

Cirugía Plástica
Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

ISSN: 0376-7892

ISSN: 1989-2055

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y
Estética (SECPRE)

Laredo-Ortíz, Carlos; García-Bernal, Francisco J.; Regalado-Bilbao,
Javier; Navarro-Sempere, Leopoldo; García-Henares, Juan-Fernando
Nuestra experiencia en campaña humanitaria en Liberia
Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 44, núm. 2, 2018, Abril-Junio, pp. 231-222
Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE)

DOI: 10.4321/S0376-78922018000200014

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365556716019>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Nuestra experiencia en campaña humanitaria en Liberia

Our personal experience during an humanitarian project in Liberia



Laredo Ortiz, C.

Carlos LAREDO-ORTÍZ*, Francisco J. GARCÍA-BERNAL**, Javier REGALADO-BILBAO***, Leopoldo NAVARRO-SEMPERE****, Juan-Fernando GARCÍA-HENARES*****

Resumen

Las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) intentan aportar bienes básicos y servicios sanitarios a aquellas personas afectadas ya sea por catástrofes humanas o naturales, o bien por situaciones de extrema pobreza. Con este planteamiento, surgió un acuerdo de colaboración entre la Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética (SECPRE) y los Hermanos de San Juan de Dios, uno de cuyos frutos ha sido, por segundo año consecutivo, esta campaña en el Saint Joseph's Catholic Hospital de Monrovia (Liberia).

En este artículo describimos nuestra estancia en dicho proyecto de ayuda humanitaria desarrollado en noviembre del 2017, tratando de transmitir no sólo las condiciones de trabajo a las que nos enfrentamos, sino también la experiencia personal de todos los componentes del equipo, con el objetivo de que sea útil para miembros de próximas campañas.

Abstract

Non-Governmental Organizations (NGO) aim to provide basic goods and health care to people affected by human and natural disasters or by situations of extreme poverty. With this objective, collaboration took place between the Spanish Society of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery (SECPRE) and the order of the Brothers of San Juan de Dios. One of its achievements has been that this campaign has taken place for the second consecutive year at Saint Joseph's Catholic Hospital in Monrovia (Liberia).

In this article, we describe our personal experience during the humanitarian project carried out in November 2017. We intend to communicate not only the working conditions, but also the personal experience of all the team members involved, with the aim of supporting future campaigns.

Palabras clave Quemadura, Secuelas quemadura, Cirugía Plástica humanitaria.

Recibido (esta versión) 23 abril/2018
Aceptado 30 mayo/2018

Key words Burns, Burns sequels, Humanitarian Plastic Surgery.

Received (this version) 23 april/2018
Accepted 30 may/2018

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

* Especialista en Cirugía Plástica, Médico Adjunto del Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España.

** Especialista en Cirugía Plástica, Instituto Regalado y Bernal de Cirugía Plástica y de la Mano, Médico Adjunto del Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España.

*** Especialista en Cirugía Plástica, Instituto Regalado y Bernal de Cirugía Plástica y de la Mano, Bilbao, España.

**** Especialista en Cirugía Plástica. Hospital Medimar Internacional, Alicante, España.

***** Especialista en Anestesia y Reanimación, Hospital de Denia, Alicante, España.

Es importante situarnos en el mapa y en el contexto de la realidad de esta pequeña ciudad africana para valorar la actividad que allí realizamos durante 2 semanas. Monrovia es la capital de Liberia, uno de los países más afectados por la epidemia del Ébola de 2014 junto a los países vecinos, Sierra Leona y Guinea (Fig. 1). El brote se inició a finales de marzo del 2014. Antes de la epidemia, Liberia tenía 50 médicos y 100 enfermeras para una población total de 4.3 millones de personas, tras una guerra civil que debilitó el país y que terminó en 2003. La epidemia del Ébola fue el mayor brote de la enfermedad; causó en el país 10.675 afectados y 4.809 fallecidos. La introducción del virus del Ébola en el país afectó especialmente a comunidades como la de West Point, donde más de 70.000 personas vivían hacinadas en una península sin agua corriente, saneamiento, ni sistemas de control de residuos. El 16 de septiembre de ese año se constató que 318 trabajadores sanitarios fueron afectados por la enfermedad, de los cuales 151 fallecieron. Nunca antes el virus del Ébola había afectado a tantos

profesionales sanitarios, lo que hizo disminuir de forma significativa la capacidad de respuesta ante el brote y aumentó la necesidad de ayuda humanitaria externa.

