



CAMPAÑA: Ayder Comprehensive Specialized Hospital- Mekelle University College of Health Sciences ETIOPIA

FECHA 4-14 diciembre 2025

Contenido

1. INFORME TECNICO: 1
2. MEMORIA DE LA CAMPAÑA 4
3. CONCLUSION 9
4. PRESUPUESTO: (pequeño desglose de los gastos) 11
5. FIRMAS 11

1. INFORME TECNICO:

1.1 FECHAS Y LOGISTICA DESPLEGADA:

En 2024 solicitamos ayuda a la D.G. de Servicios Sociales e Integración (FJAS) CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES de la Comunidad de Madrid (CAM) para la cofinanciación de un proyecto de acción humanitaria y nos concedieron una **Subvención en virtud de la Resolución de 28 de noviembre de 2024, del Director General de Servicios Sociales e Integración, con el siguiente detalle:**

Nº EXPEDIENTE: **08-COD1-00100.4/2024**

MODALIDAD: **Acción humanitaria**

NOMBRE DEL PROYECTO: **Segundas oportunidades: cirugía solidaria en Etiopía**

DURACIÓN DEL PROYECTO: **12 meses**

SUBVENCIÓN CONCEDIDA: **5.140,00 €** (voluntarios 1.540€, material 3.600€)

GASTOS DE INVERSIÓN: **00,00 €**

GASTOS CORRIENTES: **5.140,00 €**

COSTE TOTAL DEL PROYECTO SEGÚN SOLICITUD: **60.000,00 €**

Este proyecto constaba de 2 campañas en el **Ayder Comprehensive Specialized Hospital -Mekelle University College of Health Sciences ETIOPIA**, una del **13 al 23 de noviembre** y la segunda del **4-14 de diciembre**.

Se firmaron los acuerdos con ese hospital y se organizaron las campañas.

En la segunda campaña del **4 al 14 de diciembre**, la documentación se envió online para obtener licencias temporales con la ayuda del Dr. Abraha. En esta ocasión, al ser una campaña liderada por el Dr. César Ramírez se contó con la colaboración de su entidad, la Fundación César Ramírez Bisturí Solidario. Mediante esta, se recopiló material sanitario (medicación y fungible) con la contribución del Hospital Quirónsalud Málaga, resto de hospitales donde trabajaban los voluntarios, así como de generosas donaciones de compañías como BBraun y Molnlycke. Se remitió listado al hospital de Mekele para obtener permisos de entrada por la aduana. Se cogieron billetes desde España a través de Quest Corporate, agencia de viajes con la que suele operar las campañas motorizadas por Bisturí Solidario. Mediante esta agencia, se gestionó los vuelos hasta Mekele desde Madrid mediante una escala en Addis Abeba donde se pasaba la aduana. El encuentro fue en el aeropuerto de Madrid de todos los voluntarios, quienes provenían de Málaga (más de la mitad), Badajoz, Gran Canaria, Lérida y Gijón. La llegada a Madrid se hizo mediante vuelos y trenes, dependiendo del origen de cada uno, que fueron gestionados por la misma agencia.

En la aduana del aeropuerto de Addis Abeba hubo que esperar y conversar con diferentes trabajadores del aeropuerto para que autorizasen la entrada de todo el material (34 bultos de 23kg cada uno, casi 800kg en total), a pesar de contar con el listado y permiso firmados por la autoridad regional sanitaria.



Tras unos minutos de conversación, chequeos y ruegos, ya que de forma casi seguida había que coger el vuelo a Mekele, se aceptó el pase de todo el material y se pudo hacer la escala.

Una vez llegados a Mekele, fuimos recibidos en el aeropuerto por el Dr. Abraha, quien, acompañado de los transportistas, ayudaron a meter todo el material que fue llevado primero al hospital, para después trasladar a todo el equipo al Hotel Caramel donde les recibieron con la ceremonia del café. Posterior al almuerzo en el hotel, se tuvo la reunión en el hospital con su staff para comenzar el trabajo de organización de jornadas, pacientes y material transportado.

Al ser la segunda campaña humanitaria de CEA en este hospital, el staff del hospital local sabía la forma de reclutar pacientes y gestionar el material, no sin algunos problemas de organización y confusión. Aunque no había una cantidad desmesurada de pacientes reclutados, se intervinieron un gran número, más teniendo en cuenta el modus operandi durante toda la campaña de operaciones en colaboración con profesionales del hospital con docencia incluida.

