

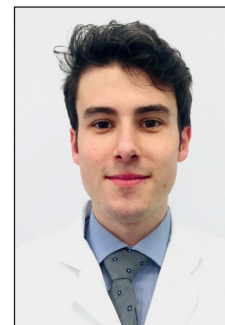
Original

LABOR SOCIAL

Misión de cooperación internacional de Cirugía Plástica en Liberia. Experiencia personal de un médico residente y reflexiones

Plastic Surgery international cooperation campaign in Liberia. Personal experience of a resident and reflexions

Javier PUERTAS PEÑA*, Álvaro GALLEGOS CARO**, Alfonso QUETGLAS MARIMÓN***
Julia T. HERRERA DÍEZ****



Puertas Peña J.

Resumen

En el presente artículo exponemos nuestra experiencia personal durante la cuarta misión médico-humanitaria de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE) en Liberia, llevada a cabo en noviembre de 2019.

Describimos las características principales de la campaña quirúrgica y hacemos énfasis en la capacidad de los cirujanos plásticos para mejorar la calidad de vida de las personas, incluso en condiciones adversas y con medios limitados. También en la participación por primera vez de un médico residente de Cirugía Plástica en la actividad de labor humanitaria de la SECPRE.

Para tener éxito en una misión de este tipo resulta imprescindible una planificación rigurosa de los objetivos, así como conocer los medios de los que se dispone para llegar a ellos. Pretendemos proporcionar una visión general del proyecto y servir de apoyo para futuras campañas quirúrgicas, así como hacer referencia al importante papel que juega la Cirugía Plástica en la Salud Global.

Abstract

In this paper we resume our personal experience during the fourth international cooperation mission of the Spanish Society of Plastic Surgery (SECPRE) in Liberia, which took place in November 2019.

The main features of the mission are thoroughly depicted and the great capacity of plastic surgeons to improve quality of life of people, even in adverse conditions and with limited resources, is highlighted. We also focus on the first participation of a Plastic Surgery resident in this humanitarian activity of SECPRE.

To achieve success in a mission of this kind it is imperative to follow a strict planning as well as having a detailed knowledge of resources available. With the publication of this article we aim to provide a general vision of the mission and to serve as support for future surgical campaigns. We also would like to make reference to the important role of Plastic Surgery in Global Health.

Palabras clave Cirugía Plástica humanitaria, Secuelas quemaduras, Salud Global.

Nivel de evidencia científica 5d Terapéutico
Recibido (esta versión) 22 abril/2020
Aceptado 15 julio/2020

Key words Humanitarian Plastic Surgery, Burns sequelae, Global Health.

Level of evidence 5d Therapeutic
Received (this version) 22 April/2020
Accepted 15 July/2020

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.

* Médico Interno Residente de Cirugía Plástica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

** Cirujano Plástico, Práctica privada, Granada/Málaga, España.

*** Cirujano Plástico. Adjunto del Servicio de Cirugía Plástica del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, España.

**** Especialista en Anestesiología y Reanimación, Adjunto del Hospital Universitario de Cruces, Bilbao, España.



Introducción

¿Qué lleva a un cirujano plástico a dejar toda su vida profesional y personal aparcada durante 2 semanas para irse a operar a un lugar remoto del mundo, alejado de las comodidades y del estilo de vida occidental? Probablemente, si nos preguntaran a cada uno de los miembros del equipo, habría muchas motivaciones diferentes. Dejando de lado las cuestiones éticas y morales que seguro han acompañado y ayudado a tomar semejante decisión, hay un hecho objetivo que es imprescindible recalcar y es la enorme capacidad de ayudar que nos brinda la especialidad de Cirugía Plástica en el campo de la cooperación internacional.

Antes de relatar el transcurso de nuestra misión, consideramos importante para ponernos en contexto realizar un breve resumen de la situación actual en Liberia.

Liberia es un país de pequeño tamaño situado en la costa occidental de África, al sureste de Sierra Leona. Su población, de algo más de 4 millones y medio de habitantes, tiene una esperanza media de vida de 62 años⁽¹⁾ según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se trata de uno de los países más pobres del planeta debido a, entre otros factores, los diversos y múltiples conflictos armados que ha sufrido a lo largo de su reciente historia y a la epidemia de ébola de 2014 que asoló la región. La asistencia sanitaria del país es extremadamente precaria, estando basada la atención de Cirugía Plástica, así como de otras muchas especialidades, casi exclusivamente en misiones de cooperación internacional extranjeras.

