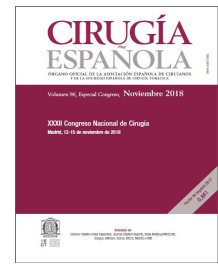




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-443 - COOPERACIÓN EN MOZAMBIQUE. ¿ES FACTIBLE REALIZAR CAMPAÑAS QUIRÚRGICAS EN ULONGUÉ?

Butrón, Teresa¹; Catot, Lucía²; Hernández, José Manuel³; Morán, José Miguel⁴; Tinoco, Claudia⁵; Murga, Pilar⁶; Contreras, Mercedes¹; Pizarro, Ana Gloria⁷

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; ²Hospital Dos de Maig-Consorcio Sanitari Integral, Barcelona; ³Hospital de Antequera, Antequera; ⁴Capio Clideba, Badajoz; ⁵Hospital Clínico Universitario, Valladolid; ⁶Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz; ⁷Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Objetivos: Analizar los factores que influyen en la realización con éxito de una campaña de cirugías por primera vez en una zona determinada.

Métodos: Del 27 de abril al 5 de mayo de 2018 se realizó una campaña en Ulongué (Mozambique) por un equipo constituido por 4 cirujanos generales, 1 cirujano pediátrico, 2 anesthesiólogas y una enfermera instrumentista. Previamente se hizo la preparación por contacto vía e mail por el personal local, que fueron los encargados del reclutamiento de los pacientes adultos y niños con patologías de pared abdominal, tumores de partes blandas e hidroceles en adultos y en niños, patología de pared, criptorquideas, quistes y tumores de partes blandas, quemaduras y consultas propias de la especialidad. El hospital rural contaba con un bloque quirúrgico con 2 quirófanos, una sala de curas, sala de esterilización básica, almacén, despacho-vestuario y un vestíbulo utilizado como recepción y recuperación de los pacientes. En uno de los quirófanos se acoplaron dos mesas quirúrgicas separadas por un biombo, contaba con bala de oxígenos y una lámpara de pie. El otro quirófano contaba con un respirador que no ciclaba, bala de oxígeno y lámpara de techo. El personal local estaba formado por un técnico quirúrgico encargado del pabellón quirúrgico, un ginecólogo, un auxiliar, quien hacía también labores de limpieza y dos voluntarios que hacían labores de admisión de pacientes y control postoperatorio inmediato. Se utilizó el dispositivo de luz Rutilight (Swan Medical, Cardioline). El reclutamiento de pacientes no ha sido óptimo por no haber una única persona responsable del mismo. Se han intervenido pacientes programados y, además, urgentes procedentes de la sala de urgencias del hospital y pacientes que acudieron tras enterarse de nuestra presencia en el centro. Se intervinieron 55 pacientes (63 procedimientos), de los cuales 15 niños y el resto fueron adultos. Cirugía urgente fueron 5 pacientes: 2 tumores de bazo, 1 apendicitis, 1 niño quemado, 1 oclusión por neoplasia de sigma en una niña de 15 años. En cirugía programada de realizaron 23 tumores de partes blandas (gangliones, queloides gigantes, lipomas, hemangiomas), 9 hernia inguino-escrotales, 5 hidroceles, 3 hernias umbilicales, 2 hernias epigástricas, 1 sarcoma de brazo, 1 linfangioma cervical y 1 quiste braquial. Todos fueron en régimen de CMA excepto 8 de ellos. Tuvimos la colaboración de 2 cirujanos locales.

Conclusiones: Se requiere una persona local encargada del reclutamiento. Para poder asumir pacientes niños y de complejidad se requiere el respirador en funcionamiento junto con el monitor.

Con estas mejoras se podrían continuar las campañas en esta región dado que la asistencia sanitaria en la zona es escasa y el número de pacientes adultos y niños es alto.