En Monrovia se ubica el St. Joseph's Catholic Hospital, un hospital cristiano fundado en 1963 por la Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Se trata de una institución sin fines de lucro dentro del ámbito socio-sanitario, que no cobra por proporcionar servicios a sus pacientes sin importar raza, sexo o creencias religiosas. Esta Orden atiende e integra este hospital así como otro de similares características en Sierra Leona y engloba otros centros de este tipo en los 5 continentes. En 1985, la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios promovió la creación de la Fundación Juan Ciudad, que en 1991 constituyó la denominada Juan Ciudad O.N.G.D., Organización No Gubernamental para el Desarrollo Humano Sostenible y la Cooperación Internacional, que actúa en los centros de la Orden Hospitalaria de África, América Latina y Asia, con especial atención a los países más desfavorecidos.

En este artículo presentamos nuestra experiencia, única, aunque esperamos que repetible, bien por nosotros o por cualquier integrante de la SECPRE. El principal objetivo es contagiar nuestro entusiasmo, mostrar cómo nuestra labor como cirujanos plásticos puede ser muy importante y muy agradecida allí donde vayamos, y animar a próximos colaboradores a encontrar ese momento que nunca parece venir bien para acudir a una campaña humanitaria.

Material y método

Equipo médico

La SECPRE, gracias al Dr. Jesús Barón, miembro de la Junta Directiva como Vocal de Relaciones Institucionales, me ofreció la oportunidad de organizar esta segunda campaña en Liberia. En primer lugar, hubo que decidir la composición del equipo valorando la conveniencia o no de llevar compañeros de otras especialidades, fundamentalmente traumatólogos y/o personal de enfermería, como había sucedido en campañas anteriores. Durante varios meses fui hablando con compañeros para formar parte del proyecto, hasta finalmente crear un



Fig. 1. Localización geográfica de Liberia y su capital Monrovia.



equipo de 4 cirujanos plásticos y 1 anestesta quienes me manifestaron sus ganas y su ilusión por hacer algo que siempre habían tenido en mente.

Los Dres. Francisco J. García Bernal, Javier Regalado Bilbao, Leopoldo Navarro Sempere y yo mismo, fuimos finalmente los cirujanos plásticos encargados del proyecto (Fig.2). La experiencia de todos en cirugía de la mano, patología congénita y secuelas de quemaduras, parecía que podía cubrir todo aquello a lo que nos podíamos enfrentar.

La importancia de la figura del anestesta quedó reflejada desde el primer día. Sin alguien con la suficiente experiencia para poder realizar procedimientos anestésicos sin los medios habituales, no hubiera sido posible operar a gran parte de los pacientes. El Dr. Juan Fernando García aceptó la “envenenada” invitación para acompañarnos en este proyecto y fue nuestro anestesta durante estos días cumpliendo con creces las expectativas que habíamos puesto en él. Supo hacernos ver lo que era posible y lo que era irrealizable, mostrándonos lo que podía ser un grave problema en cuanto al control intra y postoperatorio y enfrentándonos a la realidad de los medios de los que disponíamos; su figura fue clave a la hora de seleccionar pacientes y sus correspondientes cirugías.

Si bien la experiencia, la destreza quirúrgica y los conocimientos para sacar adelante a los pacientes eran importantes en todos los componentes del equipo, la calidad humana resultó crucial para un proyecto que iba a despertar nuestra sensibilidad y sentimientos más profundos. Y en este punto alcanzamos la excelencia, modestia aparte. Desde el primer día se creó un estrecho lazo, tanto entre los miembros del equipo como con los integrantes del Saint Joseph’s Catholic Hospital, lo que hizo que todo funcionara a un ritmo elevadísimo y siempre con muy buen humor.

El Saint Joseph’s Catholic Hospital nos proporcionó también personal para llevar a cabo las intervenciones. El Dr. Senga, como Director Médico y especialista en Cirugía General, sentó las bases para la selección y coordi-



Fig. 2. El equipo médico dentro de las instalaciones quirúrgicas.



Fig. 3. Imagen del personal médico a la entrada del hospital junto a nuestro equipo. El Dr. Senga, Director Médico del Saint Joseph’s Catholic Hospital, con cirujanos generales y urólogos de la plantilla.