La capital de Liberia es Monrovia, ciudad que aglutina a más de la cuarta parte de la población del país y lugar donde transcurrió la misión. Aunque en la capital el nivel de vida es mayor que en otras partes del país, la miseria sigue siendo muy evidente y contrasta con las paradisíacas playas que la rodean. A 70 km de la capital se encuentra el recientemente inaugurado aeropuerto internacional Monrovia Roberts, lugar donde aterrizan los pocos vuelos que conectan semanalmente con Europa, ninguno directo con España.

El idioma oficial de Liberia es el inglés, sin embargo, hay múltiples dialectos y lenguas tribales, lo que dificultó la comunicación con muchos de los pacientes. El clima es tropical, lo que implicó temperaturas altas, humedad intensa y precipitaciones frecuentes durante el período en el que tuvo lugar el proyecto.

En el presente artículo pretendemos realizar un resumen de la misión de cooperación internacional de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE) del año 2019 y animar a los cirujanos plásticos, incluidos los médicos residentes que no han concluido todavía su formación como especialistas, a participar en este tipo de iniciativas solidarias tan enriquecedoras y gratificantes.

Material y método

Preparación de la misión

Por inexperiencia o simple desconocimiento, uno puede pensar que participar en una campaña de este tipo supone exclusivamente dedicar 2 semanas de tu vida, subirte a un avión, llegar a un hospital en un sitio más o menos remoto y ponerte a operar. Por supuesto, nada más lejos de la realidad.

Seis meses antes de la fecha prevista de inicio de la expedición, desde SECPRE y la ONG Fundación Juan Ciudad se pusieron en contacto con cada uno de los miembros del equipo que íbamos a participar en ella. Hay que recalcar que este fue el primer año que se permitió en este tipo de misiones la participación de médicos residentes.

Desde ese mismo momento nos pusimos en marcha y, gracias a la inestimable colaboración de Belén Jiménez, coordinadora de área de voluntariado internacional de la ONG Fundación Juan Ciudad, se realizaron todas las gestiones burocráticas (autorizaciones, visados, seguros) y de preparación del viaje (vuelos, vacunas obligatorias). Fue frecuente la comunicación vía correo electrónico con el Director del hospital, Brother Peter Dawoh, encargado de realizar la preselección de los pacientes candidatos para la campaña quirúrgica (Fig. 1). Gracias a su ayuda se pudo perfilar en buena medida el tipo de paciente candidato a cirugía por nuestra parte.



Figura 1. Cartel publicitario local de la campaña humanitaria de la SECPRE.

En la preparación de la misión fue esencial conocer la experiencia del equipo del año pasado⁽²⁾ así como del resto de misiones de la SECPRE que desde el año 2016 ha realizado campañas quirúrgicas en Liberia.⁽²⁻⁶⁾

Equipo humano

El equipo quirúrgico estuvo formado por 2 cirujanos plásticos, el Dr. Álvaro Gallegos Caro y el Dr. Alfonso Quetglas Marimón, así como por un médico interno residente de 5º año de la especialidad, primer autor de este artículo, el Dr. Javier Puertas Peña (Fig. 2). Ninguno de los participantes nos conocíamos de antemano, por lo que cada uno de los miembros del equipo tuvimos que hacer un pequeño esfuerzo de adaptación a la forma de trabajar del resto, lo que redundó en una mejor atención para los pacientes.

El Dr. Álvaro Gallegos fue pieza clave del equipo gracias a su bagaje y experiencia en otras campañas humanitarias quirúrgicas en Perú y Togo, mientras que el Dr. Alfonso Quetglas aportó su dilatada experiencia quirúrgica. No nos podemos olvidar de la esencial labor que llevó a cabo la Dra. Julia Herrera Díez, anestesióloga, ya que sin su profesionalidad, experiencia previa en misiones de cooperación y paciencia infinita, no hubiera sido posible completar con éxito la campaña.

La participación del equipo humano local resultó igual de importante, sobre todo la del Dr. Emmanuel Lah,

médico interno del Saint Joseph's Catholic Hospital, que realizó un trabajo ímprobo hablando con los pacientes, colaborando en la organización e incluso interviniendo activamente en las cirugías y en las curas postoperatorias. Igual de destacable fue la labor profesional del personal de enfermería, tanto de quirófano como de consulta, así como del resto de personal del hospital, volcado con nosotros en todo momento y entregado a la causa por completo (Fig. 3).

