

MEMORIA DEL PROYECTO DE APOYO MÉDICO-QUIRÚRGICO

VIII FASE: FEBRERO / JULIO-AGOSTO 2008

**PROYECTOS EN SANTA CRUZ, ROBORÉ Y
SAN IGNACIO DE VELASCO
LA MUJER BOLIVIANA EN EL PLAN 3000**

Autora:

DRA. LUISA GARCÍA ARÁNGUEZ

Los objetivos de nuestro proyecto médico-quirúrgico en Bolivia para el año 2008 eran tan ambiciosos, que alguno de sus puntos (concretamente, la dotación de un arco radiológico para la nueva área quirúrgica) tendrá que pasar a engrosar el capítulo de propuestas para el 2009. Por lo demás, tanto en lo que se refiere a equipamientos hospitalarios, como en lo relativo a trabajo de campo, podemos afirmar que los objetivos se han cumplido ampliamente. Los nuevos quirófanos, que comenzaron su andadura en Febrero, han funcionado ya a pleno rendimiento durante la campaña de Julio-Agosto, y el flamante laboratorio ha quedado instalado, con todas sus modernas instalaciones a punto, y el personal en vías de capacitación. No obstante, dado que la demanda asistencial en diferentes puntos del país crece de forma progresiva campaña tras campaña, superando en muchas ocasiones, tanto nuestras posibilidades materiales como, fundamentalmente, la disponibilidad de tiempo, habrá que valorar la oportunidad de animar a otros equipos para que, con nuevos proyectos, se vayan compensando las deficiencias de atención sanitaria que padece la mayoría de la población en este país.

Por nuestra parte, en la propuesta de objetivos para 2008, asumimos ya el reto, y propusimos una ampliación de la **campaña de Febrero**, que determinó el desplazamiento a Santa Cruz de la Sierra de un equipo multidisciplinar, compuesto por tres cirujanos generales, un cirujano cardiovascular, un urólogo, un anestésista, un DUE de Anestesia, una internista y dos ingenieros. Provistos con todo el equipamiento material necesario para el despliegue del trabajo proyectado, se cubrieron satisfactoriamente los objetivos previamente planteados:

- Participación en el Curso de Robótica y Electromedicina, organizado por la Universidad Católica de Santa Cruz, en colaboración con el Proyecto Hombres Nuevos, la Universidad de Málaga y la empresa española SENER. Se dirigió fundamentalmente a estudiantes y licenciados bolivianos, con una orientación eminentemente práctica, y con el objetivo fundamental de formar técnicos en esta especialidad, escasos y muy necesarios precisamente en esta ciudad, en la que, previsiblemente, se incrementará aún más su demanda en los próximos años.
- Organización del III Curso de Cirugía Laparoscópica, dirigido en esta ocasión a cirujanos generales y a urólogos. Como los dos cursos anteriores, tuvo lugar en la Clínica Guaracachi, de la Caja Petrolera, bajo los auspicios del Colegio de Cirujanos de Santa Cruz. El curso ha ido adquiriendo progresivo prestigio a lo largo de sus tres ediciones, y ha contado en esta ocasión con numerosos participantes, tanto de Santa Cruz, como de otros Departamentos (Cochabamba, Pando, Beni, Tarija...).

- Realización de la I Campaña de Cirugía Vascul ar Periférica, dirigida a pacientes de escasos recursos económicos, y desarrollada en el Hospital Virgen Milagrosa del Plan 3000. Se realizaron 56 intervenciones de Varices. Se atendió además mediante tratamiento quirúrgico a tres pacientes que presentaban sendas hernias inguinales, y se operaron también un bocio, una enfermedad de Dupuytren y un caso de hemorroides. En la consulta externa se atendió a un total de 275 pacientes, de los que 62 fueron derivados a cirugía para el tratamiento indicado. En el resto, las patologías prevalentes fueron similares a las que venimos tratando en la policlínica desde el inicio de estas campañas: parasitosis intestinales, afecciones cutáneas parasitarias e infecciosas, infecciones de vías respiratorias altas, infecciones urinarias, obesidad, desnutrición, etilismo crónico, anemias, hipotiroidismo, diabetes, hipertensión arterial, alteraciones del ritmo cardíaco (generalmente secundarias a enfermedad de Chagas), tuberculosis, asma bronquial, trastornos psic somáticos, etc., etc. Este nuevo reto de montar otra Campaña Quirúrgica en febrero, orientada fundamentalmente a la insuficiencia venosa periférica (la infraestructura y los medios disponibles no permitirían una cirugía cardio-vascular de mayor envergadura), se ha visto facilitada por la colaboración desinteresada de colegas malagueños (Dr. Suchs, Dr. Rodríguez, Sr. Gálvez), expertos en esta especialidad, que han dedicado tiempo y recursos a resolver un problema muy extendido entre la población boliviana, y que de ninguna manera encontraría solución por ningún otro medio.
- Organización sobre el terreno y proyecto de nuevo equipamiento del quirófano y área de internamiento en el Hospital Municipal de Roboré, para la realización durante Julio-Agosto de la 2ª campaña en esta localidad. En la misma línea, se efectuó un estudio de necesidades e inventario de las infraestructuras existentes, para la organización de una posible campaña posterior en el Hospital Municipal de Camiri, estableciendo los contactos necesarios con las autoridades locales y la dirección hospitalaria.