Fig. 4. Fotografías a la entrada del hospital de su personal sanitario fallecido durante la epidemia del Ébola. Destacan Miguel Pajares y Manuel García Viejo, por pertenecer a la Orden de San Juan de Dios.

nación de los pacientes susceptibles de cirugía. Erick, uno de los hermanos de la Orden con notables conocimientos anestésicos adquiridos a lo largo de incontables campañas, fue nuestra mano derecha para facilitarnos el trabajo, tanto de trámites administrativos como en organización de partes quirúrgicos y visita de pacientes en consulta. Y Christine, la Jefa de Enfermería, una “todo terreno” que solucionaba todas las dudas, atendía nuestras necesidades y colaboraba en todo lo imprescindible para desarrollar nuestra actividad coordinando la difícil área de hospitalización, consulta y quirófano (Fig. 3).

Instalaciones del Saint Joseph’s Catholic Hospital

El hospital está ubicado en el barrio de Congo Town, a unos 5 km del centro de Monrovia. Se trata de un complejo hospitalario cerrado con altas medidas de seguridad frente al exterior. Un bloque a la entrada para el triaje inicial de pacientes, donde se realiza un riguroso control de la temperatura a toda persona que accede al centro, da paso a varios bloques de edificios destinados a hospitalización, lavandería, viviendas para los trabajadores del propio hospital y una pequeña casa para nosotros, los co-operantes. Dentro del mismo recinto se encuentra la residencia de los hermanos de la Orden, lugar de reunión habitual para comidas y cenas de nuestro equipo.

En el edificio principal se encuentra el área de hospitalización, consultas externas, laboratorio, sala de rayos, quirófanos y administración. La entrada al mismo deja grabada la imagen de los trabajadores fallecidos por la reciente epidemia del Ébola (Fig. 4).

Consulta

Durante los meses anteriores a nuestra llegada, el hospital divulgó mediante anuncios en radio, periódicos locales y carteles, la presencia de un equipo de cirujanos plásticos españoles entre los días 12 y 26 de noviembre de 2017. Se mostraron imágenes relacionadas con el tipo de patología que podíamos tratar (labios leporinos, contracturas cicatriciales en manos y cara, e incluso deformidades congénitas de las extremidades). Este fue el medio para que la población del país pudiera apuntarse al proyecto. Los pacientes habían sido convocados para los 2 primeros días de nuestra estancia, por lo que el primer día nuestra actividad fue realizar la importante labor de selección de la mayor parte de los pacientes, aunque siguieron viniendo a cuentagotas a lo largo de las 2 semanas de nuestra estancia.

Tras una visita relámpago por las instalaciones a primera hora de la mañana del lunes 13 de noviembre, accedimos a una pequeña consulta que constaba de una mesa, un par de sillas y una camilla prácticamente inutilizable. Iniciamos la consulta de forma rutinaria, valorando uno a uno los pacientes entre los 5 integrantes del equipo, contrastando opiniones, la indicación quirúrgica de cada caso y explicando detalladamente el procedimiento. Todo ello era anotado por nuestro anestesista, improvisando labores de secretaría en una tabla de Excel en la que reflejábamos un número de historia, el diagnóstico, la indicación y la probable técnica anestésica a realizar. Tras una hora de consulta, en la que sólo habíamos sido capaces de valorar a 6 pacientes (los más puntuales), nos dimos cuenta de que el ritmo no era el adecuado. Al ir a llamar al siguiente paciente la sala de espera se había convertido en un auténtico tumulto de gente; 200, tal vez 300 pacientes estaban esperando a ser valorados. Cambiamos la estrategia: acumulamos en la consulta hasta 5 sillas en las que sentábamos a los pacientes para hacer una valoración simultánea, con un fugaz triaje de qué pacientes podíamos solucionar. Tuvimos en cuenta la complejidad, los medios anestésicos de los que disponíamos, la limitación de los cuidados postoperatorios ante determinados procedimientos, la edad y patología concomitante de los pacientes. Nos convertimos así en improvisados e implacables jueces de la salud y la curación en condiciones en las que nunca habíamos desarrollado nuestra profesión, dictaminando en cuestión de segundos a quién le brindábamos una oportunidad y a quién no. Por si fuera poco, en ese momento todavía desconocíamos los medios con los que íbamos a contar para sacar adelante esa agenda, esa forzosa lista de espera que estábamos creando. Las posibi-

lidades de seguimiento y rehabilitación postoperatoria también eran una incógnita.

