribuir a que otros compañeros se animen a una labor de este tipo. En los 4 años anteriores ya había acudido a la región norte de Togo, a la misión de Saint Orione en Bombouaka (Fig. 1) Todas mis expediciones han sido de 2 semanas de duración cada una de ellas.

En estas 5 campañas hemos intervenido a 181 pacientes de cirugía reconstructiva, fundamentalmente por úlceras, por secuelas de quemaduras graves y por malformaciones congénitas.

Han sido experiencias muy distintas, ya que en la misión de Bombouaka en Togo no había ningún hospital, ninguna infraestructura quirúrgica cuando fuimos por primera vez. Iba sola como cirujana plástica, aunque se trataba de una expedición médico-quirúrgica multidisciplinar, con traumatólogos y ginecólogos entre otros. Y en Liberia, sin embargo, hemos estado trabajando inmersos en un hospital con recursos adecuados aunque limitados y rodeados de sanitarios bien formados, lo que ofrece posibilidades quirúrgicas mayores. Estuve esta vez acompañada por otra

compañera, la Dra. María Teresa Fernández, estupenda cirujana plástica, mucho más joven que yo y una ayuda inestimable.

Mi objetivo en este artículo es reivindicar una vez más la grandeza de nuestra especialidad por sus características peculiares. Los cirujanos plásticos podemos contribuir extraordinariamente a mejorar la calidad de vida de muchas personas. Sin entrar en las razones que mantienen la desigualdad en el mundo, en estos países eufemísticamente llamados “países en desarrollo” hay POBREZA, pobreza real que se detecta en el índice de malnutrición, la prevalencia de malformaciones congénitas, en la incidencia de quemaduras por fuego, en las secuelas tan graves que estas provocan, en los estadios tan avanzados con que se presentan los tumores, etc, etc. También hay grandes diferencias sociales y los pacientes que nosotros tratamos siempre han sido los más vulnerables de estas comunidades, en muchas ocasiones niños o minusválidos. Casi ninguno de ellos tendría opción de ser operado fuera de estas campañas de cooperación. Las técnicas de cirugía reconstructiva que para nosotros son básicas pueden hacer un gran bien a todos estos pacientes. No sería justo por mi parte no reconocer la extraordinaria importancia de un médico anestesiólogo con experiencia, que comprenda nuestra cirugía y sea un “todo terreno” como la Dra. Maite Ibáñez, que me ha acompañado en mis 5 viajes.

A continuación intentaré trasladar mis experiencias al esquema de un artículo científico en lo que se refiere a descripción de procedimientos y recogida de casuística, pero es realmente difícil hacerlo, porque las características de un viaje de cooperación a África poco tienen que ver con nuestro día a día en un hospital del primer mundo. La primera vez que me propusieron ir a Togo, lo hicieron porque habían detectado en una expedición anterior de oftalmólogos que había muchos niños con malformaciones sin operar. Contesté que sí sin dudar, pero no sabía muy bien a donde iba, ni qué condiciones de trabajo encontraría. ¿Soy una inconsciente? ¿Una aventurera? ¿Me aburro en mi trabajo habitual? ¿Medio monja? Nada de eso. Pensé que tenía ya una experiencia larga en un hospital de la sanidad pública en España y me sentía privilegiada por tantos años de ejercer la Medicina y la Cirugía Reconstructiva, lo que sea dicho de paso, me ha dado muchas satisfacciones. En nuestro país tenemos la gran suerte de contar con una sanidad pública excelente que cubre las necesidades de toda la población. La solicitud de trabajar de modo solidario y altruista en otro país me ofreció la oportunidad de saldar esa deuda moral que sentía con las personas más desfavorecidas y poder devolver así una pequeña parte de mis privilegios.

## Material y método

El trabajo desarrollado en los dos países ha sido diferente, no por el tipo de cirugía ni las técnicas quirúrgicas



Fig. 1. Mapa de situación geográfica de Togo y Liberia.



utilizadas, sino por las condiciones sociales, sanitarias y las características de los viajes que me llevaron allí.

Bombouaka, en Togo, se encuentra en un entorno rural y las campañas se llevaron a cabo en una misión católica tipo orfanato, sin ninguna infraestructura sanitaria hasta entonces. Nos ayudaron los propios misioneros y los pocos fisioterapeutas del centro que trabajan allí contratados durante todo el año, al tratarse de un centro de acogida de minusválidos físicos. Para ellos suponía un esfuerzo ímprobo tanta actividad acumulada en 2 semanas. Sólo 2 enfermeros titulados se hacían cargo de los postoperatorios y aunque dejábamos instrucciones para las curas posteriores, nunca es fácil saber a largo plazo la evolución de los pacientes allí operados. En contadas ocasiones hemos tenido la alegría de volver a ver a nuestros pacientes intervenidos (Fig. 2).

En cambio en Monrovia, el St. Joseph Hospital de la orden de San Juan de Dios es un centro hospitalario con todas las instalaciones francamente muy bien equipadas, como explicaré a continuación. El postoperatorio de los pacientes intervenidos está asegurado en cuanto a cuidados médicos y de enfermería. Según nos explicó Belén Jiménez, la coordinadora de Juan Ciudad ONGD, cada centro de la orden que solicita médicos cooperantes no sólo se compromete a darles alojamiento y manutención durante su estancia, sino que se responsabiliza de los cursos postoperatorios de los pacientes tratados, sean exitosos o haya complicaciones.

