

Cirugía Plástica  
Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

ISSN: 0376-7892

ciplaslatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,  
Reparadora y Estética  
España

Berenguer, B.; González-Meli, B.; Bernabeu, T.

Cirugía Plástica Infantil en campaña humanitaria en Guinea Ecuatorial

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 41, núm. 3, julio-septiembre, 2015, pp. 335-343

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética  
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365541786014>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## LABOR SOCIAL DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA

Cirugía Plástica Infantil en campaña humanitaria  
en Guinea Ecuatorial

## Humanitarian Pediatric Plastic Surgery mission in Equatorial Guinea



Berenguer, B.

Berenguer, B.\*, González-Meli, B.\*\*, Bernabeu, T.\*\*\*

## Resumen

La medicina humanitaria tiene como objetivo mejorar el bienestar humano como acto de generosidad y solidaridad con los desfavorecidos, sin ninguna consideración de ganancia material. Va más allá del mero acto terapéutico, promueve, enseña, apoya y proporciona salud como un derecho humano.

Presentamos de forma resumida el proyecto de Cirugía Plástica Infantil en campaña humanitaria en Guinea Ecuatorial, patrocinado por la organización Aldeas Infantiles SOS desde su origen hasta su situación actual, describiendo las principales acciones realizadas en el lugar de acogida y haciendo recomendaciones para mejorar la seguridad y eficacia en este tipo de campañas. Por último, recogemos algunas reflexiones sobre el impacto personal de campañas humanitarias como la que describimos.

## Abstract

Humanitarian medicine aims to improve human welfare as an act of generosity and solidarity with the disadvantaged, without any consideration of material gain. It means more than a mere therapeutic act, it should promote, teach and provide health as a basic human right.

In this paper, the authors summarize the project of humanitarian Pediatric Plastic Surgery mission developed in Equatorial Guinea and funded by the organization Aldeas Infantiles SOS, since its origin to its current state. The main actions performed in the host country are described, and recommendations are made to improve the safety and efficacy of these missions. Lastly some thoughts are outlined regarding the personal impact that such campaigns may bring about.

**Palabras clave** Cirugía Humanitaria  
Cirugía Plástica Infantil

**Key words** Humanitarian Plastic Surgery  
Pediatric Plastic Surgery

\* Médico Adjunto, Sección de Cirugía Plástica Infantil, Hospital General Universitario "Gregorio Marañón", Madrid, España.

\*\* Coordinadora Sección de Cirugía Plástica Infantil, Hospital Universitario "Niño Jesús", Madrid, España.

\*\*\* Jefa de la Unidad de Cirugía Plástica, Hospital Internacional Medimar., Alicante, España.

## Introducción

Las misiones de Cirugía Plástica Infantil en Guinea Ecuatorial que presentamos comenzaron en el año 2003 como parte del proyecto de Cirugía Pediátrica Humanitaria fundado en el 2000 por el Dr. Juan García Aroca, cirujano pediátrico del Hospital “Niño Jesús” de Madrid, España.

Guinea Ecuatorial, situada en el golfo de Guinea, es uno de los países más pequeños del continente africano, con 28.052,46 km<sup>2</sup> de superficie y una población de 1.772.000 habitantes. El país se compone de una parte continental, conocida como Río Muni o Mbini, y un área insular, siendo sus islas más importantes las de Annobón y Corisco (1) (Fig. 1).

Fue una colonia de España conocida como Guinea Española. Posteriormente pasó a convertirse en una provincia española y finalmente obtuvo su independencia el 12 de octubre de 1968. Actualmente se rige por un gobierno militar que lleva 35 años en el poder. Es el único país de África cuyo idioma oficial es el español, que habla el 87,7 % de la población (2).

Las instalaciones hospitalarias, tanto en la isla de Bioko, como en la región continental son deficientes. No existe convenio de cobertura sanitaria para la población y el coste asistencial por acto médico es muy elevado a pesar de las condiciones precarias de la mayor parte de la población.

Guinea Ecuatorial tiene una tasa de natalidad del 0,037 y una tasa de mortalidad infantil de 0,081, comparadas con las tasas en España de 0,01 y 0,0035 respectivamente.

El lugar elegido para desarrollar el programa quirúrgico infantil humanitario fue Bata. Se trata de la mayor ciudad de Guinea Ecuatorial además de ser su capital económica y sede del parlamento. Todas las misiones llevadas a cabo hasta la fecha han sido patrocinadas por la

organización no gubernamental (ONG) Aldeas Infantiles SOS (3). Se trata de una organización internacional privada de ayuda a la infancia, sin ánimo de lucro, interconfesional e independiente de toda orientación política, y fue fundada en 1949 en la ciudad de Imst (Austria); actualmente cuenta con presencia en 134 países. Aldeas Infantiles SOS es miembro de la UNESCO y asesor del Consejo Económico y Social de la ONU. Su principal labor es la protección de niños que se han visto privados del cuidado parental, a los que les brindan un entorno familiar protector en el que puedan crecer sintiéndose queridos y respetados.

