

Memoria 102º Expedición en Batseng´la con COEM

Proyecto COEM. Cirugía Ortopédica en Camerún

Dra. Lucía González García

Cirujanos Ortopédicos para el Mundo (COEM) inició su proyecto en septiembre de 2014, comenzando su actividad médico-quirúrgica en septiembre de 2015. Camerún, con un Índice de Desarrollo Humano que lo sitúa en el puesto 153 de 187 países según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, enfrenta grandes desafíos. El país cuenta con solo 0,8 médicos por cada 10.000 habitantes, y su sanidad pública no es gratuita.

La población, especialmente infantil, padece múltiples deformidades estructurales del aparato locomotor y severas secuelas derivadas de traumatismos de alta energía. En Batseng´la, COEM, ofrece asistencia especializada gratuita para este tipo de lesiones. La organización garantiza una atención continuada, con presencia mensual de sus miembros para realizar consultas, procedimientos quirúrgicos y seguimientos.

En 2025, tuve el privilegio de unirme a COEM en su expedición 102. Mis compañeros de viaje incluyeron a los cirujanos ortopédicos Luis J. García-Lomas, Javier Vaquero, Raquel Lax y Blanca Vázquez, y además de la fundamental anestesista Elena Fierro.



La Secretaría de COEM gestionó todos los preparativos: permisos, visados y seguros necesarios para nuestra labor humanitaria en Camerún. Para ir familiarizándonos y coordinar

los detalles, nos comunicamos previamente vía WhatsApp. El entusiasmo era palpable, y los veteranos (Luis, Javier y Elena) nos tranquilizaron respecto a la presión del destino y la potencial inestabilidad política.

Una vez resuelto el tema burocrático, el 14 de junio volamos vía Bruselas hasta Duala. Tras un largo día de viaje, nos recogieron en el aeropuerto para llevarnos a nuestro alojamiento de esa primera y única noche en Duala. A la mañana siguiente, muy temprano, iniciamos el largo trayecto en furgoneta hacia el Hospital De Las Siervas de María en Batseng´la. Pese a las largas horas, el viaje se hizo corto gracias a la ilusión y al descubrimiento de la vida en Camerún, narrado por Luis.

Al llegar al hospital, fuimos recibidos por las Hermanas, con Sor Pilar a la cabeza, quienes nos acompañaron a la casa alemana que sería nuestro alojamiento. Después de un ligero aperitivo traído de España y un breve almuerzo, nos pusimos inmediatamente manos a la obra.



Ese domingo, el Dr. Yannick nos guio por el hospital, explicándonos su distribución y mostrándonos la zona de trabajo de los traumatólogos. El hospital cuenta con varios departamentos (radiodiagnóstico básico, medicina interna, obstetricia, cirugía general, etc.). Aunque operan con campañas de ONG, disponen de personal médico propio del país.

En la planta baja, Yannick nos enseñó el dispensario, las salas de curas, la consulta y los dos quirófanos donde trabajaríamos. Tras esta visita introductoria, hicimos el primer pase de planta para valorar a los pacientes hospitalizados y organizar la actividad del día siguiente. Los pacientes estaban inicialmente distribuidos en tres salones: hombres, mujeres y niños, con unas 7-10 camas en cada uno. Esta distribución se ajustaba según la necesidad y el número de ingresos a lo largo de la semana. Todas las mañanas, realizábamos el pase de planta para ver ingresos y postoperados, y planificábamos los quirófanos del día siguiente.



La consulta diaria valoraba entre 35 y 45 pacientes. Conscientes de las campañas quirúrgicas de médicos europeos, los pacientes se desplazaban grandes distancias para recibir asistencia. Es destacable que el paciente es quien custodia su historial clínico, un cuaderno con su nombre y religión que lleva consigo en cada visita médica, donde se deja una reseña.

En la consulta, trabajamos junto a médicos locales (Dr. Yannick, Dr. L. Nges, Dr. A. Tanon y Dr. E. Suffo), lo que facilitó la superación de la barrera idiomática. Además del francés e inglés, la mayoría del personal habla un poco de español. Utilizamos el sistema de historial clínico electrónico del hospital, que nos permitía acceder a notas, pruebas de imagen y dejar nuestras propias anotaciones y decisiones.



La relación médico-paciente que observé era notablemente paternalista. Personalmente, me esforcé por transmitir empatía y confianza, intentando que los pacientes entendieran su patología a pesar de las dificultades del idioma.

Valorábamos tanto a pacientes nuevos —a quienes se les indicaba radiología simple el mismo día para reevaluarlos, ya que muchos venían de lejos— como a pacientes intervenidos que acudían a revisión. Los pacientes con heridas o cirugías recientes pasaban directamente a las salas de curas, donde eran valorados por un médico local, que nos

alertaba ante cualquier duda o complicación. Me impresionó la estoicidad de los pacientes, pues algunas curas dolorosas, que en nuestro medio solo se harían en el quirófano, se practicaban allí en la sala de curas.

Una vez decidida la intervención, organizábamos los quirófanos, procurando diferenciar entre cirugía limpia y cirugía sucia. Los dos quirófanos funcionaban continuamente, mañana y tarde, hasta completar la programación e incluso alguna cirugía urgente. Llegamos a realizar cirugías simultáneas a doble campo. El personal de enfermería local demostró una labor encomiable, con gran profesionalidad y dedicación, acompañándonos incluso fuera de su horario ordinario. Dada la jornada continua, nos escapábamos a comer entre cirugías; la "pensión completa" era proporcionada por las Hermanas, quienes nos acercaban las comidas a la casa.



La patología predominante fue la traumática, con numerosas complicaciones y secuelas de fracturas. Los accidentes de moto son habituales; es impactante pensar que un paciente pueda llegar en moto al hospital con una fractura abierta de tibia.