Era presumible que las técnicas y procedimientos elegidos posiblemente no serían los mismos que los que hubiéramos utilizado en nuestros hospitales de procedencia. Debíamos ofrecer procedimientos resolutivos, que nos permitieran finalizar el tratamiento, sujetos a la menor comorbilidad posible, y que minimizaran complicaciones postoperatorias. Técnicas de microcirugía o aquellas dependientes de un inexistente aparataje o material protésico, no entraban en nuestro arsenal terapéutico. Aquel primer día, valoramos 257 pacientes, de los cuales aceptamos para cirugía 136. Descartamos patología congénita compleja (onfaloceles, anoftalmias, graves malformaciones faciales...), grandes tumores (que precisaran unos inexistentes cuidados intensivos en el postoperatorio), hernias inguinales (que podrían ser solucionadas por equipos habituales de cirugía existentes en el propio hospital), patología puramente traumática de extremidades inferiores (pseudoartrosis de fémur, pies zambos, luxaciones congénitas de cadera...), por falta de medios y aparataje para poder solucionarlas (Fig. 5).

Erick y Christine se encargaban de la admisión y del papeleo necesario para la programación quirúrgica de cada uno de los pacientes. A partir de ahí, y de forma más o menos programada (algo que apenas dependía de nuestra colaboración y que estaba sujeto a reglas que no supimos entender), ingresaban al día unos 20 pacientes para la realización de la intervención prevista. A pesar de la intención de hacer la lista quirúrgica según prioridad y complejidad de los casos, la demanda era tan importante que los pacientes eran intervenidos conforme ingresaban en el hospital, independientemente de su patología y edad, siendo muy difícil dicha coordinación por parte de nuestro equipo y de los hermanos de la Orden. La organización diaria de las agendas se convirtió en una labor muy complicada, en ocasiones por la relajación de los pacientes a la hora de cumplir y respetar los horarios para acudir al centro hospitalario.

Quirófano

El Saint Joseph's Catholic Hospital cuenta con 2 quirófanos inicialmente bien equipados. Uno de mayor tamaño, previsiblemente para procedimientos mayores, y otro destinado a cirugía menor, ambos comunicados por un pequeño almacén lleno de material y cajas de medicación probablemente donadas por organizaciones de ayuda humanitaria previas (Fig. 6). Frente a los quirófanos había una sala que hacía las veces de sala de preparación preoperatoria, de recuperación postoperatoria, de curas e incluso de primera consulta para pacientes que iban apareciendo diariamente. Por supuesto que las normas básicas de control de infecciones, como la restricción al acceso, limitación de zonas quirúrgicas o control de circulación de sanitarios y pacientes, quedaban completamente obviadas (Fig. 7).



Fig. 5. Pacientes descartados para la cirugía en el cribado inicial por inseguridad en el postoperatorio y/o carecer de la infraestructura necesaria para realizar el procedimiento adecuado. A. Tumoración gigante cervical. B. Onfalocele en niño de 8 años. C. Tumoración facial. D. Anoftalmia en lactante de 14 meses.



Fig. 6. A. La sala operatoria principal donde realizábamos la mayoría de los procedimientos que precisaban sedación. B. Todo el equipo realizando varios procedimientos simultáneos en el mismo paciente. C. El Dr. Navarro y el Dr. Regalado junto al equipo de enfermería principal.

Las cirugías se organizaban de modo que no hubiera ni un quirófano ni un cirujano libre. Los casos se iban repartiendo en función de la experiencia de cada cirujano, de forma que unas veces eras cirujano principal, otras ejercías de ayudante, otras de enfermero o instrumentista, otras de asistente del anestesiista, otras de encargado del papeleo de informes quirúrgicos o evolutivos. Entre paciente y paciente, buscabas al que se quedase libre para

subir a la sala de hospitalización a ver a los pacientes antes y después de la cirugía, a los nuevos ingresos, para resolver dudas del personal de enfermería en planta, etc. Saltábamos de un sitio a otro continuamente intentando cubrir al máximo la demanda asistencial.

Los pequeños fallos eran fácilmente solucionables gracias a la experiencia de los miembros del equipo. Realmente en este tipo de situaciones es cuando la impro-



Fig. 7. Alternando en la sala accesoria a quirófano curas postoperatorias ambulatorias.