En este artículo presentamos un resumen de la actividad desarrollada en la primera misión de Cirugía Plástica Infantil en Guinea Ecuatorial y la evolución posterior del proyecto, con el objetivo de sensibilizar a los cirujanos plásticos sobre la oportunidad que nuestra profesión nos brinda para ayudar a gente desfavorecida y de la enorme satisfacción que ello produce a los afectados, y sobre todo, a los propios cirujanos que participan en este tipo de misiones.

## Material y método

### Origen del proyecto

La primera misión de Cirugía Plástica Infantil en Bata se llevó a cabo en septiembre del 2003. En aquella época yo era Vocal de Relaciones Institucionales de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE), y entre mis funciones estaba ayudar en la coordinación de las campañas de Cirugía Plástica Humanitaria que desde hacía algún tiempo la Sociedad venía desarrollando en Chiclayo, Perú, en colaboración con los Hermanos de San Juan de Dios. Pensé que era una buena ocasión para ofrecer servicios de Cirugía Plástica a otros proyectos humanitarios y ampliar así el compromiso social de la SECPRE.

Sabía que el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital “Niño Jesús” de Madrid, en el que entonces trabajaba, llevaba desde el 2001 desarrollando campañas de cirugía humanitaria en Guinea Ecuatorial, y hablé con los organizadores principales, los Drs. Juan García Aroca y Pablo Morató, para expresarles nuestro interés por participar en sus campañas o en preparar una campaña específica de Cirugía Plástica Infantil en ese país. Ellos me pusieron en contacto con el responsable del proyecto de la ONG Aldeas Infantiles, el Sr. Julián Cabezas, quien al principio no consideró nuestra actuación prioritaria, pero una vez explicada claramente nuestra cartera de servicios: quemaduras, malformaciones congénitas de la mano y del pie, fisuras de labio y paladar, tumores cutáneos, etc., se interesó mucho por lo que nuestra especialidad podía aportar. Tras presentar una detallada memoria que incluía fotos ilustrativas de los casos que podríamos tratar, las necesidades materiales y el equipo de profesionales necesario, se aprobó finalmente la puesta en marcha de la primera campaña.



Fig. 1. Mapa de localización de Guinea Ecuatorial.

## Equipo

El equipo quirúrgico estuvo compuesto en esa ocasión por: mi misma, que en aquel entonces ejercía como cirujano plástico del Hospital “Niño Jesús” en Madrid; la Dra. María del Mar Vaquero, cirujano plástico con práctica privada en Madrid, el Dr. Javier Palencia, anestesista del Hospital “Niño Jesús”; y Diego Cubillana, enfermero del mismo hospital. Contamos con el apoyo desinteresado y autofinanciado del Sr. José Luis Echavarría, esposo de la Dra. Vaquero, abogado y en aquel momento Director General de Mentor Medical Systems España (Fig. 2).

Antes del viaje, todos los miembros del equipo tuvimos que actualizar nuestro estado inmunológico con las vacunas reglamentarias así como realizar profilaxis antiplásmodica, ya que la malaria es enfermedad endémica en Guinea Ecuatorial y afecta al 68% de la población.

El grupo partió de Madrid en la madrugada del día 29 de Agosto del 2003. Aterrizamos en Malabo (Guinea Ecuatorial) a las 7 de la mañana hora local, donde nos recibieron el Padre Carlos y D. Juan Lugo, Secretario de la Embajada Española en Guinea Ecuatorial, quienes nos ayudaron a tramitar la entrada al país y a conectar con el vuelo interior. Los pilotos nos esperaban jugando a las cartas y tomando unos tragos en sillas plegables a la sombra del ala de la avioneta. Ana María Ballesteros, cooperante y coordinadora local del proyecto por parte de Aldeas Infantiles SOS nos recogió en el aeropuerto de Bata y finalmente llegamos a la Aldea Infantil SOS a las 12 hora local.