La dirección y gestión del hospital, a cargo de los hermanos de la Orden de San Juan de Dios, colaboró en todo momento, poniendo a nuestra disposición todo lo que estaba en su mano (Fig. 4).

Saint Joseph's Catholic Hospital

Situado en el barrio de Congo Town, suburbio de Monrovia, este hospital cuenta con 141 camas distribuidas en 5 servicios: Medicina Interna, Cirugía General, Obstetricia y Ginecología y Pediatría⁽⁷⁾. En él trabajan 11 médicos y se colabora con la formación de estudiantes de Medicina y Enfermería. Buena parte de la actividad quirúrgica durante todo el año depende de las misiones humanitarias llevadas a cabo por organizaciones extranjeras.

Las instalaciones del hospital^(2,4-7) permitieron llevar a cabo con seguridad para los pacientes todas las intervenciones quirúrgicas programadas. De los 2 quirófanos



Figura 2. Equipo médico. De izquierda a derecha: Dr. Álvaro Gallegos (cirujano plástico), Dr. Alfonso Quetglas (cirujano plástico), Dra. Julia Herrera (anestesista), Dr. Javier Puertas (cirujano plástico).



Figura 3. Consulta preoperatoria. De izquierda a derecha: Christine (enfermera), Dr. Javier Puertas, Dr. Álvaro Gallegos, Dr. Emmanuel Lah (médico interno), Dr. Alfonso Quetglas.



Figura 4. Equipo médico con parte del equipo local. De izda. a dcha.: Dr. Senga (cirujano general), Dra. Herrera, Bro. Peter, Dr. Gallegos, Linda (enfermera), Dr. Quetglas, Bro. Pierre, Dr. Puertas, Dr. Lah.

disponibles, tan solo 1 tenía respirador funcionando, que contaba con baterías; los cortes en el suministro de electricidad se producían diariamente, habitualmente de 5 minutos a las 9 de la mañana y a las 6 de la tarde, debido al cambio entre los generadores de gas-oil autónomos del hospital (Fig.5). La iluminación y la climatización de los quirófanos era aceptable y el sistema de esterilización funcionaba.



Figura 5. Corte de luz, alumbrándonos con la linterna de los móviles.

Medios materiales

Guiados por la experiencia de las expediciones previas,⁽²⁻⁶⁾ conocíamos de antemano lo que nos íbamos a encontrar allí. El instrumental de quirófano disponible en el hospital es bastante básico, más útil para procedimientos de Cirugía General o poco delicados que para nuestro tipo de cirugías. Por todo ello, nuestras maletas facturadas iban llenas de material quirúrgico y medicación (terminales de electrobisutrí, antibióticos orales, anestésicos locales, vendas, apósitos, etc.) susceptibles de ser necesitados, así como varios dermatomos que dejamos luego allí para ser utilizados en misiones posteriores o por los cirujanos locales. Al final de la expedición, lo que más echamos en falta fue la poca disponibilidad de material para realizar las curas postoperatorias.

Nos llamó la atención que buena parte de la ropa del hospital (batas, pijamas, sábanas, etc.) procedía de hospitales de diferentes regiones y sistemas de salud españoles, indicativo de la intensa colaboración que hay entre el hospital y nuestro país a través de la Orden de San Juan de Dios.

El día a día de la misión

Tras un largo viaje con escala en Bruselas y Free-town, aterrizamos en Monrovia el domingo 17 de noviembre por la noche. La reciente construcción del aeropuerto suavizó el impacto inicial, aunque de manera momentánea, ya que el contraste primer-tercer mundo se

hizo evidente nada más pasar el control de pasaportes y atravesar la puerta de salida. Fue en ese preciso instante cuando nos dimos cuenta de dónde estábamos realmente.

El día siguiente fue de presentación y visita de las instalaciones del hospital. Una vez concluido todo el proceso, y sin tiempo que perder, empezamos con la consulta dedicando parte de la mañana y toda la tarde en exclusiva a primeras visitas. Aprovechamos el final de la primera jornada para organizar diferentes cajas de instrumental quirúrgico con el objetivo de adaptar lo mejor posible el material disponible a cada tipo de intervención. La Dra. Herrera aprovechó ese momento para comprobar el adecuado funcionamiento del respirador y organizar toda la medicación de la que disponíamos. Sin duda alguna este fue un paso esencial para optimizar al máximo los recursos y no perder tiempo a lo largo de la misión.