Por lo que se refiere a la organización de los viajes, mencionar que los desplazamientos a Togo del equipo médico fueron financiados por la asociación Chambbaá; la SECPRE sufragó los gastos de viaje a Liberia, mientras que la orden de San Juan de Dios, representada por su ONGD Juan Ciudad, contribuyó al alojamiento y manutención del equipo médico durante su estancia.

Cada vez hemos contactado previamente con los responsables de los centros, los misioneros en Togo, y el Dr. Senga en Monrovia, y antes de desplazarnos ya habíamos aclarado los procedimientos que podríamos llevar a cabo, de modo que todos los pacientes de este estudio habían sido siempre preseleccionados antes de nuestra llegada al país. Después fueron vistos por mí a mi llegada, durante los 2 primeros días de estancia allí, para corroborar que estaba indicada la cirugía y que la podíamos llevar a cabo. Además a todos los pacientes se les explicó la intervención a realizar, las opciones de éxito o mejoría que lograríamos y los cuidados o nuevas intervenciones que podrían ser necesarias. Las expectativas de muchos de estos pacientes eran extremadamente altas, así que algunos quedaban decepcionados tras nuestra entrevista en consulta y no quisieron operarse. Aún con todo, el hecho de tener ocasión para explicar su dolencia y sentirse escuchados les resultó muy satisfactorio, según nos hicieron saber los traductores. La diferencia de idioma añadió dificultad a nuestro trabajo, y aunque hablamos francés e inglés, muchas veces perdíamos mti-



Fig. 2. A. Niña de 3 años con secuelas de quemaduras por fuego. B. La misma niña un año después, tras Z-plastias e injertos en axila en un único acto quirúrgico.

ces que provocaban situaciones extrañas o divertidas con el personal sanitario, pero que también alargaban el tiempo de consulta con los enfermos.

### Experiencia en Togo (años 2012-2015)

En mayo de 2012 formé parte de un grupo entusiasta de 15 médicos y cirujanos de varias especialidades de la asociación Chambbaa<sup>(2)</sup> que viajamos a la zona norte de Togo, a la región de Les Savanes. Es la zona más pobre del país, de difícil acceso y muy mal comunicada entonces. Hoy se ha construido una carretera para comunicar esta región del norte con el puerto atlántico de la capital, Lomé.

Togo es uno de los países más pequeños del continente africano, un país largo y estrecho, con 45 Km de costa atlántica en el sur. Fue colonia alemana, pasó a depender de Francia posteriormente y se independizó en 1960. Sigue siendo un país agrícola de subsistencia. La pobreza afecta al 58% de la población y sólo un 4% tiene acceso a cobertura sanitaria, aunque las perspectivas van mejorando. La población que tiene el privilegio de estar escolarizada aprende francés, la lengua oficial, pero siguen utilizando múltiples dialectos. Nuestros pacientes hablaban *moba*, por lo que necesitábamos que los empleados de la misión nos tradujeran del *moba* al francés. En cuanto a sus creencias, un 60% son animistas, aproximadamente un 20% son cristianos y un 20% son musulmanes, grupo que se ha incrementado en estos últimos años.



Fig. 3. Viviendas tradicionales en Les Savanes (Togo).



Fig. 4. Niñas trayendo agua del pozo que funciona manualmente. Suelen ser las encargadas de hacerlo antes de ir a la escuela.

En Les Savanes la vivienda tradicional son las chozas de barro con techo de paja que poco a poco van cambiando por uralita, en un intento, equivocado en mi opinión, de modernizarse (Fig. 3 y 4). El calor debajo de ese tejado de uralita es aún peor. El clima es tropical, muy húmedo y aunque siempre hemos viajado intentando esquivar la época de lluvias, he de reconocer que el calor nos dejaba exhaustos. Se guisa con fuego abierto, lo que ha contribuido a desertizar el país (Fig. 5). También es la causa de que haya tantos niños quemados con tan graves secuelas. Las misiones cristianas en esa zona son centros de educación y puntos estratégicos de ayuda para los más pobres, aunque en ocasiones son vistas con recelo por el gobierno del país.

En aquel primer viaje fuimos a inaugurar un pequeño bloque quirúrgico que se había construido en el terreno de la misión católica de San Orione, en Bombouaka, a 50 Km de Dapaong, la ciudad principal de esa región. El centro Saint Louis Orione acoge a niños minusválidos físicos muchos de ellos abandonados por sus familias, incapaces de hacer frente a las necesidades de estos niños. La poliomielitis sigue haciendo estragos, dejando todavía a muchos niños y niñas con secuelas importantes. En el centro no sólo se les da alojamiento y comida, sino que reciben una educación básica y cuando son adolescentes, aquellos que son capaces y lo desean, pueden adquirir una formación profesional. De este modo acceden a un trabajo digno. El electricista de nuestro quirófano fue formado en el centro, por ejemplo.

La equipación del quirófano fue posible gracias a donaciones de la Fundación Mapfre Guanarteme. Un contenedor con las mesas de quirófano, monitores, electrobisturí, etc ya había salido para allá meses antes de nuestra llegada transportado por barco desde España hasta Lomé, la capital, y después en camión por carretera hasta esta misión en la sabana togolesa. En ese contexto, la verdad es que no tenía ni idea de si podríamos siquiera operar ya que necesitábamos montar el quirófano entero, completo, y desconocíamos las condiciones que íbamos a encontrar allí. Me acompañaba mi enfermera instrumen-



Fig. 5. Cocinando con fuego abierto.



tista, Rosa González, con experiencia en quemados, cirugía de urgencias y muchos años de profesión a la espalda.