## La aldea y el centro médico

Aldeas Infantiles construye centros de acogida adaptados al estilo autóctono en cada país donde actúa. En Bata, la aldea se asemeja a un poblado local. Un total de 10 casas están distribuidas alrededor de una zona verde central con una pagoda, “la casa de la palabra”, donde tra-



Fig. 2. El equipo de la primera campaña, año 2003. De izquierda a derecha: Dr. Javier Palencia (anestesista), Dra. María del Mar Vaquero (cirujano plástico), D. José Luis Echavarría (colaborador voluntario), Dra. Beatriz Berenguer (cirujano plástico), D. Diego Cubillana (enfermero).

adicionalmente, en las aldeas originales, los jefes de las tribus se reúnen para resolver los problemas cotidianos; en el caso de nuestra aldea SOS sirve de refugio sombreado para los niños. En cada casa viven 10 niños huérfanos que se llaman entre sí “hermanos” (Fig. 3), de diferentes edades para parecerse lo más posible a una familia “normal”, y que son cuidados por una “madre”, mujer comprometida a largo plazo con el proyecto que vive en la casa y se encarga de los cuidados esenciales de los niños, y una “tía”, otra mujer que como figura externa cumple un horario para ayudar en las tareas más exigentes.

Las casas son muy básicas pero sumamente funcionales. Se componen de un comedor central con zona de estar y cocina integrada, 4 dormitorios circundantes con mosquiteras en cada cama y 2 cuartos de baño completos, todo construido en una sola planta. Disponen de aire acondicionado y wifi, todo un lujo en la zona. Están conectadas a la red eléctrica local, pero la aldea además dispone de un grupo electrógeno autónomo porque el suministro es muy poco fiable.

El equipo médico se alojó en la casa en la que residía Ana María Ballesteros. Una vez instalados, nos enseñaron el colegio y el centro médico de la aldea. Se trata de centros abiertos a la población local que ayudan a la financiación del proyecto. El centro médico se compone de varias consultas que son atendidas por una comadrona y un enfermero encargado de vacunaciones y curas. También dispone de su propio laboratorio en el que se pueden realizar estudios hematológicos básicos. En uno de los edificios el equipo de Cirugía Pediátrica del Hospital “Niño Jesús” se había encargado al inicio de las misiones humanitarias del diseño y habilitación de un quirófano con todas las necesidades estructurales y 2 habitaciones con varias camas que servían de sala de despertar, así como de zona de ingreso hospitalario.

La misma tarde de nuestra llegada iniciamos un reconocimiento del estado de las instalaciones y del almacén de material que había dejado el equipo de cirujanos pe-



Fig. 3. “Hermanos” huérfanos de una casa de la aldea que Aldeas Infantiles tiene en Bata, asomados a la ventana.



**Tabla I. Registro de pacientes operados durante la primera campaña de Cirugía Plástica Infantil Humanitaria en Guinea Ecuatorial.**

Pacientes	Edad (años)	Peso (kg)	Diagnóstico y Procedimiento
JJ NM	12	48	Cicatriz retráctil postquemadura 5º dedo: liberación, z-plastias
C NM	8	25	Polidactilia compleja pies: amputación
H EM	11	30	Secuelas graves quemadura facial: reconstrucción
R OM	8	27,5	Quiste conducto tirogloso: extirpación-biopsia
R MM	3m	3,5	Fisura labiopalatina completa izquierda: queilorrinoplastia
T AI	11	44	Cuerpo extraño talón derecho: exploración, extracción
D PA	1	10	Hernia umbilical, fimosis: herniorrafia-circuncisión
M JM	14	46	Nódulo labio inferior: extirpación-biopsia
S PM	7	22	Hernia umbilical+ nevus melanocítico congénito: herniorrafia+extirpación
R IN	6	19,5	Fimosis: prepucioplastia
E IE	7	22	Sindactilia compleja 3-4 mano izquierda: separación, colgajos triangulares
E EM	6 meses	7	Hernia umbilical: herniorrafia
J CN	6 meses	7	Hipospadias distal: uretroplastia Mathiew
J AI	2	14	Cicatriz retráctil postquemadura en axila: liberación y z-plastias
J J MI	6	25	Quiste dermoide cola de ceja: extirpación-biopsia
D MN	2	13	Fisura labiopalatina completa izquierda: queilorrinoplastia
R NO	1	9	Fisura labiopalatina bilateral incompleta: queilorrinoplastia
B OO	7	25	Quiste branquial: extirpación-biopsia
T MO	52	71	Lipomas antebrazos: extirpación-biopsia

diátricos que había estado trabajando en el mes de junio, constatando el perfecto mantenimiento del área de quirófano, incluida la distribución del almacén. Asimismo revisamos la disposición y el funcionamiento del nuevo material que llevábamos en mano desde Madrid: medicación, monitor cardio-respiratorio, instrumental quirúrgico específico de Cirugía Plástica que incluía una caja general y un dermatomo, piezas de repuesto para el esterilizador Matachana® y un medidor de presión intraocular Tonopen®, donado por la empresa Mentor®. José Luis Echavarría y Diego Cubillana realizaron un meticuloso trabajo de revisión y recambio de piezas del esterilizador, adquirido por Aldeas SOS el año anterior y que había quedado inoperante, lograron hacerlo funcionar de nuevo.