Los días sucesivos, de martes a jueves de la primera semana, compaginamos la consulta por las mañanas con el quirófano por las tardes. El resto de los días fueron de cirugía por la mañana y por la tarde, intentando programar los casos más complejos por las mañanas. El grueso de pacientes fue visto en consulta durante los primeros 3 días, aunque no dejaron de llegar hasta el último día, por lo que debimos adaptarnos a esta realidad.

Las consultas tampoco fueron como las que habitualmente realizamos. Desde un primer momento decidimos estar presentes los 3 cirujanos y la anestésista en la misma sala pasando consulta, ya que un gran número de casos revestían una gran complejidad, por lo que tener cierto consenso entre todos era fundamental. Aunque en un principio esta decisión pudo retrasar la consulta, consideramos que era la forma correcta de llevarla a cabo para no comprometer las indicaciones quirúrgicas.

Las visitas y las altas a los pacientes postoperados se realizaban antes de comenzar la jornada quirúrgica. Las curas, tanto de los pacientes ingresados como las ambulatorias, las realizamos en su mayoría dentro del bloque quirúrgico, en una sala que hacía las veces de unidad de reanimación, acogida y sala de curas; el circuito limpio-sucio era inexistente. En un principio intentamos programar las curas de los pacientes intervenidos dados de alta para el final de la jornada, por ser el momento en el que todo el equipo está ya más cansado; pero no fue posible debido a que la mayoría de pacientes operados llegaban el día citado, a primerísima hora de la mañana, en lugar de por la tarde, por lo que nuevamente tuvimos que adaptarnos y trasladar el momento de las curas a la mañana.

El Dr. Gallegos fue el encargado de recoger los datos de los pacientes vistos en consulta y candidatos a intervención quirúrgica, así como de efectuar el programa quirúrgico preliminar de la misión. Intentamos dar preferencia a aquellos pacientes más complejos, que presen-

taban mayor riesgo de complicación tras la cirugía, para que en caso de producirse estuviéramos aún presentes para solventar el problema.

Otra de las diferencias fundamentales que pudimos observar en comparación con el tipo de pacientes con los que estamos acostumbrados a tratar es su bajo nivel de exigencia, así como el que mostraban en todo momento un sincero y profundo agradecimiento de una forma muy particular, sin gran efusividad. De la misma manera que no son muy expresivos a la hora de expresar satisfacción por ver resuelto un problema que llevaban arrastrando durante largo tiempo, tampoco lo son a la hora de expresar muestras de dolor físico.⁽⁴⁾

Como dato interesante, ninguno de los pacientes atendidos había sido tratado previamente en campañas anteriores de la SECPRE. A nuestra marcha, muchos de los pacientes citados que habían sido intervenidos en la campaña actual no volvieron a las consultas de revisión, las cuales habían sido encomendadas al Dr. Lah, médico interno, y al Dr. Senga, cirujano general del hospital.

