

PROYECTO ÁFRICA PLÁSTICA

GUINEA ECUATORIAL 18 NOVIEMBRE A 2 DICIEMBRE 2017

CRÓNICA DE UN VIAJE MARAVILLOSO

Por Javier Fernández – Palacios

Col 35/35/02349

REALIDAD SOCIAL

Guinea Ecuatorial es un país joven. Apenas tiene 49 años. Con un pasado colonial español efectivo de no más de 125 años, la influencia de lo hispano lucha en los últimos tiempos por no ceder terreno ante el empuje de lo francófono. Es el único país integrado en la comunidad económica del franco africano (franco CEFA) cuyo idioma vehicular es el español. El resto, Camerún, Chad, Congo, Gabón y República Centroafricana utilizan el francés.

Su realidad estatal es dual, con un territorio continental - Rio Muni – y otro insular, Bioko en donde se encuentra la capital estatal Malabo. En tiempos coloniales a la isla se le llamaba Fernando Poó en honor al navegante portugués que la descubriera y a la capital Santa Isabel en honor a la patrona de la isla, Santa Isabel de Hungría. Bioko se encuentra relativamente alejada de la porción continental de Guinea, unos 250 km y sin embargo está tan solo a 32 km de la costa del Camerún.

La dualidad atañe también a las etnias que lo pueblan. En el continente mayoritariamente los fang y más modestamente los kombe en la zona litoral. En la isla, los bubis. Todos ellos de origen bantú. Los dos principales grupos étnicos – fangs y bubis - hablan lenguas nigerocongolesas derivadas del proto bantú -concepto con el que Guthrie define a la lengua madre de casi toda el África negra -. Sin embargo el aislamiento prolongado de los bubis en Bioko - más de 1500 años - ha convertido a dos lenguas de origen común en inentendibles entre sí. Cuando vemos a dos ecuatoguineanos hablar español entre ellos es que son bubis y fang y están utilizando el español como lengua vehicular para entenderse.

El español es el idioma en el que se imparten las clases en las escuelas y los niños lo entienden y lo hablan muy bien. Los ancianos lo hablan con una riqueza de vocabulario que debería avergonzar al hispano- parlante de la metrópoli. El segmento intermedio, sobre todo si es de origen rural, tiene problemas para entenderlo y se requiere de traductor para hablar con ellos.

Son mayoritariamente cristianos. Algunas prácticas animistas se desarrollan y toleran a través de ritos cristianos. Existe también un porcentaje mínimo de musulmanes.

Guinea es un país joven pero además está habitado por jóvenes. Los menores de 14 años suponen el 40% de la población. La mortalidad infantil es alta: más del 20% de los niños nacidos vivos mueren antes de los cinco años. La esperanza de vida al nacer está en torno a los 42 años tanto para hombres como para mujeres. Los hijos se consideran riqueza y la

poligamia está permitida si se puede costear. La población total sobrepasa el medio millón de habitantes.

Guinea Ecuatorial ha sido, hasta hace poco el país con mayor renta per cápita de África, con unos 29.000 dólares de renta per cápita nominal. Esto se debió fundamentalmente al descubrimiento y explotación de petróleo en su territorio. Sin embargo, tiene un coeficiente de GINI mucho muy cercano al 1 lo que se traduce en inequidad con un índice de desarrollo humano no consecuente con su renta per cápita. La baja del precio del barril sitúa a la economía guineana en un fenómeno recesivo.

REALIDAD SANITARIA

El aparato del Estado cuenta con Ministerio de Sanidad y con un sistema similar a la Seguridad Social – el INSESO o Instituto de Servicios Sociales – La realidad es que acoge tan solo a una parte de la población y cuenta con escasa dotación material y personal. La proporción de médicos por habitantes es de 25 por cada 100.000 habitantes.

Hay Facultad de Medicina y Escuela de Enfermería en el país, perteneciente a la UNGE (Universidad Nacional de Guinea Ecuatorial) con sede en el campus de Bata y anexa al Hospital General. Se creó en el año 2000. Los buenos alumnos pueden cursar el último año en el extranjero (Cuba y otros países) No existe posibilidad de especializarse y los hospitales privados y alguno público recurren a personal extranjero.

Las principales enfermedades de Guinea Ecuatorial son la malaria, las fiebres tifoideas, la filariasis y el SIDA. Esta última enfermedad tiene un índice de prevalencia que se estima entre el 15 y el 24 %. El Ministerio de Sanidad manifestó en 2015 que el sida era la causa del 75% de las muertes que se producen en los últimos tiempos en Guinea Ecuatorial. Con estas cifras, el SIDA pasa a ser la primera causa de mortalidad del país en los dos últimos años, por encima del paludismo que continua siendo la principal causa de morbilidad en Guinea Ecuatorial.

Las quemaduras domésticas son muy frecuentes y se deben a su modus vivendi sobre todo en el medio rural. Hogares pequeños con muchos hijos en torno a un fuego donde se cocina con llama y se iluminan con velas por ausencia de luz eléctrica.

Los expatriados tiene que hacer profilaxis antimalárica y estar vacunados contra la fiebre tifoidea y la fiebre amarilla.

Los curanderos tienen gran predicamento en esta sociedad religioso animista.

NUESTRO PROYECTO

La misión llevada a cabo surge de la confluencia de tres organizaciones. El **Proyecto África Plástica** creado por los miembros del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario Dr.

Negrín fue ideado con un doble objetivo, el dar asistencia quirúrgica plástica en países africanos y el de formar personal médico en las técnicas básicas de la especialidad. Encontramos amparo en la Fundación Canaria de Colegios Oficial de Médicos de Las Palmas quien nos ayudó mucho en nuestro estreno como organizadores. Nuestro proyecto se nutre de donaciones individuales de personas físicas comprometidas con el mundo. Una de ellas, Inma Tenorio, nos alentó y apoyó en la organización de esta misión.