A pesar de que el manejo de fracturas nos es familiar, los factores de cultura, higiene y los limitados medios disponibles (a pesar de los esfuerzos por realizar de la forma correcta nuestro trabajo) contribuyen a una tasa de infecciones de fracturas abiertas y postquirúrgicas más elevada que en nuestro entorno. Por ello, se prioriza el manejo ortopédico de las fracturas cuando es posible. Además, las costumbres locales, las visitas a médicos tradicionales y la restricción económica hacen que los pacientes consulten a veces meses después de la fractura, para tratar secuelas como: pseudoartrosis, consolidaciones viciosas y grandes deformidades. Esto significó que, en varias ocasiones, la patología que enfrenté era la primera de ese tipo en mi experiencia.

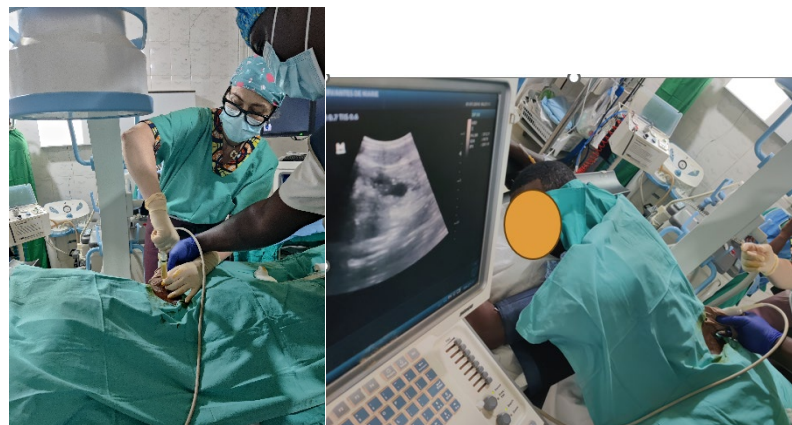


Los recursos limitados de osteosíntesis obligan a adaptar los conocimientos para abordar cada caso. Aquí se hace evidente la capacidad de los cirujanos locales, y agradecí profundamente la experiencia de Luis y Javier.

Un caso particularmente impactante fue el de una niña de unos dos años con una fractura de fémur. Había sido tratada por un médico tradicional con manipulaciones repetidas, lo que resultó en un importante edema y una herida circunferencial en el muslo que se necrosó e infectó. A nuestra llegada, los médicos locales ya habían realizado desbridamiento, y durante nuestra estancia tuvimos que realizar otra limpieza y cura en el quirófano. La complejidad se vio acentuada por la admirable labor de nuestra anestésista, Elena, para dormir a la niña. Al abrir la herida, se constató una pérdida muscular circunferencial del muslo, con tejido graso expuesto que posiblemente contenía el paquete vasculonervioso. A pesar de la gravedad, la niña nos recibía cada mañana con una sonrisa.



Las infecciones, como ya mencioné, son parte de la patología diaria. Hemos realizado secuestrectomías, resecciones óseas amplias e incluso amputaciones. Su manejo se basa en la resección del tejido infectado y la fijación externa, dentro de los recursos materiales disponibles. En el hospital existe un Departamento de Microbiología que nos permite analizar las muestras recogidas durante la cirugía. Aunque el acceso a antibióticos es más restringido, se intenta tratar todas las infecciones posibles. Otros procedimientos incluyeron curas de muñones, manejo de pseudoartrosis infectadas, y resecciones óseas completas, como una pandiafisitis de peroné. También presenciamos a la Dra. Lax realizar un drenaje ecoguiado de dos abscesos de psoas causados por un mal de Pott.



Tras la finalización de los quirófanos, si el tiempo lo permitía (estábamos en época de monzón), intentábamos pasear por los caminos cercanos. Estos paseos nos permitieron apreciar el modo de vida del pueblo y compartir momentos con sus habitantes. Un día, una lluvia torrencial nos obligó a refugiarnos en el porche de una familia, que nos invitó a entrar y compartir con ellos ante la persistencia del aguacero.



El miércoles, la cirugía se programó para terminar antes y poder visitar Dschang. Después de una visita guiada por Luis al mercado, disfrutamos de un tiempo de ocio con los empleados del hospital, conociéndolos mejor fuera del entorno laboral.



Mi experiencia personal ha sido inolvidable. Inicialmente, pensé que ayudaríamos a los médicos locales a realizar cirugías que no podrían hacer sin ayuda; sin embargo, vuelvo con la grata sorpresa de que ellos me enseñaron más a mí sobre una patología que manejan a diario y que nosotros, afortunadamente, vemos de forma excepcional.



Esta expedición me ha impulsado a agradecer el acceso a los recursos materiales hospitalarios de los que allí carecen. Allí, esa ausencia se suple con buen talante, la recuperación de técnicas ya en desuso en nuestro medio (que nada tienen que envidiar a las actuales) y una absoluta disposición de todo el personal para que la cirugía y el paciente salgan adelante.

Finalmente, esta experiencia ha sido única no solo por lo vivido, sino por quienes me han acompañado. Desde el primer minuto, la complicidad del equipo generó grandes momentos y enriqueció la experiencia a nivel profesional y personal. Compartí el miedo e incertidumbre de las novatas, guiadas y tranquilizadas por los más veteranos. Hubo momentos de frustración y momentos de alegría. Me enriquecí profesionalmente aprendiendo

técnicas nuevas y pude contribuir aportando mi conocimiento en cirugía de pie y tobillo. Por todo esto, espero tener la oportunidad de repetir esta experiencia en un futuro no muy lejano.

LUCÍA GONZÁLEZ GARCIA

Palencia, 10 de noviembre de 2025