

Experiencia en la misión de cooperación

Afagnan (Togo), 2 a 16 de marzo de 2025

Durante estos días tuvimos la oportunidad de realizar una misión de cooperación ortopédica en el Hospital de San Juan de Dios de esta pequeña localidad al sur de Togo.

Nuestro equipo estaba compuesto por cuatro personas: el Dr. Julio de Pablos, veterano cirujano del Hospital San Juan de Dios en Pamplona; la Dra Clara Domenech, adjunta de Traumatología infantil en el Hospital Teresa Herrera de A Coruña; el enfermero Maximiliano Cuñat, instrumentista en el Hospital Provincial de Valencia y yo misma, en aquel momento residente de quinto año del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Puedo decir que la experiencia a este nivel ha sido fantástica y el ambiente de cordialidad entre todos nosotros ha sido clave en el transcurso de estas dos semanas donde a parte de trabajar había poco que hacer.



De izquierda a derecha: Max, yo, Clara y Julio

Afagnan es una aldea ubicada en el sureste de la República de Togo, 90 km al este de Lomé y cercana a la costa, aunque unos 30 kilómetros al interior. Las comunicaciones son precarias y concretamente la carretera de Lomé es de tierra en un 40-50% con un tráfico completamente desordenado lo que hace que el trayecto Lomé - Afagnan, incluso en el mejor vehículo, no baje de dos horas.



Mercado de los lunes

Se puede decir que en Afagnan no hay “nada” de lo que en el mundo occidental damos por hecho: casi todas las calles sin asfaltar, suciedad, contaminación ambiental, agua corriente y electricidad precarias e inestables (cortes habituales), etc. La población, vive en una sociedad bastante familiar, habitualmente subsistiendo del mini-comercio de materias primas. Se trata de un país aparentemente seguro que atraviesa un ambiente político pacífico desde hace años, en comparación con el contexto de alguno de sus vecinos en

el mapa. Se puede a través de tarjetas SIM de prepago conseguir una buena comunicación. Sin embargo, las redes wifi que hay en edificios e instalaciones son en general pobres e inestables de manera que es difícil descargar documentos, destinados a intercambio de conocimientos con los locales. Obviamente conexiones en “streaming” son bastante utópicas en la mayoría de las ocasiones.

No hay tampoco lugares para visitar en la zona, excepto la costa y el lago Togo a una hora en coche. En la aldea además de visitar el mercado de los lunes, poco más se puede hacer que caminar por la carretera y tomar una cerveza en la cantina que hay enfrente al hospital.



Carretera principal de Afagnan

El problema principal, creo yo para la vida diaria en Afagnan es el calor: 35º casi todo el día con alta humedad (70-80%) que hace que la población viva permanentemente en un estado aletargado que apreciábamos donde quiera

que fuéramos. El único alivio a este respecto era aire acondicionado, muy raro de encontrar, se agradecía mucho en el quirófano.

La moneda oficial es el Franco CEFA, de curso legal en otros países del entorno. También como vestigio del colonialismo francés de mitad del siglo XX tienen como herencia la lengua: la mayoría de la población habla francés con un muy buen nivel, lo que favoreció mucho nuestro trabajo allí. Las otras lenguas que se hablan entre la población son el Ewé y el Kabiyé (más propia del norte del país).

El hospital es un Centro que en este momento tiene 60 años desde su fundación por parte de dos hermanos italianos de la Orden de San Juan de Dios. Se trata el segundo hospital en cuanto a tamaño y número de camas del país, tras uno ubicado en la capital (Lomé).



Instalaciones del Hospital de San Juan de Dios de Afagnan

El hospital es un hospital de referencia, con casi 300 camas que, aunque como el resto de la nación tiene unas graves carencias de medios, tiene especialidades bien diferenciadas como Urgencias, Ginecología y Obstetricia, Cirugía general, Traumatología, Pediatría, Laboratorio y Radiología.

Entre el personal hay una mayoría de médicos que son o viven en Lomé. Esto les obliga a vivir en el hospital o en los alrededores (a cuenta del hospital) de lunes a viernes y el fin de semana lo pasan con sus familias generalmente en Lomé o alrededores.