Para la **8ª Campaña Médico-Quirúrgica en el Hospital Virgen Milagrosa** del Plan 3000, durante los meses de Julio y Agosto, hemos contado, como en ocasiones anteriores, con los datos socio-económicos de nuestros pacientes, elaborados concienzudamente por un equipo de trabajadoras sociales voluntarias y eficaces, con Ana Isabel Coimbra a la cabeza. Este estudio nos ha aportado numerosos datos de interés, a los que haremos referencia, y nos ha proporcionado evidencias, a veces estremecedoras, de las paupérrimas condiciones en las que se desenvuelve la vida de nuestros pacientes. Pero además, hemos constatado una vez más que las mujeres constituyen una significativa mayoría en el total de los enfermos que acuden a nosotros buscando solución a sus problemas de salud. De hecho, según las cifras que nos aporta este estudio, un 72,13% de los enfermos operados en Santa Cruz en la 8ª Campaña eran mujeres. Prestamos una especial atención al dato en esta ocasión, y lo aprovechamos para, en un paréntesis, intentar reflejar las

impresiones y sensaciones que estas pacientes dejan en el ánimo del médico que las examina. Un examen clínico que, al margen de la enfermedad, deja al descubierto tales déficits, carencias y desgarros, que el profesional no consigue acostumbrarse a las simas del desnivel socio-económico y cultural que se manifiestan de forma tan desoladora en el transcurso de la consulta.

Las **mujeres del Plan 3000**, generalmente múltiparas, generalmente obesas (y, sin embargo, anémicas y mal-nutridas), cargadas desde el amanecer con un pesado “awayo”, en el que igual portan niños que viandas o mercaderías variadísimas, llegan muy de mañana a la Rotonda, “se paran” (se quedan de pie) en cualquier espacio libre, ya sea sucio asfalto, arena, barro o basura, y permanecen así, incansables, impasibles, intemporales, hasta que las plantas de sus pies se aplanan y las venas de sus piernas se hinchan, hasta que la piel de sus tobillos se ulcera, y las úlceras se cubren con el polvo inclemente del arenal cruceño, o con el barro y el agua sucia y contaminada que corre por doquier y que todo lo impregna. Son mujeres de mirada triste y ausente, que compran y venden, intercambian o truecan sus escasas pertenencias, cocinan en la calle, amamantan sin atención a su “guagua” de turno, y “viven”, literalmente, en el escaso espacio en el que se colocaron al llegar. Cuando las miras, tienes la impresión de que llevan ahí una eternidad, en la misma postura, inmutables. Posiblemente han perdido la cuenta de cuántos hijos han tenido, y de cuántos han perdido, de cuántos hombres las han maltratado y abandonado, de cuántas veces las han violado. Muchas de ellas no fueron nunca niñas. Es probable que les arrancaran la inocencia en el mismo núcleo de su propia familia hacinada. Les robaron la infancia, y su adolescencia debutó ya con una “guagua” en el regazo y con la imperiosa necesidad de ganarse la vida.

Comen sobre la marcha, poco o mucho, pero siempre mal. Se hinchan y se deforman, embarazo tras embarazo, parto tras parto, fracaso tras fracaso. Sus óvalos faciales se redondean y se aplanan, sus hermosos ojos negros pierden brillo, profundidad y expresión. El destello azulado de su espectacular cabello negro y sedoso se vuelve mate, y los parásitos encuentran en él un alojamiento de lujo, siempre a cubierto bajo sus inverosímiles sombreritos.

