

TITULO DEL PROYECTO

PROYECTO QUIRÚRGICO DERMATOLÓGICO EN MALAWI

LUGAR DE ACTUACIÓN

DISTRITO DE NKHOTAKOTA. PARROQUIA DE BENGA. MALAWI.

SOLICITANTE

JAVIER ROMERO GÓMEZ

1.- POBLACION PROTAGONISTA

1.1.- IDENTIFICACION DE LA POBLACIÓN PROTAGONISTA

Malawi tiene una población estimada de 19,2 Millones de Habitantes. Naciones Unidas posiciona Malawi según su PIB en el puesto 160 de los 162 puestos con una renta per cápita de 333 USD por año.

Los beneficiarios directos serán unos 130.000 habitantes de los 75 núcleos de población y escuelas de la zona de influencia de Benga, en el distrito de Nkhotakota. Se trata de un area rural, siendo una de las zonas más desfavorecidas del país

1.2.- CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN PROTAGONISTA

La Parroquia de Benga fue el primer impulsor del proyecto. A finales de 2014 sus misioneros, alertados por la patología dermatológica que observaban en la población, solicitaron nuestra ayuda. Tras analizar los datos demográficos, económicos y sanitarios del país, constatamos la necesidad real de ponerlo en marcha.

Desde entonces, 6 viajes sucesivos nos han permitido identificar un grupo de enfermos, susceptibles de tratamiento exclusivamente de forma quirúrgica: patología tumoral en Albinos, Xeroderma pigmentosum y quemaduras antiguas, grandes quemados con cicatrices retráctiles, úlceras, malformaciones congénitas, etc.

2.- ANTECEDENTES, CONTEXTO Y JUSTIFICACION

Malawi tiene una población estimada de 19,2 Millones de Habitantes. Su idioma oficial es el Inglés, hablado por un porcentaje mínimo de población, y su idioma nacional el Chichewa. Hay otras lenguas bantúes habladas por diferentes grupos étnicos.

NACIONES UNIDAS posiciona Malawi según su PIB en el puesto 160 de los 162 puestos con una renta per cápita de 333 USD por año (UNICEF 2010).

El 40% de la población está por debajo del umbral de la pobreza y no tienen acceso a las necesidades básicas (World Bank 2012).

El nivel de alfabetización es del 74%, pero solamente un 25% de los estudiantes que completan educación primaria pueden acceder a la secundaria y sólo un 9% de los que terminan Primaria son capaces de dominar la lengua inglesa. (Unicef 2010). La media de maestro por alumno es de 1/80 y de aulas construidas 1/100.

El mercado de trabajo se caracteriza por una sobreabundancia de mano de obra sin ninguna preparación. (World Bank 2012).

Malawi no posee grandes recursos naturales aparte de la tierra, que está en riesgo constante de degradación por la presión demográfica y los métodos rudimentarios de agricultura y pesca. La agricultura es actividad económica principal y también la fuente más importante de ingresos. El 90 % de la población se dedica a la agricultura de subsistencia. El tabaco proporciona alrededor del 60% de las divisas del país, el café, el té y el azúcar otro 15%. La producción agrícola de las zonas más deprimidas, el sur del lago y del país, se estima que es un 8,6% a la media.

La agricultura depende de la lluvia, dejando la producción y la subsistencia de la población en manos de la climatología. Los años de escasas lluvias son años de hambruna y de gran vulnerabilidad para la población. En años previos, como consecuencia de los fenómenos meteorológicos que desencadena el fenómeno “El Niño” (Malawi y Etiopia son los países que más lo sufren) la escasez de alimentos ha sido muy grave.

El país también exporta algo de uranio que proporciona otro 5% de los ingresos. (Fuente: UK Foreign&Commonwealth Office).