Bloque operatorio de Cirugía Ortopédica y Traumatología en Afagnan

Las finanzas del hospital según tengo entendido vienen en su mayoría de ayudas externas, muchas de ellas al parecer de la propia orden de religiosos. El estado no subvenciona o aporta fondos públicos.

Los pacientes pagan unas tarifas muy bajas por su tratamiento, pero en principio la política es que no haya tratamientos completamente gratuitos (excepto para un porcentaje pequeño de personas con aún menos recursos de los habituales). De esta manera los pacientes que van a ser operados, además de pagar esa pequeña cantidad por el honorario hospitalario y médico, traen también sus medicaciones y los materiales que presumiblemente van a ser necesarios para su tratamiento. Los implantes en principio también los tiene que aportar el propio paciente y tienen la particularidad de ser extremadamente caros (una prótesis de cadera convencional del orden de 4000 euros) sobre todo si tenemos en cuenta la capacidad adquisitiva de la gran mayoría de la población.

Ahora la dirección del hospital se encuentra con el problema de que es difícil encontrar profesionales que quieran desarrollar su labor en ese lugar a pesar de ser un “buen hospital”, dado que la tendencia de todos ellos es de vivir en Lomé, la capital. Para contrarrestar este problema, la dirección está

emprendiendo un programa para formar personal local, inicialmente a enfermeros.

El equipo local está compuesto por dos adjuntos (el Dr. Kombaté y el Dr. Olivier Djissa) y dos residentes la Dra Justine Eklou (de Cirugía ortopédica y Traumatología) y el Dr Enmanuelle (residente de Cirugía Pediátrica), tuvimos el placer de colaborar y trabajar con ellos, compartiendo conocimientos y quirófanos. Aunque el clima inicial fue quizás de desconfianza, a lo largo de los días las relaciones se fueron suavizando y tristemente comenzaron a ser más provechosas justo antes de nuestra partida. Fue este equipo el que seleccionó en un primer momento los casos que estaban ingresados cuando llegamos y son ellos los que ahora realizan el seguimiento a nuestros pacientes, lo que nos permite mantener el contacto.



Cuando llegamos, el equipo local de cirujanos habían seleccionado seis casos de niños para intervenir, sobre todo se trataba de casos de deformidades en miembros inferiores (en su mayoría Enfermedad de Blount severas) y

pudimos empezar desde el primer día a trabajar en el bloque operatorio, para que todo esto fuese posible, fue imprescindible la comunicación anterior para poder gestionar un poco las expectativas propias de trabajo con las necesidades del hospital, así como conocer los recursos con los que contábamos y los que podíamos transportar. Todo ello era bastante limitante, porque no contábamos más que con dos motores y una sierra, que constantemente teníamos que reesterilizar. No había intensificador de imagen ni material de osteosíntesis adecuado en la mayoría de ocasiones, a pesar de ello y gracias también a material propio que transportamos no sin esfuerzo se pudo realizar bastante actividad.



