

MEMORIA CAMPAÑA CIRUGÍA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA HOSPITAL FUNDACION MAYO MAYO REY (REI BOUBA, CAMERÚN) 2023

1. Introducción

La profesión médica es vocacional, esto se nos repite hasta la saciedad desde multitud de ángulos y prácticamente todos los días. Pero siendo sinceros, en ocasiones, las circunstancias diarias profesionales, sociales y personales nos hacen dudar de lo que hacemos, perdiendo nuestros objetivos y nos dejamos llevar por caminos que no son los que genuinamente nos planteamos recorrer el día que empezamos a visitar enfermos ya de estudiantes. Presento una memoria de una experiencia que personalmente me ha ayudado a recordar cuál es el fin último de nuestra profesión, algo tan simple y tan complicado como ayudar a otro ser humano.

2. Descripción de la campaña

La campaña del año 2023 se ha desarrollado entre los días 20.05.2023 y el 1.06.2023 en el hospital Fundación Mayo Rey, en el poblado de Rei Bouba, que se encuentra en la región norte de Camerún. El equipo quirúrgico español estaba compuesto por 2 anestesistas, 3 enfermeras y 5 cirujanos. Por otro lado se encontraba el equipo local que contaba con 3 enfermeras que nos apoyaba en la hospitalización, las curas y a la hora de pasar consulta. Además, fuera del equipo médico, pero no menos importante se encontraban 3 miembros del equipo, el personal "auxiliar".

Durante este periodo se realizaron 26 cirugías en 24 pacientes. Se realizaron consultas externas diarias donde aproximadamente se valoraron a unas 200 personas, sea atendió la planta y se realizaron curas de pacientes intervenidos tanto en la hospitalización como en consultas externas. Por último se realizaron labores de organización del material quirúrgico para próximas campañas.

3. Descripción de medios

El hospital se encuentra distribuido en un área hospitalaria y otro área de auxiliar

- a. Area Hospitalaria: Cuenta con dos quirófanos con un pequeño distribuidor que hace de antequófono. Dos áreas de hospitalización una con 8 camas y otra con 14 camas. Un equipo de rayos X, un pequeño laboratorio básico, una sala de curas, un dispensario y 3 salas de consultas polivalentes. Además se encuentra una zona donde se ubica el crematorio

- b. Area Auxiliar: Cuenta con un edificio administrativo, un almacén, un barracón y dos cabañas para los voluntarios y una zona que agrupa cocina, comedor y sala de estar.
- c. Una tercera área en construcción que están habilitando para familiares

Por otro lado los medios propios de nuestra campaña no difieren del material empleado en cualquier hospital convencional de nuestro medio, aunque obviamente más limitado y adaptado a las circunstancias.

- Mesas de Maquet
- Monitores de anestesia
- Sistema de aspiración
- Aire acondicionado
- Maquina de esterilización x2
- Material quirúrgico general
- Material quirúrgico específico (placas y tornillos convencionales AO, clavos de kuntscher, agujas y clavos, fijadores externos, algún sistema de placas de estabilidad angular, prótesis de cadera Monopolares Moore, etc).
- Farmacología (anestésicos, antibióticos, analgésicos, etc)

4. Medio local

EL hospital atiende una población predominantemente rural, con escaso acceso a sistema sanitario local. EL hospital general mas cercano se encuentra en Garua, y dada la ausencia de un sistema nacional de salud equiparable al nuestro, es triste decir que se encuentra prácticamente sin atención sanitaria. Además el nivel educativo de la población es bajo, por lo que medidas básicas que damos por hecho en occidente, no están generalizadas en cameroon.

La patología fundamental son cirugías de secuelas por lesiones traumáticas, fundamentalmente pseudoartrosis de huesos largos, luxaciones inveteradas, consolidaciones viciosas e infecciones crónicas. Es reseñable que para una población cuyo sustento depende de ser capaces de realizar actividad física (la mayoría trabajan de agricultores, ganaderos, etc), el padecer una lesión crónica en un miembro supone un trampolín un deterioro en sus ya justas capacidades económicas.