### Anuncio de la campaña

La campaña de Cirugía Plástica Pediátrica había sido anunciada en los periódicos locales y en la radio, y Ana María Ballesteros se había desplazado personalmente por las zonas rurales con un megáfono para informar de nuestra llegada. Ella misma se encargó también de la selección de los pacientes utilizando diagnósticos descriptivos muy simples, pero que resultaron muy eficaces. Como ejemplo de las fichas que había realizado, presentamos las siguientes: *“niña de 6 años sana con los dedos 3º y 4º de la mano derecha pegados; niño de 2 años con mala-*

*ria con el labio y el paladar partidos; niño de 4 años lleno de cicatrices gordas, con un cordón que le dobla el dedo meñique derecho tras una quemadura...”*

### Consulta

Al día siguiente de nuestra llegada teníamos programada la consulta de posibles pacientes quirúrgicos. Debemos destacar aquí la excelente labor realizada previamente por el enfermero encargado del consultorio, Conrado Nguema, y sobre todo de localización y preparación de los posibles pacientes a intervenir efectuada por Ana María Ballesteros. Acudieron a consulta 32 pacientes, la mayoría previamente seleccionados; 4 de ellos presentaban patologías pertenecientes a otras especialidades; 3 presentaban patología grave que no podía resolverse allí por falta de medios; 2 tenían problemas que valoramos como no quirúrgicos; y 1 acudió a revisión tras intervención por neurofibroma facial que había sido realizada el año anterior en el Hospital “Niño Jesús” de Madrid. La selección de pacientes susceptibles de tratamiento quirúrgico incluyó finalmente a 22 niños.

### Laboratorio y consulta de anestesia

A los pacientes seleccionados para cirugía se les realizó un análisis preoperatorio que incluyó determinación de nivel de hemoglobina y estudio de gota gruesa para



Fig. 4. Paciente de 2 años de edad nacida con fisura labiopalatina izquierda completa. Aspecto pre y post queilorrinoplastia con técnica de Millard modificada.



Fig. 6. Paciente de 8 años nacida con polidactilia postaxial compleja que le impedía usar calzado normal. Aspecto pre y postamputación del dedo duplicado.



Fig. 7. Las Dras. Berenguer y Vaquero operando una sindactilia compleja durante la campaña del 2003.

establecer estado con respecto al paludismo, como ya hemos dicho, endémico en esta región. Todos los pacientes pasaron también una revisión preanestésica general según protocolo habitual vigente entonces en el Hospital “Niño Jesús”. Del total preseleccionado, 2 pacientes fueron rechazados por niveles elevados de plasmodios de paludismo en sangre. En 1 además se determinaron altos niveles de microfilarias. Llevamos a cabo un registro riguroso de las historias clínicas y de los exámenes preoperatorios practicados.

Una vez vistos todos los pacientes, establecimos una lista quirúrgica ordenada según prioridad y complejidad.



Fig. 5. Paciente de 11 años con graves secuelas de quemadura facial: ectropión cicatricial superior izquierdo, ausencia de ceja izquierda, brida retráctil nasogeniana izquierda. Aspecto pre y postreconstrucción mediante injerto de piel total retroauricular en 2 subunidades: párpado preseptal y párpado móvil pretarsal, con tarsorrafia temporal; reconstrucción ciliar mediante colgajo temporal tunelizado; y escisión y cierre mediante z-plastias de brida nasogeniana.

Empezaríamos operando los casos más difíciles, para tener así más tiempo de seguimiento antes de regresar a España, dejando para el final las intervenciones menores.

Durante nuestra estancia de 6 días operamos a 19 pacientes con muy diversa patología que se resume en la Tabla I (Fig. 4-6).

### Quirófano

La instalación del nuevo monitor cardio-respiratorio, de reciente adquisición por Aldeas SOS, nos permitió un mejor control de las constantes vitales de los pacientes durante las cirugías, pero desafortunadamente el funcionamiento del pulsioxímetro al inicio de la sesión quirúrgica no fue adecuado, lo que obligó a la suspensión de la intervención del primer paciente para poder proceder a la revisión del aparato. Posteriormente la captación fue más regular, con sólo fallos ocasionales, pudiendo desarrollar el programa quirúrgico en los días sucesivos según lo programado.

Realizamos el trabajo de forma coordinada y en un ambiente agradable en todo momento. Todos los miembros del equipo cubrimos tanto las tareas profesionales propias como el transporte de los pacientes, y nos ocupamos también de la limpieza del quirófano y del instrumental quirúrgico.

También cumplimentamos debidamente todos los documentos de descripción de las operaciones practicadas (Fig. 7).

### Postoperatorio

Todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente se recuperaron sin incidencias y fueron dados de alta en el día de la cirugía o a la mañana siguiente. Los enfermeros locales se encargaron de los cuidados de los niños durante su ingreso y de la administración de la medicación.

