

SCHISIS PROJECT PERU 2014

25 oktober 2014. Beladen met twee grote koffers gevuld met anesthesie materialen en twee kleinere koffers met onze kleding, komen we om 9:30 aan in de vertrekhal van Schiphol. We gaan eerst naar ons meeting point, de koffiebar op het balkon. Enkele minuten later komen de andere



teamleden en is het team compleet: Reinier, plastisch chirurg, Annelies en Ilse, operatie-assistenten en wij, Jo en José voor de anesthesie. Na een laatste kop Nederlandse koffie, gaan we onze bagage droppen. Reinier heeft 5 kilo te veel aan OK-spullen! In onze koffers zitten voornamelijk lichte anesthesie disposables en daar kunnen nog wat kilo's bij. Ter plekke wordt de inhoud heen en weer gesjouwd. Lekkere chaos en oponthoud voor andere passagiers. Uiteindelijk hebben alle koffers precies hun maximaal gewicht van 23 kilo en kunnen we verder.

Rond 12 uur gaan we aan boord van een Boeing 777-300 voor de lange vlucht naar Lima. We komen rond 2 uur 's nachts aan en dat is 6 uur 's middags plaatselijke tijd. Een beetje suf gaan we eerst door de immigratiecontrole, dan naar de bagage afdeling en dan door de douane. Daar gaat het mis. Voor het eerst in vier jaar dat we naar Peru gaan wordt onze bagage gecontroleerd. Ook Annelies is de pineut. De douanier bekijkt alle naaldjes, plakkertjes, tubes, driewegkraantjes etc.. Hij vraagt over alles waar het voor dient en speurt telkens naar de vervaldatum. Hij wil weten of ik arts ben en of ik dat kan bewijzen. Vroeger stond dat op je identiteitsbewijs, maar nu moet ik papieren laten zien die ik niet mee heb. We blijven vriendelijk en leggen uit dat we voor een goed doel gaan werken en geven naam en adres van het ziekenhuis. Na verificatie

De douane controleert ook de vervaldatum van de disposables



mogen we uiteindelijk met de nodige waarschuwingen door de douane. Hij zei ook dat we problemen zouden hebben als de spullen over de vervaldatum waren.

Omdat er die avond geen aansluitende vlucht naar Arequipa is, moeten we een nacht in Lima verblijven. De volgende middag kan het wel. We worden door Marjan, de directrice en oprichtster van het kinderziekenhuis opgehaald van de luchthaven. Ook een hartelijk weerzien.

Maandag is de eerste werkdag. Alle kinderen, 54 stuks, komen op de preoperatieve poli. Het lijkt wel een talenten wedstrijd zoals Holland got's talent. Annelies, Jo en de Peruaanse zaalarts zitten achter de bureau en doen het schrijfwerk. Ze bevestigen het laatste oordeel door een sticker op het dossier te plakken: een 1 is operatie, een 2 is tijdelijke uitstel, een 3 is geen OK, maar misschien een volgend project en 4 is nooit OK. Ilse houdt het scorebord bij en doet gelijk de weekplanning, rekening houdend met de duur van de OK, de leeftijd en afkomst van de patient. Wie ver weg woont – het gaat om reistijden van meer dan 8 uur – wordt zo snel mogelijk geholpen. Reinier bekijkt de patient en stelt de operatie indicatie en Jo doet het klinisch onderzoek. José begeleidt de kinderen en helpt ze uit te kleden. Een hele klus want



die kinderen hebben heel veel kleren aan. Gelukkig is er een tolk want ondanks alle pogingen om Spaans te spreken is de communicatie anders lastig.

Echter van de 54 kinderen blijven er maar 33 over met een operatie indicatie. Op zich is dat meer dan een regulier project, maar te weinig voor ons team. De plaatselijke artsen hebben niet goed opgelet bij het stellen van een voorlopige diagnose. Gelukkig hebben we nog tijd om bijkomende

kinderen op te roepen. Het brengt wel het voordeel dat we de eerste vrijdag vrij kunnen plannen en een lang weekend tegemoet gaan.

Later op de middag nemen we een kijkje op de OK. Vorig jaar hadden we alle voorraden ordelijk in stellingkasten geplaatst. Nu was het een grote berg chaos geworden. Het duurt uren eer er een voor ons werkbare situatie ontstaat.

