

Isaac Rozen-Fuller,
Felipe Cruz-Vega,
Rubén Franco-Bey

Cirugía reconstructiva de alta especialidad en zonas rurales

División de control y operación de proyectos específicos,
Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro
Social, Distrito Federal, México

Comunicación con: Isaac Rozen-Fuller.
Tel: (55) 5246 9520.
Correo electrónico: rosch@att.net.mx

Resumen

Introducción: en 1996 se formó en el Instituto Mexicano del Seguro Social un grupo multidisciplinario de voluntarios profesionales de la salud con el objetivo de llevar medicina especializada a la población campesina e indígena marginada del país en zonas rurales. El propósito de la publicación es describir su organización, logística y resultados generales. Las acciones médico-quirúrgicas llevadas a cabo en las comunidades marginadas fueron denominadas "Encuentros Quirúrgicos".

Método: se realizaron 57 Encuentros Quirúrgicos, en los que se evaluaron 7700 pacientes susceptibles a cirugía. Simultáneamente se desarrolló un programa educativo integrado por tres cursos básicos: ABC de la Cirugía Plástica para el Médico Rural, con talleres para los dentistas locales; Principios Quirúrgicos para la Enfermera Rural y Reanimación Cardiopulmonar.

Resultados: de 7700 pacientes evaluados, a 4306 (55.9 %) se les realizó una o más intervenciones quirúrgicas, para un total de 5025 (65.2 %) procedimientos quirúrgicos.

Conclusiones: se destaca la importancia de este tipo de acercamiento con médicos y enfermeras rurales que laboran con población y en localidades con altos índices de marginación.

Palabras clave

cirugía plástica
población rural
aislamiento social

Summary

Background: the Instituto Mexicano del Seguro Social program known as Surgical Encounters was created in 1996 to provide specialized medical and surgical care to the rural and indigenous population, the most marginalized group in the country, and to provide them health care at IMSS-Oportunidades rural hospitals by volunteer personnel. The aim of this paper is to describe the organization, logistics before, during and after the Encounter and the main results of operating room procedures.

Methods: fifty-seven Surgical Encounters had been carried out. During each encounter, three basic courses were given: The ABC of Plastic Surgery for rural medical practitioners with workshops for local dentists; Surgical Principles for Rural Nurses, and a Cardio-Pulmonary Reanimation course.

Results: they included 7,700 patients who were diagnosed and 4306 of these underwent to a surgical intervention (55.9 %) with a total of 5,025 surgical procedures.

Conclusions: the importance of this interaction between physicians, rural nurses and specialists at the most marginalized populations areas in the country must be emphasize as an action that lead to equity in health services.

Key words

surgery, plastic
rural population
social isolation

Introducción

México es un país de grandes contrastes y desigualdad social. Por un lado se realizan trasplantes parciales de hígado en modernos hospitales, pero por otro existen habitantes de áreas rurales prácticamente sin acceso a servicios de salud especializados. En 1996, en el Instituto Mexicano del Se-

guro Social, un grupo voluntario de profesionales de la salud organizó el proyecto de llevar a cabo un programa quirúrgico encaminado a otorgar servicios de alta especialidad a la población rural —integrada por 11 millones de habitantes con altos índices de marginación— mediante la prestación de servicios médicos y de cuidado enfermero por personal de la salud perteneciente a hospitales de la ciudad

de México, quienes participarían de manera voluntaria y altruista. Al programa se le denominó “Encuentros Médico-Quirúrgicos” ya que una actividad estratégica fue la coordinación de los médicos y las enfermeras de la ciudad con sus homólogos de las zonas rurales. El programa se delimitó en cuanto al número de pacientes que participarían, el tipo de cirugías y el seguimiento posoperatorio que se realizarían. La premisa fue otorgar el servicio con la máxima calidad técnica y humana posible.