1.2 PACIENTES ADULTOS:

tipo de patología e intervenciones realizadas

- CIRUGÍA GENERAL – Dr. César Ramírez

Al ser 5 cirujanos generales (uno de ellos residente), pudimos dividirnos los pacientes en dos quirófanos según tipo de cirugía: uno de ellos dedicado a la intervención por vía laparoscópica primordialmente para colecistectomías y herniorrafias/hernioplastias por vía abierta y un segundo orientado a la intervención de bocios tiroideos, así como de hernias. En momentos puntuales, se habilita un tercer quirófano para dar apoyo e intervenir más pacientes, siempre que hubiese personal del hospital disponible y dispuesto a ello. En total, se intervinieron 73 pacientes de cirugía general a los que se realizaron 78 procedimientos quirúrgicos:

Tiroidectomías: 33

Abdominoplastia: 2

Colecistectomía laparoscópica: 16

Decorticación toracoscópica: 1

Gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux: 1

Quiste tirogloso: 1

Hernioplastia: 11

Herniorrafia: 2

Ismectomía: 1

Laparoscopia exploradora para toma de biopsia: 1

Orquidopexia: 2

RIVES: 2

Sigmoidectomía con anastomosis CR + Apendicectomía: 1

-CIRUGÍA PLÁSTICA – Dr. Javier Fernández Palacios

Se operó un total de 30 pacientes. El grueso lo supusieron las secuelas de quemaduras, traumatismos e infecciones por un lado y los malformados congénitos por el otro.

Las secuelas de quemaduras afectaban sobre todo a manos, pero también a codo y hueso poplíteo. Los dedos sinequiados fueron liberados e injertados en extensión con ayuda de agujas de Kirschner o intramusculares. Se incidió tan solo en los pliegues articulares para preservar pasillos cutáneos que evitaran retracciones secundarias de los injertos utilizados. Las retracciones de las grandes articulaciones requirieron colgajos locales, uno peroneo para el hueso poplíteo y un colgajo lateral del brazo superficial (SLAF) para el codo.

Una quemadura eléctrica en calota necesitó escoplado del diploe externo y un colgajo bipediculado fronto-occipital de cobertura.



Las secuelas traumáticas a modo de exposiciones tibiales, fueron solventados mediante desbridamiento y granulación dirigida y colgajos fascio-cutáneos de transposición. Se realizaron también el segundo tiempo de un colgajo inguinal separando una mano enterrada del tronco.

Las infecciosas correspondían a secuelas de una fascitis necrotizante en pierna y a una gangrena de Fournier.

Se vieron también secuelas de mordeduras animales: de burro, de serpiente y de hiena. En la primera se reconstruyó el tercio craneal de la oreja izquierda con un colgajo conchal de Davis. La segunda había producido una retracción en flexión forzada del pie, impidiendo la deambulación. Tras liberación hasta hueso fue cubierto el defecto con un colgajo sural grande. La paciente superviviente de las mordeduras de hienas presentaba como secuelas, graves lesiones faciales y amputación de una extremidad superior. Además, presentaba una fistula oro-cutánea subnasal de varios cm que se cerró con doble colgajo invertido de Karapandzic. Por último y en capítulo de las mordeduras, también se trató un defecto helical por mordedura humana, mediante colgajo de Antía & Buch.

Se trataron dos parálisis ulnares, una en evolución y otra con sus secuelas crónicas. En la primera, en un chico joven, se procedió, tras exploración quirúrgica, a injertar el nervio cubital en el tercio distal del antebrazo con cables surales. La segunda se llevó una artrolysis metacarpo falángica en los dedos largos mantenida con agujas de Kirchner.

Se vio también un scalp traumático en urgencias que fue tratado con reposición de los colgajos tras abundante lavado.

Las malformaciones congénitas se agruparon en faciales y de las manos. Entre las primeras una fisura centro facial nº 13 de Tessier con mielomeningocele frontal ya intervenido, ausencia en el lado afecto de huesos propios y de la apófisis ascendente del maxilar y coloboma nasal importante que se trató con colgajo de rotación, más colgajo mucoso en turnover + injerto cartilaginoso conchal.

Las malformaciones congénitas de la mano vistas y tratadas fueron exclusivamente las sindactilias. La mayoría de ellas complejas ya que fusionaban en su parte distal a las falanges distales. Se utilizó la técnica de Upton suplementada con colgajos de pulpejo para tapar el hueso expuesto de las falanges fusionadas. Uno de los pacientes que había sido intervenido infructuosamente de manera previa, presentaba además como complicación una pseudoartrosis de la falange media que se refrescó y sintetizó.

Se presentó también a una niña joven, que caminaba de puntillas – toe walker – por retracción aquilea en el lado izquierdo. Se trataba de secuelas de anoxia perinatal y al no tener retracción de cadera ni de rodilla, se alargaron los tendones aquileo y tibial posterior consiguiendo un pie a 90º.

Dentro de la patología no clasificable se extirpó un tumor inguinal pedunculado de considerable tamaño bajo anestesia local, se recreó un conducto auditivo externo colapsado por herida de arma de fuego y se retiró varios cuerpos extraños del codo de un muchacho afecto por una explosión.