El día previo a nuestro regreso a España, revisamos nuevamente a todos los pacientes intervenidos. El resultado de los tratamientos quirúrgicos y la evolución de los

pacientes fueron satisfactorios. Solo 1 paciente desarrolló una dehiscencia leve de las heridas quirúrgicas (Fig. 8).

Programa social

Al finalizar cada jornada, por la noche, salíamos a cenar a los restaurantes locales y nos sentíamos muy aventureros probando platos de cocodrilo, avestruz o gacela. Bata tiene un paseo marítimo que es muy agradable, en el que se encuentran restaurantes de estructura rudimentaria pero con buena comida. Debido a la falta de buenos congeladores, invernaderos, conservantes y demás facilidades disponibles en los países desarrollados, los productos son generalmente fresquísimos y muy sabrosos.

Los últimos 2 días de campaña no llevamos a cabo operaciones para no dejar nada sin revisar. Aprovechamos esos momentos para visitar el hospital de Bata y una misión religiosa al norte de la ciudad. El hospital, en su día, debió ser un edificio bonito dividido en pabellones, pero en la

actualidad está muy abandonado y las instalaciones son muy deficientes. En claro contraste, la misión religiosa es un remanso de paz situado en un enclave precioso.

Continuidad del proyecto

Tras nuestro regreso mantuvimos contacto por correo electrónico con Ana María Ballesteros, quien nos fue informando de la buena evolución de todos los pacientes operados. Con todo el trabajo realizado preparamos una detallada memoria de actividades para los responsables de Aldeas Infantiles, y los resultados justificaron la continuación del proyecto de Cirugía Plástica Infantil Humanitaria en Guinea Ecuatorial.

Desde esta primera campaña de 2003 se han llevado a cabo hasta 2015 otras 6 campañas más, con un total de aproximadamente 150 niños operados (Tabla II). Cuatro de los niños, con patologías graves, fueron trasladados a Madrid y operados en el Hospital “Niño Jesús”. En las sucesivas campañas nos hemos asegurado de que parte del equipo ya hubiera participado en campañas anteriores para que así hubiera un conocimiento de las instalaciones y agilizar el comienzo del programa, con la idea de rentabilizarlo al máximo; a estos veteranos se fueron incorporando en cada campaña sucesiva otros voluntarios nuevos. Como cirujanos plásticos se han involucrado en las campañas posteriores: la Dra. Beatriz González Meli, del Hospital “Niño Jesús” de Madrid, que ha participado en 3 campañas; y la Dra. Teresa Bernabéu, con práctica privada en Alicante, que ha participado también en 3 campañas. Como curiosidad, el padre de la Dra. Bernabéu estuvo muchos años trabajando de médico en Guinea Ecuatorial (Fig. 9 y 10).

Por su parte, también los equipos de Cirugía Pediátrica del Hospital “Niño Jesús” y del Hospital Gregorio Marañón de Madrid continúan con sus campañas humanitarias anuales ayudando a centenares de niños, y en los últimos



Fig. 8. Las Dras.Vaquero y Berenguer durante la revisión final de los pacientes operados en la primera campaña, año 2003.

Tabla II. Resumen de las campañas de Cirugía Plástica Infantil humanitaria en Guinea Ecuatorial

Año	Responsable	Niños operados (n)	Patologías + frecuentes	Valoración global
2003	Dra. Berenguer	19	Secuelas quemaduras, malformaciones manos y pies, tumores cutáneos, fisuras labiopalatinas	Muy buena
2004	Dra. Berenguer	21	Secuelas quemaduras, malformaciones manos y pies, tumores cutáneos, fisuras labiopalatinas	Muy buena
2005	Dra. González Meli	20	Secuelas quemaduras, malformaciones manos y pies, tumores cutáneos, fisuras labiopalatinas	Muy buena
2006	Dra. González Meli	22	Secuelas quemaduras, malformaciones manos y pies, tumores cutáneos, fisuras labiopalatinas	Muy buena
2007	Dra. Bernabéu	20	Secuelas quemaduras, malformaciones manos y pies, tumores cutáneos, fisuras labiopalatinas	Muy buena
2009	Dra. González Meli	23	Secuelas quemaduras, malformaciones manos y pies, tumores cutáneos, fisuras labiopalatinas	Muy buena
2012	Dra. Berenguer	21	Secuelas quemaduras, malformaciones manos y pies, tumores cutáneos, fisuras labiopalatinas	Muy buena





Fig. 9. Las Dras. Teresa Bernabéu y Beatriz González Meli con algunos niños de la aldea durante la campaña del año 2009. Al fondo "la casa de la palabra".

años se han ido añadiendo otros equipos, como los de Otorrinolaringología, Oftalmología y Odontología Pediátrica, que enriquecen de esta forma el proyecto general y rentabilizan las instalaciones médico-quirúrgicas.