Dinsdag is de eerst operatiedag. De kinderen komen uit het hoge Andesgebergte en dat kan je ook zien aan de chronisch verbrande wangetjes en handjes door de hoogtezon. Die mensen zijn arm. Het eerste kind met een bilaterale lipspleet en gehemeltaspleet heeft plots koorts en rochelt en valt dus af. Overige patienten krijgen behandelingen voor littekens van brandwonden. Omdat we bijtijds klaar zijn kunnen we 's avonds de stad in voor een eerste Pisco Sour in ons stamcafé "the social club" aan de Plaza de Armas.





Woensdag en donderdag wordt er 's ochtends vroeg begonnen omdat men halverwege de middag wil beginnen met laparoscopische galblaas resecties. Dit komt omdat artsen in Peru drie maanden gestaakt hebben en dat het kinderziekenhuis mocht meehelpen aan het wegwerken van de berg galblazen. Het feit dat we vrijdag geen programma hebben komt hen ook goed uit, want dan kunnen zij de ganse dag opereren. Wij en Renier hebben voor het weekend een trip naar Puno en het Titicaca meer gepland.

Het weekend is een succes. Het is een busreis van 7 uur door een indrukwekkend woestijn en berg-landschap. Je ziet er veel meer armoede dan in Arequipa. Puno is een stad op bijna 4 km hoogte. Overdag is het maximaal 14 graden maar toch warm als je in de zon en uit de wind zit. 's Nachts daalt de temperatuur naar 4 graden. We bezoeken eerst het eiland Uros in het Titicaca meer. Dit meer is bijna half zo groot als Nederland. In de ondiepe gedeelten zijn er drijvende eilanden die opgebouwd zijn uit rietstengels. De bewoners verblijven in rieten hutten en dragen de traditionele klederdracht. Best grappig om over het drijvend riet te lopen. Irritant is wel hun opdringerigheid om zelfgemaakte souvenirs te verkopen. Na dit bezoek varen we door naar het eiland Taquile. Hier woont een andere bevolkingsgroep dan in Puno met eigen tradities en leefgewoontes. Ze leven van de landbouw en de toeristen en hebben een hekel aan het meer. De specialiteit van de mannen is hun verfijnd breiwerk. Als hun muts waterdicht gebreid is, dan is het pas goed genoeg om te mogen trouwen.



Maar we zijn hier niet om vakantie te vieren. Maandag ochtend beginnen we weer met de operaties. Nu doen we een aantal primaire operaties voor de hazelipjes. Dit zijn relatief jonge kinderen van zes en zeven maand oud. Opvallend is dat die kinderen erg ongedwongen op de OK komen, zonder ouder, en dan kan je ze spelenderwijs in slaap maken.



Rij boven: Dubbele lipspleet met rechts compleet en links incompleet. Intubatie zonder moeilijkheden door goed zicht door brede spleet. Alleen de rechter kant is gesloten. In een later stadium wordt links gesloten. Ook is er een sluiting van het achterste gehemelte uitgevoerd.

Rij onder: Linker complete lipspleet en gehemelte spleet. Intubatie moeizamer omdat het zicht belemmerd wordt. Ook achterste deel van gehemelte is gesloten.

We gebruiken ruime hoeveelheden pethidine per-operatief en op de verkoeverkamer. Intraveneuze paracetamol of NSAID bestaat hier niet en suppo's zijn verboden omdat je daar homo van wordt.

De taalbarriere is behoorlijk, maar nog erger is dat afspraken die wij maken slecht onderling gecommuniceerd worden. Zo kon het gebeuren dat een klein kind toch niet nuchter was en dit bleek pas nadat wij het kind met de kap in slaap hadden gebracht. We hebben de operatie toch gedaan en gelukkig is dit goed afgelopen. We krijgen het de verkoeverkamer niet geleerd om bij de patient te blijven. Keer op keer moeten wij dit instrueren.

Kleine kinderen lopen hier vaak brandwonden op omdat veel op primitieve onstabiele kookstelletjes met petroleum of alcohol wordt gekookt. Ook is het electriciteits systeem slecht beveiligd en kinderen vinden deze installaties leuke speeltoestellen met dramatische electrocuties tot gevolg. De acute opvang doen wij niet maar wel de jarenlang terugkerende behandeling van contracturen. Zo zijn er ook volwassenen bij ons project. Door de aanwezigheid van de contracturen in de halsregio is een intubatie soms een uitdaging...en een glidescoop is er niet.