Fig. 8. Los procedimientos anestésicos en lactantes constituían un auténtico reto para el Dr. García, aunque pudieron realizarse sin consecuencias.



Fig. 9. El uso del ecógrafo resultó imprescindible en la mayoría de los procedimientos anestésicos, al tratarse de bloqueos regionales.

visación, unida a las ganas de ser resolutivos, nos daban constantes ideas para superar cualquier adversidad. Si no funcionaba el aparato de isquemia improvisábamos torniquetes con bandas de Smarch. Si no funcionaba el mallador de injertos los mallábamos manualmente con paciencia y destreza (el Dr. Regalado se convirtió en un experto a lo largo de los días). Llegábamos al límite de las indicaciones en cirugía con anestesia local o locorreional dadas las dificultades para realizar procedimientos con anestesia general. La anestesia tuvo que adaptarse a los medios disponibles; como muestra valga decir que la máquina de anestesia, por problemas de mantenimiento, no resultaba segura para ventilación mecánica en niños ya que existía un elevado riesgo de hipoxemia o de barotrauma (Fig.8).

Dado que una parte considerable de los pacientes además fueron niños, evitamos, en la medida de lo posible, la ventilación mecánica controlada. Generalmente optamos por ventilación espontánea o de soporte bajo sedación consciente, con o sin mascarilla laríngea, normalmente bajo pequeñas dosis de ketamina y propofol (ketofol) y siempre bajo anestesia locorreional. La seguridad, precisión y rapidez que nos aportó la donación de un ecógrafo portátil por la empresa Fujifilm (Sonosite Nano) permitió realizar los procedimientos sin incidencias y prolongar el control del dolor postoperatorio (Fig. 9). Entre los abordajes empleados citamos bloqueos del plexo braquial (abordaje axilar, infraclavicular o supraclavicular), del plexo lumbosacro (ciático subglúteo, ciático poplíteo, femoral y sacro), bloqueos para cirugía de mama (como el BRILMA –bloqueo de las ramas cutáneas laterales de los nervios intercostales en la línea



Fig. 10. Las habitaciones destinadas a los niños llegaban a tener hasta 10 cunas ocupadas en el mismo día.



Fig. 11. Los niños, sobre todo, nos daban lecciones de control del dolor y de manejo postoperatorio superiores a lo que podíamos imaginar.



Fig. 12. Una de las 2 habitaciones destinadas a mujeres, compartida hasta por 6 pacientes.

medio-axilar– o el del serrato anterior), así como bloqueos paravertebrales ecoguiados.

Habitaciones

La imagen de las habitaciones fue tal vez la más impactante de las que nos quedaron grabadas. La separación entre adultos (mujeres y hombres) y niños era clara, aunque el número de pacientes que convivían en la misma habitación era una de las estampas más llamativas.

En la habitación de niños mayores de 6 años y adolescentes llegábamos a encontrarnos hasta 12 niños (con sus correspondientes familiares) con cirugías pendientes o realizadas en días previos (Fig. 10). Desde sus camas nos miraban a través de sus delgados barrotes, con el temor en los ojos disimulado por una constante sonrisa de complicidad y agarrados a una esperanza (Fig. 11).

Los adultos, de 6 en 6, esperaban un día, tal vez 2, a ser operados. Junto a los pendientes de operación se encontraban los ya intervenidos, tratados eficazmente por nuestro anestesista ante la mínima muestra de dolor, a veces con un simple Ibuprofeno, o con un paracetamol. El umbral de dolor de estos pacientes está muy por encima de lo que estamos acostumbrados. Hemos aprendido la importancia de la cultura y la educación en este campo. Su tolerancia al dolor es infinitamente superior a la de los pacientes de nuestro medio. Había que descubrirlo por signos indirectos (la postura, los movimientos, la mirada,...), porque no eran capaces de manifestarlo; el dolor ha formado parte de sus vidas, y es normal para ellos tenerlo y controlarlo (Fig. 12).

