

Proyecto de Cooperación con el Servicio de Pediatría del Hospital Kamuzu central Hospital en Lilongwe, Malawi. Nuestra experiencia

C. Verástegui⁽¹⁾, L. Murillo⁽²⁾, T. Muñoz⁽³⁾, T. Lafuente⁽⁴⁾, S. Villanueva⁽⁵⁾, C. Ferrer⁽⁶⁾

⁽¹⁾ Pediatra Servicio de Pediatría Hospital Barbastro, Huesca
⁽²⁾ Pediatra Servicio de Oncopediatría Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. ⁽³⁾ D.U.E. Consultas Externas Hospital Alcañiz, Teruel
⁽⁴⁾ D.U.E Servicio de Urgencias Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife
⁽⁵⁾ D.U.E Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza
⁽⁶⁾ Psiquiatra, Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2017; 47: 46-50]

RESUMEN

Los autores analizan la situación sociosanitaria actual de Malawi y hacen un repaso sobre el proyecto de cooperación que se está llevando a cabo en el hospital principal de la capital del país desde 2009 por parte de personal sanitario aragonés, centrándose en su experiencia personal durante los meses de febrero y marzo de 2015.

PALABRAS CLAVE

Cooperación, Malawi, residentes, Ceftriaxona, malaria.

Cooperation Project in the Pediatrics Service of the Kamuzu Central Hospital in Lilongwe, Malawi. Our experience

ABSTRACT

The authors analyze the current socio-sanitary situation in Malawi, and make an overview of the cooperation Project that is having place at the capital's main hospital since 2009 by Aragonese health workers, focusing on their personal experience during February and March 2015.

KEY WORDS

Cooperation, Malawi, interns, Ceftriaxone, malaria.

«Todo es posible en Malawi», con esta frase te reciben los habitantes de un pequeño país situado en el medio este de África. Aquí se vive con el sol, no hay alumbrado eléctrico en las principales carreteras del país, ni en las calles de su capital. No tienen médicos como los conocemos nosotros, los del primer mundo, sino figuras paramédicas para que no se escapen en busca de un futuro mejor, y los profesores lidian con clases de más de 100 alumnos sin lápices ni cuadernos.

Malawi es uno de los países menos desarrollados y más densamente poblados del mundo. La posición de Malawi en el Índice de Desarrollo Humano (0,414 en 2014) es la número 174 sobre los 187 países para los que existen datos comparables. Dada la escasez de materias primas y el escaso desarrollo del país, le economía de Malawi depende en gran parte de la ayuda internacional, calculando que esta constituye aproximadamente un 50% de su P.I.B.

Correspondencia: Cayetana Verastegui Martínez
Servicio de Pediatría. Hospital de Barbastro
Carretera Nacional 240, s/n. 22300 Barbastro (Huesca)
Recibido: Junio 2016. Aceptado: Octubre 2016



Figura 1. Localización de Malawi en el mapa.

Los condicionantes políticos y económicos actuales han ocasionado una reducción muy importante de esta ayuda en los últimos años, produciendo un drástico empeoramiento de la situación económica de Malawi y un grave desabastecimiento de productos básicos, como fuel, fertilizantes, medicamentos, etc. Esta situación extrema conlleva la fuga de profesionales de la salud, propia de los países no desarrollados. Esta «fuga de cerebros», convierte a Malawi en uno de los 3 países con menos médicos por habitante del mundo.

La situación sanitaria de Malawi es la propia de uno de los países menos desarrollados del África subsahariana, con una alta incidencia de enfermedades infecciosas como malaria, tuberculosis, SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, y las estadísticas de que se dispone son poco fiables debido a los precarios sistemas de obtención de datos. La situación de Malawi es acorde con su pobreza, con una red sanitaria ínfima clasificada en 3 niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria, sin llegar a estar estas totalmente diferenciadas.