La “pollera”, la prenda femenina por excelencia en estas latitudes, corta (cochabambina) o larga (paceña), pero siempre ampulosa y con un toque de añeja sofisticación, con pretensiones de elegante miriñaque, intenta cubrir miserias, desidias de la higiene, deformidades y traumas. A modo de telón, cubre la historia de estas mujeres, a las que la vida no ha dado oportunidades de desarrollo intelectual, y que han visto limitada su evolución y su trayectoria personal al sur de su cintura. Levantar este telón en la consulta forma parte de la rutina profesional de toda exploración clínica, pero exige aquí muy buena voluntad y grandes dosis de autocontrol. El ejercicio puede proporcionar datos clínicos sobre los que apoyar un diagnóstico, pero sobre todo, aporta experiencia, suele ser fuente de sorpresas y despierta compasión. Pone al descubierto los límites a los que puede conducir la miseria y el abandono del ser humano empobrecido, desprotegido, maltratado y mal-utilizado. Bajo la “pollera” se ocultan las marcas que en estas mujeres ha dejado la vida, la pobre y cruel vida, en forma de enfermedades, carencias, debilidades,

cicatrices, hernias, prolapsos, varicosidades, deformaciones, degeneraciones..... Sobre todo ésto, parásitos, y bajo la piel, todas esas alteraciones que nuestros ojos y manos deben encontrar, para intentar ponerles remedio. Entre ellas, la auténtica “cantera” que nos proporciona la vesícula biliar, que en estas latitudes y en este medio está habitada en un porcentaje tan elevado de la población, y desde edades tan tempranas, que estimula el espíritu investigador y avizora el ingenio, buscando la causa de tanta piedra, de tanta disfunción biliar, de tanta preferencia de los bolivianos por alimentos fritos, refritos y “grasosos”, en detrimento de las exquisitas frutas y verduras que aquí les regala la tierra.

La “pollera”, casi un símbolo que identifica, incluso que marca a un cierto tipo de mujeres, es paradigma de orgullo de raza en algunos medios, y expresión despreciativa en otros. La “mujer de pollera”, altiva y resignada, oculta entre los pliegues del refajo sus miserias y su historia, pero sólo cuando su patología supone una incompatibilidad absoluta con el ejercicio de su vida diaria busca ayuda, siempre y cuando esa ayuda no suponga consumir los escasos bolivianos que almacena cuidadosamente en algún escondido recoveco de su peculiar vestimenta.

Es difícil con estas pacientes quedarse en la “historia clínica”, cuando empiezan a saltar datos biográficos con los que se puede confeccionar una “historia de mujer” capaz de sensibilizar a las conciencias mas frías, y de escandalizar a las mas avezadas. Biografía real de una mujer que está allí, que no se lamenta de lo que está contando porque es lo normal en su medio, es lo que la rodea, lo que ha visto desde que nació en las mujeres de su entorno. ¿Cuál de ellas no ha sido víctima de abusos sexuales en la infancia, engendrado el primer hijo en la adolescencia? A los 20 años, cuando las chicas de nuestras latitudes aprovechan y/o disfrutan el día a día, y aún no divisan la necesidad de plantearse qué van a hacer con sus vidas, nuestras pacientes del Plan 3000 tienen ya tres o cuatro hijos, han perdido alguno, han sido abandonadas por una o más parejas y se despiertan cada día con la única obsesión de cubrir sus necesidades mas elementales inmediatas, hasta la caída de la tarde.

Son esclavas de sus hombres, de su raza, de su clase, de su tradición y de su medio. Aquí, la discriminación de la mujer, la violencia de género, la polarización masculina de las posiciones de poder....., todos esos temas que tan justamente indignan a nuestra sociedad, y ponen en pie de guerra a nuestros medios de comunicación, adquieren su auténtica e intolerable magnitud en esta cara de Bolivia, en este intrincado y desconocido mundo en el que la “revolución pendiente”, si es que puede llamarse así, debería nacer, potenciarse y administrarse desde el generoso y fructífero seno de su universo femenino.

Pero además de la prevalencia del sexo femenino entre nuestros pacientes, el estudio sociológico realizado por Ana Coimbra, tras 274 entrevistas personales y un elevado porcentaje de visitas domiciliarias, nos ha aportado varios datos dignos de tener en consideración a la hora de analizar, tanto los resultados de la campaña de 2008, como su posible necesidad de ampliación

y/o de su extensión a otros lugares. Pone de manifiesto, por ejemplo, que tan sólo el 60% de los pacientes operados procedían directamente del Departamento de Santa Cruz, mientras que el 40% restante se habían desplazado de algún otro punto del país, mayoritariamente de Cochabamba (8,74%), de Chuquisaca (7,10%) y de Potosí (7,65%). Por otra parte, nos ha permitido saber que el 73,77% de nuestros enfermos residen en zonas periurbanas, prácticamente desprovistas de infraestructuras urbanísticas (suburbios), y que un 9,84% vienen del medio rural. También es interesante destacar al respecto que el grupo formado por amas de casa y personas que tienen exclusivamente empleos eventuales supera ampliamente el 60% de nuestros pacientes, y que tan sólo un 18% de los mismos son asalariados. En cualquiera de los casos, los ingresos totales familiares son inferiores a 1500 bolivianos mensuales (150 Euros), en más del 85% de los enfermos operados.