Estructura Sanitaria

Carece de un sistema de salud desarrollado. Según las estadísticas disponibles, Malawi dispone de 1 médico por cada 65,000 Habitantes y una cama hospitalaria por cada 9,000. En la mayoría de los establecimientos de salud existe un déficit grave de personal y equipo básico. La mortalidad infantil y la mortalidad materna son muy elevadas. La esperanza de vida es de 54 años. Las tasas de desnutrición grave son muy altas. La tasa de prevalencia del VIH/SIDA es sumamente elevada. Afecta al 16.4% de los habitantes entre 15 y 49 años y es causa de un 70% de las muertes en los

hospitales. Hay 770.000 niños huérfanos por SIDA (ONUSIDA 2014). La combinación de SIDA y desnutrición, debilita las defensas y aumentan el peligro de contraer y desarrollar formas severas de diferentes enfermedades. Esto a su vez, reduce la mano de obra disponible para las labores agrícolas y otras actividades productivas, lo que mantiene el círculo vicioso de hambre y enfermedad.

Las especialidades médicas prácticamente no existen. Tan sólo Lilongwe y Blantyre disponen de algún médico especialista. La población en zonas rurales no dispone prácticamente de acceso a este tipo de asistencia.

ANTECEDENTES

La Parroquia de Benga fue el primer impulsor del proyecto. A finales de 2014 sus misioneros, alertados por la patología dermatológica que observaban en la población, solicitaron nuestra ayuda. Tras analizar los datos demográficos, económicos y sanitarios del país, antes expuestos, constatamos la necesidad real de poner en marcha el proyecto dermatológico.

El desarrollo del proyecto dermatológico permitió detectar una primera necesidad urgente, al detectarse un aumento de incidencia de sarna muy preocupante, que hizo crecer el proyecto y generar un proyecto específico para la sarna (ver video (<https://vimeo.com/299823219>)).

En los 3 viajes del proyecto de sarna, de 3 semanas cada uno y con equipos de 12 dermatólogos divididos en equipos de 2, se ha obtenido una visión de la región muy realista. Se ha visitado cada escuela del área , 25 en total, explorando a todos los alumnos uno a uno. Cuando se completaba una escuela se visitaban las casas de los familiares, una a una, explorando a todos sus miembros de cuerpo entero. Este trabajo tan exhaustivo es lo que nos ha permitido detectar la necesidad de un proyecto quirúrgico.

Dentro de los núcleos beneficiarios, el nuevo proyecto busca poder prestar servicios de cirugía dermatológica, en colaboración con el personal local, obteniendo casos a partir del próximo proyecto dermatológico (7º viaje, 3 semanas en abril de 2019), captación de casos en la Misión de Benga, y por los Clinical Officers en los hospitales de Alinafe, Thavite, Makhioni y Nkhotakota, previamente informados del proyecto. El personal sanitario local cumple en el proyecto, por una parte, funciones de apoyo y por otra es atendido por los cooperantes con criterios docentes, con el fin de mejorar sus habilidades diagnósticas y terapéuticas.

El personal sanitario local, los trabajadores de los centros escolares y los beneficiarios, además de atención médica recibirán consejos para crear hábitos higiénicos que les permitan prevenir algunas de las enfermedades en el futuro (úlceras, v.g.).

3.- DESARROLLO DEL PROYECTO

3.1 OBJETIVO GENERAL DEL PROYECTO

PROPORCIONAR ATENCION QUIRÚRGICA EN PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA A LOS HABITANTES DEL ÁREA DE BENGA Y SU ZONA DE INFLUENCIA

3.2 OBJETIVO(S) ESPECÍFICO(S) DEL PROYECTO (FIN INMEDIATO QUE EL PROYECTO PRETENDE CONSEGUIR CON SUS PROPIOS RECURSOS Y ACTIVIDADES)

EXPLORAR A LOS PACIENTES CAPTADOS PARA EL PROYECTO, SELECCIONAR AQUELLOS CASOS SUSCEPTIBLES DE CIRUGÍA, INFORMANDO A LOS QUE NO LO SON, E INTERVENIR QUIRÚRGICAMENTE A LOS SELECCIONADOS, SIENDO EL NUMERO ESTIMADO DE UNOS 50 PACIENTES

CURAR PATOLOGÍA TUMORAL EN PACIENTES DE ESPECIAL SUSCEPTIBILIDAD (ALBINOS, XERODERMA PIGMENTOSUM, QUEMADURAS ANTIGUAS E INMUNODEPRIMIDOS (SIDA)).