1.3 PACIENTES PEDIÁTRICOS:

- CIRUGÍA PEDIÁTRICA – Dra. Rocío Gutiérrez

Se reservó un quirófano para pacientes de cirugía pediátrica, con posibilidad de intervenir por vía laparoscópica en otro quirófano, siempre que la torre de laparoscopia estuviese liberada y hubiese personal con conocimiento de manipulación. En total, se intervinieron un total de 24 pacientes a los que se practicaron 28 intervenciones:

Cierre de PVC: 3

Cierre de fístula + plástica de prepucio: 3

Cierre de ostomía: 1

Decorticación toracoscópica: 1

Estenosis anal: 1

Herniorrafia: 4

Ligadura del conducto peritoneo vaginal: 2

Orquidopexia: 7

Reparación hipospadia: 1

VATS: 1



1.4 Total procedimientos- 163

CIRUGÍA GENERAL: 78
CIRUGÍA PLÁSTICA: 57
CIRUGÍA PEDIÁTRICA 28

1.5 Total pacientes -127

CIRUGÍA GENERAL: 73
CIRUGÍA PLÁSTICA: 30
CIRUGÍA PEDIÁTRICA 24

1.6 COMPLICACIONES:

CIRUGÍA GENERAL, PEDIÁTRICA, CIRUGÍA PLÁSTICA: Durante la campaña no hubo complicaciones quirúrgicas, aparte de ciertos momentos de complejidad. A través del contacto con el Dr. Abraha y algunos doctores con los que se operó conjuntamente, se hizo un seguimiento posoperatorio de algunos pacientes tras la vuelta.

Solo hubo un incidente con un paciente pediátrico, que falleció durante la cirugía en la que no tuvo oportunidad apenas de intervenir la miembro del equipo, y una paciente con deshidratación estuvo en estado crítico durante varios días en UCI, pero se confirmó que mejoró y pasó a planta.

2. MEMORIA DE LA CAMPAÑA

2.1. EL LUGAR

Etiopía oficialmente la **República Democrática Federal de Etiopía**, antiguamente conocida como **Abisinia**, es un país sin litoral situado en el Cuerno de África. Las estimaciones demográficas a 2021 lo sitúan como el segundo país más poblado de África, solo por detrás de Nigeria^[14] y el duodécimo a nivel mundial, así como el país sin litoral más poblado del mundo. El país está dividido en once regiones administrativas y dos ciudades autónomas, siendo Addis Abeba su capital y centro político, mientras que Mekele, capital de la región de Tigray, es una de las ciudades más importantes del norte del país.

La **región de Tigray** es la más septentrional de las diez regiones étnicas (o *kililoch*) de Etiopía. Es la tierra de la etnia tigray, su capital es Mekele. Limita al norte con Eritrea (independiente de Etiopía desde 1993), al oeste con Sudán (estado de Al Qadarif), al este con la región de Afar, y al sur con la región de Amhara. La economía de Tigray, una región de Etiopía, está fuertemente basada en la **agricultura y el pastoreo**, que sustentan a la mayoría de la población, pero ha sido devastada por el conflicto reciente, causando **inseguridad alimentaria, destrucción de infraestructuras y desplazamiento**, llevando a una crisis humanitaria con alta inflación y desempleo, donde la ayuda internacional es crucial para la recuperación de sus medios de vida, a pesar de los esfuerzos por reconstruir y diversificar (textil, cuero). Etiopía obtuvo su independencia milenaria tras resistir la colonización europea, salvo un breve período de ocupación italiana entre 1936 y 1941. En las últimas décadas, ha atravesado complejos procesos políticos, conflictos étnicos y tensiones internas, especialmente en la región de Tigray, donde entre 2020 y 2022 se libró un conflicto armado que provocó una grave crisis humanitaria y afectó severamente a Mekele y sus alrededores:



- **Destrucción de Medios de Vida:** Masiva pérdida de empleos y destrucción de infraestructuras vitales (carreteras, puentes).
- **Inseguridad Alimentaria:** Los agricultores no pudieron sembrar ni cosechar, agravando la escasez de alimentos.
- **Crisis Humanitaria:** Inflación (cercana al 40%) y desempleo (cercano al 80%) afectaron a todos, ricos y pobres por igual, haciendo indispensable la ayuda externa.