Estos fríos datos estadísticos son muy similares a los que nos dejaron los estudios socio-económicos realizados en campañas anteriores, circunstancia que, unida a la práctica inexistencia de obras públicas, de signos de reactivación económica o de mejoras en la protección social de la población, hacen temer que el país no haya salido del estancamiento en que lo conocimos hace ya más de ocho años, y que las movilizaciones políticas a las que venimos asistiendo últimamente constituyan más un obstáculo que un estímulo para la inversión, para el desarrollo sostenible y, sobre todo, para el urgente establecimiento de una protección social lo más amplia posible para todos los bolivianos.

Nuestros objetivos para 2008 habían previsto que durante la 8ª campaña de Julio-Agosto se llevaría a cabo la instalación y puesta a punto del **nuevo laboratorio** del Hospital Virgen Milagrosa, dotado espléndidamente gracias a la ayuda del Ayuntamiento de Málaga. El Dr. Raúl González se ha encargado personalmente de esta labor en un tiempo record, circunstancia por cierto muy a tener en cuenta, dada la idiosincrasia local y la dimensión peculiar del “tempo” boliviano, que no tiene siempre la misma equivalencia, y para el que la perentoriedad y la prisa son conceptos fantásticos e innecesarios. A pesar de ello, el laboratorio ha quedado montado y funcionando, y su personal habilitado para “luchar” diariamente con las flamantes y modernas instalaciones.

También se ha puesto en práctica durante esta etapa, gracias a la colaboración y al entusiasmo del Dr. Manuel Gallardo, un **curso de RCP y Desfibrilación**, dirigido a todo el personal hospitalario con competencias asistenciales. Su necesidad se había puesto de manifiesto de manera fehaciente tras el incremento de la demanda en la entrada de emergencias, con las nuevas instalaciones y el aumento de la conflictividad en la Rotonda. El personal del hospital ha acogido con excepcional entusiasmo este curso, eminentemente práctico, que ha supuesto sin duda una importante elevación del nivel asistencial en emergencias, con notables resultados en corto plazo. El personal de la Clínica Guaracachi, de la Caja Petrolera, ha querido beneficiarse en la misma medida del curso teórico-práctico de RCP y Desfibrilación, y a la vista de los resultados, el Dr. Gallardo no ha tenido inconveniente en realizar una segunda edición, que sin duda beneficiará también a muchos de los pacientes de esta Clínica.

En cuanto a nuestra **campaña médico-quirúrgica** propiamente dicha en el Plan 3000, se han atendido en esta fase 518 pacientes en policlínica, con patologías variadas y muy semejantes a las de campañas anteriores. Hemos hecho alusión a ellas mas arriba, junto a una breve relación de las mas frecuentes, al comentar la experiencia de Febrero. En los casos subsidiarios de tratamiento médico, se les ha proporcionado la medicación correspondiente y se ha hecho el seguimiento necesario durante las semanas de la campaña. En los procesos agudos, el resultado es gratificante, pero lamentablemente, la experiencia nos ha demostrado que en las enfermedades crónicas el paciente abandona el control y el tratamiento médico mas pronto que tarde, y el proceso sigue su curso, con la evolución, las complicaciones o la curación espontánea que la historia natural de la enfermedad determinan. Por esta razón, en este medio y en estas circunstancias, es consolador, incluso para una internista, promover una indicación quirúrgica que, con muchas probabilidades y en un número de casos muy elevado, va a proporcionar una solución definitiva al problema. En la campaña de Julio-Agosto 2008, de los 518 pacientes visitados, 199 han pasado por el quirófano, y ocho de ellos con más de un proceso con indicación quirúrgica. Operar este volumen de enfermos en el corto espacio de tiempo disponible ha sido posible, en primer lugar, por las facilidades que proporciona en la nueva área quirúrgica la amplitud de espacio y el nuevo equipamiento, pero sobre todo, por la disponibilidad incondicional de la Dra. Durán, y los Drs. Hurtado y Martos, nuestros anestesiistas en esta campaña, entusiastas y volcados en su sesión quirúrgica continua, con ese espíritu solícito y combativo que suele infundir en todos los miembros de los sucesivos equipos la atmósfera sofocante, y paradójicamente estimulante, de la Rotonda del Plan 3000.

Como siempre, la patología de las vías biliares ocupa el primer lugar en orden de frecuencia. Se han operado en esta ocasión 87 colelitiasis y dos casos de colédocolitiasis. Hemos comentado más de una vez que la larga evolución de estos procesos, que en Bolivia se inician muy precozmente, incluso en la infancia y la adolescencia, junto a un régimen alimenticio en el que predominan abiertamente las grasas, determina que los pacientes lleguen al quirófano en muchas ocasiones con episodios de colecistitis aguda, cuando no con una historia cargada de agudizaciones e incluso referencias a posibles episodios ictericos y crisis pancreáticas. Vesículas esclero-atróficas, mirizzis..... toda la parafernalia de las vias biliares con patología de larga evolución, son habituales en Bolivia. No obstante, la infraestructura y el material que se ha ido instalando en los nuevos quirófanos del Hospital Virgen Milagrosa ha permitido operar un elevadísimo porcentaje de estos casos por vía laparoscópica, y su evolución post-operatoria ha sido generalmente muy satisfactoria. Excepto en los casos de colédocolitiasis, los pacientes han recibido el alta hospitalaria en el transcurso de las 24 horas siguientes a su intervención, y en el control ambulatorio no se han registrado incidencias dignas de mención.