RESOLVER SECUELAS DE CICATRICES DE QUEMADURAS

REALIZAR CURAS DE ULCERAS TROPICALES, INSTRUYENDO AL PERSONAL LOCAL

DEJAR ESTABLECIDO UN CIRCUITO E INFRAESTRUCTURA PARA LA REALIZACIÓN PERIÓDICA DE PROYECTOS QUIRÚRGICOS QUE DEN SOPORTE A LA CASUÍSTICA GENERADA POR EL PROYECTO DERMATOLÓGICO.

INCORPORAR OTRAS ESPECIALIDADES AL PROYECTO

3.3 RESULTADOS ESPERADOS, INDICADORES Y FUENTES DE VERIFICACIÓN

3.3.1 RESULTADOS ESPERADOS (PRODUCTOS Y SERVICIOS QUE SE VAN A REALIZAR EN EL MARCO DEL PROYECTO FRUTO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS; SUPONEN LA CONSECUCCIÓN DEL OBJETIVO ESPECÍFICO)

CURAR PATOLOGÍA TUMORAL EN PACIENTES DE ESPECIAL SUSCEPTIBILIDAD (ALBINOS, SXERODERMA PIGMENTOSUM, QUEMADURAS ANTIGUAS E INMUNODEPRIMIDOS (SIDA)).

RESOLVER SECUELAS DE CICATRICES DE QUEMADURAS

REALIZAR CURAS DE ULCERAS TROPICALES, INSTRUYENDO AL PERSONAL LOCAL

3.3.2 INDICADORES DEL GRADO DE CONSECUCCIÓN DE LOS RESULTADOS(INDICADOR EN TÉRMINOS DE CANTIDAD, CUALIDAD Y TIEMPO QUE NOS PERMITA MEDIR EL GRADO DE CONSECUCCIÓN DE LOS RESULTADOS DEL 5.3.1 (entendiendo que es un error y se refieren al 3.3.1)

EXPLORAR A UN CENTENAR DE PACIENTES PRESELECCIONADOS (A TRAVÉS DE PROYECTO DERMATÓLOGICO EN MARCHA, MISIONEROS, CLINICAL OFFICERS) E INTERVENIR A UN 50% SELECCIONADO: APROXIMADAMENTE 50 PACIENTES

REALIZAR CURAS A UNOS 20 PACIENTES DE ULCERAS TROPICALES

3.3.3. FUENTES DE VERIFICACIÓN DE LOS INDICADORES(MEDIO POR EL QUE SE REALIZARÁ LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES)

Nombre del paciente	Edad	Sexo	Patología	Fecha de quirófano	Tiempo de quirófano	Personal local presente	Curas realizadas
---------------------	------	------	-----------	--------------------	---------------------	-------------------------	------------------

Paciente	Edad	Localización	Toma de muestra proyecto úlceras	Fecha 1ª cura	Personal local presente	Fecha 2ª cura	P er s	Fecha 3ª cura	P er s	Biopsia	Microbiología	Tratamiento adicional
----------	------	--------------	----------------------------------	---------------	-------------------------	---------------	--------------	---------------	--------------	---------	---------------	-----------------------

TABLA EXCEL CON PACIENTES ATENDIDOS, INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE Y TRATADOS DE ÚLCERAS TRÓPICAS.