Niño con Enfermedad de Blount y niña con raquitismo

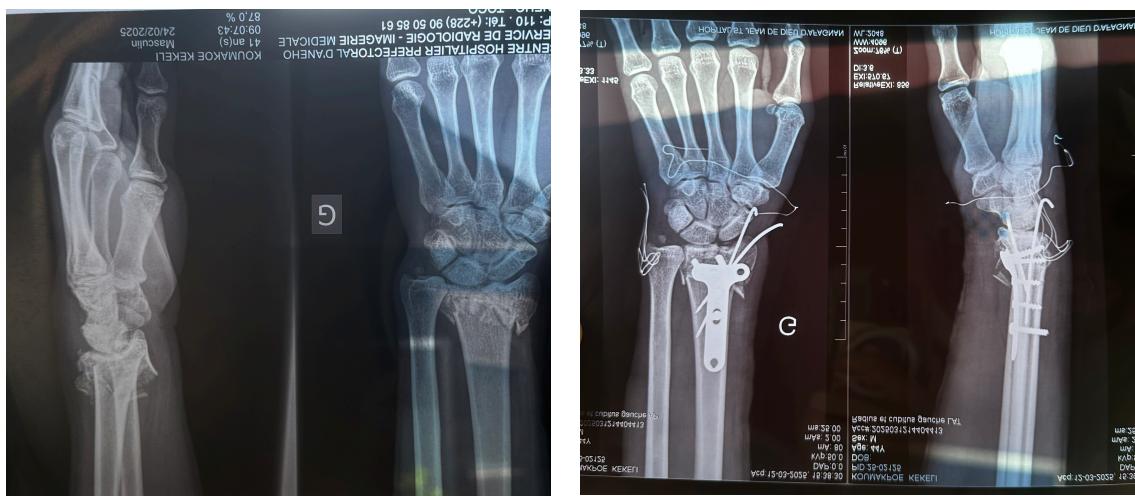
En total se realizaron dos días de consultas ambulatorias, en las que historiábamos y filtrábamos a los pacientes, 27 intervenciones mayores en 17 pacientes (15 niños y dos adultos). Hemos ido a quirófano un total de siete días.

Un total de dos pacientes fueron tratados mediante cirugías de partes blandas mediante alargamiento de Aquiles siguiendo la técnica de Strayer, fueron muchos los niños que acudieron para ser evaluados en la consulta por marcha en puntillas, pero la inmensa mayoría fueron descartados para el

manejo quirúrgico por sospecharse afectaciones neurológicas asociadas, como distrofias musculares, PCI y otros síndromes difíciles de clasificar.



Otros tres pacientes fueron intervenidos mediante osteosíntesis de distintos tipos de fracturas que eran bastante habituales en el pueblo, sobre todo debidas a atropellos o accidentes de motos, por lo que era bastante habitual que se tratase de fracturas abiertas.



Fractura de radio distal tratada mediante placa volar y AKs



Niño con fractura diafisaria tibial tratada mediante AKs a modo de TENS y epifisiolisis de fémur distal contralateral tratada mediante reducción abierta y fijación con AKs.

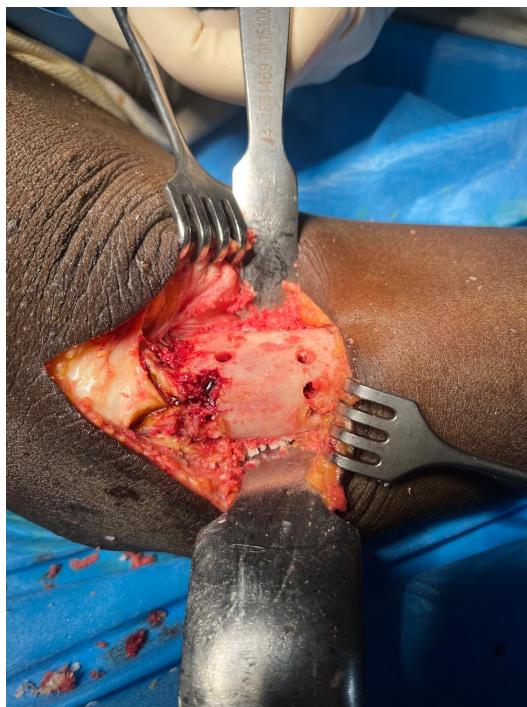
El resto, la gran mayoría, se trataba de pacientes con deformidades en miembros inferiores que fueron tratados mediante osteotomías correctoras y fijación según distintos métodos: grapas, agujas, placas... En muchos de ellos además se realizaron epifisiodesis temporales o permanentes. Lo más repetido fueron casos de Enfermedad de Blount, aunque también intervenimos a algún caso de raquitismo severo y una luxación congénita de rodilla. Estos son algunos de los casos

Niña, 7 años, Enfermedad de Blount:



Isquemia en miembro con banda, abordaje sobre peroné distal, identificación de nervio sural, osteotomía de unos 2cm de peroné. Fasciectomía del compartimento lateral preventiva. Abordaje anterolateral sobre tibia proximal. Desperiostización de cara interna y lateral de la tibia y se realiza osteotomía destotadora plano oblicua. Fijación con grapa de Blount en cara lateral. Cierre del periostio. Cierre por planos, rapide en piel. Yeso cerrado.