Alternábamos la visita a los pacientes en las habitaciones con nuestra labor en quirófano. Siempre acompañados por Erick y por la Jefa de Planta que hacían anotaciones en una pequeña libreta para dejar reflejadas nuestras indicaciones. Cualquier momento libre (a primera hora, entre quirófanos, antes de comer, al acabar la jornada), siempre turnándonos, era aprovechado para visitar a los pacientes realizando improvisadas curas con los mínimos medios disponibles a pie de cama. Aprovechando para al mismo tiempo organizar los quirófanos del día siguiente ya que los pacientes ingresaban de forma descontrolada y sin un orden previsible. Las estancias hospitalarias se reducían al mínimo posible, dando el alta a pacientes en la mayoría de los casos a las 24 horas a pesar de la patología y la edad. Una cama desocupada significaba un ingreso asegurado a lo largo del día, casi por orden de llegada, no por prioridad de patología.

RESULTADOS

El número y la variedad de patologías superó ampliamente nuestras expectativas. Sabíamos que las secuelas de quemaduras, representadas por agresivas retracciones cicatriciales, iban a suponer el mayor porcentaje de nuestra actuación quirúrgica. Inicialmente esperábamos que fueran apareciendo de forma progresiva heridas cicatriciales en axila o cuello, pero sin embargo lo que más apareció en la consulta fue patología de mano. Retracciones muy graves que habían provocado, en la mayor parte de los casos, luxaciones digitales y/o radiocarpianas difíciles de manejar con los medios disponibles. Se trataba de casos con indicación microquirúrgica en su mayoría, pero era imposible plantear dicho procedimiento sin un microscopio y sin material microquirúrgico. La sospecha de que nuestras técnicas habituales no iban a poder ser uti-



Fig. 13. Niña de 7 años con múltiples retracciones en flexura del codo e interdigitales a resolver en el mismo tiempo quirúrgico.

lizadas en los pacientes complejos comenzaba a hacerse realidad. La microcirugía, arma eficaz y resolutive en nuestros hospitales de procedencia, tuvo que ser sustituida por colgajos de perforante, colgajos fasciocutáneos regionales (el colgajo interóseo posterior y el colgajo antebraquial de flujo retrógrado en no pocas ocasiones), colgajos dermograsos (el colgajo de perforante radial nos facilitó la cobertura volar de muchas manos retraídas) y por supuesto, los injertos de piel total obtenidos de ingle o abdomen, que fueron en nuestras manos, tremendamente resolutivos

Las pérdidas de sustancia susceptibles de cobertura con injertos laminares fueron lo menos habitual. Solucionamos focos de fractura y áreas de exposición ósea en extremidad inferior con colgajos de perforante de tibial posterior, con colgajos musculares o incluso con colgajos fasciocutáneos randomizados.

En total, el número de pacientes valorados para cirugía fue de 257, siendo descartados para cirugía el 34,6% (89 pacientes). A lo largo de los 12 días destinados para cirugía logramos intervenir a 87 pacientes (33,8%), en los cuales realizamos 132 procedimientos quirúrgicos (en el mismo paciente se trataban varias patologías, sobre todo en lo que a secuelas de quemadura se refiere) (Fig. 13). El índice de complicaciones fue mínimo, teniendo que reintervenir solo a 2 pacientes: un labio leporino en lactante de 3 meses de edad que sufrió una pequeña dehiscencia, y un paciente con una megadactilia secundaria a hamartoma del nervio cubital, que tras una primera cirugía de adelgazamiento de los tejidos de la palma, cuarto y quinto dedos de la mano derecha, precisó un cambio de indicación quirúrgica realizando una amputación funcional del cuarto dedo (Fig. 14). En 2 pacientes con integración parcial de alguno de los injertos utilizados

optamos por no reintervenir en previsión de buena evolución por cicatrización dirigida, hecho confirmado por los hermanos de la Orden varias semanas después de abandonar la campaña (Tabla II, Grafico 1)

La resolución de contracturas cicatriciales de la mano fue el procedimiento más realizado (20,4%) dentro de lo que serían secuelas postquemadura, representando el 62,8% de las intervenciones realizadas durante nuestra estancia (Fig. 15-18).

Discusión

La ayuda humanitaria surge como una respuesta solidaria hacia aquellos colectivos más vulnerables; puede estar orientada a atender a las personas afectadas por catástrofes humanas o naturales y guerras, o bien organizada para colaborar con países con falta de medios y con un pobre desarrollo económico y social, a fin de atender de forma natural determinadas patologías. Se distingue por ello la ayuda humanitaria de urgencia de la cooperación para el desarrollo en función del contexto y las necesidades de cada país.