5. Memoria de intervenciones por patología

Pseudoartrosis aséptica femur	4	3 Sintesis con placa + aporte de injerto de cresta
Pseudoartrosis humero	3	Sintesis con placa + aporte injerto de cresta
Consolidacion viciosa femur	1	Osteotomia y enclavado endomedular
Fractura abierta subaguda femur	1	1er Desbridamiento, F ext y AK. 2do. Nuevo desbridamiento y colgajo de avance
Secuela fractura subcapital femur	1	Protesis parcial de cadera
Hemimielia tibia	1	Perone pro tibia y amputación transtibial
Pseudoartrosis séptica femur	1	2do tiempo de masquelet fijador externo
Infeccion enclavado kuntscher crónica tibia	1	EMO, lavado y fijador externo
Luxacion carpiana inveterada	1	Carpectomia 1ra fila
Fractura abierta tibia séptico	1	Amputacion
Pie equino y artrosis tobillo	1	Artrodesis de tobillo
Rigidez rodilla	1	Judet + Plastia V-Y cuadricipital
Defecto cutáneo pie	1	Cobertura cutánea
Intolerancia placa femur	2	EMO
Consolidacion viciosa radio distal	1	Osteotomia corrección y aporte de cresta
Rotura LCA	1	Plastia autologa abierta
Osteomielitis crónica pie	1	Amputacion
Luxacion inveterada codo	2	Reduccion y fijador externo
Liposarcoma MID	1	1er Amputacion transtibial 2do Amputacion supracond

6. Resultados de la campaña y comentarios de los casos

Los resultados al mes de la cirugía fueron buenos. El seguimiento fue de 24/24(100%) al mes de la finalización de la campaña. Hay que tener en cuenta que dado que en el medio en el que se desarrolla la campaña no existe un sistema de provision social, muchos pacientes optan por abandonar el seguimiento dado que necesitan reincorporarse precozmente a su actividad laboral.

En cuanto a las complicaciones inmediatas postoperatorias dos pacientes necesitaron reintervención 4/24(16.66%). El primer paciente fue un varón de 12 años de edad con fractura abierta Gustilo IIIA de fémur distal (Epifisiolisis tipo II). El tratamiento fue un fijador externo puenteando la rodilla y dos agujas K sujetando el fragmento articular a la región metafisaria femoral, y cierre primario tras desbridamiento. Se pautó tratamiento antibiótico IV con ciprofloxacino 200mg/24h y clindamicina 400mg/24h. A las 72 horas de la cirugía se comenzó a apreciar dehiscencia de la herida en la cara lateral del fémur, donde había sufrido la lesión abierta. Se realizó un lavado, nuevo desbridamiento y un colgajo de avance + pie-crusting cutáneo. Con esta segunda cirugía no tenemos datos de complicaciones hasta el momento actual. Como comentario personal del grupo quirúrgico, posteriormente nos planteamos si deberíamos de haber realizado el pie-crusting en el primer episodio, dado que probablemente la tensión en los bordes de la herida contribuyó en gran medida a la dehiscencia de la misma.

El segundo caso fue un paciente varón de 32 años que acudió con una úlcera en región plantar del retropie con exposición del calcáneo de 6 meses de evolución. Presentaba un aumento llamativo del volumen de la pierna izquierda y un aumento de la dilatación en la vascularización venosa circundante. Al realizar la amputación planificada como transtibial nos encontramos de manera incidental una lesión tumoral que macroscópicamente podría ser un liposarcoma, con afectación de los compartimentos posteriores, infiltración del periostio óseo tibial y peroneo. Al seguir la disección proximal, se encontró afectación a través del hueso poplíteo a proximal y engrosamiento llamativo del nervio tibial posterior y peroneo. Decidimos finalizar la cirugía planificada y comentar el caso con el paciente dado que la amputación supone un estigma en la sociedad camerunesa y no queríamos subir el nivel de la misma si su consentimiento. Tras decidirlo con el paciente aumentamos el nivel a una amputación supracondilea, reseca toda la masa salvo el engrosamiento del nervio y, ya ciático que seguía hacia proximal. Decidimos parar a este nivel dado que la infiltración seguía a proximal.

