

MEMORIA DEL PROYECTO DE APOYO MÉDICO-QUIRÚRGICO

I Fase: JULIO-AGOSTO 2001

EN EL MICROHOSPITAL VIRGEN MILAGROSA

DEL BARRIO “PLAN 3000” DE SANTA CRUZ DE LA SIERRA

Autora:

DRA. LUISA GARCÍA ARÁNGUEZ

UN MES EN BOLIVIA

Tan sólo un mes, ni siquiera treinta días, pero ha sido una experiencia tan intensa, tan dura, tan extraordinaria, que posiblemente marcará una impronta en muchos de nosotros. El paso del tiempo y la lejanía proporcionará, quizás, una perspectiva diferente de lo vivido, pero me resisto a pensar que este mes quede almacenado en la memoria como uno más.

Observaciones, sensaciones, experiencias, impactos, incluso traumas, han incidido ininterrumpidamente sobre conciencias adaptadas a una sociedad y a un “modus vivendi”, pero no insensibles ni cerradas a otras realidades, contemporáneas y no tan distantes, otras realidades de una misma “aldea global”, en la que el super-desarrollo y el “estado de bienestar” resultan ser minoritarios, casi anecdóticos, comparados con el inmenso suburbio en el que las miserias humanas conviven con la necesidad en estado puro, y se potencian entre sí para crear un universo degradado, en el seno de una naturaleza prodigiosa.

Tras la batuta de un jesuita inquieto, y siguiendo los pasos de algunos de sus correligionarios hace más de 300 años, un grupo de diez profesionales malagueños, mayoritariamente médicos, hemos dedicado cuatro semanas a una inmersión profunda en un suburbio de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia.

El denominado “Plan 3000” alberga una población de 150.000 personas (cifra que posiblemente supere los 200.000, teniendo en cuenta las imperfecciones del censo), indígenas de muy diversas etnias, muchos de ellos inmigrantes del altiplano andino, y absolutamente desprovistos de todo tipo de infraestructuras, tanto desde el punto de vista urbanístico como sanitario, educativo, etc., etc. La única ayuda social o red organizativa con que cuenta procede de determinados organismos internacionales y, fundamentalmente, de la Iglesia Católica, de la Cooperación Española y de la Cruz Roja Alemana.

En el paisaje del inmenso suburbio cruceño, plantado de miles y miles de chabolas y surcado por viales y barrancos de arena y barro, por los que corren desordenadamente los desperdicios y las aguas sucias, la imagen de los cooperantes españoles es ya casi una estampa familiar. Una gran muchedumbre, compuesta por “cholitas” con su bebé colgando a la espalda en el “awayo”, con sus hermosas trenzas negras y sus inverosímiles sombreritos, por multitud de niños de todas las edades, correteando descalzos entre perros sarnosos, por indios barbilampiños de cara curtida y mirada ausente, deambula indiferente a los atareados “blanquitos”, que se mueven entre ellos y con ellos, aunque siempre más deprisa, siempre buscando una tarea, un cauce en el que volcar la necesidad inmediata de ayudar que demanda el espectáculo que se desarrolla a su alrededor. En este sentido, los médicos lo tenemos fácil. No falta tarea.

El “Proyecto Hombres Nuevos”, obra social y humanitaria, fruto del inmenso trabajo y capacidad de organización de Nicolás Castellanos y su ejército de voluntarios, trata precisamente de canalizar y estructurar toda la colaboración española que llega al “Plan 3000”, orientándolo fundamentalmente en la ayuda a la educación, a través de los colegios fundados en el Plan, con la colaboración de varias congregaciones religiosas, y más recientemente mediante las magníficas instalaciones deportivas de “La Ciudad de la Alegría”, gran esfuerzo económico al que no es ajena, entre otros, la Comunidad Autónoma Valenciana.

En el campo socio-sanitario, el Proyecto se ha volcado en el Centro Palencia para niños desnutridos, de extraordinaria utilidad y eficacia, en la ayuda al “Microhospital” o Centro de Salud Virgen Milagrosa, y en los comedores anejos a las Parroquias, que facilitan más de 700 comidas diarias, entre otros, a los niños más necesitados de los colegios del Plan, al tiempo que imparten una impagable labor formativa, higiénica y culinaria, a las madres de estos mismos niños.

En este contexto, nuestra experiencia en el Plan 3000, aunque unitaria, global e inseparable en todos sus aspectos, se ha desarrollado en varios planos paralelos de difícil disección. El destino del grupo era el Microhospital Virgen Milagrosa, organizado, gestionado y dirigido con eficacísima mano de hierro por la Hermana Juana Arencibia, dominica oriunda de Las Palmas de Gran Canaria. El objetivo primordial de la misión, dotar al Centro, desde todos los puntos de vista, de una infraestructura y una asistencia quirúrgicas de las que prácticamente carecía.