Desde la década de 1970 existen grupos que se dedican en forma voluntaria a esta labor: en 1972, la Academia Mexicana de Cirugía inició las “Misiones Médico-Quirúrgicas” y en 1989 las llamadas “Convivencias Quirúrgicas”, impulsadas intensamente por esa institución.¹⁻⁴ Desde hace varias décadas hay diversos grupos que realizan este tipo de servicios a la comunidad en otras partes del orbe.^{5,6}

En 1996, el Instituto Mexicano del Seguro Social inició este proyecto en la División de Proyectos Especiales al que se invitaron médicos y enfermeras de los centros hospitalarios de tercer nivel y se conformó un grupo multidisciplinario. Se revisaron los protocolos médicos respectivos para otorgar atención médica con calidad. Se trabajó en la logística previa al Encuentro, la programación de protocolos y rendimiento en cuanto a tipo y número de cirugías por realizar, la identificación de patologías y la búsqueda de casos para establecer procesos y rutinas de abordaje con el mínimo margen de error posible, con el ánimo de establecer un programa permanente. Ese año el grupo efectuó su primer “Encuentro Médico-Quirúrgico”, en Motozintla, ubicada en una meseta dentro de la sierra occidental en el estado de Chiapas. El reto fue proporcionar el servicio quirúrgico y obtener los mismos resultados que en los centros hospitalarios del Instituto.

Cuadro I | Logística de los encuentros quirúrgicos desde la planeación a la conclusión

Previa	Durante	Posterior
<ul style="list-style-type: none"> ■ Coordinación con IMSS-Oportunidades para búsqueda activa de casos posibles de atender: <ul style="list-style-type: none"> – Labio paladar hendido – Cáncer de piel – Microtia – Trauma nasal – Mano congénita – Patología de tejidos blandos – Secuela de quemaduras ■ Acopio de información y realización de exámenes de laboratorio preoperatorios a pacientes candidatos a cirugía por el equipo local de salud y envío a la ciudad de México. ■ Recibida la información, se prepara el grupo médico y paramédico itinerante: 4 cirujanos, 3 anestesiólogos, 1 médico residente de la especialidad, 1 enfermera instrumentista, 1 enfermera intensivista, 1 licenciado en terapia de lenguaje y 1 odontólogo con especialidad en ortopedia maxilofacial. ■ Embalaje de instrumental e insumos 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reunión de trabajo del equipo de salud itinerante con el equipo local para establecer dinámica del encuentro. ■ Otorgamiento de consulta y preparación de quirófanos para realización simultánea de 8 cirugías: 3 con anestesia general y 5 con local, con ejecución conjuntamente con el equipo local de salud. ■ Se imparte al equipo de salud local los cursos descritos en el texto, para apoyar la recuperación y rehabilitación de los pacientes atendidos. ■ Hasta el sexto día, el equipo de salud itinerante verifica la evolución de pacientes operados, posteriormente el médico residente continúa el seguimiento hasta por 4 días más. La comunicación entre ambos equipos es permanente vía telefónica o electrónica. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ El equipo de salud local dará de alta a los pacientes atendidos durante el Encuentro y se encargará de regresarlos hasta sus comunidades una vez recuperados. ■ Después de 6 a 8 semanas de concluido el encuentro, uno de los médicos del equipo itinerante regresa a valorar pacientes operados del Encuentro inmediato anterior e incluso también puede valorar pacientes de otros Encuentros, si la localidad de residencia es cercana.

Métodos

Cada fase del Encuentro tuvo una logística particular y de coordinación entre ambos equipos de Salud: el visitante o itinerante que se desplazó de la ciudad de México y el local, que en todo momento fungió como intermediario entre la comunidad y el equipo visitante.

Los Encuentros fueron coordinados por el Programa IMSS-Oportunidades, cuyos hospitales rurales cuentan con los servicios de consulta externa, urgencias, laboratorio y gabinete, área de hospitalización con 40 camas en promedio, quirófano, sala de expulsión, servicios administrativos y de mantenimiento. Las unidades médicas rurales disponen, a su vez, de consultorio, farmacia, cuarto de curación, cuarto de internamiento con dos camas, sala de espera, cuarto privado del médico y un Centro de Atención Rural al Adolescente (CARA).