El **Ayder Comprehensive Specialized Hospital** es el hospital más grande de Mekele, en la región de Tigray, y el segundo más grande de Etiopía. El hospital abrió sus puertas en 2008 y atiende a una población de más de 8 millones de personas. Los servicios del hospital incluyen: atención neonatal, diálisis y atención oncológica. Es el único de la región de Tigray que cuenta con instalaciones quirúrgicas y, en 2015, se convirtió en el único hospital con instalaciones de resonancia magnética. En 2020, durante la guerra de Tigray, el personal del hospital tuvo dificultades para hacer frente a la afluencia de pacientes traumatizados y se quedó sin suministros quirúrgicos. En 2022, más de 60 pacientes con enfermedades renales fallecieron por falta de suministros médicos y 81 pacientes fallecieron por falta de oxígeno médico. El hospital siguió sin disponer de suministros médicos en enero de 2023, tras el fin de la guerra.

Contexto General de las Misiones Humanitarias en Mekele

La República Democrática Federal de Etiopía es un país situado en el Cuerno de África.

La campaña transcurrió en el Ayder Comprehensive Specialized Hospital. Este hospital destaca como centro de referencia fundamental en Mekele, atendiendo a una amplia población. Recibe apoyo tanto de ONGs como de equipos médicos internacionales y de la AECID (Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo) que ofrece formación al personal sanitario. Se realizan intervenciones quirúrgicas generales y especializadas propias de un hospital de referencia cuyo número se ha reducido significativamente después de la guerra en Tigray. Dicho conflicto armado ha generado destrucción y daño de infraestructura sanitaria, escasez de medicamentos, suministros básicos, equipamiento y material, además de reducción del personal sanitario (inseguridad, falta de pagos y condiciones adversas), presupuestos y recursos limitados con severos recortes de financiación.

El hospital se ha enfrentado a graves desafíos operativos en los últimos años debido a problemas económicos, falta de suministros y el impacto del conflicto en la región, tales como cortes de servicios o suspensión temporal de atención en algunos momentos, escasez de medicamentos, material quirúrgico y equipo, problemas de electricidad, combustible y recursos básicos.

Cabe destacar la ausencia de ventilación adecuada y necesidad de mantenimiento adecuado tanto de instalaciones como de materiales, muchos de ellos se encontraban fuera de la fecha de caducidad o sin orden.

El área quirúrgica del Ayder Hospital cuenta con 7 quirófanos de los cuales están operativos 6 de ellos. Disponen de lámparas móviles (no había fijas) consola de bisturí bipolar, camilla quirúrgica, mesas de Mayo y respirador. La sala de Reanimación está enfrente del área quirúrgica y para acceder a la planta era necesario cambiarse de ropa aunque la planta de cirugía se encontraba en la misma planta, pero en otra ala. Existe un antequirófano donde está el supervisor, habitaciones de médicos y una pequeña cocina con una cocinera que nos ofrecía café, té, sándwich de tortilla o pan *injera* a los locales.

El almacén con nuestro material y el propio del hospital se encuentra al final del pasillo del área quirúrgica. En la planta baja hay otra área compuesta de 2 quirófanos uno de ellos bien dotado y cuidado (donado por organización norteamericana Smile) donde operan los cirujanos plásticos, sala de recuperación y sala de descanso de enfermería.



2.2. EL EQUIPO

Compuesto por un grupo de 17 voluntarios (que finalmente fueron 16) de diferentes especialidades (todos españoles), más un periodista (Javier Budi), coordinados por César Ramírez.

Cirujanos generales: César Ramírez, Javier Moreno, Jaume Ortega, Marta Roldón y Eduardo Sisó (residente)

Cirujana pediátrica: Rocío Gutiérrez Soledad.

Cirujanos plásticos: Javier Fernández-Palacios y Olivia Margarita Sánchez (ausencia de última hora).

Médico de familia: Óscar Javier Ramírez.

Anestesiólogos: Pilar Murga, Ricardo García y Julia Castaño.

Enfermeros: Francisco José Gómez, María Castro, Leyre Gascón, María del Mar Díaz y Marta

Entrambasaguas.

2.3. EL PERSONAL LOCAL

Dr. Teklay, (Public&IRs), Dr. Abraha (director médico), Dr. Fekrey (jefe de servicio de anestesiología), Dr. Ashenafi Yitbarek (jefe de servicio de cirugía), Dr. Ashenafi (jefe cirugía plástica), Dr. Hagos,...

