

Cirugía plástica humanitaria

Gizaldeko kirurgia plastikoa

F.J. Gabilondo Zubizarreta

Hospital de Cruces, Baracaldo (Vizcaya)

Correspondencia: F.J. Gabilondo Zubizarreta, Servicio de Cirugía Plástica y Quemados, Hospital de Cruces, Plaza de Cruces s/n, 48903 Baracaldo

RESUMEN

Con motivo de la colaboración con la organización no gubernamental (O.N.G.) «Tierra de hombres» en el tratamiento de varios niños trasladados desde países africanos a nuestro hospital, comentamos las dificultades y errores cometidos que en el futuro pueden subsanarse al haber trascendido por su labor en el campo de manejar estos pacientes, selección de patología, preparación, a fin de mejorar la eficiencia y conseguir la finalidad del proceso y compromiso y al dinero e incapaz de dar o darse, más so del tratamiento: cumplir las fechas previstas de un calendario de colaboración, acortar lo posible la estancia, tratar, tanto el motivo de consulta, como otros procesos de los pacientes y evitar su DESARRAIGO al proceder de un entorno cultural y antropológicamente diferente al nuestro.

PALABRAS CLAVE

Cirugía plástica; Labor humanitaria; Acogida; Desarraigo.

LABURPENA

“Tierra de hombres” gobernuz kanpoko elkatearekin egindako elkarlanaren barnean, afrikaar jaur batzuk gure ospitalera etorri ziren tratamendu bereziak jasotzera. Sortu ziden zailtasun eta akatsak aurkezten ditugu, geroan honelako pazienteak zaintzerakoan berriro gerta ez daitezen.

Besteak beste arazo hauek ikusi ditugu: alde batetik, patologien aukera eta ahurren prestakuntza egokitu behar direla eraginkortasuna hobetzeko lortzeko prozesuaren helburua bete dadin; bestalde, elkarlanaren egutegia bete eta gaixoen egonaldia murriztu egin behar direla; eta azkenik, gure lanak haurren erauzketa saihesteko zuztatzeko behar ditugula, kontuan harturik beste kulturetatik etorriak direla.

FUNTSEZKO HITZAK

Kirurgia plastikoa; Gizaldeko lana; Jarrera; Erauzketa

INTRODUCCIÓN

Puede resultar llamativo hablar de acción humanitaria en relación con cirugía plástica-estética, por la imagen y prejuicios que sobre la actividad de esta especialidad se han trascendido por su labor en el campo de cirugía estética, haciendo del cirujano plástico un personaje frívolo, apegado al lucro y al dinero e incapaz de dar o darse, más difícil todavía, a los más desfavorecidos que constituyen su «clientela».

Sin embargo, hay suficiente actividad y literatura médica, incluso especializada, que desmiente este prejuicio, como así se refleja en el reciente número de la revista oficial de la Sociedad Francesa de Cirugía Plástica Reparadora y Estética, dirigido por el Dr. Christian Echinard y otros, en el que se remonta al impulso dado por Bernard Kouchner a la labor de las ONG ya reconocida incluso con la concesión del Premio Nobel en el caso de Médicos sin fronteras, Médicos del mundo, Interplast, etc.^(1, 2)

Esta labor asistencial y humanitaria puede ser «in situ», con una estrategia y fines concretos que tienen en cuenta los escasos medios y las condiciones del entorno, o también en nuestro medio, es decir, «en acogida», seleccionando pacientes que por su especial dificultad ante la carencia de recursos adecuados en su lugar de origen, son trasladados a nuestros hospitales de países más desarrollados. Ambas actividades son complementarias, pero requieren planteamientos distintos y una entrega diferente (más cómoda siempre en acogida), pero sumadas como estrategias distintas tienden a evitar los errores de los «safaris quirúrgicos», las vacaciones humanitarias sin control de resultados, o los tratamientos interminables que provocan el desarraigo sobre todo de pacientes pediátricos que proceden de otras sociedades muy diferentes económica, cultural y lingüísticamente^(3, 4).

Nuestra experiencia ha sido acogiendo pacientes que nos han confiado en nuestro hospital ONGs con labor humanitaria sobre todo en el área de países africanos, enviándonos pacientes adultos y niños cuya dificultad del proceso y escasez de medios aconsejaba su traslado, o bien cuando tras haberse realizado previamente intentos terapéuticos-quirúrgicos el resultado no fue el deseado. Esta labor, aun siendo más cómoda para nosotros al no cambiar de medios e instrumentos de trabajo, plantea también ciertas dificultades y características que a continuación exponemos para corregir los errores cometidos y así mejorar el manejo de estos pacientes. En primer lugar, es muy importante la información previa, pues como veremos con frecuencia identificamos el motivo de consulta o caso clínico a tratar, con el trabajo requerido en un paciente, que además de dicho motivo de consulta presenta otros problemas asociados no identificados, que frecuentemente no constan en la información enviada, con lo cual se complica o se retrasa toda la cadena de diagnósticos y tratamiento, lo que sería subsanable con una buena información previa que ya en la actualidad podemos conseguir con sencillos programas informáticos ya aplicados a esta labor, que incluyen incluso iconografía adecuada, etc.⁽⁵⁾.