En cuanto a las complicaciones posteriores, dos pacientes más necesitaron lavado quirúrgico, uno intervenido de pseudoartrosis séptica de fémur con un fijador externo, que desarrolló un seroma en toda la cavidad vacía sin datos de recurrencia de la infección. Y otro intervenido de una pseudoartrosis aséptica de fémur, que comenzó con fiebre y manchado de herida quirúrgica a los 10 días de la intervención, donde se realizó un desbridamiento y lavado quirúrgico + antibioterapia.

Como comentario final a las complicaciones, personalmente creo que en el medio donde nos hallamos, son pocas. La temperatura es muy elevada, los pacientes parten de analíticas algo deterioradas sobre todo la reserva hemática y muchas veces las proteínas séricas. Las condiciones de esterilidad, aun con máquinas de esterilización, serían impensables en un país de nuestro entorno. Los quirófanos no cuentan con sistemas de flujo, no hay circuitos establecidos, etc. Hay que tener en cuenta que de las 4 complicaciones, 2 fueron infecciosas, y un paciente ya provenía de una de una fractura abierta de 1 mes de evolución sin tratar. Creo que todos los pacientes se han beneficiado de las cirugías realizadas y han visto cumplidas sus expectativas y los que están en proceso de resolución, finalmente también lo harán.

7. Conclusión

Personalmente ha sido la experiencia más enriquecedora que he tenido la suerte de vivir. Traigo la sensación de haber podido hacer medicina con mayúsculas, aportando de verdad curación a personas que no tienen otra opción. Como idea que aún no sé si es negativa o positiva, al volver te desencantas un poco con la demanda sanitaria de nuestro entorno, donde en muchas ocasiones nos enfrentamos esa absurda, en mi opinión, “corriente social” donde no aceptamos nada que no sea la perfección real o imaginaria, y que considero un lastre importante para el sistema y una causa evidente de frustración tanto del paciente como del profesional. El grado de compañerismo y de implicación del personal local y foráneo fue excelente, incluso en los momentos de más tensión de las intervenciones.

8. Imágenes

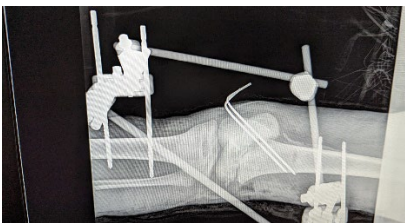


Fig 1a y 1b: Paciente con Fractura abierta supracondilea de femur izq (Epifisiolisis II). Síntesis con fijador externo y agujas K.



Figura 2. Defecto de cobertura de paciente previamente intervenido por fractura abierta de tibia en región dorsal del pie-tobillo derecho en el que se realizó injerto cutáneo.

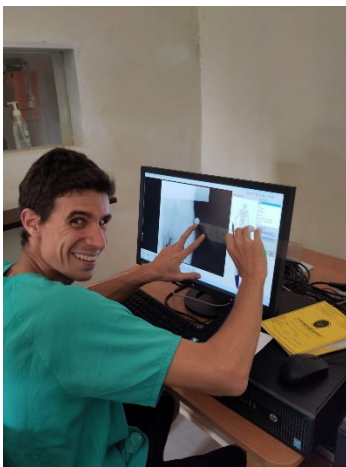


Fig 3. El Dr. Sobrón realizando la planificación preoperatoria de una prótesis de cadera en un paciente con una secuela de fractura subcapital de fémur



Figura 4a y 4b: Pseudoartrosis de humero derecho y control postoperatorio tras injerto de cresta autólogo y osteosíntesis con placa