Viajamos desde España a Ouagadougou, capital de Burkina Faso vía Casablanca. Llegamos de madrugada y pasamos allí esa noche. A la mañana siguiente continuamos camino por carreteras infernales durante unas 8-9 horas hasta cerca de Daluac, donde estábamos alojados muy cerca de Dapaong. Cada día teníamos que recorrer unos 45 minutos hasta la misión de San Orione, donde operábamos. El viaje en furgoneta por aquellas carreteras fue sin duda ¡lo más peligroso que hemos hecho en estas campañas!.



Fig. 6. Niña de 12 años con retracción axilar por secuelas de quemaduras.

La sala operatoria recién construida la compartíamos con los traumatólogos y cirujanos generales. Nos turnábamos en 2 mesas quirúrgicas paralelas, separadas por un biombo africano muy colorido. Luego lo retiramos. Era más fácil la circulación de todos, cirujanos, enfermeras y anestésistas. Descubrí lo práctico que resultaba pedir opinión a un compañero de otra especialidad si lo tenías a medio metro de distancia, operando en la mesa de al lado. No teníamos respiradores, máquinas de anestesia ni buena lámpara quirúrgica. La luz eléctrica se iba a menudo, así que operábamos con una linterna frontal. Como digo, la experiencia y pericia de los anestésistas fue esencial. Intervenimos quirúrgicamente secuelas de quemaduras, labios leporinos, úlceras, tumores y la realidad nos desbordó. Desde la misión de San Orione habían hecho un llamamiento a la población local y había acudido tal cantidad de personas que fue difícil decidir a quién operar y a quién no.

Al ver la gravedad de los casos clínicos que habían pre-seleccionado me pregunté si teníamos medios para intervenirlos, pero cuando la necesidad es tan grande y la opción para ser operados es la única que tienen, no hay nada que pensar. Di prioridad a aquellos que se podían be-



Fig. 7. Niña de 9 años con secuelas y bridas postquemadura en cuello y axila.



Fig. 8. A. Niño de 2 años con labio leporino izquierdo. B. El mismo niño en el postoperatorio inmediato.





Fig. 9. A. Niña de 11 años con labio leporino, antes de la cirugía. B. La misma niña en la primera cura postoperatoria.



Fig. 10. Mujer con 4 hijos, con fisura labial izquierda sin operar. No sabía su edad.



Fig. 12. Niños comiendo pasta de mijo y salsa picante en el postoperatorio reciente tras cirugía por labio leporino.



Fig. 11. Habitaciones cedidas en la misión de Saint Orione (Togo) para el postoperatorio de los pacientes y para la acogida de sus familias.

nefiar más de la cirugía relativamente simple que podía llevar a cabo allí. Niños ya mayorcitos y adultos con malformaciones o bien niños con secuelas de quemaduras graves que comprometían su crecimiento y funcionalidad (Fig. 6-9). Recuerdo a una mujer ya con 4 hijos que padecía labio leporino jamás corregido (Fig. 10). Tras ser operada y corregido su defecto se fue durante la noche. Tenía que cuidar a sus hijos, y no la volvimos a ver.

Trabajamos mucho, durante muchas horas al día, con los medios que teníamos, ideando cómo sustituir lo que aquí nos parece imprescindible y allí no teníamos. Todo era precario... La buena voluntad y el esforzado trabajo de todos, incluidos los trabajadores del centro, lo hicieron posible. Conseguimos intervenir a 32 pacientes de Cirugía Plástica, pero sus condiciones durante el postoperatorio eran higiénicamente muy deficientes a pesar del esfuerzo de los misioneros por acogerlos (Fig. 11 y 12). Ideamos el apósito adhesivo “en mariposa” (Fig. 13 y 14) para los niños operados de labio leporino, que nos dio mejores resultados que las tiritas adhesivas. Aún con todo, acudían todos los días para revisión por si necesitaban una nueva cura (Fig. 15 y 16).

Los siguientes años 2013, 2014 y 2015, volvimos de nuevo y se fueron mejorando poco a poco las condiciones del bloque quirúrgico. Conseguimos un grupo eléctrico más potente que nos proporcionó luz eléctrica y aire acondicionado. Todo este material, junto con sillas de ruedas, camillas, etc, se transportaba cada año en el contenedor que partía meses antes de las campañas y que era sufragado también por la asociación. La donación de una tercera mesa quirúrgica que utilizaron alternativamente los cirujanos generales y los urólogos, aumentó el nú-





Fig. 13. Apósito recortado en forma de mariposa y recién colocado en quirófano.



14. El apósito en mariposa en una cura postoperatoria.



Fig. 15. La sala de espera.

mero de pacientes intervenidos. Funcionaba en paralelo con la de Traumatología y la mía de Cirugía Plástica (Fig. 17). También mejoramos el circuito de preparación



Fig. 16. A. Mujer de 23 años con 2 hijos, y fisura labial izquierda no operada. B. La enfermera Rosa González y la Dra. Elena Lorda atendiendo a la misma paciente en la primera cura postoperatoria.



Fig. 17. Las 3 mesas quirúrgicas ocupadas simultáneamente. La de Cirugía Plástica es la que aparece en primer término.

y el de postoperatorio inmediato de los pacientes, involucrando a los trabajadores con mejor formación del centro misionero que actuaban de intérpretes, celadores y auxiliares en quirófano.