MATERIAL Y MÉTODOS

Por distintas ONG y en distintos períodos de tiempo, se nos han enviado pacientes adultos y pediátricos, con diferentes patologías, siendo las más frecuentes: secuelas estéticas y funcionales de quemaduras, secuelas de traumatismos, malformaciones congénitas (fisurados, polidactilias, sindactilias, etc.) o secuelas de NOMA. Todas estas patologías suelen requerir una cirugía especializada imposible en su medio, como ya han observado otros autores.



Figura 1. Aspectos pre y post-operatorios de resultados de una paciente afectada de secuelas de quemaduras con graves retracciones que impiden su correcta movilidad y futuro crecimiento. En una de ellas se puede apreciar el correcto ángulo cérvico-mandibular conseguido.

Además, usualmente estos pacientes suelen presentar infecciones, malnutrición, etc., que requieren consultas y tratamientos previos de otros colegas no previstos en principio, como así sucedió en nuestra experiencia, requiriendo equipos multidisciplinarios para poder resolver anemias, infecciones, parasitosis, como una hidatidosis pulmonar cuya lobectomía tuvo que realizarse previamente a los tratamientos reconstructores en todos los casos⁽⁶⁻⁸⁾.

Como ejemplo, mostramos tres pacientes en las siguientes figuras. La primera de ellas con secuelas de quemaduras, que provocan una retracción en placa cérvico-torácica pero incluso afectan al aspecto de la paciente desde el párpado homolateral hasta el tórax, impidiendo una movilidad normal, afectando al crecimiento con impacto en su

columna cervical y provocando un malestar, como puede verse en las imágenes.

Para su resolución realizamos procedimientos de cirugía de expansión tisular, con diversos colgajos loco-regionales, con el fin de relajar, reconstruir el área y el ángulo cérvico-mandibular. En esta paciente, como comentábamos previamente tuvo que resolverse una anemia por su afectación y posible impacto en su tratamiento quirúrgico, siendo los resultados finales los que pueden verse en la figura 1.

Las otras dos pacientes, mostradas en las figuras 2 y 3, son dos niñas con secuelas de NOMA, una de ellas con una hidatidosis pulmonar, que como hemos comentado anteriormente, requirió una lobectomía previa al tratamiento reconstructor. El NOMA es una enfermedad muy destructiva causa-

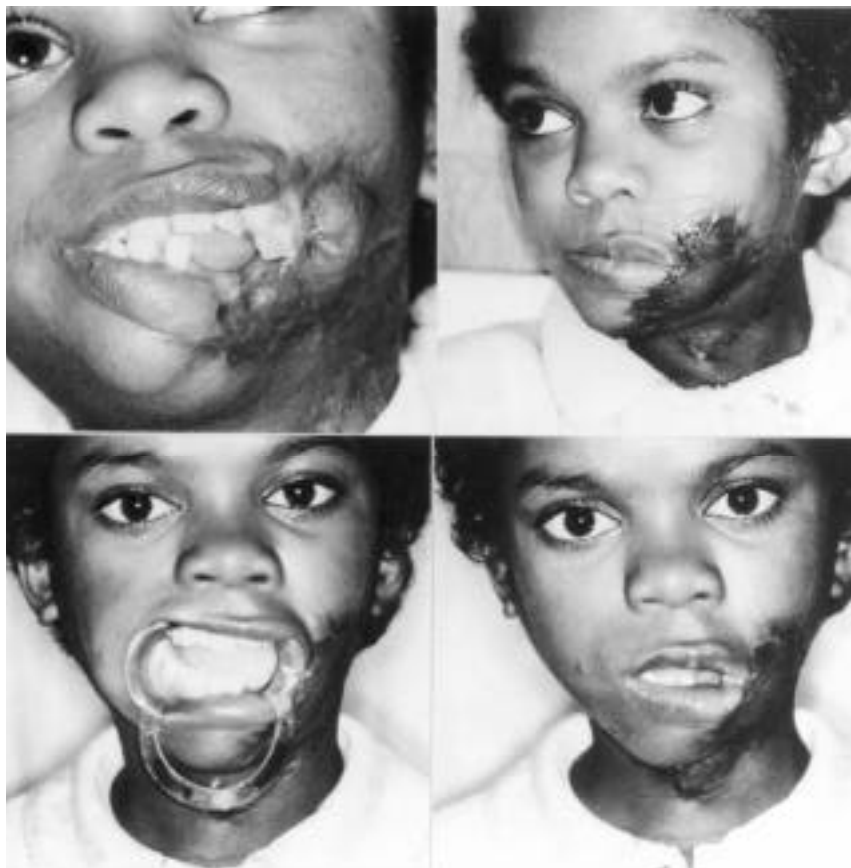


Figura 2. Aspectos pre y post-operatorios de una paciente con graves secuelas de NOMA cuya reconstrucción requirió una labor conjunta plástica y maxilo-facial para resolver los problemas faciales y bucales.