La próxima campaña de Cirugía Humanitaria en Guinea Ecuatorial tendrá lugar del 2 al 11 de octubre de 2015. En el equipo participarán 3 cirujanas del Hospital Infantil del Hospital General Universitario "Gregorio Marañón" de Madrid: las Dras. Esther Molina y María Fanjul de la Sección de Cirugía General Pediátrica, y la Dra. Elena de Tomás de la Sección de Cirugía Plástica Infantil.

## Discusión

El Humanitarismo se define como un comportamiento solidario y sensible hacia las personas (4). Se refiere al conjunto de acciones dirigidas a promover el bienestar humano de forma imparcial y desinteresada. Es la antítesis del clásico "nosotros contra ellos", que caracteriza al tribalismo, al nacionalismo étnico y al fundamentalismo religioso. Aunque la solidaridad y la generosidad son tan antiguas como la propia humanidad, históricamente el Humanitarismo como ideología comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX con la crisis económica tras la revolución industrial en Inglaterra. Junto con el desarrollo, creció la conciencia de diferencia social y la del deber de ayuda, y como respuesta se fundaron las principales organizaciones humanitarias actuales tales como la Cruz Roja, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), y se crearon numerosas organizaciones humanitarias sin ánimo de lucro para promover la ayuda social, educativa y médica.

La Medicina Humanitaria fue definida por Gunn en 2000 (5) de la siguiente forma: "aunque toda intervención médica para curar la enfermedad y reducir el sufrimiento de las personas es en esencia humanitaria, la



Fig. 10. El quirófano de la aldea. De izquierda a derecha: Dra. Teresa Bernabéu (cirujano plástico), Dr. Javier Redondo (anestesista), Dr. Saturnino Santos (ORL), Dr. Antonio Pérez (anestesista), Diego Cubillana (enfermero), durante la campaña del 2004.

Medicina Humanitaria va más allá del mero acto terapéutico y promueve, enseña, apoya y proporciona salud como un derecho humano, y asegura la atención más humana y del más alto nivel indiscriminadamente y sin ninguna consideración de ganancia material". La Medicina Humanitaria se basa en los principios de salud para todos y salud como derecho humano. Pero no debe ser interpretada como una medicina de segundo orden, sino que a cada paciente se le deben procurar los mejores cuidados posibles teniendo en cuenta las condiciones locales.

La Cirugía Plástica es percibida por mucha gente como una cirugía de lujo o de capricho en su faceta limitada a la Cirugía Estética, y por ello muchos se asombran cuando se habla de Cirugía Plástica Humanitaria. Hay muchos cirujanos plásticos dedicados a parcelas reconstructivas, como la cirugía del quemado, la cirugía craneofacial infantil o la microcirugía reconstructiva, que desean mejorar la calidad de la vida humana y comprometerse en labores humanitarias; pero incluso se podría hablar de Cirugía Estética Humanitaria, porque una estética aceptable para la sociedad es hoy en día considerada como parte del concepto global de SALUD, definido por la OMS como: un estado de bienestar físico, psicológico y social. Por ejemplo, cuando operamos a un niño con una fisura labio-palatina no sólo buscamos restablecer la función, que hable y trague mejor, sino que el objetivo principal en estos casos probablemente sea el estético, buscando proporcionarle unas facciones labiales y nasales que le liberen de los estigmas de malformado y le permitan integrarse plena y felizmente en la sociedad y en todas las etapas de su vida. Por eso, al igual que otros colegas (6), creemos que podemos defender justificadamente las campañas humanitarias de nuestra especialidad, Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, como la que presentamos en este artículo.

La experiencia de las campañas que hemos realizado en Guinea Ecuatorial, junto con las experiencias publicadas por otros cirujanos plásticos mucho más expertos



que nosotros en labores humanitarias (6-10), nos permite hacer una serie de recomendaciones a los cirujanos plásticos que deseen implicarse en este tipo de misiones. Actualmente numerosos programas humanitarios, tanto nacionales como internacionales, organizan viajes a países en desarrollo basados en el altruismo de los equipos de voluntarios. Una meticulosa preparación, planificación y organización ayudan a mejorar la seguridad y el bienestar tanto de los integrantes del equipo como de los pacientes.