El bloque quirúrgico de Bombouaka se ha ido convirtiendo en un centro sanitario de referencia en esa zona tan aislada y pobre, y vimos con asombro como llegaban pacientes a nuestras campañas incluso de países limítrofes como Ghana y Burkina Faso, viajando durante días, incluso a pie, una vez enterados de nuestra llegada por el



boca a boca, por la radio local o por las parroquias. Para mí supuso una tormenta de emociones difíciles de resumir. Por un lado la satisfacción de poder ayudar con mi cirugía, y por otro lado, conocer una realidad terrible de miseria y pobreza.

### Experiencia en Monrovia (Liberia)

La SECPRE mantiene una estrecha relación con la orden de los Hermanos de San Juan de Dios y desde hace muchos años ha apoyado viajes a Chiclayo (Perú); pero en 2016 las necesidades habían cambiado y desde Juan Ciudad, la ONG de esta orden, solicitaron que acudiéramos a Monrovia (Liberia), al St. Joseph Catholic Hospital, llamado allí simplemente *The Catholic*. Era la primera vez que la SECPRE viajaba a África, y como hacía ya un par de años que me había ofrecido al vocal de relaciones institucionales, Dr. Jesús Barón, se acordó de mí y me llamó. La verdad que yo esperaba ir a Perú o Guatemala, pero acepté emocionada. ¡Volvía a África! Una vez informada de que disponíamos allí de buena enfermería, se completó el grupo con la Dra. María Teresa Fernández, también cirujana plástica, con la Dra. Maite Ibáñez, anestesióloga, y con 2 traumatólogos especialis-

tas en miembro superior: el Dr. Máximo Villena y la Dra. Ana Fernández que habían compartido y disfrutado conmigo la experiencia de otros viajes a Togo.

El St. Joseph's Catholic Hospital es uno de los 2 hospitales más importantes de Liberia. Es verdad que hay otro más en la misma capital, el JFK subvencionado por EE.UU., pero es el St. Joseph Hospital el que acoge mayor número de pacientes y de manera más altruista. Es tristemente conocido por haber sufrido directamente la epidemia de virus del Ébola en 2014, ya que 9 de sus trabajadores sanitarios fallecieron contagiados por esta enfermedad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) afectó a más de 15.000 personas, muriendo más de 11.300. El hospital reabrió sus puertas en noviembre de 2014 (Fig. 18). El número de grupos de cooperantes que acudían anteriormente descendió drásticamente a partir de esta gran epidemia. En noviembre de 2016 fuimos el cuarto grupo que llegó a lo largo de ese año.

He de señalar que para entonces no había ya epidemia, las condiciones del hospital eran muy satisfactorias y el personal tanto médico como de enfermería cumplía las normas de asepsia de manera rigurosa. Pero hablar de ébola seguía siendo difícil. Los trabajadores del centro habían sufrido la epidemia y se sentían señalados por la comunidad internacional. Pocos admitían haber estado presentes durante aquellos meses en Monrovia (Fig. 19).

El St. Joseph Hospital se compone de un complejo de varios edificios que incluyen el hospital propiamente dicho, zona de lavandería y de reciclaje de residuos, casas donde viven los cargos importantes del centro, una casita para alojar a los cooperantes, y la casa de los *brothers*, donde viven los hermanos misioneros. Todo el recinto está vallado y con vigilantes de seguridad. El hospital dispone de un área de recepción de urgencias externa al edificio principal que permanece abierta durante 24 horas y donde se realiza un cribado de todos los pacientes, especialmente importante desde la epidemia de virus Ébola. Ya dentro del hospital hay una sala de partos, un área quirúrgica independiente con centro de esterilización, 2 quirófanos, sala de reanimación postoperatoria, vestuarios y sala de preparación de instrumental. En la planta baja hay una sala de reuniones, 4 consultas externas, con una sala de espera común y en la planta de hospitalización los dormitorios comunes están separados niños y adultos, hombres y mujeres. En todas las instalaciones hay aire acondicionado que funciona aceptablemente bien. La limpieza de todo el recinto es muy superior al estándar de las calles de la ciudad. Hay una preocupación evidente por la asepsia y por evitar contagios, así que en todos los pasillos y a la entrada de cada edificio hay grifos para lavarse las manos con soluciones desinfectantes. Todas las personas, pacientes, familiares y visitantes deben lavarse las manos antes de entrar (Fig. 20).

La preparación de la enfermería en general, tanto la de hospitalización como de la que nos instrumentó en quirófano, nos pareció excelente (Fig. 21 y 22). Por su



Fig. 18. El equipo en la entrada del St. Joseph's Hospital (Monrovia, Liberia). De izquierda a derecha: Dr. Villena y Dra. Ana Fernández traumatólogos, Dra. Lorda y Dra. Fernández cirujanas plásticas y Dra. Ibáñez anestesióloga.



Fig. 19. Vista del barrio de West Point en Monrovia (Liberia), duramente castigado por la epidemia de virus Ébola en 2014.





Fig. 20. La Dra. Maite Fernández a la entrada del hospital St. Joseph (Monrovia, Liberia), junto al sistema para desinfección obligatoria de manos.