CIRUGÍA GENERAL Y PEDIÁTRICA: Es un Hospital Universitario con un Servicio de Cirugía estructurado con bastantes cirujanos, muchos residentes y un número ingente de estudiantes de la Escuela de Medicina. Tienen responsables de cirugía gastrointestinal (Dr. Rey) y endocrina (Dr. Weldehawaria) con formación quirúrgica postgraduada en Bangalore (el Silicon Valley de India) y que saben operar perfectamente un bocio y hacer colecistectomías laparoscópicas. Charlando con el responsable de cirugía gastro-intestinal, comentó que llegaba tarde porque venía de hacer una DPC con resección asociada de colon derecho y reconstrucción del uréter derecho, y que esta cirugía oncológica la habían aprendido de grupos alemanes a los que habían convocado en años previos para que los formaran en cirugía oncológica del páncreas. Hay un déficit de formación en nuevas tecnologías: a excepción del responsable de Cirugía (Dr. Rey) el resto de los cirujanos del servicio no habían realizado nunca una colecistectomía laparoscópica, que es exclusiva del jefe lo que además le sirve para poder realizar procedimientos privados dentro y fuera del Ayder Hospital. Los cirujanos responsables de Unidad compatibilizan su actividad en asistencial y docente en el Ayder Hospital con práctica en alguno de los dos Hospitales privados de Mekkele, porque refieren que el salario estatal del médico (150 \$) no les da para vivir decentemente. Existe, además, una estructura piramidal en las unidades claramente establecida en la que la voluntad de los más experimentados no pasa precisamente por formar a sus adjuntos más jóvenes, sino por acaparar ellos la patología como mecanismo de protección de no competencia en el ejercicio privado. Por parte de cirugía pediátrica, las carencias se establecen en base a la cirugía laparoscópica, ya que apenas tienen experiencia en cirugía mínimamente invasiva.

La experiencia de trabajo se desarrolló en un entorno de estrecha colaboración con los residentes de mayor antigüedad, quienes asumían la responsabilidad tanto de los pacientes como de la supervisión de los residentes más jóvenes. Su participación resultó imprescindible, no solo por su apoyo en las labores de traducción, sino también por su implicación en la organización de los quirófanos, la localización de los pacientes y el seguimiento postoperatorio.

La interacción con nuestro equipo fue muy positiva, favoreciendo un clima de trabajo basado en la cooperación, el intercambio de conocimientos y la labor docente, con una actitud siempre receptiva y colaboradora por parte de los profesionales locales. Del mismo modo, los distintos supervisores mostraron en todo momento una excelente disposición y una actitud de apoyo ante las necesidades que iban surgiendo durante el desarrollo de la actividad.

Además del equipo de enfermería voluntario compuesto por cinco integrantes, se contó de forma simultánea con el personal de enfermería local quien colaboró directamente con nuestro equipo. La preparación del material necesario para las intervenciones fue asumida íntegramente por nosotros, con excepción del instrumental estéril.



CIRUGÍA PLÁSTICA: Se operó en las instalaciones quirúrgicas de los plásticos locales, que se encontraban un piso más debajo de los quirófanos generales. Mientras el resto de los compañeros tenían que luchar en la planta principal con la oscuridad, el caos, ciertas actitudes locales y los olores, estos quirófanos rebosaban luz, colaboración y cariño de los profesionales locales, operando en unas instalaciones nuevas que la Operación Smile, organización americano-canadiense les había donado. Se trabajó con el Dr. Ashenafi, un cirujano joven con fundamentos quirúrgicos y teóricos muy sólidos. Cuando él no estaba ayudaban residentes de otras especialidades quirúrgicas. La enfermería local se veía reforzada con alguna de las enfermeras o enfermeros del equipo, lo cual aún mejoraba, si cabe, la situación. Uno de los tres anestesiólogos también acompañaba. El despertar posquirúrgico se encontraba al lado del quirófano, con personal fijo y monitores en todas las camas. Teniendo en cuenta que más de la mitad de los pacientes fueron niños, se agradeció mucho.

2.4. EL EQUIPAMIENTO

Se ha estado trabajando en un Hospital de Tercer Nivel y universitario que no tiene ninguna carencia en lo que es la cobertura de patología pero sí la tiene en lo que respecta a la disponibilidad de tecnología y a la formación en aspectos novedosos de la cirugía:

- 1.- Disponibilidad de tecnología: tienen sólo dos torres de laparoscopia de Olympus que funcionan con esfuerzo y voluntad de los profesionales implicados; tiene dos Ligasure de primera generación que no funcionan y un Ultracision del que no hacen uso porque no tienen terminales (obviamente, por cuestiones de coste).
- 2.- Disponibilidad de material quirúrgico: Desde el punto de instrumentación, el hospital ha recibido grandes aportaciones a través de ayuda humanitaria, además del material propio con el que cuentan como centro sanitario de referencia, aunque muy usado, pero en correctas condiciones. Existe una mayor escasez de material fungible, lo que impide intervenir por laparoscopia, así como de terminales de bisturí eléctrico y placas de bipolar. En cuanto al empleo de material protésico (mallas quirúrgicas) dependerá de su disponibilidad en el momento de la intervención, así como de la viabilidad de su adquisición por parte del paciente. También nos percatamos del gran acopio en materia de suturas, teniendo de una gran variedad y tipología, aunque se transportó una gran cantidad con el resto de material, cuyo restante fue donado al final de la campaña.
- 3.- Disponibilidad de medicación: Como en otros países de Centroáfrica y parte este del continente, la medicación está contabilizada y muy controlada. Es en uno de los campos en los que se encuentra una mayor escasez y poco acceso. Se donó una gran cantidad de envases de levotiroxina y calcio para pacientes operados de tiroides, así como una gran cantidad de AINEs y fármacos de anestesiología sobrante.
- 4.- Esterilización: el módulo para esterilizar el material se encontraba fuera de la estructura hospitalaria. Aún así, aunque las cajas de material esterilizadas no contaban con ningún identificativo de haber sido esterilizado, el proceso era bastante veloz y funcional, ya que no tuvimos en ningún momento falta o contratiempo en este sentido.