La **Fundación Martínez Hermanos** creada por la Empresa del mismo nombre de origen mixto hispano y ecuatoguineano desarrolla numerosas e importantes labores humanitarias en especial en el terreno sanitario. A través de Rosi Martín, directora de la Fundación en Canarias, organizamos una misión quirúrgica en el país africano que tendría lugar en la infraestructura sanitaria que la tercera organización implicada, **Aldeas Infantiles SOS**, posee en Bata.

Del 18 de noviembre al dos de diciembre de 2017, la expedición de África Plástica compuesta por tres cirujanos plásticos (Olivia Margarita Sánchez Concepción, Ángeles Salas Hellín y Javier Fernández-Palacios), un anestesiólogo (Fabrizio Curzio), dos enfermeras quirúrgicas (Ana Victoria García y Encarnación González) y una coordinadora – logista (Rosi Martín), partió rumbo a Bata en misión quirúrgica plástica. La expedición contaba con el beneplácito y el apoyo de nuestro Hospital que nos otorgó permiso especial por acción humanitaria. Previamente y vía marítima se habían mandado cinco palés de material quirúrgico. Mención especial, en este ámbito merece la generosísima donación efectuada por Hospitales San Roque Las Palmas. (Gracias, Carmen Girón y Herminia Rodríguez)

ESTRATEGIA DE ACTUACIÓN Y RESULTADOS

Calculábamos nueve días quirúrgicos completos. Se pierden dos en viajes de ida y vuelta y aunque no hay desfase horario alguno, el viaje se hace largo al tener que pasar por Madrid y Malabo donde pernoctamos antes de seguir vuelo a Bata.

Nuestra presencia estaba anunciada desde hacía dos meses. La mañana del primer domingo la dedicamos a desembalar el material que nos precedió y las seis cajas que llevábamos con nosotros. También a limpiar y adecentar el quirófano existente y dejarlo preparado para comenzar a operar al día siguiente. Durante la tarde del domingo pasamos dos consultas simultáneas donde vimos a unos 80 pacientes que ya nos estaban esperando. Las consignas estaban discutidas de antemano:

- No correr riesgos quirúrgicos elevados. No se dispone de imágenes radiológicas, anatomía patológica o sangre. Si disponíamos de analítica básica – hemograma y gota gruesa –
- Priorizar los pacientes quirúrgicos ya que es imposible operar a todos
- Los pacientes debían contar con el visto bueno del anestesiólogo
- Realizar los procedimientos que exigen mayor seguimiento la primera semana

- No operar paciente de menos de 10 kilos. No operar pacientes con procesos infecciosos agudos – malaria y/o tifoideas-.
- Realizar las curas postoperatorias en presencia del médico y de las enfermeras locales.
- Ingresar una o dos noches las intervenciones más dolorosas para facilitar la analgesia.

Al ser tres cirujanos, nos alternábamos entre quirófano, consultas y curas sin parar ninguna de las actividades. El pasillo nos servía de antequirófano y un cuarto contiguo de despertar. En una casa adyacente se quedaban los ingresados. Los partes quirúrgicos para el día siguiente los elaborábamos por las tardes - noches al acabar la jornada quirúrgica

La contraparte local la constituía Santiago Abaga el médico local que nos ayudaba a diario. Compañero de formación básica muy sólida, aprendía con mínimo esfuerzo todo lo novedoso para él. Se encargaba de tamizar las consultas para que no nos llegara de todo. Al principio, vimos tumores tiroideos, prostáticos, síndromes mieloproliferativos, escrófula, paludismo cerebral, elefantiasis filariásica y hasta lepra. Todos buscando una solución quirúrgica inexistente o que no podíamos ofrecer.

Actualmente seguimos los postoperatorios vía whatsapp gracias a él. Le estamos muy agradecidos.

En total se realizaron 185 consultas, de los que operamos a 65 pacientes. La principal patología eran las secuelas de quemaduras en forma de retracciones y sinequias muy invalidantes, la mayoría afectando a extremidades, cara y cuello. Tumores y malformaciones congénitas constituyeron la patología del resto de los pacientes. Los niños supusieron una parte muy importante de nuestra casuística. De todos los pacientes vistos se hizo una historia informatizada teniendo imágenes digitales de la mayoría de ellos. Además incluimos una hoja operatoria en sus fichas locales.

Pensamos repetir en otoño del año que viene nuestra expedición. De hecho ya se nos espera. Para las tres organizaciones implicadas ha supuesto un éxito asistencial. Quiero dejar constancia del agradecimiento que sentimos hacia la Fundación Martínez Hermanos que nos facilitó el viaje en términos de visados, alojamiento, manutención, seguridad y relaciones institucionales. A Aldeas Infantiles SOS le agradecemos su hospitalidad, instalaciones y la colaboración de su personal sanitario. Gumersindo, el director sanitario hizo que nos sintiéramos muy a gusto.

EPÍLOGO

Antes de volver a casa tuvimos tiempo de ver las bellezas de la isla de Bioko. Estuvimos en la finca Sampaka donde se desarrolla la película “Palmeras en la Nieve”. Nos la enseñó Luis Acevedo, español nacido en Guinea y guineano de corazón, nieto del fundador de la macro finca especializada en la producción del cacao. Y también conseguimos autorización para viajar al sur de la isla a bañarnos en las cascadas que desembocan en la playa de Ureka. Sentí

personalmente la impresión de que me podía morir más tranquilo tras haber visto aquel paraje.