FOTOGRAFÍA DE CADA CASO ATENDIDO

REGISTRO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DE TUMORES

3.4 RECURSOS HUMANOS IMPLICADOS EN LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

3 DERMATÓLOGOS ESPECIALISTAS

DR JAVIER ROMERO GÓMEZ

DR PEDRO REDONDO BELLÓN

DRA ISABEL MEDINA BAQUERIZO

1 RESIDENTE DE TERCER AÑO DE DERMATOLOGÍA

DRA ALEJANDRA TOMAS VELAZQUEZ

2 CONDUCTORES

2 TRADUCTORES

PERSONAL SANITARIO LOCAL

3.5 RECURSOS MATERIALES

SE CONTARÁ CON LAS INSTALACIONES QUIRÚRGICAS DEL HOSPITAL DE NKHOTAKOTA (2 QUIRÓFANOS DOTADOS, VER VIDEO (<https://www.youtube.com/watch?v=1vcRmJsp71g>) Y UNA SALA DE EXPLORACIÓN Y CURAS EN EL HOSPITAL DE ALINAFE

UN ESTERILIZADOR Y MATERIAL QUIRÚRGICO OBTENIDO ANTERIORMENTE PARA EL PROYECTO DERMATOLÓGICO EN MARCHA

MATERIAL FUNGIBLE LLEVADO DESDE ESPAÑA, EN PREVISIÓN DE CARENCIAS DE ÚLTIMA HORA SOBRE EL TERRENO

MATERIAL QUIRÚRGICO BÁSICO EN PREVISIÓN DE CARENCIAS/PROBLEMAS DE MANTENIMIENTO (5 KITS)

UN DERMATOMO Y UN MALLADOR DE PIEL

3.6 PLAN DE ACCION

SALIDA DESDE MADRID EL MIERCOLES 31 DE JULIO, LLEGADA A LILONGWE EL JUEVES 1 DE AGOSTO.

JUEVES 1 DE AGOSTO, ALOJAMIENTO EN LA MISION, REUNIÓN CON PERSONAL DE LA MISIÓN, HOSPITAL DE ALINAFE Y TRADUCTORES.

VIERNES 2 DE AGOSTO: COMIENZA EXPLORACIÓN Y SELECCIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS EN HOSPITAL DE ALINAFE

VISITA A HOSPITAL DE NKHOTAKOTA REUNIÓN CON AUTORIDADES SANITARIAS Y PERSONAL LOCAL . COMPROBACIÓN DE INSTALACIONES Y PLANIFICACIÓN DE AJUSTE DE MATERIAL

SABADO 3 DE AGOSTO: FINALIZACIÓN DE SELECCIÓN DE PACIENTES.

ORGANIZACIÓN EN LA MISIÓN DE MATERIAL A LLEVAR AL HOSPITAL DE NKHOTAKOTA Y ORGANIGRAMA DE INTERVENCIONES

5 - 9 DE AGOSTO: DOS EQUIPOS:

EQUIPO 1: DESPLAZAMIENTO A NKHOTAKOTA PARA INTERVENCIONES

EQUIPO 2: DESPLAZAMIENTO A ALINAFE PARA CURAS DE ÚLCERAS, CURAS DE PACIENTES INTERVENIDOS Y CONTINUAR SELECCIÓN DE PACIENTES (SI PROCEDE)

10 DE AGOSTO: RECOGIDA DE MATERIAL Y DESPLAZAMIENTO AL AEROPUERTO DE LILONGWE

3.7: DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA

Actividades/ meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
PROYECTO I SARNA Y DERMATOLOGIC O				3 SEMA NAS								
CAPTACIÓN DE PACIENTES				X	X	X	X					

LLEGADA Y SELECCION CASOS						X					
ACTUACIÓN							1- 10 AGOSTO				
SEGUIMIENTO TELEDERMATOLOGIA								X	X	X	X
ENTREGA RESULTADOS DE PATOLOGÍA VIA MAIL								X			