2.5. ANESTESIA

-Dotación para la campaña:

3 anestesiólogos, incluyendo una especialista en anestesia pediátrica.

Fármacos y material para practicar anestesia general, neuroaxial y locorregional tanto en niños como en adultos.

-Funcionamiento del equipo de anestesia durante la campaña:

Programados cada día 4 quirófanos, la distribución habitual era:



1 anestesiólogo en el quirófano de C. Plástica (ubicado en un sector diferente del hospital y por tanto peor comunicado con el resto. Con su propia sala de recuperación postanestésica)

1 anestesiólogo en el quirófano de C. Pediátrica.

1 anestesiólogo en el quirófano de tiroides y en el de Cirugía General, situados uno frente al otro.

Las funciones eran superponibles y variables según la programación de cada día, distribuyendo el trabajo de los tres profesionales según la presión asistencial y la complejidad de los casos. Los recursos limitados (videolaringoscopia, vaporizador de Sevoflórano) también se distribuían de forma coordinada según las necesidades.

Además, algunos días hubo la posibilidad de trabajar en un quirófano más, normalmente a cargo del anestesiólogo del quirófano de C. Pediátrica, de cara a agilizar la programación que tuviera más retraso.

-Coordinación con el equipo local:

En el hospital contaban con muy pocos médicos anestesiólogos, por lo que lo habitual es que a cada quirófano se asignara un técnico de anestesia (en Etiopía, una formación de 2 años). Se trataba de un grupo heterogéneo, con gran variabilidad en años de experiencia y conocimientos.

En general, el trabajo coordinado fue fluido tanto con los médicos como con los técnicos, y también con los residentes de anestesia locales. El personal local tiene buen nivel de inglés, lo que permitía una comunicación sencilla, y se mostraba colaborador e interesado en adquirir conocimientos.

Las condiciones de trabajo se ven restringidas desde la guerra por la escasez de medios, sobre todo en cuanto a fármacos, y usualmente realizan las anestесias generales con halotano. No disponen de fármacos analгésicos de acción corta, ni de hipnотicos de uso habitual intravenosos ni inhalados. Esta falta de recursos materiales es el principal problema de un bloque quirúrgico por otro lado bien dotado a nivel de infraestructuras y máquinas como ventiladores, vaporizadores, ecógrаfo o desfibrilador. La falta de mantenimiento y de fungibles, además, se suma al resto de carencias y supone una limitación que previsiblemente se agrave con el paso del tiempo.

2.6. ASEPSIA Y MATERIAL QUIRURGICO

Los puntos claves al respecto:

1. Lavado quirúrgico, con agua no potable, a veces escasa o incluso inexistente. En algunas ocasiones usando el agua almacenada en bidones de plástico. El jabón no era específico para el lavado quirúrgico y no contaban con cepillos para el mismo.

2. El uso de vestimenta quirúrgica era estricto, teniendo que acceder al área quirúrgica con pijama, calzado, gorro y mascarilla quirúrgica.

3. La preparación del campo quirúrgico se realizaba con povidona yodada, no se realizaba lavado previo de la zona a intervenir. Los campos quirúrgicos eran de tela al igual que las batas. Muchos de ellos en mal estado, rotos y sin posibilidad de atar las batas adecuadamente.

4. Material quirúrgico, de “dudosa” esterilidad, ya que con frecuencia estaban mojados. Los campos de tela para envolver los mismos no eran los óptimos para este tipo de esterilización y muchos de ellos estaban rotos.

El lavado previo a la esterilización lo realizaban a mano, con agua no potable ni desinfectantes adecuados.

5. Re-esterilizaban todo el material fungible, alguno de ellos contraindicado por el fabricante o por difícil limpieza previa a la esterilización, como eran las gomas de aspiración.

6. Había zonas del entorno quirúrgico, en mal estado, sucias y sin sistema de ventilación adecuados.

Conclusión: En la medida de nuestras posibilidades, de los recursos y del entorno quirúrgico, se realizaron las cirugías lo más cercanas posibles a los estándares internacionales de prevención de Infecciones en el sitio quirúrgico.



