

# Responder a la demanda

J. Uroz Tristan<sup>1</sup>, S.A.O. Mogueya<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Jefe de Servicio de Cirugía Pediátrica. HUMIC. Las Palmas de Gran Canaria. En Comisión de Servicios en Mauritania.

<sup>2</sup>Cirujano, Directeur Institut National Des Specialites Médicales

Recientemente en Funchal y antes en Oviedo hemos podido escuchar el testimonio de algunos de nuestros compañeros cirujanos pediátricos sobre su participación en cooperación sanitaria en países en vías de desarrollo o del llamado tercer mundo.

Permítanme hablarles en esta oportunidad de un país próximo a Canarias, Mauritania, país situado en la costa occidental africana, con una extensión dos veces la de España y con casi tres millones de habitantes, más de 90.000 nacimientos año, **7,47% de mortalidad infantil**, expectativa de vida de 51 años... y **más del 43% de la población con menos de 15 años** y... pobre, con excelentes cirujanos generales pero sin un solo cirujano pediátrico. Hagan las cuentas, repasen incidencias de malformaciones y... sí, mucha necesidad de ayuda a un paso de nosotros.

En 1959, el Dr Willis J Potts nos lo decía en «El llanto de los niños»: el nacimiento de nuestra especialidad es el resultado de la respuesta a la necesidad-demanda de los padres y sus hijos enfermos (The Surgeon and the Child, pág. 1; 1959 W.B.Saunders Company, magnífico libro, regalo del Dr. Alberto Peña).

Hace más de 27 años inicié mi particular romance quirúrgico-amistoso con África y en especial con Mauritania donde acudo desde hace casi 15 años de forma regular. La cosa ha ido a más y más y desde hace un año y medio se ha iniciado, en consenso con el Instituto Nacional de Especialidades Médicas de Mauritania(\*) con el que colaboro desde su creación en 1997 y la ayuda de diversas Instituciones Canarias, el desarrollo de un Programa de Inicio de la Cirugía Pediátrica en Mauritania.

## ¿Cuál puede y debe ser la respuesta a esa demanda en un país poco desarrollado y pobre?

Antes de todo decidimos «no desarrollar, ni hacer una cirugía de pobres para pobres». Decidimos desarrollar una cirugía moderna y actualizada, basada en la evidencia donde el ahorro en pruebas complementarias y la elección de la técnica quirúrgica más eficaz han de ser virtudes a cultivar y con el límite en los medios diagnósticos disponibles, que no

son muchos. Por ahora sólo pretendemos acercar un adecuado tratamiento quirúrgico al casi 90% de los procesos que afectan a nuestros niños, el otro 10% no podemos ni diagnosticarlo ni tratarlo y hoy por hoy nos auxiliamos en las ONG y en las «Misiones-Equipo» de especialistas que nos visitan ocasionalmente desde otros países, africanos o europeos. Creemos que empezando con «lo bueno», alcanzaremos lo mejor, y lo ideal ya se verá.

Decidimos mirar en la propia historia del desarrollo de nuestra especialidad; comenzar tratando lo más frecuente, lo más fácilmente corregible y compatible con una vida digna, independiente... difundiendo entre los cirujanos generales, urólogos y ORL que por afinidad quieran atender esta demanda, el ámbito y campo de acción de nuestra especialidad, y progresar a medida que las circunstancias socioeconómicas del país lo permitan. ¿Programa? el de nuestra Comisión Nacional de la especialidad en España.

Aquí, en Mauritania, casi todo es diferente; los medios son muy limitados y la patología muy importante y grave, «desfasada»; esa patología que se encontraba y se describía hace más de treinta años en España, además en un medio desértico-subtropical y con una gran dispersión de la población. Los procesos «banales» ni acuden al médico generalista... Raramente se diagnostica a un enfermo en el debut de su enfermedad, sino frecuentemente en su forma evolucionada o por sus complicaciones. Los neonatos que sobreviven los primeros días a los problemas que conlleva una «malformación corregible» y compatible con la vida, ya sea torácica o abdominal, raramente son operados en tiempo y forma, y casi siempre se ingresan muy malnutridos y deshidratados, y además carecemos de nutrición parenteral... de manera que hemos comenzado por crear una Unidad de Nutrición Enteral... para preparar y/o recuperar a nuestros pacientes antes y después de ser intervenidos.