El personal de salud de las diferentes comunidades, (trabajadoras o asistentes sociales y voluntarias) realizó la búsqueda de pacientes en sus localidades, copiaron información (nombre, edad y patología) de todos los susceptibles a tratamiento, con la finalidad de preparar el instrumental e insumos necesarios. Durante el Encuentro se realizó una reunión con los médicos locales y personal de enfermería para organizar el trabajo en la consulta, en el quirófano y en hospitalización. Las cirugías siempre se realizaron con ayuda de médicos y personal de enfermería local. Los especialistas de ortopedia, maxilofacial y terapia de lenguaje dieron atención todos los días durante los encuentros (cuadro I). Siempre existió desde la ciudad de México contacto telefónico o por co-

reo electrónico para dar seguimiento a cada paciente; en caso de complicaciones acudió un médico del grupo para valorar y tratar al paciente. De julio de 1996 a noviembre de 2008 se realizaron 57 Encuentros Médico-Quirúrgicos en la especialidad de cirugía plástica y reconstructiva en 40 hospitales rurales de 12 estados de la República Mexicana. Se valoraron en total 7700 pacientes, de los cuales a 4306 se les realizaron procedimientos quirúrgicos.

Resultados

Se obtuvo información en la consulta externa desde 1996 hasta el año 2001 con un total de 3298 pacientes; 38 % había acudido a otra institución para atención médica, de los cuales 29 % recibió algún tipo de tratamiento y 62 % no por diferentes motivos. De los pacientes que acudieron a los Encuentros Quirúrgicos, 60 % requirió tratamiento quirúrgico; 49 pacientes (1.83 %) fueron canalizados a hospitales urbanos por requerir procedimientos no programados.

El 44 % de la población atendida perteneció a diferentes etnias: tojolabal, tzeltal, tzotzil, lacandona, maya, náhuatl, popoluca, triqui, mazateca, mixteca, huichol, purépecha, kora, tarahumara (rarámuri), tepehuana, otomí, totonaca, chol. El restante 56 % estaba integrado por campesinos mestizos no pertenecientes a etnias específicas. De los pertenecientes a una etnia, 20 % hablaba exclusivamente su dialecto, por lo que se requirió traducción simultánea en la consulta, quirófano y hospitalización por parte una enfermera de la misma etnia; 80 % hablaba solo español o era bilingüe.

Cuadro II | Encuentros quirúrgicos realizados por el IMSS Régimen Ordinario IMSS- Oportunidades

Estados	Encuentros quirúrgicos	Pacientes valorados	Pacientes operados	%	Cirugías realizadas	Cirugías por paciente
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>		<i>n</i>	<i>n</i>
Chiapas	13	1 391	908	65.27	1182	1.3
Veracruz	11	1 543	779	50.48	920	1.18
Oaxaca	9	1 307	726	55.54	864	1.19
Michoacán	6	769	490	63.71	558	1.13
Puebla	4	478	261	54.60	359	1.37
Yucatán	3	378	170	44.97	210	1.23
Chihuahua	3	513	237	46.19	267	1.12
San Luis Potosí	3	504	352	69.84	363	1.03
Hidalgo	2	494	209	42.30	226	1.08
Tamaulipas	1	87	52	59.77	57	1.09
Sinaloa	1	106	51	48.11	63	1.23
Nayarit	1	130	71	54.61	96	1.35
Total	57	7 700	4 306	50.14	5 025	1.19

En el posoperatorio, los médicos locales dieron seguimiento al paciente en su comunidad y continuaron con la vigilancia conforme las recomendaciones establecidas.⁷ Entre la sexta y octava semanas, un médico del equipo regresó al hospital rural para revalorar a los pacientes (cuadro II).

A lo largo de 12 años, en cada Encuentro Quirúrgico se han impartieron tres diferentes tipos de cursos (72 en total):

- a) ABC de la Cirugía Plástica para el Médico Rural, en el que se destacan las situaciones más frecuentes con los que médicos rurales se enfrentan. El curso incluye adiestramiento de ortopedia maxilofacial para los dentistas locales y de terapia de lenguaje para las trabajadoras sociales, con el fin de rehabilitar a los pacientes con labio y paladar hendido.
- b) Instrumentación Básica para la Enfermera Rural. Se explican, en forma continua y reiterativa, los diferentes instrumentos y principios básicos de desempeño en el quirófano.
- c) Taller de Reanimación Cardiopulmonar Básica. Es impartido por una instructora certificada por la *American Heart Association* para enfermeras designadas al posoperatorio inmediato.