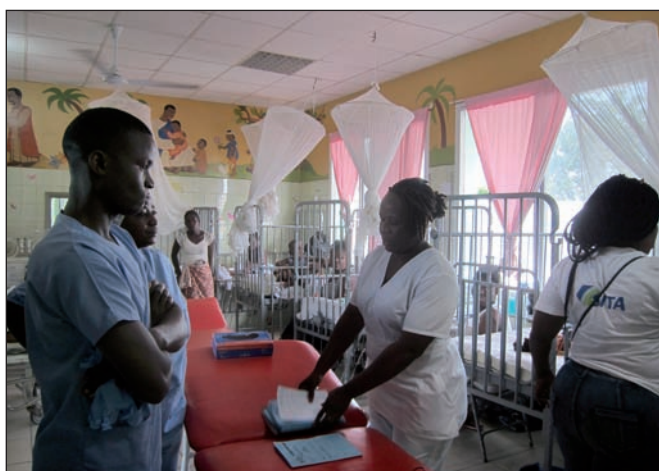


Fig. 21. La Sala de hospitalización de niños en el St. Joseph's Hospital de Monrovia (Liberia).



Fig. 22. En quirófano del St- Joseph's Hospital (Monrovia, Liberia) interviniendo todo el equipo quirúrgico, con la instrumentista local Benedetta.

preparación técnica pero sobre todo por su entrega e interés en aprender. Es evidente que están acostumbrados a recibir a grupos de cooperantes y se adaptaron rápidamente a nuestra forma de trabajar en quirófano. A su vez nos agradecieron mucho el que hiciéramos una visita postoperatoria todos los días y la preocupación de nuestra anestesióloga por controlar el dolor postoperatorio. Los *brothers*, Hermanos de San Juan de Dios en Monrovia, nos acogieron con auténtico cariño y nos facilitaron cuantas comodidades pudieron. Nos alojamos en la casita para cooperantes pero las comidas las hacíamos junto con ellos, en su comedor privado, y estuvieron al tanto de todas nuestras necesidades durante aquellos días. En general tuvimos la impresión de que el nivel socio-económico era más elevado que en Togo. Los pacientes que atendimos estaban mejor nutridos, acudían más limpios, los bebés llevaban pañales desechables, y la mayoría de los niños y adultos llevaban ropa interior. Aunque puede que esta impresión esté sesgada por haber trabajado en Liberia en un centro hospitalario de la capital del país.

## RESULTADOS

En las 5 campañas hemos intervenido quirúrgicamente a un total de 181 pacientes (Tabla I) correctamente registrados. En Togo, en 2012, operamos a 32, lo cual fue un logro importante ya que se inauguró e instaló el aparataje del bloque quirúrgico a nuestra llegada y al día siguiente ya comenzamos a operar. En 2013 intervenimos a 24 pacientes, pero rechazamos el doble de casos (más de 44 pacientes) debido a que acudieron pacientes prácticamente inoperables por su gravedad. En la campaña de 2014 el número de pacientes operados fue de 25 y en 2015 fueron 29. Habíamos aleccionado a los misioneros y al enfermero responsable de la preselección y ya conocían mejor nuestras posibilidades quirúrgicas.

Como puede verse el número total de pacientes valorados y que tenemos bien contabilizado ha sido de 525, pero nunca he llegado a saber cuántos han sido en realidad. Han sido muchos más. Solamente tenemos un registro fiable del Hospital de Monrovia. Sin embargo en los años 2012 y 2013 en Togo, el efecto llamada hacía que siguieran llegando muchos de ellos durante todos los días de campaña, sin poder contabilizarlos, a pesar del esfuerzo de los misioneros por intentarlo. En la tabla aparecen como interrogantes estos pacientes, que estimo que incrementarían en un 50% más tanto las cifras de pacientes valorados como las de no intervenidos. A menudo llegaban casos más graves que los previstos y que nos obligaron a modificar el programa quirúrgico elaborado.

En 2016, en la campaña de la SECPRE en Liberia, el número de pacientes valorados e intervenidos fue mucho mayor debido a que el equipo incluía a otra cirujana plástica y a 2 traumatólogos que contribuyeron a este incremento realizando consultas y cirugías a la par que nosotras. Valoramos para cirugía a 275 pacientes, dedicando el primer día entero a consultas y posteriormente

**Tabla I. Casuística de pacientes intervenidos en las 5 campañas**

	Togo 2012	Togo 2013	Togo 2014	Togo 2015	Togo 2016	TOTAL
Pacientes valorados	54 + ??*	68 + ??*	63	65	275	525 + ??
Pacientes intervenidos	32	24	25	29	71	181
Pacientes no intervenidos	22 + ??*	44 + ??*	13	36	204	319 ??*

\* Las cifras corresponden a los pacientes correctamente registrados. Los interrogantes suponen un número indeterminado de pacientes que acudían para ser valorados durante los días de las diferentes campañas al saber que estábamos allí, sin que nadie pudiera estimar con seguridad cuántos fueron.