TABLA I. CIRUGÍA PLÁSTICA HUMANITARIA

- Casos problema = cirugía especializada
 - (Problema de recursos)
- Casos (selección) > número de pacientes
- Paciente + información preoperatoria incrementa el número de procesos en los mismos pacientes
- Diagnósticos no previstos, demora el tratamiento constructor

TABLA II. CIRUGÍA PLÁSTICA HUMANITARIA

- ONG colaboración con administración o dirección sanitaria Æ información previa complementaria
- Traslado de pacientes con todos los diagnósticos = equipo multidisciplinario
- Solución de los problemas imprevistos en el motivo de consulta de origen Æ diagnósticos y tratamientos Æ información de seguimiento en destino
- Cumplimiento de calendario de colaboración Æ disminución del desarraigo

da por una infección orofacial, en pacientes con mala higiene oral, inmunodeficiencia, malnutrición, es decir, pobreza. En ambas se intentaron reconstrucciones previas en su país de origen sin resultado adecuado, con regiones afectadas por cicatrices en estos intentos de resolución que nos limitaron la elección de los procedimientos quirúrgicos. Ambas presentaban un grave trismus cicatricial, con la dificultad inherente para realizar la anestesia, lo que motivó la práctica de una traqueostomía en una de ellas y osteotomías de las coronoides para resolver el trismus.

La reconstrucción se realizó en varios tiempos quirúrgicos, con distintos ingresos, mediante colgajos libres con técnicas microquirúrgicas, colgajos loco-regionales tipo ABBE y otros, para mejorar el resultado tanto funcional como estéticamente en posteriores retoques menores. El resultado funcional y estéticamente fue aceptable, como se puede apreciar en las figuras 2 y 3, pero su estancia en nuestro país por todos los motivos descritos se prolongó, alterando el sencillo calendario previsto en principio, con lo que se intensificó el desarraigo.

DISCUSIÓN Y REFLEXIONES

Por todo lo expuesto, es evidente que los casos o motivos de consulta en estos pacientes no suelen ser sino la punta del iceberg. Dado el problema de información previa, hay que prever la presencia de otros procesos asociados, porque son enfermos multipatológicos que requieren preparación previa quirúrgica y tratamientos complejos de varias intervenciones, en algunos casos con tiempos quirúrgicos separados entre sí. Por ello conviene teniendo en cuenta este hecho, informar e implicar a la Administración y Dirección hospitalaria, para remover obstáculos burocrático-administrativos, conseguir una colaboración ágil