El bajo nivel de desarrollo general conlleva elevadas tasas de mortalidad materno-infantil, alta incidencia de las enfermedades infecciosas previamente citadas, baja esperanza de vida y un elevado índice de natalidad. Malawi continúa situado entre los países con peores indicadores en lo referente a mortalidad materno-infantil. Además, el 20% de las mujeres que dan a luz en el Kamuzu Central Hospital son seropositivas. A todo esto hay que sumarle la altísima mortalidad infantil dentro y fuera de los hospitales. Según Unicef, en 1990 la tasa de mortalidad hasta los cinco años era de 244 por cada mil nacimientos. En 2012, esa cifra se redujo hasta 71. Según un informe de Unicef de 2009 esta ligera mejoría está muy condicionada a la ayuda internacional.



Figura 2. Grupo de niños en el lago Malawi.



Figura 3. Niño transportando leña a la manera tradicional.



Figura 4. Sala de hospitalización pediátrica del Hospital KCH.

El KCH es el hospital público de la región central de Malawi. El único de la capital, el de referencia (hay 2 grandes hospitales en todo el país. El otro, muy superior en todo, es el «Queen Elisabeth», en la segunda ciudad principal del país, Blantire, que está sustentado económica-

mente por Madona, y tiene la única máquina de resonancia magnética del país). A pesar de su pequeño tamaño y la escasez de su infraestructura (solo tiene una máquina de rayos X), da cobertura a cerca de cinco millones de personas. En 2005 el SALUD (Servicio Aragonés de Salud) comenzó un proyecto de ayuda internacional a Malawi, centrándose en 2009 en el Kamuzu Central Hospital. En 2011 en plena crisis económica, el servicio sanitario dejó de financiar proyectos como este. Gracias a la ayuda de diversas organizaciones –Wawitai entre ellas–, y diversas becas, como las del Colegio de Médicos y del Jerónimo Soriano entre otras, a la venta de calendarios solidarios, y los donativos y tiempo personales, el proyecto siguió adelante sin inversión pública. También, por supuesto, gracias al apoyo de todas las compañeras, enfermeras y residentes de pediatría y de medicina de familia que se han unido durante estos años al equipo, (no podemos olvidar a las voluntarias de Zaragoza que, de forma individual o formando parte de un proyecto de terapia ocupacional, tejen los gorritos de lana que llegan hasta el departamento de maternidad, donde se benefician muchos de los prematuros que, gracias a ellos y al método canguro, salen adelante, ya que no hay incubadoras).

Queríamos mencionar especialmente al proyecto Jerónimo Soriano porque fue un excelente apoyo en el año 2014, ya que supuso una ayuda complementaria para dar un soporte al envío de fármacos esenciales para las patologías presentadas por los niños que ingresan en el Servicio de Urgencias donde se desarrolla el proyecto (aproximadamente 10.000 gramos de Ceftriaxona, único antibiótico de amplio espectro del que se dispone actualmente en el KCH, y de la que este proyecto es el único proveedor).

El proyecto de la Asociación Malawi Salud, desde 2016, además de enviar el material médico habitual, mandó 2 equipos de pediatras y enfermeras durante los meses de enero a abril, dando así cobertura al período de malaria que es cuando se duplican y hasta triplican la demanda de atención médica. En 2017 y 2018 hay 3 equipos cubriendo la demanda entre enero y junio. Y en los próximos años se tiene previsto seguir en esta línea, incluso, si hay recursos humanos suficientes, ampliar hasta 12 meses con 6 equipos.

Durante los meses de febrero y marzo de 2015 tuvimos la suerte de participar, con el apoyo del Servicio de Pediatría del Hospital Infantil Miguel Servet de Zaragoza, 2 residentes de tercer año y 3 enfermeras que renunciaron de forma desinteresada a sus contratos para poder ir, con una pequeña compensación económica que se asume con el dinero recaudado anualmente. El proyecto en el

que participamos se enmarca dentro del objetivo de mejora de la atención sanitaria en Malawi, y se desarrolla cada año en el Kamuzu Central Hospital, centro que con parámetros europeos sería considerado terciario, pero que la situación del sistema sanitario del país hace que en este hospital se desarrollen actividades de carácter primario, secundario y terciario, además de ser sede de las actividades formativas en materia de salud de todo el país.