4.- PRESUPUESTO Y FINANCIADORES

4.1 CUADRO DE FINANCIACIÓN, DESGLOSADO POR COFINANCIADORES

PARTIDAS	CONTRIBUCIONES EXTERIORES EFECTIVO CONTRIBUCIONES LOCALES Y VALORIZACIÓN								COSTE TOTAL
	FQS	ONG	OTROS	TOTAL	ONG	OTROS	LOCAL	TOTAL	
A.I. Identificación	280			280				0	280
A.II. Equipos y suministros	4825			4825			4500	4500	9325
A.III. Personal local				100					100
A.IV. Viajes/ Estancias/ Desplazamientos	1695		855	2550		4432,62		4432,62	6982,62
A.V. Capacitación y formación	2600			2600				0	2600

A. VI. Otros	300			300				0	300
A.VII. Imprevistos	300			300				0	300
									19887,6

5. VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

5.1. Factores socio-culturales

- Grado de implicación y motivación de la población protagonista

En todos los viajes ha existido una gran disposición por parte de la población local, contando con la ayuda de los responsables sanitarios locales para alertar a la población de nuestra llegada.

Los directores de las escuelas han colaborado para la exploración de todos los niños en horario escolar.

Los jefes de poblado han contribuido a que en ninguna casa se nos haya negado entrar a explorar a los pacientes.

En cada viaje que se ha vuelto a las poblaciones nos hemos encontrado con muestras de afecto y los pacientes curados han vuelto al hospital, esperando horas tan sólo para mostrar su agradecimiento.

- Grado de participación local en la concepción y ejecución del proyecto

Cuenta con el apoyo de las autoridades locales, que valoran cómo muy positiva la actuación hecha hasta ahora y el mantenimiento en el tiempo de sus efectos por la mejora de las habilidades del personal local y la colaboración mantenida telemática durante el año. Ellos mismos nos han solicitado en otras ocasiones hacer actividad quirúrgica a pacientes que no hemos podido atender por falta de recursos e infraestructura

Cuenta con la colaboración continuada de la comunidad misionera, que antes, durante y después de su desarrollo, se encarga de todas las facetas administrativas, relaciones con las autoridades y Hospitales, identificación de beneficiarios, avisos a la población.

- **Análisis de género e indicadores de impacto (analizar posibles conflictos dentro y fuera del hogar y/o áreas de cooperación e interconexión entre responsabilidades y actividades de mujeres y hombres)**

El proyecto garantiza la asistencia sin restricciones a todos los grupos étnicos y socioculturales de la zona, sin discriminación de edad, sexo, religión ni tribu.

En el aspecto preventivo se da especial relevancia a la mujer, socialmente sometida a mayor riesgo.

Se ha elegido una fecha de actuación fuera de la época de siembra, en la que la población no habría acudido, puesto que todas las manos se hacen necesarias en esa labor

5.2. Factores socio-políticos

- **Actitud de las autoridades locales**

Se cuenta con el apoyo de los responsables sanitarios locales, así como de los jefes de tribu, que nos han ayudado en otros viajes

- **Cuestiones legales**

Se han solicitado todos los permisos requeridos por las autoridades para poder ejercer la medicina y cirugía en el País.

5.3. Factores tecnológicos (señalando cómo la tecnología afecta el potencial y las capacidades)

- **Tecnología utilizada y adecuación al medio**

El hospital de Nkhotakota fue donado de forma altruista y cuenta con una dotación tecnológica de buena calidad. El gran problema con el que cuentan es que no existe personal médico cualificado para aprovechar los recursos. Hay un sólo médico en el hospital. El resto del personal son Clinical Officers

- **Asistencia técnica necesaria**

Se contará con la ayuda de personal de enfermería y Clinical Officers, a los que se les hará partícipes tanto como sea posible para mejorar su adiestramiento quirúrgico en situaciones abordables por ellos en nuestra ausencia

5.4 Factores medioambientales (considerando las repercusiones de la acción sobre el control de recursos y toma de decisiones)

Impacto medioambiental

Los principios que guía al proyecto y sus autores, son los del máximo respeto al medio ambiente y a la idiosincrasia y costumbres de la población local, se observarán estrictamente las normas encaminadas a tales fines. Se gestionarán los residuos biológicos siguiendo los mismos estándares que en España

5.5 Factores económicos-financieros

- Disponibilidad de recursos locales

La Parroquia de Benga gestiona las relaciones laborales con los traductores, conductores y personal de apoyo.