La ayuda humanitaria es la principal acción de la mayoría de las ONG del mundo, orientadas a atender a las personas afectadas por catástrofes humanas o naturales y guerras. Esta ayuda no sólo se centra en la provisión de bienes básicos y servicios sanitarios, sino también en la defensa de los derechos humanos, la protección de las víctimas, la denuncia social, de la presión política, y en favorecer la inclusión y el acompañamiento. Hay que subrayar que la ayuda humanitaria reside en las personas y no en los estados; su objetivo es favorecer a aquellos que sufren. Las personas dedicadas a la ayuda humanitaria, además de las actividades que realizan y los objetivos que



Fig. 14. Macroductilia secundaria a hamartoma del nervio cubital, Tras cirugía inicial de adelgazamiento se procedió a amputación del cuarto dedo en un segundo tiempo quirúrgico para mejorar la funcionalidad de la mano.

Tabla I. Actividades realizadas durante la campaña

NÚMERO DE CONSULTAS	257
PACIENTES ACEPTADOS PARA CIRUGÍA	168
PACIENTES INTERVENIDOS	87
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS *	132

(*) En un mismo paciente se desarrolló más de un procedimiento quirúrgico

Gráfico 1. Procedimientos realizados por diagnósticos

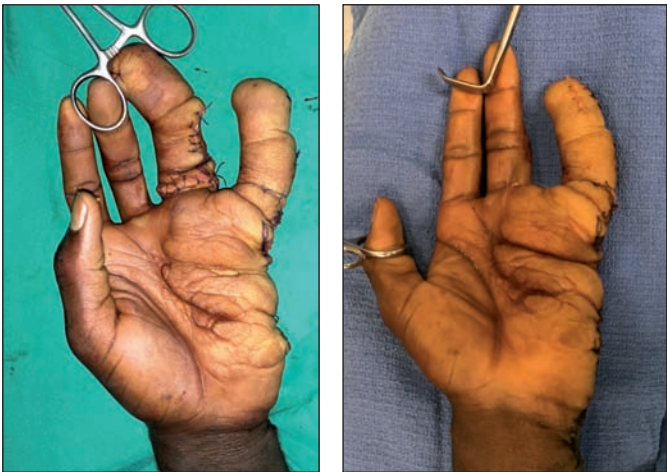


Fig. 15. Las cicatrices retráctiles de mano y muñeca fueron la patología más habitual y exigente durante nuestra estancia en el Saint Joseph's.



Fig. 16. Los casos agudos de quemadura no resueltos se presentaban con pérdidas de sustancia de muy difícil manejo.



Fig. 17. Retracción cicatricial grave en muñeca en niño de 9 años, con reconstrucción articular, colgajo fascial radial y cobertura con injerto de piel total.

cumplen, tienen que presentar unos valores éticos y morales para concienciar a la sociedad. Constantemente la ayuda humanitaria es necesaria, ya sea económica o material; muchas personas te necesitan.⁽²⁾

Se estima que hay unas 10 millones de ONG en el mundo. Si las ONG fueran un país, tendrían la quinta economía más grande del mundo. El término organiza-

ción no gubernamental fue creado en el artículo 712 de la Carta de la Organización de Naciones Unidas de 1945. Una ONG puede ser cualquier tipo de organización, siempre que sea independiente de la influencia gubernamental y que no tenga fines de lucro.

La actividad de las ONG se centra en distintos puntos de interés: educación, infraestructuras y, por su-



Fig. 18. Retracción similar en adulto, con cobertura tras alineamiento con colgajo antebraquial de flujo retrógrado basado en eje radial.

puesto, sanidad. Los médicos han respondido desde sus comienzos a este tipo de iniciativas. Cada vez es más frecuente la presencia de campañas humanitarias en las que participan cirujanos plásticos. Optar por ser un voluntario/a de ayuda humanitaria implica una vinculación con la organización, el conocimiento de sus protocolos de actuación, de las realidades de cada país y estar preparado para las situaciones que se van a afrontar. Los enfermos nos ofrecen mucho más de lo que nosotros les damos.⁽³⁾ Se necesita una gran dosis de realismo y de entusiasmo para abordar el ideal de asistir a otros con la certeza de que nuestras acciones no van a resolver todos sus problemas