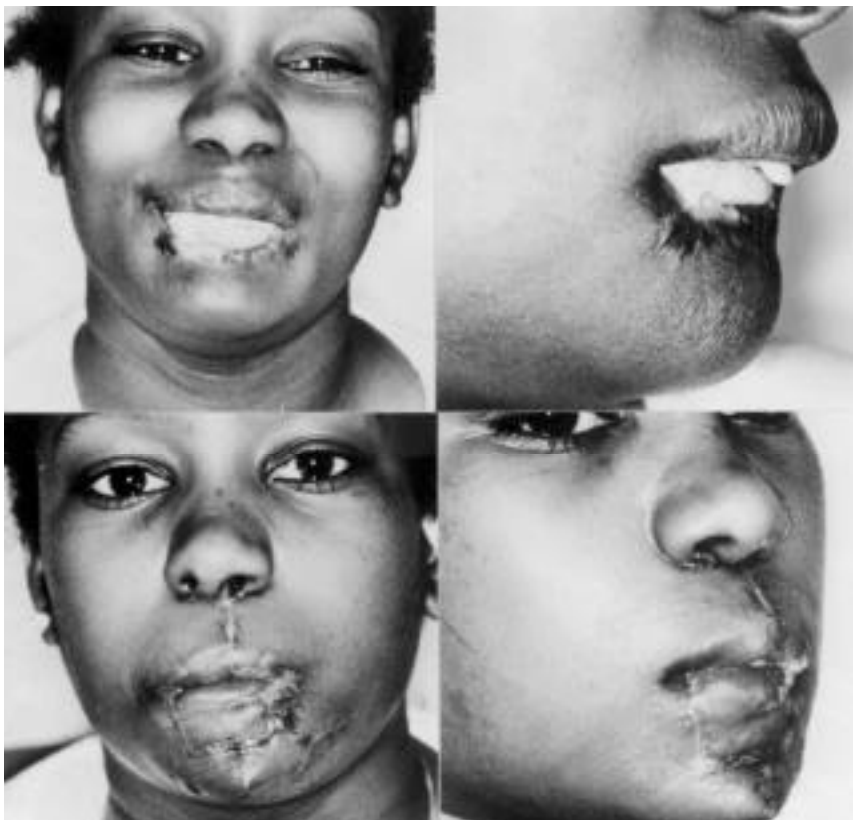


Figura 3. Aspectos pre y post-operatorios de otra paciente en cuya reconstrucción también hubo que resolverse el trismus insuficiente de su apertura bucal, además de la reconstrucción del labio inferior y región mentoniana que previamente presentaban cicatrices añadidas a las secuelas del NOMA.

de otros colegas y así lograr una eficiencia con un equipo multidisciplinario, sin prolongación de estancias que agraven el desarraigo.

A ello también contribuye, de manera importante, la labor del voluntariado y de los colaboradores de las ONG, que de forma totalmente altruista tutelan y cuidan a estos niños en sus hogares de acogida, ejerciendo una labor de una auténtica paternidad temporal responsable, lo que consigue disminuir el impacto psicológico en los pacientes y su colaboración a veces difícil. Este aspecto del cuidado domiciliario entre las intervenciones e ingresos, a veces requiere nutriciones con técnicas especiales por sonda, manejo de férulas bucales para el trismus y una higiene oral cuidadosa para no dañar los colgajos de reconstrucción, etc. entre los ingresos en fechas a veces no

previstas, lo que ha sido perfectamente asumido y realizado por la colaboración de estos padres adoptivos con plena satisfacción, y como decíamos, disminuyendo el impacto psicológico y consiguiendo la colaboración de los niños. Entre los ingresos motivados por distintas intervenciones quirúrgicas y tratamientos ortodóncicos dentales, etc, la programación quirúrgica de estos pacientes suele coincidir con la planificación y programación quirúrgica que en nuestros hospitales se complica con las listas de espera, lo que requiere una especial sensibilidad y remoción de estos obstáculos, para poder llegar a planificaciones solventando estos inconvenientes con la colaboración de las direcciones^(9, 10).

A modo de conclusiones, queremos resumir la estrategia a seguir en estas labores en las tablas I y II para ser más eficientes,

cumplir los calendarios previstos y evitar el desarraigo.

AGRADECIMIENTOS

A las ONG Tierra de hombres y Amigos del pueblo Saharaui, por su confianza en nuestra labor al encomendarnos a estos enfermos, lo que nos ha llenado de orgullo y proporcionado una gran satisfacción. Al Servicio de Pediatría del Hospital de Cruces, y en especial a la UCI de Pediátricos, por su valiosa colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Echinard Ch. Editorial: Plastic surgery also corresponds to 176 french humanitarian missions. *Ann Chir Plast Esthé*1999; **44**: 13-16.
2. Baudet J, Martin D, Pélissier Ph, Genin Etchberry Th, Casoli V. Humanitarian plastic surgery missions. Actions and considerations. *Ann Chir Plast Esthé*1999; **44**: 72-76.
3. Micheau Ph, Lauwers F. What are the objectives of a humanitarian plastic and reconstructive surgery mission? *Ann Chir Plast Esthé*1999; **44**: 19-26.
4. Marck KW, Bruijn HP, Schmid F. Noma: the Sokoto approach. *Eur J Plast Surg*1998; **21**: 277-281.
5. Foussadier F. Contribution of computers in reconstructive surgery missions in third world countries. *Ann Chir Plast Esthé*1999; **44**: 77-80.
6. Mariéthoz S, Pittet B, Loutan L, Humbert J, Montandon D. Sick bell anaemia and Plasmodium falciparum malaria: a threat to flap survival? *Ann Chir Plast Esthé*1999; **44**: 81-88.
7. Zilliox R. Introduction: Humanitarian plastic surgery. *Ann Chir Plast Esthé*1999; **44**: 17-18.
8. Zilliox R, Borsche A, Braye F. Burn sequelae in developing countries. *Ann Chir Plast Esthé* 1999; **44**: 56-63.
9. Noever F. J. The free radial forearm flap for reconstruction of facial defects in noma patients. *Plast Surg*2000; **23**: 1-6.
10. Bene M, Amadei F, Petrolati M. Radial forearm fasciocutaneous free flap as a solution in case of noma. *Microsurgery*1999; **19**: 3-6.