Tras dos meses sobre el terreno y en base a las principales patologías atendidas en el servicio, nuestro objetivo primordial tras la evaluación de las necesidades, fue facilitar la selección de fármacos y sus cantidades, que serán enviados en años posteriores dada la escasez de recursos y la necesidad de priorizar, centrándonos en las necesidades de antibióticos (especialmente de Ceftriaxona) y ampliando esta investigación a las necesidades de analgésicos y fuidoterapia, determinando sus prioridades, ya que por el momento no existe una determinación precisa de los consumos anuales ni de la previsión de necesidades, por lo que los fármacos se solicitan al agotarse su stock y el servicio de farmacia responde de forma aleatoria aceptando o denegando la petición en función de condicionantes económicos y presupuestarios. Por tanto, en base a lo anteriormente descrito, consideramos necesario continuar con el envío de Ceftriaxona iv, paracetamol rectal en las cantidades enviadas en años anteriores. Dejar de enviar glucosados al 5%, debido al cambio de tratamiento antimalárico que ya no provoca hipoglucemias. Enviar suero salino fisiológico en envases de 250 ml en lugar de 1 litro, para prevenir la sobrecarga hídrica iatrogénica. Continuar con el envío de personal sanitario en epidemia de malaria, momento en el cual, como ya hemos mencionado, se duplica y hasta triplica la demanda de asistencia hospitalaria, sobre todo los meses entre noviembre y abril.



Figura 5. Nuestro equipo en 2015.



Figura 6. Método canguro con gemelos prematuros.



Figura 7. Madre alimentando a su recién nacido con leche materna en vasito.

A partir de aquí viene nuestra visión más personal, lo más duro, no voy a contar las partes bonitas del proyecto, voy a intentar justificarlo, pero puede que sea doloroso el baño de realidad.

Al entrar en el Kamuzu Central Hospital, el hospital infantil de referencia, donde pasamos toda nuestra estancia, sientes una fuerza invisible que te envuelve y paraliza. Hay tantísima gente enferma, tanto descontrol, condiciones precarias, falta de higiene y de materiales básicos... que quieres huir, la primera pregunta que te haces es «¿qué hago aquí? No puedo hacer nada. No sirvo para esto». La situación te sobrepasa, nadie habla inglés, sino Chichewa, que por supuesto no lo hablábamos, y el personal sanitario que es bilingüe tiene suficiente con lo que tiene como para poder ayudarte con el idioma. Horror... de nuevo. ¿Qué hago aquí?, y entras en la primera sala con 20 camas, y 100 pacientes, sí 100 pacientes, 5 niños por cama, muchos con bajísimo nivel de conciencia por la malaria cerebral, otros con una ascitis inmensa por una cardiopatía reumática, otros con crisis drepanocíticas con exoftalmos bilateral, algún que otro debut diabético, síndromes nefróticos en anuria (*desahuciados*), otros con

tuberculosis compartiendo cama con otro que tiene leucemia, y de todos ellos el 10% afectados de VIH. Haces de tripas corazón, te apoyas en tus compañeros y cambias de actitud, menos es nada, te dices a ti mismo, aquí hemos venido a aportar aunque sea un granito de arena, y te repites una y otra vez que sabes más de lo que piensas, que estar ahí es parte de un sueño más grande, y que vas a hacer todo lo que puedas. Y viene la segunda parte, donde descubres que en ese hospital de referencia, donde durante nuestros meses de estancia el TAC estuvo averiado, solo hay una máquina de Rayos X para todo el hospital, no hay un desfibrilador, no hay esfingomanómetros para niños, ni glucómetros, ni mucho menos ventiladores mecánicos, sí hay mascarillas de ventilación de las que reutilizas una y otra vez hasta que se rompen, pasando de uno de los 4 niños que se te mueren al día a otro. Quizá, sin saber muy bien por qué, ves intubar a un niño, y conectarlo a una bolsa de plástico que bombean sus exhaustas madres 24 o 48 horas sin dormir ni ir al baño, hasta que el niño se muere o mejora lo suficiente para quitarle el tubo. Igual con las punciones lumbares, se realizan con agujas de cargar medicación, sin ningún tipo