Trabajar al ritmo y de acuerdo al llamado *Calendario Quirúrgico* es una utopía por ahora. Las malformaciones urológicas y orofaciales son innumerables y aún con un gran desfase en el tratamiento respecto a los calendarios consensuados. Seguimos operando a niños con labios y/o paladar fisurados o con hipospadias con más de 14 años. Tras haber inter-

venido a más de 80 niños en los últimos meses de fisura palatina y/o labio leporino, hemos formado una Unidad de Fisurados! Un cirujano pediátrico, un cirujano general con afinidad por la cirugía pediátrica, un especialista en ORL y un dentista es el germen de nuestra «Unidad de Fisurados»... Pocos medios pero mucha ilusión!

En ninguna ocasión, en 15 años, hemos tratado un niño con un tumor abdominal estadio I o II, siempre, y son muchos los casos, estadios avanzados...y sin un sólo oncólogo en el país. Las diferentes ONG europeas y el Estado son la ayuda y salvación en ocasiones, al hacerse cargo del seguimiento terapéutico en el extranjero o en Canarias. Todo está por hacer en este campo.

*Aquí los actos quirúrgicos, por importantes que sean, no tendrán trascendencia si no son eficaces.* La medicina basada en la evidencia es un mandamiento a cumplir a diario; economizar en pruebas y en tiempo quirúrgico-anestésico, un imperativo. Novedosas técnicas, como la de De la Torre - Mondragón, han supuesto un gran avance en el tratamiento del megacolon en estos medios: un solo tiempo y sin colostomía ideal! La asistencia médica no es gratuita, el costo es compartido por el estado y el paciente (Protocolos de Báma-ko); hay que «economizar» o los pacientes no volverán a ser tratados de un 2º tiempo. Aquí, a veces, la laparotomía es el TAC o resonancia de los pobres.

Cada día de quirófano hay que prepararlo, huyendo de toda improvisación y diletancia, ya que los recursos son escasísimos y el desfase asistencial entre «el quirófano-reanimación» y las áreas de hospitalización es considerable. Escasean los cuadros sanitarios intermedios, hay muchos ayudantes de enfermería y pocos enfermeros-as, por lo que hay que simplificar y facilitar al máximo el cuidado postoperatorio de los pacientes con sondas, drenajes, etc. En resumen, a veces es preferible «no tratar» que tratar inadecuadamente. Aquí, en África, a veces la naturaleza hace las enfermedades

«cortas» y «la medicina» a veces se empeña en alargarlas o en provocar otras. Pero a pesar de todo, la idea funciona, la respuesta ha tomado forma; ya tenemos un área de hospitalización para cirugía general-plástica pediátrica en el Hospital Cheikh Zayed y otra para urología pediátrica en el Hospital Nacional. ¡Les animo a venir!

En este país los médicos han realizado sus estudios en países de culturas médicas muy diversas, muchos de influencia francesa, pero también rusa y centro-europea y de oriente medio; por ello desde el inicio hemos intentado difundir un lenguaje común reconocido, con los cirujanos generales, urólogos, etc., que trabajan con nosotros, los pediatras y demás especialistas de las técnicas quirúrgicas que aplicamos en cada paciente (Duckett, Anderson-Hynes, Millard, Von Langenbeck, Cohen, Peña, De la torre Mondragón, Duhamel, Boix-Ochoa o Nissen,..etc. etc.), para facilitar la comunicación y el acceso a la búsqueda bibliográfica y, además, esto facilitará nuestra labor y la continuidad a los que nos reemplacen. El camino, creemos, está abierto a todos nosotros.

Guy de Chauliac, uno de los padres de la Cirugía Moderna (Montpellier, s. XIV) decía que los preceptos del buen cirujano debían ser: 1º) Poseer conocimiento. 2º) Ser hábil con las manos y el pensamiento para reconocer las anomalías y reaccionar acertadamente ante los imprevistos. 3º) Ser justos, cautos, honrados y generosos. Creo sinceramente en todo eso y en que es lo que debemos exigirnos aquí y allí cualquier cirujano pediátrico que intente dar respuesta a esta demanda-necesidad del niño y sus padres; el llanto del niño no sabe de fronteras, debemos escucharlo y darle respuesta, en la forma y medida en que podamos. Aquí, donde seremos bien recibidos, podemos ser útiles y necesarios, y lo seremos más si ayudamos a difundir entre nuestros colegas mauritanos el amplio ámbito y competencias de nuestra especialidad.