El segundo grupo por orden de frecuencia lo ocupa en esta ocasión el de pacientes que presentaban insuficiencia venosa periférica subsidiaria de tratamiento quirúrgico. Los magníficos resultados obtenidos por el Dr. Suchs en la campaña de Febrero han animado a 39 pacientes a solicitar la solución de su

problema en esta fase, algunos de ellos repitiendo experiencia en la pierna contralateral a la ya operada en Febrero. El entrenamiento adquirido entonces por la “licenciadas” (enfermeras bolivianas) con el correcto vendaje tras el stripping, ha contribuido seguramente a los buenos resultados de la técnica. Lamentablemente, no podemos decir lo mismo del tratamiento conservador postural de las úlceras varicosas. Ni las condiciones y los hábitos de vida de nuestros pacientes, ni las posibilidades del medio en el que se desenvuelven, conceden ni la más mínima oportunidad a la piel para cubrir la herida, que previsiblemente permanecerá abierta indefinidamente, y volverán con ella en la próxima campaña.

La patología de la pared abdominal, con su secuela de hernias de diferente localización y laparoceles, continúa aportando un elevado número de enfermos a la campaña. En esta ocasión se han operado 29 casos de hernia inguinal (una de ellas congénita), 7 hernias umbilicales, 4 epigástricas y una hernia de Spiegel. Uno de los pacientes presentaba una hernia inguino-escrotal derecha gigante, y se temió la posibilidad de que plantease problemas anestésicos, debido a que, al volumen del paquete intestinal herniado, a su obesidad y escasa estatura (145 cm. y 90 Kg.), sumaba una EPOC y un síndrome de Pickwick. No obstante, tanto el acto quirúrgico como el post-operatorio transcurrieron sin problemas, y tan solo hubo que acostumbrarse a su adicción a visitarnos después con inusitada frecuencia.

En el capítulo de los laparoceles, volvemos a insistir en que son aquí particularmente frecuentes y voluminosos, como consecuencia de las largas y complejas historias ginecológicas en el caso de las mujeres, y de farragosos post-operatorios tras cualquier cirugía abdominal, en ambos sexos. Hemos tenido en esta ocasión 10 casos, de los que 4 entraban sin complejos en la calificación de “gigantes”. En uno de ellos, la disección de las asas intestinales pegadas a una debilitadísima pared abdominal provocó la ruptura de un asa, y la necesidad de realizar una resección intestinal; durante el post-operatorio (el paciente solicitó alta voluntaria y no respetó el ayuno), reingresó con una fistulización que complicó considerablemente su evolución y obligó a mantenerlo durante muchas semanas con nutrición parenteral. De acuerdo con los últimos informes recibidos, sigue su curso sin mayores complicaciones. Otro de los enfermos tenía la piel ulcerada, y presentaba además una colostomía y un prolapso; se reconstruyó el tránsito intestinal y se colocó una malla, pero el problema de recubrimiento cutáneo hubo que resolverlo posteriormente mediante injertos de piel, que prolongaron considerablemente su estancia hospitalaria.

Se han realizado durante esta campaña dos reconstrucciones intestinales más, en sendos pacientes que habían portado sus colostomías durante años, sin más ayuda ni apoyo material o profesional que vulgares bolsas de plástico adosadas a su estoma, y burdamente sujetas con una cuerda atada a la cintura. En uno de ellos hubo que extraer previamente un gran fecaloma, que seguramente llevaba bastantes años alojado en el recto del paciente. Tanto en estos dos casos como en el anterior ha sido fundamental contar con la ayuda del Dr. Demetrio Castellanos, experto endoscopista, al que esperamos y

recibimos cada campaña como una bendición. Disponer de sus opiniones y consejos es un privilegio y un lujo del que ya no sabemos prescindir.

Su colaboración en el estudio de los casos en los que sospechamos una disfunción o anomalía a nivel de la unión esófago-gástrica ha sido también fundamental a la hora de establecer el diagnóstico y plantear la intervención quirúrgica. En este apartado, se han operado en esta campaña una Achalasia chagásica, una hernia de hiato, un esófago de Barret y otro caso de reflujo gastro-esofágico, todos ellos por vía laparoscópica, y sin problemas post-operatorios dignos de mención.