Conviene informarse antes sobre la ONG, fundación u orden religiosa que patrocina la misión. Es bueno que existan archivos de todas las campañas para averiguar cuáles son las patologías más frecuentes, las necesidades instrumentales, los resultados, etc. Hablar con los miembros del equipo con experiencia ayuda a anticipar problemas concretos y a evitar luego sorpresas en la infraestructura, tanto profesional como personal. La mayoría de los equipos tienen un responsable de campaña que desempeña sin duda un papel fundamental en el éxito o en el fracaso de la misma. Preferiblemente debe ser un experto en la patología más habitual y debe haber participado en campañas previas con buenos resultados. Pueden también participar otros cirujanos no expertos, o residentes en formación, o incluso personal no médico, pero su responsabilidad nunca debe sobrepasar la que tendrían en su propio hospital enfrentados a esa patología, o en el desempeño de sus actividades habituales. Obviamente, en ningún caso debe aprovecharse una campaña para “hacer manos”.

Es deseable planificar las campañas con tiempo. Ocurre lo mismo que con nuestros congresos, desde la lejanía estamos muy animados y cuando llega el momento siempre nos viene mal marchar. Muchas campañas repiten fechas para que sus integrantes las recuerden fácilmente y puedan organizar sus permisos de trabajo, pasajes aéreos, visados, vacunas, instrumental, etc.; de esta forma, la preparación final no se convertirá en un estrés de última hora.

El cirujano plástico que desea participar en campañas humanitarias debe prepararse para ser un voluntario eficiente, y eso implica no solo conocer el proyecto y su responsabilidad concreta, sino también estar informado sobre el país de acogida, sus costumbres y su cultura. Una parte del éxito también depende de la flexibilidad y tolerancia con los locales y con el resto del equipo. Muchas campañas organizan reuniones de preparación previas a la partida para revisar todos los detalles tanto de la patología, del material, de las instalaciones quirúrgicas, como del lugar de alojamiento y de la manutención. Por supuesto, en esa preparación es también clave la actuación de los coordinadores locales en el lugar donde se va a desarrollar la campaña; de nada sirve una campaña si no hay pacientes, o si no están bien informados y bien seleccionados. Idealmente, se debería conocer de antemano la lista de pacientes potenciales para poder preparar las técnicas y el instrumental adecuado.

En base a nuestra experiencia, creemos que es conveniente llegar al destino por la tarde. Esto permite una breve familiarización con el medio, tiempo para deshacer maletas, distribución de camas etc., es decir, para una primera toma de contacto tranquila, y así poder retirarse pronto a descansar para aprovechar los días siguientes. En el segundo día, el equipo se repartirá las tareas de preparación del quirófano, de la medicación, del instrumental, etc., así como pasar consulta quirúrgica y anestésica. La exploración de los pacientes, las pruebas, la información y todos los documentos deben cumplir los criterios y requisitos básicos universales. Es bueno llevar formularios impresos preparados para ganar tiempo.

Una vez revisados todos los candidatos, aquellos que sean considerados como aptos para cirugía y anestesia se programarán en función de los días de actividad disponibles; habitualmente los más complejos se deberán operar durante los primeros días para tener más tiempo de seguimiento, y los menos complejos se pueden dejar para el final. Cada día la programación debe tener en cuenta la edad o las comorbilidades de cada paciente. Una buena programación asegura una utilización eficaz del tiempo y de los recursos.

A la hora de llevar a cabo las cirugías deben utilizarse técnicas habituales y seguras, aunque hay que ser flexibles en cuanto al instrumental disponible y prever posibles carencias. Para rentabilizar el quirófano, es imprescindible que también las tareas de desplazamiento de los pacientes, de limpieza, de reposición y de esterilización del instrumental, estén repartidas de antemano entre los miembros del equipo. Es increíble lo bien que pueden funcionar los cambios cuando todos están motivados.

Al final de cada cirugía hay que informar a los familiares y asegurarse de que haya vigilancia continua en la sala de despertar y durante el ingreso hospitalario; lo que nosotros damos por hecho en nuestra práctica habitual, en algunas culturas es algo excepcional. Al final del día habrá que pasar la visita correspondiente, dejar números de contacto y dar instrucciones claras de cómo actuar en caso de emergencia.

Al final de la campaña se debe volver a revisar a todos los pacientes y dejar registro escrito en la historia clínica de su evolución así como de los tratamientos o cuidados requeridos, que serán supervisados por el personal local. Hoy en día, Internet permite un fácil seguimiento a distancia de los pacientes hasta completar los plazos habituales como en cualquier otro paciente que operásemos en casa.

Una actitud positiva y flexible del voluntario y la habilidad para aceptar incomodidades o pequeñas frustraciones momentáneas operando y conviviendo en un entorno diferente al habitual, son clave para lograr éxito en la campaña.

A pesar de que las misiones humanitarias dejan un sabor muy dulce, la vuelta a casa puede ser un momento de estrés. El choque cultural al regreso a veces puede exceder al de la llegada al país en desarrollo. De pronto nos

puede molestar más el exceso, la banalidad, el victimismo.... Muchos voluntarios, impactados por su experiencia vital desean hablar de ello, pero a menudo la familia o los colegas no están interesados o no tienen tiempo para detalles. Lo mejor para aliviar estos posibles momentos de frustración es hablar con los demás voluntarios y empezar a programar la siguiente campaña.