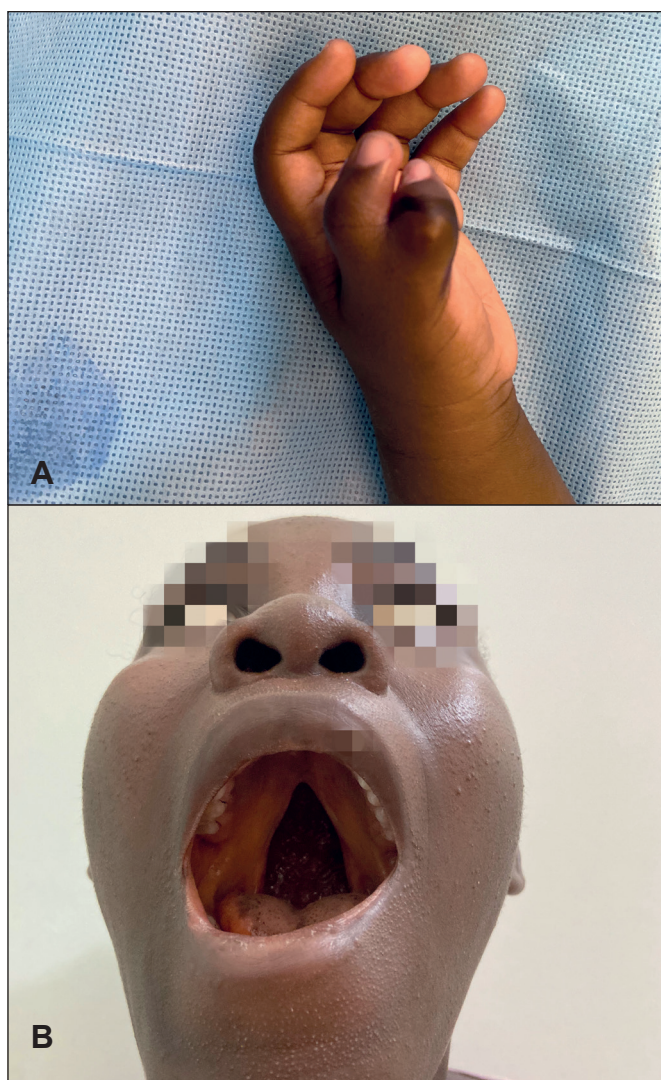


Figura 6. Malformaciones congénitas tratadas. A. Polidactilia preaxial B. Paladar hendido..

Resultados

Aunque habíamos estudiado con detalle la experiencia de las misiones anteriores quedamos sorprendidos por el elevado número de pacientes que presentaban patologías de extraordinaria complejidad, a lo que se añadía la dificultad de no poder aplicar técnicas que habitualmente utilizaríamos en nuestro medio.

Durante la campaña, fundamentalmente a lo largo de los 3 primeros días, vimos en la consulta un total de 93 pacientes de los que 68 eran adultos y 25 eran niños. En cuanto a la distribución por sexos de los pacientes atendidos, el 55% fueron mujeres y el 45% hombres.

El número de pacientes con patologías propias de la Cirugía Plástica fue de 77, el 83% del total de pacientes vistos en consulta. Todos aquellos que habían sido seleccionados para la campaña fueron valorados en la consulta (Tabla I) (Fig. 6 y 7).

El 27% de esos pacientes con patologías de Cirugía Plástica vistos en la consulta (21 pacientes) se desestimó

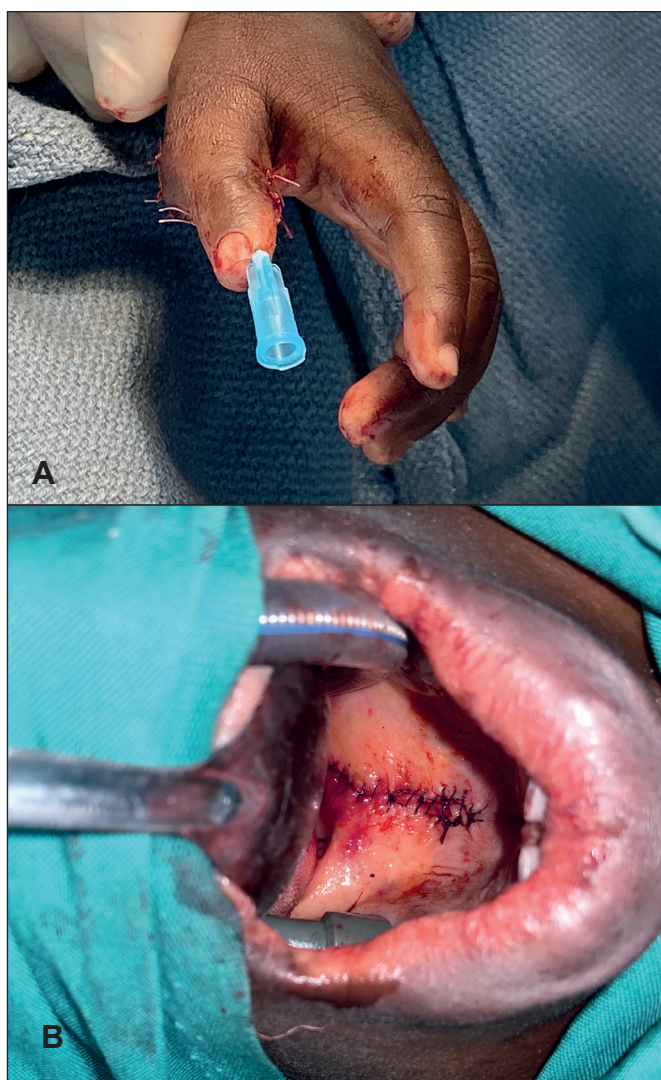


Figura 7. Los mismos pacientes de la figura 6 tras la cirugía. A. Exéresis de pulgar supernumerario con reconstrucción ligamentosa. B. Veloplastia intravelar.

para intervención por nuestra parte por necesitar procedimientos complejos que no se podían realizar con seguridad en ese ambiente o por precisar la colaboración de otras especialidades; se trataba fundamentalmente de patología traumática de largo tiempo de evolución (Tabla II) (Fig. 8). Otros fueron desestimados por presentar patologías especiales (16 pacientes) y 4 no acudieron a la cirugía.