La incidencia de bocios ha sido en esta fase menor que en las anteriores. Se han operado cinco casos, y ninguno de ellos presentaba las grandes dimensiones que hemos visto en otras campañas.

En cambio, se ha intervenido en esta ocasión el caso inhabitual de una niña de nueve años de edad, que presentaba grandes cicatrices retráctiles post-quemadura en ambas manos, de siete años de evolución, con incapacidad absoluta para la extensión de los dedos. Se ha operado en principio la mano más afectada, en la que ha sido necesario hacer injertos de piel para lograr la extensión total de los dedos, e iniciar en una etapa posterior el tratamiento fisioterápico para lograr la movilización de las articulaciones interfalángicas. En un segundo tiempo hubo que amputar el dedo meñique, en el que no fue posible evitar la necrosis. No obstante, recibimos ya noticias muy alentadoras en cuanto a la funcionalidad, e incluso resultado estético, de la mano operada. La necesidad de curar y vigilar los injertos nos ha permitido mantener en el hospital a la niña, Guadalupe, durante algunas semanas y, ya sea por su carácter, su afabilidad y extraordinarias dotes para la convivencia, o por su transparente necesidad de protección, se ha convertido para todo el equipo en un verdadero referente, casi un símbolo de esta campaña.

En el capítulo de la cirugía de urgencias, además de algunas de las colecistitis a las que ya hemos hecho referencia, se han operado tres apendicitis agudas, una hernia encarcerada y un abdomen agudo en el que hubo que realizar una hemicolectomía derecha.

Por último, en la miscelánea de cirugías menores podemos citar un quiste de ovario, un lipoma de hombro, un quiste salivar, un frenillo lingual, verrugas seboreicas, un enquistamiento glúteo, etc., etc.

Muchos de estos pacientes presentaban patologías médicas concomitantes, que se procuró controlar antes de su paso por el quirófano, y continuar con su tratamiento tras el post-operatorio. En el 26% se detectaron signos evidentes de parasitación, y en más de un 20% la sospecha de enfermedad de Chagas se confirmó analíticamente, aunque tan sólo la mitad de estos pacientes presentaban manifestaciones clínicas de la enfermedad. La hipertensión arterial y la diabetes afectaban a un 15% y a un 12% respectivamente de todos los enfermos operados, y la anemia hipocrómica a un 10% de los mismos. La obesidad, con un 16%, el etilismo crónico (15%), la tuberculosis (7%), la cirrosis (3%), el asma bronquial y la EPOC (7%) son también algunas de las

patologías detectadas que acompañaban a las que iban a ser objeto de tratamiento quirúrgico.

La campaña 2008 en Santa Cruz se ha cerrado, por tanto, con 199 enfermos operados y el resto de los objetivos (salvo la financiación del arco radiológico en C para el área quirúrgica), cumplidos.

Por otra parte, la diversificación geográfica impuesta por las necesidades detectadas en otros puntos del país nos ha permitido, tras la programación realizada en Febrero, poner en práctica la **2ª Campaña de Roboré**, bastante más ambiciosa que la primera, gracias a la colaboración de las autoridades locales, al apoyo logístico del Hospital Virgen Milagrosa y a la generosidad de la Hermana Juana, que nos ha permitido desplazar efectivos y atender a una demanda asistencial creciente. El Dr. Santibañez y toda su familia al completo, que aman a su pueblo y a sus vecinos hasta extremos dignos de admiración, han contribuido de tal manera a la organización y puesta en práctica del proyecto de Roboré, que sin su colaboración habría sido prácticamente imposible llevarlo a buen término.

Dos equipos alternativos, integrados por un cirujano, un residente de cirugía, un anestésista y una instrumentista, además del mencionado Dr. Santibañez y un anesthesiólogo local, desplazados a Roboré durante dos semanas consecutivas, han realizado un ingente trabajo, ininterrumpido y agotador, y han logrado operar a un total de 91 pacientes, tres de ellos con más de una patología.