Figura 8. 3 niños compartiendo cama de hospitalización.

de sedación o analgesia, sin guantes estériles, en medio de la cama con los otros 4 niños dándote patadas, en medio de esa camilla sucia, llena de tierra y pis, que nunca se lava, y el líquido que se obtiene se analiza con una tira de orina, casi nunca se cultivan, no hay medios. No tiene sentido, el tratamiento con Ceftriaxona ya lo llevan haciendo o sin hacer la punción lumbar. Solo sirve la tinta china, si sabes que el niño es VIH. Y ni siquiera te la hacen siempre. Cuando pides sangre urgente, inminente más bien, pues tienes un niño muriéndose en shock hemodinámico por una malaria cabrona que le ha dejado una hemoglobina de 3, tienes que ir personalmente, y quizá te encuentres que no hay nadie, o si lo hay te dice que está ocupado, que ya te lo llevará mañana. Y madres agotadas, con 9 hijos, el mayor pesando lo mismo que el pequeño al que amamanta, que observan impotentes cómo se les apagan entre los brazos, desnutridos, por diarrea. Aún llevo clavada la mirada de ojos tristes de la última niña que se murió antes de nuestra partida.

Y a pesar de la frustración, de llegar a casa cada día envuelta en una mezcla de rabia, pena, compasión y lágrimas (y un poco de humor negro para sobrevivir), te encuentras con que cada día eres más útil, te manejas en chichewa básico, te buscan a ti porque te tienen confianza, enseñas y aprendes de los estudiantes para conseguir una medicina mejor (para ellos y para ti también, más humana, más centrada en lo que realmente es importante), te apañas, te has buscado la manera de seguir adelante, de no quererte ir, no te has muerto, te has adaptado, te han agarrado el dedo y te han atrapado para siempre. Te has hecho «mayor». Hay mucho que cambiar, de raíz. Pero no podemos pretender cambiarlos, no se puede hacer una cooperación paternalista del tipo yo



Figura 9. Orgullosas madres con sus hijos ya curados al alta.

vengo y te impongo «cómo se tienen que hacer las cosas», pero no se les puede dejar a la deriva, solos, los niños se merecen un futuro mejor. Solo somos una tiritita en una herida abierta, pero toda ayuda es poca y algo se contiene, a la espera de que algún organismo más grande que nosotros pueda coser esa herida y ofrecer al país, y al resto del mundo, la IGUALDAD a la que todos tenemos derecho.

Como reflexión final no podíamos dejar de decir que todos los números y las estadísticas de morbilidad, tienen historias particulares detrás, nombres y apellidos, y es eso lo que hace que la gente encargada de este proyecto siga tirando de este carro tan pesado, año tras año, sin mayor aliciente que el de pensar que se contribuye a mejorar la vida de esa persona, de esas familias con nombre y apellidos, intentando llevar a cada rincón un proverbio africano que dice «Mucha gente pequeña, en lugares pequeños, haciendo pequeñas cosas, puede cambiar el mundo».

A todos los que apoyaron en su momento el proyecto, lo hacen actualmente y los que lo harán en el futuro, en nombre de todos los niños malawitas ZIKOMO KUAMBIRI.

PD: Todos los años la Dra. Carmen Ferrer diseña calendarios con fotos preciosas de Malawi realizadas por los cooperantes, para seguir sustentando el proyecto. Se ponen en venta desde el mes de noviembre hasta enero incluidos. Cuestan tan solo 5 euros, que aquí no suponen casi nada, pero allí se traducen en Ceftriaxona que lo es todo (no dudéis en poneros en contacto conmigo si queréis colaborar de cualquier forma).