2.7. NUESTRA VIDA EN

El alojamiento lo tuvimos en el Hotel Caramel, situado a unos cinco minutos en coche del hospital, que fue gestionado por el Dr. Abraha, director del centro. A nuestra llegada fuimos recibidos con la tradicional ceremonia del café. Tras descansar después del viaje y almorzar, llegamos al hospital donde nos dieron la bienvenida y el equipo se dividió junto con el staff local por especialidades para organizar y planificar el trabajo durante los días de campaña. El equipo de enfermería y anestesia se encargó de desembalar los bultos y comenzar a organizar todo el material en dos habitaciones a modo de almacén junto a los quirófanos destinados a ello.

Cada día, a las 8:00, una furgoneta nos trasladaba al hospital en un trayecto de cinco minutos, que algunos días, parte del equipo decidió hacerlo a pie (algo menos de veinte minutos). Una vez allí, cada especialidad se dirigía a desarrollar sus correspondientes tareas.

Los especialistas en Cirugía General trabajaban de forma coordinada con los residentes de mayor experiencia para realizar las visitas en planta, valorar a los pacientes en consulta y planificar y asignar los quirófanos. De igual manera hacía el cirujano plástico, que, entre cirugías, también visitaba pacientes operados y valoraba posibles cirugías.

La actividad diaria se prolongaba de manera continuada hasta las 20:00 horas, e incluso en algunos casos más tarde, debido a la duración de las intervenciones o a las dificultades para organizar los distintos quirófanos y localizar a los pacientes. Además, se intentaba dejar planificada la actividad quirúrgica del día siguiente, asignando pacientes, quirófanos, personal de enfermería y residentes. No obstante, en determinadas ocasiones la intervención se programaba el mismo día de la valoración, siempre que el tiempo y el estado del paciente lo permitieran.

La comida la hacíamos en una sala donde estaba parte del material del hospital y donde guardábamos nuestros bultos. El almuerzo consistía en un pequeño break-snack, en el que, por partes, cada uno del equipo pasaba un momento para picar algo de embutido, quesos o conservas que transportamos desde España.

Al finalizar la jornada regresábamos en la furgoneta del hospital al hotel, donde hicimos la mayoría de las cenas debido a su variedad, buen precio y buena comida. La noche del penúltimo día, fuimos amablemente invitados a cenar platos típicos de la gastronomía local en un bonito restaurante acompañados de parte del staff del hospital.

El hotel nos ofreció una gran comodidad en cuanto a servicio. Además, comparado con otras campañas, el precio fue competente, también teniendo en cuenta que nos encontrábamos en una ciudad como Mekele, que se encuentra en plena recuperación tras la guerra civil reciente.

La vuelta a España a nuestros países se realizó en diferentes días según la preferencia de cada voluntario, ya que algunos decidieron dedicar un día y medio a conocer la zona.

3. CONCLUSION

3.1 Fortalezas de este lugar:

El Ayder Comprehensive Hospital cuenta con una infraestructura sólida y un staff bastante conformado. Sin duda alguna, a pesar de ciertas diferencias iniciales comunes cada vez que vamos a un lugar nuevo, pronto nos encontramos de forma plácida poder haciendo el trabajo con unos ritmos marcados por el mismo hospital. Fuimos bien acogidos de forma general por todo el hospital, con un trato cercano de su gente, aunque tras 9 días allí de trabajo y trato directo con los profesionales locales, me queda bastante claro que el objetivo de la campaña por parte de los profesionales y del Ayder Hospital eran:

1.- Intentar que aportásemos por nuestra parte todo el material médico y quirúrgico posible para poder dejarlo allí en el Hospital, ya que la cantidad de pacientes operados en 4 mesas de quirófano no sólo no ha cubierto las expectativas de los voluntarios, sino que además ha condicionado que no se haya gastado



ni el 20% de lo que habíamos transportado. Obviamente, nos han pedido que les dejásemos batas (cientos), materiales de sutura (decenas de cajas), trócares de laparoscopia (se los hemos dejado todos) y cajas de instrumental (les hemos donado dos cajas completas de cirugía endocrina) y hasta el director del Hospital me pidió que le donásemos un Ligasure, cosa que obviamente no hemos hecho.

2.- Ya que estábamos allí y técnicamente no teníamos “tanto” que aportar a cirujanos ya formados, nuestros voluntarios han estado: a) formando en cirugía laparoscópica a los adjuntos “vírgenes” en este campo (que han realizado varias colecistectomías laparoscópicas cada uno); b) se ha realizado como demostración docente una hernioplastia inguinal bilateral TAPP laparoscópica; c) se han realizado procedimientos de drenaje pleural videoasistido VATS y cirugías mínimamente invasivas de testículo no descendido en cirugía pediátrica; y, d) se ha realizado formación en la realización de cirugías de bocio gigante con energía bipolar (Ligasure) que nunca se habían realizado.