**Tabla II. Procesos patológicos intervenidos**

	Togo 2012	Togo 2013	Togo 2014	Togo 2015	Liberia 2016	Total de pacientes operados
<b>Diagnóstico</b>						
Fisurados	13	9	8	2	3	35
Secuelas de quemaduras	6	5	2	3	23	39
Quemaduras agudas	1	–	–	1	1	3
Tumores cutáneos	–	3	11	18	5	37
Patología mamaria	–	1	1	1	1	4
Úlceras	–	2	2	2	5	11
Otros	12	4	1	2	33	52
<b>Intervenciones</b>	<b>32</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>29</b>	<b>71</b>	<b>181</b>



Fig. 23. Reunión preparatoria del programa quirúrgico. De verde la anesióloga Dra. Ibáñez y el traumatólogo Dr. Villena. El Dr. Senga, director del Hospital con bata blanca, y las enfermeras responsables de la planta de hospitalización.

un par de horas cada día, al finalizar la jornada de mañana en quirófano. Pero llegó un momento en que teníamos tal cantidad de cirugías previstas que decidimos no ver más pacientes. Aunque ya habíamos visto a 275, esto les dejó decepcionados. Nuevamente tuvimos que priorizar. ¿Qué podíamos decir a todos los que tenían preseleccionados si sólo podíamos quedarnos y operar durante 2 semanas? Realizamos 71 intervenciones quirúrgicas, pero como puede verse reflejado en la tabla, 204 pacientes no fueron intervenidos, lo que da pie a programar nue-

vas campañas, en verdad muy necesarias. La SECPRE tiene prevista nueva cooperación en noviembre de 2017.

El Dr. Senga, cirujano general y director médico del St. Joseph, hizo una muy buena preselección de pacientes pero desconocía las características de nuestra cirugía, como los tiempos más largos de quirófano de nuestros procedimientos en comparación, por ejemplo, con el de las hernias inguinales que resuelven otros cooperantes (Fig. 23). La jornada laboral que el director del hospital había pactado con nosotros era de 12 horas al día, de 8'00 a 20'00, jornada que superamos muchos días sin darle más importancia. Pero los trabajadores del hospital también habían puesto sus límites, claro está. Para ellos, recibir a médicos cooperantes siempre supone un esfuerzo extra.

Repasando los procesos patológicos registrados (Tabla II) observamos que no difieren mucho de los publicados por otros compañeros en este tipo de viajes.<sup>(4)</sup> Cuarenta y un pacientes, lo que representa un 22.6 % del total, fueron intervenidos por quemaduras o secuelas de quemaduras, y un porcentaje algo menor, un 20%, eran fisurados, 35 niños y adultos. Los tumores cutáneos operados fueron 37, lo que representa un 20.4% e incluye tumores de diversas localizaciones y tumores ulcerados faciales. Las úlceras intervenidas fueron 11 (6.07%), en su mayoría úlceras intervenidas en las que realizamos injertos laminares o mallados. En el grupo “otros” se incluyen sindactilias, polidactilias y pies zambos. Representan el mayor



## Discusión

número de intervenciones realizadas. Fueron 52 pacientes (28.7%) y evidentemente en el Hospital de Monrovia se realizaron el mayor número de estas intervenciones, al estar integrados en el grupo 2 cirujanos traumatólogos.

Me parece más interesante describir algunos de los casos que no hemos operado. El motivo en ocasiones fue la negativa de los propios pacientes al saber por ejemplo que no podíamos resolver una paraplejía o una parálisis flácida congénita, o que no podíamos cambiar la textura de toda la piel cicatricial de un paciente gran quemado en su primera infancia o resolver sus graves secuelas (Fig. 24). Otras veces no pudimos operar fisuras palatinas en niños pequeños al no tener medios adecuados, como nos ocurrió en Togo, donde no disponíamos de un respirador quirúrgico y todas las cirugías teníamos que realizarlas con sedación y anestesia local. En otras ocasiones descartamos la corrección de malformaciones de extremidades (manos hendidas, focomelias, etc.) teniendo que valorar siempre el riesgo/beneficio de una cirugía que puede necesitar varios tiempos quirúrgicos (Fig. 25). O simplemente no ser imprescindibles por el hecho de que los pacientes tenían una buena funcionalidad (Fig. 26).



Fig. 24. Niño de 12 años con secuelas graves de quemaduras que deformaron el crecimiento de su pie derecho. No se realizó cirugía ya que no aceptó la amputación propuesta por los traumatólogos.



Fig. 25. A. Manos con malformación en joven acondroplásica. No se realizó cirugía. B. La misma paciente; sólo deseaba resolver la deformidad de sus piernas y mejorar su estatura. No se le realizó cirugía porque utilizaba funcionalmente bien sus manos.

Mi experiencia personal no puede compararse con la de otros cirujanos plásticos que acuden a zonas de guerra o llevan dedicados años y años a grandes campañas solidarias (3), pero sin embargo puede animar a otros compañeros a dedicar un poco de su tiempo a cortos pero fructíferos viajes solidarios, como la posibilidad que nos ofrecen la SECPRE y la orden de San Juan de Dios. La satisfacción personal es algo difícil de medir y siempre depende de las expectativas generadas, pero la oportunidad de conocer otras realidades siempre enriquece nuestra visión del mundo y relativiza cualquier problema a la vuelta. Hemos podido comprobar la gran dedicación de las misioneras y misioneros en situaciones de auténtica precariedad en Togo y de los profesionales entregados a hacer el bien a los pacientes más pobres en Liberia. Lo que se recibe en gratitud de estos pacientes y de sus familiares es siempre muy superior al esfuerzo realizado por nuestra parte.

En mi opinión hay unas necesidades básicas en estas campañas quirúrgicas para que el trabajo sea satisfactorio, tanto para los sanitarios cooperantes como para los pacientes:

1. Un buen enlace local. Como saben todos aquellos que han trabajado en cooperación internacional, es fundamental tener un personal local inmerso en la comunidad que conozca bien las necesidades reales de la población a la que pretendemos ayudar. Estas personas pueden ser de organizaciones confesionales o no, pero tienen una labor imprescindible antes de cada campaña quirúrgica: contactar con el equipo quirúrgico que va a ir, dar a conocer qué tipo de cirugía se puede realizar, y sobre todo difundirlo a la población para que acuda. No hay nada más decepcionante y que desmoralice más a los cooperantes que volver sin haber podido hacer apenas nada, no conseguir llegar al objetivo final de nuestra ayuda, los pacientes.