Waarom zijn er geen suppo's in Peru?

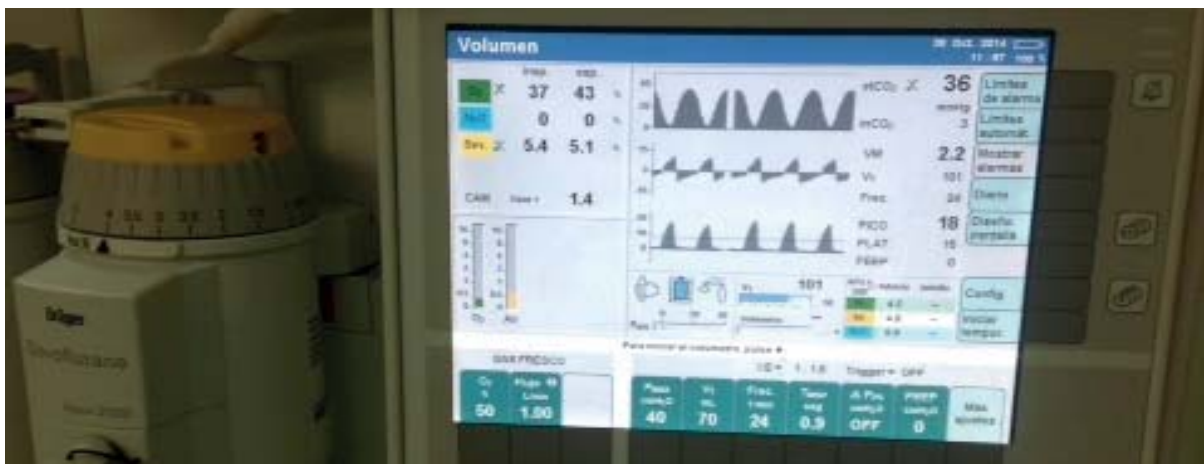


Het is nu al de vierde keer dat we aan dit project mee doen en dan zie je patientjes terug: Francesca, Frank, Luis,...Soms zijn ze daar blij om en soms niet.



De twee OK's zijn conform de Nederlandse maatstaven, behalve dat er geen luchtbehandeling is. We beschikken over een "primus" anesthesietoestel en een monitoring systeem van Dräger. Prima dus. Het is even wennen aan de Spaanse benaming. Waar we wel tegen aan lopen is dat bijhorende beademingslangen, bloeddrukmanchetten, allerlei kabeltjes niet compleet zijn. Eerdere jaren hadden we mooie laryngoscopen, maar die waren zoek. Het schijnt gebruikelijk te zijn dat plaatselijke anesthesiologen hier komen shoppen. Voor volgend jaar hebben we al een verlanglijstje gemaakt en onze overgebleven spullen hebben we goed opgeborgen.

Een bijzonderheid is de discrepantie tussen de ingestelde waarde op de verdamer en de gemeten waarde in de gassenbox (jawel, die zit er op). Dit fenomeen wordt veroorzaakt omdat Arequipa op een hoogte ligt van bijna 2500 meter. Hierdoor is de luchtdruk een kwart lager dan op zee niveau. We hebben wat metingen gedaan zo dat Jos Lerou hier één en ander kan uitrekenen. Ook de zuurstofsaturatie is bij iedereen een stuk lager, zo rond 92%. Daarom geven we perioperatief standaard 50% O₂.



Anesthesie op grote hoogte is toch even anders.

Gedurende dit project hebben we uiteindelijk toch nog vijftig anesthesieën gegeven omdat nog extra kinderen zijn opgeroepen, zoals een broertje en een zusje voor een pharynxplastiek. De meeste OK dagen duren 10 uur of meer. Alles is zonder complicaties verlopen en de patienten waren na de ingreep comfortabel en konden vlot naar huis. Hoewel dit niet de eerste keer was, is dit project weer een bijzondere ervaring geweest waar we een goed gevoel aan over hebben gehouden. Het team is prettig om mee te werken en we hebben veelplezier met mekaar gehad. Volgend jaar weer!