En total, llevamos a cabo 52 actuaciones, de las cuales 44 fueron intervenciones y 8 infiltraciones locales (Tabla I). Un total de 20 pacientes, el 45% del total de intervenciones quirúrgicas realizadas, requirieron técnicas anestésicas más allá de la anestesia local. De ellos, 7 pacientes (35%) fueron intervenidos bajo anestesia general exclusivamente, 8 pacientes (40%) bajo combinación de anestesia general y una técnica regional, y 5 pacientes (25%) con anestesia regional y sedación. De esos 20 pacientes, 9 (45%) eran adultos

Tabla I. Resumen de la actividad realizada durante la campaña SECPRE 2019

Tipo de actividad	Número de casos
Pacientes vistos en consulta	93
Pacientes tratados	52*
Pacientes no tratados	41

*44 intervenciones quirúrgicas y 8 infiltraciones locales

Tabla II. Pacientes no tratados

Tipo	Número de casos
Patología de otras especialidades	16
Patología de Cirugía Plástica	21
No acuden al quirófano	4



Figura 8. Pacientes descartados para cirugía. A. Fractura de húmero patológica. B. Linfedema de origen desconocido / venolinfedema. C. Linfoma; D. Tumor craneal de origen desconocido.

y 11 (55%) pediátricos. El tipo de patologías atendidas más frecuentemente fueron las tumoraciones, seguidas de las secuelas de quemaduras (Gráfico 1) (Fig. 9 y 10).

El número de complicaciones quirúrgicas fue muy bajo: tan solo 2 pacientes perdieron los injertos cutáneos de piel parcial sin precisar reintervención al poder tratarse mediante cicatrización dirigida, y contabilizamos 1 seroma tras extirpar una tumoración gigante de mama que precisó drenaje a través de la incisión. No podemos proporcionar un porcentaje exacto definitivo de complicaciones, mayores o menores, debido a que el seguimiento tanto por nuestra parte como por el equipo local

Gráfico 1. Resumen de patologías atendidas: 77 casos en total

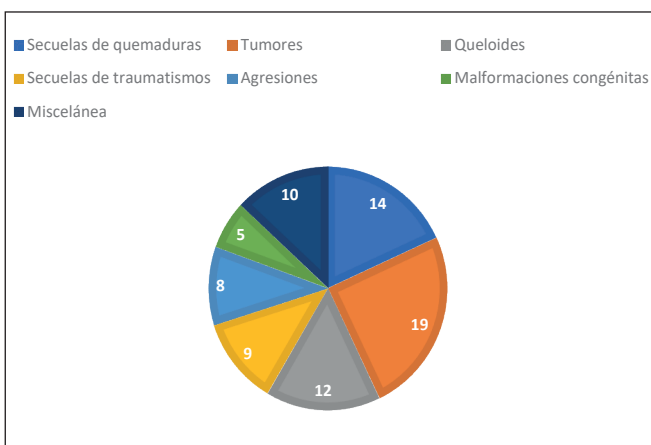


Figura 9. A y B. Tumores de parótida tratados (parotidectomía total en ambos casos).



Figura 10. Algunas de las secuelas de quemaduras tratadas.

fue realmente corto al no acudir muchos pacientes a las revisiones.

En cuanto a la parte anestésica, acaecieron 2 complicaciones reseñables: una regurgitación sin aspiración en un paciente de 3 años, y una parada cardiorrespiratoria por asistolia tras bradicardia extrema y sin hipoxia previa en una paciente de 14 meses, de menos de 1 minuto de duración, ambas en la inducción de anestесias generales. Ninguna de ellas tuvo efectos deletéreos y los pacientes pudieron ser despertados inmediatamente después del procedimiento, sin consecuencias.