En Togo solían anunciar las campañas por la radio local, repitiendo el mensaje también en las parroquias y



colegios desde semanas antes de nuestra llegada. Muchos pacientes venían caminando largas distancias durante más de una semana para ser atendidos. Y los misioneros hacían una primera selección de pacientes, por cierto bastante acertada.

En 2015, no sé por qué motivos, retrasamos un mes la fecha de nuestro viaje a Togo, quizá por motivos laborales nuestros, y al llegar allí, algunos pacientes rechazaron la cirugía o no acudieron el día previsto. Habíamos fallado: era la época de siembra y no se podían permitir no hacerlo. Alimentarse el resto del año dependía de su trabajo precisamente durante esos días. Tampoco las mujeres podían traernos a sus hijos, ya que en ellas recaen muchas de las tareas del campo.

En Monrovia, ya contando con la infraestructura de Juan Ciudad ONGD desde Madrid, la coordinación fue mucho más sencilla. Incluso nos enviaron fotografías por correo electrónico previas a nuestro viaje. La selección fue también muy correcta, aunque demasiado optimista:

¡tenían preparados más de 300 pacientes a nuestra llegada!

De cualquier modo, es imprescindible una buena coordinación del trabajo a realizar, ya que la duración de las campañas quirúrgicas suele ser corta, de unas pocas semanas. No es lo mismo ni tiene la misma finalidad que la tarea emprendida por grandes organizaciones de cooperación internacional en caso de catástrofes, guerras o epidemias.

2. Material y recursos mínimos para llevar a cabo los objetivos. En este sentido y aunque nuestra cirugía no requiere de grandes infraestructuras, sí que necesitamos tener la seguridad de que se puede esterilizar el instrumental y de que hay opciones para anestésiar a los pacientes. Sea mediante anestesia regional, raquídea o general. El contar con un médico anesthesiólogo en nuestras expediciones es parte del éxito. Y nos da confianza y seguridad. También deben entrar en consideración los cuidados inmediatos a la cirugía y la posibilidad de analgesia en el postoperatorio inmediato.

El instrumental específico para nuestros procedimientos podemos transportarlo nosotros mismos. Así lo he hecho siempre, distribuyéndolo en diferentes maletas por si se perdía alguna de ellas. Es imprescindible llevar dermatomas y francamente útil un mallador de piel, aunque tenga el inconveniente de ser muy pesado.

3. Selección estricta de los pacientes a intervenir. En mi experiencia es tal la cantidad de pacientes que nos tienen preparados, que hay que seleccionar correctamente qué tipo de pacientes pueden beneficiarse más de nuestra cirugía allí (Fig. 27). Por ejemplo, es habitual que acudan niños con secuelas de quemaduras en ambas manos. En esos casos es mejor dar funcionalidad a dos niños diferentes operando una sola mano a cada uno de ellos. A veces parece cruel pero es tan importante decidir qué no hacer como saber qué hacer y cómo hacerlo. En este tipo de misiones quirúrgicas lo más importante es no añadir morbilidad a los pacientes que dejamos allí. A veces es

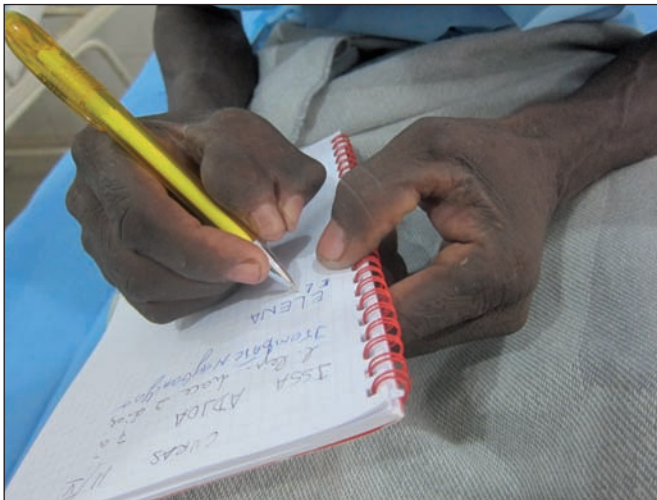


Fig. 26. Paciente adulto no intervenido, con duplicidad de pulgar y buena funcionalidad.



Fig. 27. A. Niña de 12 años con secuelas de quemaduras por fuego en codo y muñeca. B. La misma niña en quirófano antes de la cirugía. C. Corrección mediante Z-plastia e injerto: postoperatorio a los 5 días. Preciso fisioterapia y férulas.





Fig. 28. A la izquierda la instrumentista Benedetta, el Dr. Senga y la supervisora de planta en el centro con la asistente social a la derecha, rodean al equipo médico enviado por la SECPRE al St. Joseph's Hospital de Monrovia (Liberia).

inevitable sentir cierta frustración por no poder llevar a cabo procedimientos que en nuestro país son habituales. El consuelo es pensar que en la siguiente campaña otro colega continuará nuestra labor.