Distribución de enfermedades atendidas

- *Congénitas*, 57.6 % (labio y paladar hendido, microtia, mano congénita, otras).
- *Secuelas*, 20.6 % (labio y paladar hendido, quemaduras, trauma nasal, otras).
- *Adquiridas*, 21.8 % (cáncer de piel, úlceras de decúbito, rinofima, otras).

Accesibilidad

La distancia que recorrieron los pacientes para ser atendidos fue variable: 22 % recorrió 5 km (30 minutos aproximadamente); 15 %, cinco a 20 km (30 a 60 minutos); 37 %, 20 a 50 km (una a tres horas); 14 %, 50 a 100 km (tres a cinco horas); 12 %, más de 100 km (más de cinco horas).

Predominó el sexo femenino (59.4 %). Respecto a la edad, 43.8 % tenía menos de 10 años; 25.7 % entre 11 y 20 años, 27 % entre 20 y 50 años y más de 50 años, 3.5 %

Solo en tres casos se presentaron complicaciones:

- En una niña de 14 años con secuelas de quemaduras en tórax y cuello sufridas cuando tenía dos años, se liberó 60 % de las bridas y se colocaron injertos. En el área de recuperación presentó edema agudo pulmonar, por lo que fue trasladada al Hospital General de Zona 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tuxtla Gutiérrez, donde se resolvió el problema.
- Un niño de ocho años no reaccionó en el posoperatorio inmediato debido a hipotermia transoperatoria; fue llevado al Hospital General de Zona 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Villahermosa, donde fue vigilado hasta su total recuperación.
- Un hombre de 27 años de edad, a quien se le practicó palatoplastia, 48 horas después de la cirugía presentó estado de estupor; fue traslado al Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la ciudad de Veracruz, donde se diagnosticó panhipopituitarismo; si bien fue estabilizado, tres semanas después falleció por neumonía intrahospitalaria.

Conclusiones

En México, dentro de las instituciones gubernamentales y a nivel privado existen grupos de médicos que llevan a cabo un programa de cirugías extramuros. Los Encuentros Quirúrgicos corroboraron las bondades y beneficios, sin embargo, reconocemos que es difícil efectuar el tratamiento y el seguimiento ideales. La realidad de nuestro país hace que programas como el de Encuentros Quirúrgicos tengan que desarrollarse en diferentes partes de la República para proporcionar servicios especializados a la población más desfavorecida.

Referencias

1. Academia Mexicana de Cirugía. Convivencias Quirúrgicas 1989-1993. México: A
2. Academia Mexicana de Cirugía. Convivencias Quirúrgicas 1993-1994. México: Academia Mexicana de Cirugía; 1995.
3. Academia Mexicana de Cirugía. Convivencias Quirúrgicas 1999-2000. México: Academia Mexicana de Cirugía; 2000.
4. Trigos-Micoló I, Barquín-Donnadieu M, Gutiérrez-Soriano L. Programa Nacional de Cirugía Extramuros de la SSA 1994-2000. *Cir Ciruj* 2001;69:160-166
5. Zaleski KL, Snyder HD, Hamdan US. Quality assurance guidelines for surgical outreach programs: a 20-year experience. *Eberlin Medical Mission for Children Harvard Plastic Surgery Training program, Mass General Hospital, Boston, MA. Cleft Palate Craniofac J* 2008;45(3):246-255.
6. D'Agostino S, Del Rossi C, Del Curto S, Attanasio A. Surgery of congenital malformations in developing countries: experience in 13 humanitarian missions during 9 years. *Pediatric Med Chir* 2001;23(2):117-121.
7. Rozen-Fuller I. Labio y paladar hendido. *Conceptos básicos*. Segunda edición. México: Casa de Vacunas; 2000.