Las intervenciones sobre las vías biliares han sido también aquí las más numerosas, abarcando un total de 34 enfermos, en uno de los cuales se corrigió también una hernia supra-umbilical en el mismo acto quirúrgico. En tres de estos pacientes, a pesar de su clínica de disfunción biliar, la vesícula no estaba habitada; la cirugía no estaba por tanto correctamente indicada, y habrían podido resolver su sintomatología con un tratamiento médico-dietético adecuado. Estos casos nos han obligado a plantearnos para el futuro la necesidad de reforzar el estudio diagnóstico pre-operatorio, sobre todo en los proyectos que se ponen en práctica fuera del Hospital Virgen Milagrosa, en el que contamos ya con mas tiempo y mejores medios diagnósticos. Las limitaciones técnicas han impedido también utilizar la vía laparoscópica en estas intervenciones. Once de los pacientes se operaron bajo anestesia general, y el resto con una raquianestesia alta. Contamos para ello, además de con la pericia de los Drs. Martos y Hurtado, con la colaboración desinteresada del anesthesiólogo boliviano Dr. Inchauste y, por primera vez en Roboré, con un inapreciable respirador que, tras su jubilación en España, ha tenido la oportunidad de acompañarnos en un periplo aventurero, desde Granada, hasta este remoto y hermoso rincón, en los confines de la inmensa pampa cruceña. En todos estos pacientes el post-operatorio transcurrió con normalidad, y fueron dados de alta hospitalaria en el término de 24 – 48 horas, excepto un caso, en el que la presencia de una fístula biliar obligó a realizar una reintervención, que resolvió el problema sin más complicaciones.

Las hernias inguinales operadas en Roboré afectaban a un total de 25 enfermos, en uno de los cuales era bilateral. Otro de ellos fue operado simultáneamente de un quiste sinovial. Todos los casos se resolvieron bajo anestesia loco-regional, y no hubo incidencias post-operatorias dignas de mención.

Las varices ocupan, por orden de frecuencia, el tercer grupo de las patologías operadas en Roboré. Integran un total de 12 pacientes, la mitad de ellos operados bajo anestesia general y la otra mitad con loco-regional. Los post-operatorios fueron de corta estancia y transcurrieron con normalidad.

En otros cuatro casos se corrigieron quirúrgicamente sendas hernias umbilicales, bajo anestesia loco-regional, sin incidencias.

Los 16 pacientes restantes integran una miscelánea muy variada, integrada por tres casos urológicos (fimosis, hidrocele y criptorquidia bilateral), cuatro ginecológicos (dos quistes de ovario, una salpingotomía y una cesárea), dos pacientes operados de urgencia, por un absceso de cuello en un caso y por una herida inciso-contusa en la mano derecha en el otro. Se realizó también una laparotomía exploradora, se drenó un absceso en un pié y se operaron unos hemorroides, un quiste sebáceo de cuello, un teratoma, un quiste en región frontal y un frenillo sublingual. En la evolución post-operatoria no se registraron incidencias en ninguno de estos casos, que cumplían por otra parte el imprescindible requisito de no necesitar larga estancia hospitalaria, premisa obligada, tanto por la escasez de camas, como por la de recursos generales para post-operatorios prolongados.

Respecto al **proyecto de campaña médico-quirúrgica en Camiri**, preparado con ilusión y despliegue de medios desde el mes de febrero, no ha sido posible ponerlo en práctica, a pesar de las necesidades de su población y de las favorables expectativas que albergábamos tras la inspección de las instalaciones de su hospital municipal. Desde el mes de Junio teníamos concluida la programación, el acopio de material, la preparación del equipo, etc., etc., pero lamentablemente, los problemas políticos o de relaciones personales previamente existentes entre la alcaldía y el personal sanitario local, impidieron a última hora la realización de un proyecto que habría beneficiado a un importante grupo de camirenses de escasos recursos económicos.

No obstante, gracias a la diligencia, eficacia y buenos oficios de la Dra. Karla Vivancos, natural de **San Ignacio de Velasco**, que ha colaborado con nosotros con gran dedicación durante toda su licenciatura, ha sido posible montar sobre la marcha una campaña en el Hospital Municipal de San Ignacio, como 2ª Fase del proyecto iniciado hace un año en el Hospital Santa Isabel de la misma localidad. Se han trasladado para ello los recursos que se habían programado para el proyecto de Camiri. En esta ocasión, la campaña ha sido auspiciada por la Alcaldía de San Ignacio, y muy concreta y entusiásticamente por su Concejala de Salud, que puso desde un principio todo su empeño para que los enfermos mas necesitados de atención en la provincia de Velasco obtuvieran el máximo beneficio del proyecto quirúrgico que les presentamos.

La campaña de San Ignacio se ha desarrollado durante una semana. El equipo malagueño desplazado (un cirujano, un anestesista y un residente de cirugía) ha contado con la inestimable colaboración del Dr. Roca y de la Dra. Vivancos, bolivianos de pro e integrantes por derecho propio, desde hace ya varios años, de los sucesivos equipos que han tomado parte en estas campañas.

Han trabajado ininterrumpidamente en cinco sesiones quirúrgicas, en fechas coincidentes además con las festividades en honor de San Ignacio de Loyola, dato muy a tener en cuenta en estas localidades, en las que las fiestas patronales suponen todavía un verdadero paréntesis en la rutinaria vida rural. A pesar de ello, se han operado un total de 35 enfermos, y ha sido también aquí la patología de las vías biliares la más prevalente.