Todo ello se ha realizado con un gran compromiso y resiliencia por parte de los voluntarios, que siempre han tenido que estar lavados con uno o dos cirujanos o residentes locales y ayudando en más del 50% de los procedimientos. Ello ha hecho que los voluntarios hayan estado más de la mitad del tiempo mirando y sin hacer nada (nunca se nos ofreció la posibilidad de filtrar pacientes, que ya los tenían vistos), lo que ha supuesto sin duda una frustración porque no se han cumplido las expectativas que las campañas deben tener ni en cantidad de pacientes operados ni en la intensidad de la participación por parte de los voluntarios. Ir a hacer formación en cirugía laparoscópica a Hospitales de Tercer Nivel (cosa que además puede hacer su jefe) y llevar material no justifica una campaña ni el esfuerzo y la ilusión invertida.

Es evidente que el trabajo con honestidad queda hecho y el esfuerzo docente nos deja la conciencia tranquila. Tan evidente como que los objetivos que pretenden la dirección médica y los cirujanos del Ayder Hospital no tienen nada que ver con lo que es la filosofía, forma de trabajar ni patología que atendemos en las campañas de la fundación cirujanos en acción. Desde el punto de vista técnico y como patrono, desaconsejo que ni ningún equipo de voluntarios de la CEA vaya más al Ayder hospital de Mekele.

3.2. Objetivos de mejora:

Anestesia:

1. Planificación y optimización del parte quirúrgico: conocer de antemano las cirugías previstas, al menos a grandes rasgos, permitiría ajustar mejor el material que se precisa y potencialmente aumentar el número de intervenciones.
2. Logística: la dispersión de anestesiólogos en diferentes sectores del hospital y quirófanos no colindantes resulta en pérdida de oportunidad para colaboración en momentos de sobrecarga de trabajo, solicitar y ofrecer ayuda, y en general resulta incómoda y menos segura que trabajar en quirófanos próximos.
3. Organización de recursos: nosotros utilizamos mayoritariamente el material y los fármacos que habíamos llevado para la campaña, pero en el almacén se podía encontrar una gran cantidad de material de campañas previas que no estaba inventariado ni organizado y por lo tanto no era funcional.
4. Formación: la carga asistencial no nos permitió llevar a cabo sesiones teóricas que podrían resultar de interés para los residentes locales. La falta de médicos anestesiólogos y su sustitución por técnicos puede resultar en un problema de seguridad del paciente.
5. Abastecimiento de fungibles y fármacos: anestésicos de uso habitual en nuestro medio no estaban disponibles, por lo que se ven obligados a utilizar otros más antiguos con perfil de seguridad mucho menos deseable. Además, la falta de elementos básicos como filtro de calor/humedad o analizador de gases agravan el problema de seguridad del paciente.

Cirugía general:



La mejora en este lugar pasa por darle una vuelta a los objetivos de la campaña en sí. No es como otros destinos en los que hay una necesidad mayor en cuanto a número de pacientes e imposibilidad en su normalidad de poder ser intervenidos. En Mekele, los pacientes, siempre que consigan los recursos económicos suficientes, pueden ser intervenidos de una gran variedad de patologías, sin necesidad de ayuda externa.

Los ritmos los marca el funcionamiento del hospital, por tanto, aunque se quiera, se debe respetar el tiempo entre cirugías, con un lento llamamiento al siguiente paciente por parte del equipo de celadores y enfermería, que quizá escasea en proporción al número de médicos.

En cuanto a formación, existe una gran diferencia entre los cirujanos, muchos de ellos con formación fuera de Etiopía y que trabajan simultáneamente en clínicas privadas, y los residentes, con una formación más escasa, sí que tienen que esforzarse por aprender. De hecho, la carga docente de esta campaña ha estado más orientada a ellos, que ven estas misiones como una gran oportunidad para formarse.

4. PRESUPUESTO: (pequeño desglose de los gastos)

4.1. COSTE POR PARTICIPANTE:

Billete vuelo-tren 900-1050€ (rango desde diversos puntos de España)

VISA 54€

Seguro 85€

Hotel 200€

Comidas 80€

TOTAL: 1320-1470€

4.2. COSTE TOTAL DE LA CAMPAÑA:

Billetes vuelo-tren 20.782,16€ (desde diversos puntos de España)

VISA 756€

Seguros 1.577,44€

Hotel 3.600€

Comidas 1.440€

TOTAL 28.155,6€

5. FIRMAS

Fdo.: César Ramírez
Responsable de la campaña
Patrono Cirujanos en Acción

Dra. Pilar Murga
Anestesia

Dr. Javier Moreno
Cir. General

Dr. Jaume Ortega
Cir. General

Dr. Javier Fernández
Cir. Plástica