El proyecto pretende establecer las bases para mantenerse en el futuro con el mayor número de recursos locales, disminuyendo progresivamente la necesidad de aportar material desde España

-Capacidad financiera, presupuestaria y de gestión de la ONG local

La contraparte local cuenta con los medios logísticos necesarios como transporte, alojamiento, almacenes y personal local para poder desarrollar el proyecto de una forma eficiente en la zona. Además de los medios la contraparte local lleva viviendo permanentemente en la zona desde hace 6 años y conoce la lengua y culturas de la población local.

5.6. Factores institucionales y políticos de al proyecto

Como se ha mencionado anteriormente, cuenta con el apoyo de las autoridades locales, que valoran cómo muy positiva la actuación y el mantenimiento en el tiempo de sus efectos por la mejora de las habilidades del personal local y la colaboración mantenida telemática durante el año

5.7. Factores de riesgo

Podemos valorarlo desde dos vertientes:

1.- Riesgos para los voluntarios

Malawi, siendo un país muy pobre, es también un país muy seguro. En viajes anteriores hemos recorrido la sabana de casa en casa y de poblado en poblado y jamás ha habido el mas mínimo atisbo de situación de peligro.

Los dos grandes riesgos del viaje son:

- los desplazamientos. Las infraestructuras son muy malas y conducir por el país es con seguridad la actividad de mayor riesgo
- Las enfermedades.
 - Por un lado estaremos expuestos a enfermedades tropicales contra las que estaremos vacunados o realizaremos profilaxis en la medida de lo posible.
 - Por el otro, al realizar una actividad quirúrgica en un país con una altísima incidencia de SIDA estaremos expuestos al riesgo biológico, connatural por otra parte a nuestra profesión.

2.- Riesgos para la población local

Como toda actividad quirúrgica tiene riesgo, minimizaremos los riesgos quirúrgicos y de sobreinfección posterior con protocolos adaptados al entorno

6. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROYECTO

- Seguimiento y evaluación interna

Una vez de vuelta a España, analizaremos los datos recogidos, y se hará una evaluación exhaustiva de los logros obtenidos y de los errores cometidos.

En función de ese análisis se intentarán corregir las deficiencias para establecer un cronograma de actuación en meses posteriores, toda vez que el coste-beneficio del proyecto se evalúe como positivo .

Criterios de evaluación:

- Cuantitativo: Nuestro objetivo son 50 intervenciones, si bien estableceremos el sistema de evaluación según el tiempo de uso del quirófano.

- incumplimiento: < 60% de tiempo de uso de quirófano

- cumplido insuficiente: 60 - 80% tiempo de uso

- cumplido : >80% uso de quirófano

- Cualitativo: Tipo de patología tratada. Este criterio es más importante que el anterior, puesto que los recursos que vamos a utilizar están en desuso la mayor parte del tiempo, nuestra verdadero objetivo no es tanto optimizar el uso de los mismo (un criterio más occidental), como ofrecer ayuda a pacientes que de otra forma no la hubiesen recibido.

- ¿hemos intervenido patología tumoral, amenazante para la vida del paciente ? si/no
- ¿hemos corregido alteraciones que mejoren la funcionalidad del paciente(bridas, retracciones)? si/no
- ¿hemos intervenido malformaciones que estigmaticen o dificulten la vida del paciente ? si/no

- Formativo:

- ¿Ha adquirido el personal local habilidades para el manejo de úlceras? si/no
- ¿Ha adquirido el personal del hospital conocimiento para realizar intervenciones menores cuando la necesidad lo requiera? si/no