Se han realizado 14 colecistectomías, mayoritariamente por vía laparoscópica. La posibilidad de contar con una avioneta hizo factible trasladar, tanto la columna de cirugía laparoscópica como gran parte del instrumental necesario, sin el riesgo que el transporte por el largo e irregular camino terrestre habría supuesto para sus sensibles circuitos. Se aprovechó también la posibilidad de contar con esta tecnología para realizar una laparoscopia diagnóstica en una adolescente con sintomatología dudosa, que el laparoscopia demostró que correspondía a una anexitis.

Se han operado también, mediante técnicas quirúrgicas convencionales, 11 casos de anomalías de la pared abdominal, concretamente 9 hernias inguinales, una epigástrica y una umbilical.

Por otra parte, se ha abordado por primera vez en esta zona el tratamiento quirúrgico de la insuficiencia venosa periférica, con la corrección mediante stripping de 7 casos de varices de miembros inferiores.

A pesar de la improvisación y del escaso tiempo disponible para la preparación de los pacientes en San Ignacio de Velasco, tanto las cirugías como los post-operatorios transcurrieron con normalidad, sin incidencias dignas de mención, y la estimulante colaboración de las autoridades locales, junto a la demanda asistencial que hace prever el elevado porcentaje de población de escasísimos recursos económicos, tanto en San Ignacio como en las comunidades del interior de su círculo de influencia, dejan la puerta abierta para futuras campañas en esta localidad.

La 8ª Campaña Médico-Quirúrgica en Bolivia se ha cerrado, como las anteriores, dejándonos la sensación de haber asistido a una sesión ininterrumpida de disparidades y diferencias crecientes, pero sobre todo, de violentos contrastes desde todos los puntos de vista: sociales, económicos, políticos, raciales, culturales.... Nosotros somos meros espectadores de una realidad social que pasa por una difícil etapa de agudización de sus dramáticos contrastes, pero el drama se representa en un escenario o espacio natural tan extraordinario, que es difícil centrarse sólo en los personajes. Porque su

mundo, Bolivia, es en sí mismo otro puro contraste. La geografía y la naturaleza se han puesto de acuerdo para reunir aquí todos sus extremos, sus bellezas mas dispares, sus más grandiosas dimensiones y sus recursos mas espectaculares, pero también los límites más críticos y las condiciones mas duras para la vida sobre la tierra.

El asueto y/o la búsqueda de nuevas tareas, de otros destinos, nos ha llevado a la inmensidad del Pantanal, con su exhuberancia, su riquísima biodiversidad, su extraordinario potencial turístico, sus evidentes posibilidades de desarrollo... y sus terribles carencias en servicios, infraestructuras, o comunicaciones. Nos hemos perdido bajo los helechos gigantes del tenebroso bosque húmedo de La Yunga, único en el mundo, donde la vida parece haber retrocedido hasta la era jurásica. Hemos deambulado por el Chaco, donde todavía resuenan los ecos de una absurda y sangrienta guerra, entre gigantescas haciendas casi desiertas, y entre montañas infladas por gas e hidrocarburos, actualmente infra-explotados. Hemos recorrido el frío, árido y desapacible Altiplano, donde el aire se enrarece y obliga a moverse a cámara lenta, donde se confunde la realidad con la propia imaginación, porque las lagunas son de vivos colores, porque surgen en el horizonte castillos medievales, bosques petrificados y grandes ciudades fantasmales, porque las bandadas de flamencos colorados y los rebaños de llamas y vicuñas parecen estar allí desde hace siglos, como los impresionantes géiseres y fumarolas brotando de la tierra con inusitada violencia, y, sobre todo, porque encima del extraordinario pavimento blanco de grandes losas exagonales del salar infinito, ilimitado, es difícil dilucidar si estamos sobre una nube, a 5000 metros de altura, o sobre este extraordinario milagro de la geología que abandonó allí el Pacífico, antes de bajarse de los Andes para dejar a Bolivia sin mar. Lo cierto es que el cielo con el sol o el firmamento estrellado, las luces y las sombras, colores, volúmenes y formas, todo se ha confabulado para crear aquí un espacio mágico, único e incomparable, donde los 20º bajo cero nocturnos y la casi anoxia de los 5000 metros de altura ponen el contrapunto de dureza y dificultad a un lugar de privilegiada belleza.

Hemos tenido oportunidad de contemplar algunas de estas magnificencias de la naturaleza boliviana, que nos han apabullado en muchos momentos, pero son los vivos contrastes socio-económicos de este país y, sobre todo, sus terribles carencias sanitarias las que nos impactan año tras año, las que nos enganchan a una tarea y a una misión que, si tiene ya un largo recorrido, sigue abriéndonos caminos y marcándonos nuevas metas y nuevos destinos para sucesivas campañas.

Málaga, 4 de Octubre de 2008