Tal vez lo más difícil en campañas de esta magnitud es ajustarse a la realidad del lugar en el que desempeñas tu actividad.⁽⁴⁾ Todo es diferente a lo que haces en el día a día a nivel profesional. Los pacientes son diferentes. Su nivel cultural es muy bajo y te observan y ven como alguien sobrehumano que ha venido desde un lugar del mundo muy lejano, que no conocen, para dar solución a sus problemas. Las patologías son diferentes. Procedimientos que serían objeto de extensas sesiones clínicas con múltiples opiniones o de estrechas colaboraciones con otros servicios son la tónica habitual y multiplicados no sólo en número sino en complejidad. El caso del mes en tu servicio habitual, aquí es diario. Con la diferencia de que aquí no solo no vas a desarrollar la indicación ideal, sino que además debes elegir el procedimiento más

eficaz y resolutorio posible con el mínimo riesgo de complicaciones a medio plazo, ya que estas supondrían un auténtico problema a partir del día en que finaliza nuestra estancia en el hospital. Sin duda, las experiencias previas de otras campañas y, sobre todo la desarrollada en el mismo hospital un año antes por el equipo de la Dra. Elena Lorda, nos resultó de máxima utilidad.⁽⁵⁾

El cirujano plástico, por su formación multidisciplinar, por sus conocimientos anatómicos, por practicar la patología de mano y del sistema nervioso periférico, por estar la cirugía vascular dentro de su arsenal terapéutico, por manejar miembros catastróficos, y por tratar además las quemaduras, se convierte en muy necesario en aquellos lugares con conflictos bélicos actuales.⁽⁶⁾ De igual forma, su amplia experiencia en estas patologías lo convierte en imprescindible para todo tipo de secuelas en países de extrema pobreza y con falta de especialistas.⁽⁷⁾

Conclusiones

No es difícil sensibilizar a los cirujanos plásticos respecto a la oportunidad que nuestra profesión nos brinda para ayudar a la gente desfavorecida y la enorme satisfacción que esta actividad puede producir tanto en los pacientes atendidos como en los propios cirujanos que participan en el proyecto. Pero es imprescindible recalcar que las técnicas quirúrgicas que adquirimos en nuestra formación como cirujanos plásticos, por su variedad

de indicaciones y por la amplia cobertura de patologías que pueden cubrir, hace que nuestra especialidad sea realmente eficaz en este tipo de campañas.

Agradecimientos

A los responsables de la ONG Juan de Dios y en especial a su coordinadora Belén Jiménez, por su dedicación y disponibilidad ante todas nuestras dudas y peticiones. A los hermanos de la Orden, sobre todo a Erick y a Bernardo, por su calidad humana y atención durante los días de nuestra estancia en Monrovia. A todo el personal sanitario del Saint Joseph's Hospital por adaptarse a nuestro volumen de trabajo de forma paciente. A la SECPRE, de la mano del Dr. Jesús Barón, por habernos permitido vivir esta inolvidable experiencia. Y por supuesto, a nuestras familias, que participaron con ilusión del proyecto a pesar de nuestra ausencia.

Dirección del autor

Dr. Carlos Laredo
Servicio de Cirugía Plástica
Hospital General Universitario de Alicante
Pintor Baeza, 11
03010 Alicante, España
Correo electrónico: laredo_car@gva.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. iberolatinoam* 2017, 43 (4): 425-437.
2. **De la Cruz Acosta, F.** Operación sonrisa República Dominicana: 8 años de una intensa y positiva experiencia. *Cir. plást. iberlatinam* 2015, 41 (4): 457-467.
3. **Carrillo Blanchar DL.** Mi experiencia como cirujano plástico en campañas humanitarias: Chiclayo (Perú), Anantapur (India) y Ngandanjika (República Democrática del Congo) *Cir. plást. iberolatinoam* 2016, 42 (1):93-101.
4. **Berenguer, B., González-Meli, B., Bernabeu, T.** Cirugía Plástica Infantil en campaña humanitaria en Guinea Ecuatorial. *Cir. plást. iberolatinoam* 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. iberolatinoam* 2017, 43 (2): 203-216.
6. **Fernández Palacios J.** Cirugía plástica en emergencias humanitarias: 20 años de experiencia con Médicos del Mundo. *Cir. plást. iberolatinoam* 2015,41 (1): 107-113.
7. **Vallarta Rodríguez A, Morales Olivera JM, Duarte y Sánchez A.** La Cirugía Plástica y su labor humanitaria en México. *Cir. plást. iberolatinoam* 2015. 41 (3): 335-343.