Niña, 12 años, Enfermedad de Blount:



Paciente con enfermedad de Blount, 54° en MID y 43° en MII

Mascarilla laríngea y anestesia neuroaxial

- MID: isquemia en miembro con venda durante una hora media. Abordaje sobre tercio medio de peroné, resección de 2cm del mismo y fasciectomía de compartimento lateral profiláctica. Abordaje medial sobre cresta tibial. Apertura del periostio y desperiostización de cara lateral e interna de tibia. Osteotomía en sello de correos con broca y escoplo sobre tibia proximal de resección en cuña de base lateral. Se procede a cierre y fijación con 3AK.

- MII: mismo que en lado derecho

Se comprueba buena perfusión distal. Movilización de dedos. Yeso cerrados en ambas piernas

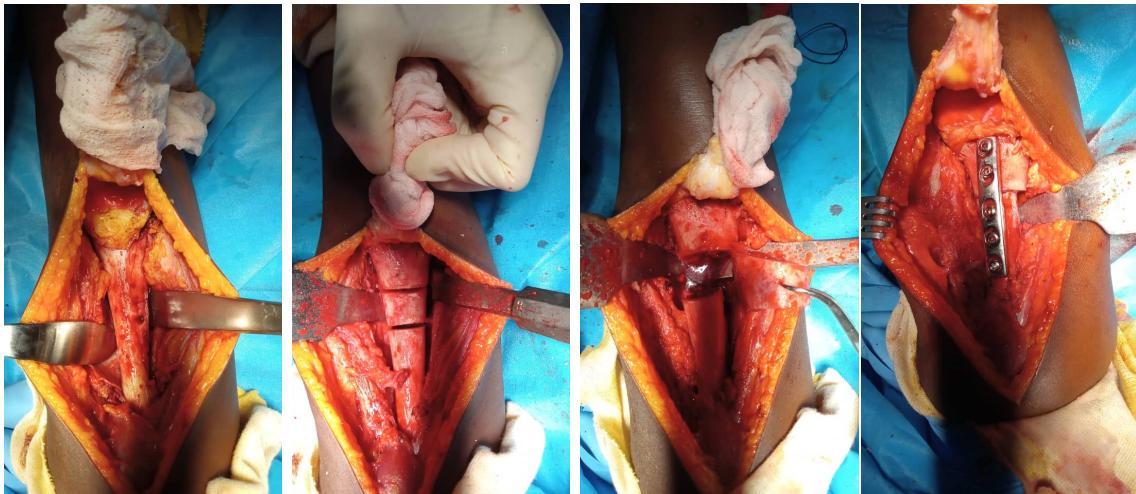
Niña, 6 años, luxación congénita de rodilla izquierda:



Anestesia raquídea. Decúbito supino.

- MII: isquemia en muslo. Abordaje anterior sobre línea media en muslo hasta polo superior de la rótula. Apertura del aparato extensor en V-Y amplia. Liberación de los alerones y de la cápsula articular de la rodilla. Desperiostización de fémur distal. Osteotomía trapezoidal de base posterior (de flexión) y fijación con placa de tercio de caña de 5 orificios con dos tornillos distales y 3 proximales. Cierre de aparato extensor sin tensiones con una flexión de unos 60 grados con vicryl del 2. Cierre por planos. Sutura barbada reabsorbible en piel.

Yeso inguinopédico a 60 grados de flexión.



Durante estos ocho días de trabajo, dos días pasamos consulta con el equipo local y siete realizamos actividad quirúrgica, operando un total de 17 pacientes (15 niños y dos adultos) y practicando un total de 28 intervenciones.

Fuer una experiencia positiva y enriquecedora tanto en el ámbito profesional como en el personal y queremos que se convierta en un proyecto mayor y periódico, con proyección de volver en el próximo 2026.