Discusión

Se define como Salud Global el área de estudio, investigación y práctica que prioriza la mejora de la salud y la consecución de la equidad en el acceso a la salud de toda la población.⁽⁸⁾ Cada vez hay más conciencia de la inmensa carga global que suponen las enfermedades quirúrgicas,^(8,9) así como del importante papel que juega la especialidad de Cirugía Plástica en su solución. Por poner un ejemplo, el 66% de los años de vida ajustados por discapacidad debido a enfermedades quirúrgicas, a nivel global, se deben a lesiones traumáticas, tumores malignos y anomalías congénitas, es decir, a patologías todas ellas que con gran frecuencia entran dentro del campo de acción de la Cirugía Plástica.⁽⁸⁾ Además, el coste de los procedimientos de Cirugía Reconstructiva en los países en vías de desarrollo es relativamente bajo en comparación con el alivio del sufrimiento que proporcionan. Todo ello, unido a la escasez de cirujanos plásticos en países subdesarrollados, hacen que el potencial de cre-

cimiento de nuestra especialidad para la consecución de la Salud Global sea muy importante.

Uno de los problemas de basar la atención quirúrgica especializada, incluyendo la Cirugía Plástica, en misiones humanitarias de corta duración, es que las patologías cotidianas se hacen menos visibles, llegando solamente en muchas ocasiones los casos extremos, y cuando lo hacen se presentan ya muy evolucionados.⁽¹⁰⁾ De ahí la importancia de realizar una transmisión del conocimiento eficaz al personal médico local. El objetivo es doble: por una parte, que ellos mismos puedan aplicar esos conocimientos a casos sencillos en ausencia de personal especializado y, por otra parte, que la selección de pacientes para campañas futuras sea más precisa. En el caso de la misión que nos compete, la preselección de pacientes fue buena aunque susceptible de mejorar: el 17% de los pacientes que atendimos en la campaña no tenían una patología propia de la Cirugía Plástica. Dada la limitación de recursos y de tiempo se debe intentar ser lo más eficiente posible.⁽⁶⁾

Una de las lecciones que hemos aprendido tras la campaña es que para formar parte de un proyecto como este no es imprescindible ser un gran experto en Microcirugía o dominar las últimas técnicas reconstructivas, puesto que la mayor parte de patologías a las que se tiene que hacer frente se pueden resolver con el simple conocimiento de alguno de los principios básicos de la Cirugía Plástica, como puede ser una Z-plastia, un injerto de piel o un colgajo local o regional (Fig. 11). Es más, no se pueden llevar a cabo cirugías muy complejas por carecer de medios materiales. Lo único de verdad imprescindible para tener éxito en un proyecto de este tipo es saber adaptarse a la realidad del medio.^(4,6) No obstante,



Figura 11. Una de las agresiones tratadas. Defecto de bermellón en labio inferior reconstruido mediante colgajo de avance de mucosa en V-Y. La paciente llevaba ingresada unas 2 semanas con el fragmento avulsionado necrosado, que había sido reposicionado a modo de injerto por el equipo médico local.

estamos convencidos de que para ello deben participar cirujanos plásticos con cierta experiencia en cirugía de la mano y en el tratamiento de pacientes fisurados⁽³⁾ y de forma ideal, crear equipos multidisciplinarios junto con traumatólogos o cirujanos generales.

El número de procedimientos llevados a cabo a lo largo de la misión fue ligeramente inferior al de campañas anteriores, mientras que el de primeras consultas fue sustancialmente menor;^(2,3) desconocemos por qué se seleccionaron menos pacientes para nuestra campaña. En cuanto al tipo de patologías que tratamos, lo más frecuente fueron las tumoraciones seguidas de las secuelas de quemaduras, lo que se diferencia ligeramente de las misiones anteriores.^(2,3)

Creemos relevante destacar que en una misión humanitaria lo más importante es la calidad de los resultados y no añadir morbilidad sobre los pacientes por la cantidad de procedimientos realizados.⁽¹⁰⁾ Por supuesto, no se deben exceder las competencias de la especialidad ni realizar cirugías para las que no estamos capacitados, así como deben primar las técnicas rápidas y resolutivas.^(2,4,10)

Las jornadas quirúrgicas que llevamos a cabo en nuestra misión fueron maratonianas, de más de 12 horas muchos días. Durante la primera semana decidimos sacrificar el descanso de gran parte del fin de semana para continuar operando, lo que ayudó a adelantar el trabajo que quedaba pendiente, pero contribuyó a que la campaña acabara siendo extenuante para todo el equipo. Como recompensa, pudimos operar todo lo que habíamos programado antes del final de la misión y tuvimos tiempo para revisar a todos los pacientes.