Es cierto lo que se dice de las campañas humanitarias: uno siempre recibe más de lo que da. A pesar de ser conscientes de lo limitada de nuestra actuación frente a la magnitud de los problemas locales, la alegría de esos pacientes concretos a los que con nuestras cirugías creemos que hemos cambiado la vida, produce una sensación de satisfacción comparable a pocas otras. Y eso teniendo en cuenta que en nuestro caso, los guineanos no son un pueblo muy expresivo. Los niños no parecen asustados, ni los padres agradecidos, pero se aprecia su gratitud en el trato, en su confianza. Resulta muy curioso que en un país tan lejano y diferente la gente hable español, y a la vez es estupendo, pues eso nos ha permitido establecer una comunicación más cercana con ellos.

Durante las campañas que hemos llevado a cabo ha habido también momentos duros, sustos durante las anestésias o cirugías con pocos recursos; hemos sufrido infecciones alimentarias o sensación de inseguridad. En varias ocasiones sufrimos extorsiones de pequeñas sumas por ciudadanos que se hacían pasar por militares y nos exigían peaje en las carreteras o nos imponían multas por caza de monos que ellos fingían sacar de nuestro maletero. Estas experiencias nos han hecho replantear ocasionalmente el beneficio/riesgo de las campañas, y en algún año de mayor agitación social, nos hemos visto obligados a considerar que no era oportuno ir, porque en ningún caso estas misiones deben ser heroicas sino de ayuda en situaciones de riesgo asumible.

Por último, en mi experiencia personal y como reflexión final, la vida junto a los integrantes del equipo y el personal local ha sido siempre uno de los aspectos más atractivos de las campañas en las que he participado. Con ellos me he reído mucho, hemos comido estupendamente, hemos resuelto problemas, hemos compartido sustos y mosquiteras... y así, cuando llegaba el día de nuestra partida nos habíamos convertido en íntimos. Nunca había estado previamente en África, y descubrirla así fue para mí una experiencia maravillosa.

## Conclusiones

Las misiones de Cirugía Plástica Humanitaria se van convirtiendo en una necesidad que se impone a nuestra conciencia especialista, humana. Afortunadamente, en

todo el mundo, independientemente de la cultura, religión o situación política, existen los sentimientos de responsabilidad y de generosidad. Son estos sentimientos los que nos deben impulsar a embarcarnos en estas misiones. La atracción por lo exótico o la intención de mejorar nuestra imagen de cirujanos estéticos, también son sentimientos humanos pero no muy humanitarios. El beneficio moral de las campañas es enorme y también lo es el profesional, porque obliga a estructurar, planificar, priorizar y crear nuevas soluciones adaptadas a los recursos disponibles. Pero nuestra responsabilidad debe ir más allá de la campaña específica; debemos procurar la continuidad como proyecto global de ayuda y formación, y lograr que finalmente sean los locales los que puedan ofrecer esa ayuda especializada al prójimo.

## Dirección del autor

Dra. Beatriz Berenguer  
Servicio de Cirugía Plástica Infantil  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón  
C/ Dr. Esquerdo 46  
28009 Madrid, España  
Correo electrónico: beaberenguer@gmail.com

## Bibliografía

1. <http://www.infoplease.com/country/equatorial-guinea.html>.
2. **Seco M, Salvador G.:** La lengua española en Filipinas y en Guinea Ecuatorial. La lengua española hoy. Fundación Juan March, Madrid. 1995, Pp: 105-116.
3. <http://www.aldeasinfantiles.es>
4. <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>
5. **Gunn SWA:** The right to health. Concepts and Practice of Humanitarian Medicine. Springer New York. 2008, Pp: 3-7.
6. **Vaquero Pérez MM.:** Labor Social de la Cirugía Plástica. *Cir plást iberolatinoam*, 2015;41(1):105-106.
7. **Hollier LH, Sharabi SE, Koshy JC y cols.:** Surgical Mission (not) Impossible-Now what? *J Craniofac Surg*, 2010;21: 1488-1492.
8. **Micheau P, Lauwers F.:** Quels objectifs pour une mission humanitaire de chirurgie plastique réparatrice? *Ann Cir Plast Esthét*, 1999;44(1):19-26.
9. **Baudet J, Martin D, Genin Etcheberry T, Casoli V.:** Les missions humanitaires en chirurgie plastique. Actions et réflexions. *Ann Cir Plast Esthét*, 1999;44(1):72-76.
10. **Aziz SR, Ziccardi VB y Chuang SK.:** Humanitarian Missions. *J Oral Maxillofac Surg*, 2012;70:e147-157.