4. Salud y forma física adecuada. Necesarias para soportar estos viajes, que suelen ser largos e incómodos, con dilatadas jornadas de trabajo en un clima húmedo y a temperaturas a las que no estamos acostumbrados, al menos en España. Siempre pueden surgir pequeños problemas de salud, pero es imperativo actualizar nuestras vacunaciones según el país al que viajemos y cumplir con la profilaxis antimalárica.

En los hospitales y centros en los que vamos a colaborar somos realmente bien acogidos, pero hasta llegar allí tenemos que atravesar aduanas intermedias y fronteras a veces muy militarizadas o por decirlo de alguna manera, levemente hostiles a nuestra labor. Es el caso de la frontera de Burkina con Togo, confluyente también con la de Ghana, donde tardábamos siempre horas en conseguir pasar a pesar de tener todos los visados en regla. La idea romántica de un viaje exótico a África no debe confundirse con un viaje de verdadero trabajo sanitario.

5. Intención de ayudar de verdad. No debemos pretender resolver nada fuera de nuestro alcance ni alejado de la misión puramente sanitaria. No ir a juzgar su modo de actuar ni sus condiciones socio-sanitarias, sino a ofrecer nuestra experiencia como cirujanos plásticos. El ritmo loco de trabajo que llevamos aquí no se puede imponer allá donde vamos. A nuestros pacientes en África lo único que les sobra es tiempo y no pueden entender que de un vistazo, ya decidamos si vamos a operarles o no. Nos han ayudado mucho y hemos quedado impresionados por la paciencia de las enfermeras de Liberia que repetían incansables nuestras explicaciones y dedicaban largo tiempo a consolar a aquellos pacientes cuya patología no podíamos solucionar quirúrgicamente (Fig. 28).

Como han reflejado otros compañeros (5), creo que la Cirugía Reconstructiva como labor social humanitaria

debe ser promovida e incentivada por todas las sociedades de cirujanos plásticos. Me gustaría que las generaciones de jóvenes cirujanos vean esta labor como una opción más de desarrollo personal y profesional,<sup>(6)</sup> y animo a los cirujanos plásticos con experiencia a transmitirla también en este tipo de viajes.

En esta misma sección de Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana se han publicado artículos de cooperación y labor social admirables que benefician a miles de pacientes.<sup>(3,5)</sup> Aún siendo mucho más limitadas en el tiempo, las campañas quirúrgicas como las que describo creo que también tienen sentido, si están bien organizadas y respaldadas por una organización seria y comprometida

## Conclusiones

Tenemos la gran dicha de que nuestra especialidad puede mejorar la calidad de vida de muchos pacientes utilizando medios relativamente escasos. Para empezar, el diagnóstico lo podemos realizar en muchos casos por simple observación clínica. No necesitamos pruebas sofisticadas de imagen. Los procedimientos de injertos, colgajos cutáneos locales y Z-plastias pueden resolver o mejorar casos graves de retracciones o secuelas de quemaduras. El cierre de un labio leporino o de una fisura palatina puede contribuir a reinsertar socialmente a un niño o a un adulto que era excluido del grupo o alejado de los demás por su deformidad. Y aunque operar durante 2 semanas no va a cambiar la desigualdad social en que viven, ni sus condiciones básicas de vida, sin embargo sí podemos ayudar, y mucho, porque nuestra cirugía es precisamente así donde cobra más sentido. Estoy convencida de que los pacientes que hemos operado no habían tenido opción quirúrgica ninguna antes de nuestro viaje, ni posiblemente la hubieran tenido después.

La Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética ha iniciado su trabajo en África y queda mucho por hacer mientras no se alcance un mejor desarrollo económico y sanitario en muchos países de ese continente.

## Agradecimientos

A la asociación Chambaá y a la SECPRE por confiar en mí. A los misioneros de Saint Orione, a los hermanos de la orden de San Juan de Dios de Monrovia y al personal sanitario del St. Joseph's Hospital por darme a conocer su inmenso trabajo en África. Por ellos tiene sentido haber escrito este artículo.

## Dirección del autor

Dra. Elena Lorda Barraguer  
Servicio de Cirugía Plástica  
Hospital General Universitario de Alicante  
c/ Pintor Baeza s.n  
03010- Alicante, España  
Correo electrónico: lorda\_ele@gva.es

## Bibliografía

---

1. **Juan Ciudad** ONGD. [www.juanciudad.org](http://www.juanciudad.org)
2. **CHAMBBÁA**. [www.chambbaa.org](http://www.chambbaa.org)
3. **Guerrero-Serrano, L.** 20º Aniversario Piel para renacer. Fundación del quemado. *Cir plast. iberolatinoam.* 2015, 41(1): 107-113.
4. **Carrillo-Blanchar, D.** Mi experiencia como cirujano plástico en campañas humanitarias: Chiclayo (Perú), Anantapur (India) y Ngandanjika (República Democrática del Congo). *Cir. plast. Iberolatinoam.* 2016, 42 (2): 197-206.
5. **De la Cruz-Acosta, F.** Operación sonrisa República Dominicana: 8 años de una intensa y positiva experiencia. *Cir. plast. Iberolatinoam.* 2016, 42 (1): 93-101.
6. **Martínez González C, et al.** Pediatras sólidos en tiempos líquidos. Reanimando la profesionalidad. *An Pediatr (Barc).* 2016. <http://www.analesdepediatria.org/es/pediatras-solidos-tiempos-liquidos-reanimando/avance/S1695403316302892/>