Como novedad respecto a campañas anteriores, este año fue la primera vez que participaba un residente de la especialidad de Cirugía Plástica en una misión humanitaria auspiciada por la SECPRE, lo que todo el equipo pensamos que fue un acierto. Tradicionalmente se ha considerado controvertida la participación de cirujanos en formación en programas de cooperación internacional;⁽⁹⁾ sin embargo, se trata de una oportunidad única para los residentes que no se puede suplir mediante el estudio de libros o con el habitual curriculum formativo.⁽¹¹⁾ El beneficio para los residentes que supone el participar en una campaña humanitaria incluye no solo una mejora en la competencia técnica o profesional, sino que también promueve su crecimiento como personas y les ayuda a ser médicos más humanos.^(11,12)

Las misiones humanitarias tienen además un valor añadido tanto para los residentes como para las comunidades a las que se dirige el proyecto, puesto que fomentan que los cirujanos en formación que participan en dichas misiones sean más proclives a continuar participando como especialistas en otras campañas en el futuro.⁽¹³⁾

Conclusiones

El papel que juega la Cirugía Plástica en el campo de la Salud Global, puesto en práctica a través de las misiones humanitarias de cooperación internacional, es muy importante. Aunque suelen ser proyectos de corta duración, de unas 2 semanas, el potencial que tienen los cirujanos plásticos para aliviar el sufrimiento de las personas y mejorar su calidad de vida es enorme.

Lamentablemente, debido a las condiciones sociales y económicas de Liberia y del resto de países en vías de desarrollo, va a seguir siendo necesaria la realización de misiones de cooperación humanitarias. Estas campañas deben estar abiertas a la participación tanto de cirujanos plásticos con experiencia como de cirujanos en formación.

Agradecimientos

A la ONG Fundación Juan Ciudad por su profesionalidad, a los hermanos de la Orden de San Juan de Dios que nos hicieron sentir como en casa, a todo el personal del hospital Saint Joseph's Catholic sin el cual no hubiera sido posible llevar a cabo con éxito la campaña, y a la SECPRE por fomentar este tipo de iniciativas solidarias. No nos podemos olvidar de agradecer a nuestras familias, que sufrieron en silencio esta "aventura" pero nos dieron todo su apoyo.

Dirección del autor

Dr. Javier Puertas Peña
Servicio de Cirugía Plástica y Quemados
Hospital Universitario Miguel Servet
Paseo Isabel la Católica 1-3
50009 Zaragoza, España
Correo electrónico: javierpuertasgz@gmail.com

Bibliografía

1. <https://www.who.int/countries/lbr/es/>
2. **Nóvoa Rodríguez M., López Suso E., Romaní Olivé M., Díaz Allegue M.** Labor humanitaria en África. Nuestra experiencia. *Cir. plást. iberolatinoam.* 2019;45(3):327-338.
3. **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. iberolatinoam.* 2017, 43(4): 425-437.
4. **Laredo Ortíz C. et al.** Nuestra experiencia en campaña humanitaria en Liberia. *Cir. plást. iberolatinoam.* 2018;44(2):231-242.
5. **Lorda Barraquer E.** La Sociedad Española de Cirugía Plástica viaja a África: mi experiencia en Togo y Liberia. *Cir. plást. iberolatinoam.* 2017, 43(2):203-216.

6. **Berenguer B., González Meli B., Bernabéu T.** Cirugía Plástica Infantil en campaña humanitaria en Guinea Ecuatorial. *Cir. plást. iberolatinoam.* 2015, 41(3):335-343.
7. <http://www.sj catholic hospital.com/es/>
8. **Borrelli MR.** What Is the Role of Plastic Surgery in Global Health? A Review. *World J Plast Surg.* 2018, Sep;7(3): 275-282.
9. **Campbell A., Sherman R., Magee WP.** The role of humanitarian missions in modern surgical training. *Plast Reconstr Surg.* 2010;126(1):295-302.
10. **Micheau P., Lauwers F.** Quels objectifs pour une mission humanitaire de chirurgie plastique réparatrice? [What are the objectives of a humanitarian reconstructive plastic surgery mission?]. *Ann Chir Plast Esthet.* 1999;44(1):19-26.
11. **Rodriguez A., Ho T., Verheyden C.** International Programs in the Education of Residents: Benefits for the Resident and the Home Program. *J Craniofac Surg.* 2015;26(8):2283-2286.
12. **Aziz S.R., Ziccardi V.B., Chuang S.K.** Survey of residents who have participated in humanitarian medical missions. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012;70(2):e147-e157.
13. **Tannan S.C., Gampper T.J.** Resident Participation in International Surgical Missions is Predictive of Future Volunteerism in Practice. *Arch Plast Surg.* 2015;42(2):159-163.