Como única internista integrada en un grupo esencialmente quirúrgico, no he tenido la oportunidad de compartir espacio ni “horario laboral” con mis colegas, así es que mi experiencia ha sido algo distinta. En primer lugar, me encargaba de los problemas específicos del área de urgencias, y prestaba mi apoyo en el pre y post-operatorio de aquellos pacientes quirúrgicos que requerían un control específico. Me hice cargo fundamentalmente de la atención y asistencia primaria de los indigentes que acudían al Microhospital, y de una especie de botiquín anejo a la Parroquia de Urkupiña, barrio marginal dentro de la marginalidad de todo el Plan 3000, situado a unos 8 o 10 kilómetros de la instalación hospitalaria, atendido por una religiosa misionera brasileña, profesional del magisterio, y absolutamente desprovisto de asistencia médica a todos los niveles.

La descripción de mi experiencia profesional, en este contexto, no puede limitarse a la enumeración y descripción de las patologías que se presentan en el primer escalón de la asistencia médica, y sus diferencias con las que actualmente atendemos en la superprotegida sociedad de nuestro estado de bienestar. El primer choque, las primeras sorpresas, las primeras desorientaciones, se derivan por una parte de los problemas de higiene, causa determinante de las patologías más frecuentes, pero sobre todo, del diferente plano y el diferente lenguaje en que tiene lugar esa relación y diálogo singular que constituye el “acto médico”. El paciente de la sociedad desarrollada acude

a nosotros exigiendo su derecho a la salud, derecho que por supuesto le asiste, y debemos atender su exigencia, no sólo porque nos lo demanda un imperativo vocacional, sino porque hemos contraído con la sociedad protectora un compromiso profesional y una obligación contractual. La inter-relación médico-enfermo deja de ser paternalista, pero se convierte en un intercambio de haberes y saberes, trufado de exigencias, derechos adquiridos y temores a demandas judiciales, que obligan a una carísima medicina defensiva y complaciente, que no creo que redunde en beneficio del individuo, y mucho menos en el de la sociedad.

El indígena marginal y marginado, integrante de más del 80% de la población boliviana actual, no acude a “consultar” al médico o al personal sanitario, viene a pedir ayuda, auxilio, en una situación de franca inferioridad, de extrema necesidad, desde un plano tan alejado y una impotencia tal, que dejar sin satisfacción su demanda supondrá, casi con absoluta seguridad, la insalubridad, la mutilación o incluso la muerte. En estas circunstancias, el diálogo médico-enfermo, desde los primeros cambios de impresiones en la confección de la historia clínica, hasta las últimas recomendaciones y consejos terapéuticos, adquiere imperceptible e irremediablemente un tono paternalista, protector, desde un plano de, por evidente, irrenunciable superioridad, que repugna en cierto modo a nuestras conciencias “civilizadas”, pero que admite y demanda con naturalidad el enfermo indigente y desprotegido, en una sociedad que no contempla la protección de la salud de sus individuos como una de sus prioridades.

Las deficiencias higiénicas y sanitarias determinan una gran parte de la patología que es sujeto de atención en la asistencia primaria. Todo tipo de parásitos encuentran en el Plan 3000 campo fértil y abonado para su crecimiento y propagación. Sarna, Pediculosis, Tiñas, Impétigos, “carachas”,.... pueblan la epidermis y la dermis de tantos resignados pacientes, acomodados a su problema “superficial”, que las preparaciones de Permetrina, preparadas cada mañana con las fórmulas que me había facilitado previsoramente una generosa farmacéutica malagueña, encontraban indicación terapéutica sin dilación. Junto con las parasitosis intestinales, constituyen sin duda el grueso de la consulta de atención primaria en el Plan 3000, seguidos muy de cerca por las diarreas, desnutriciones y deshidrataciones, sobre todo en el caso de lactantes, y de un variadísimo catálogo de heridas y traumatismos, objetivos terapéuticos también de la Medicina General en aquellas latitudes. A este respecto, es interesante reseñar el gran número de heridas por mordedura de perro, con sus consabidas complicaciones, y aunque no se presentó, afortunadamente, ningún caso de rabia durante nuestra estancia, tuvimos constancia de que es un problema frecuente y fuera de control, con programas de vacunación deficitarios y absolutamente insuficientes.

Panadizos, “uñeros”, quemaduras y suturas superficiales, han convertido en avezadas profesionales a voluntariosas auxiliares locales, que agradecen con entusiasmo toda la información y ayuda que se les facilita, y nos enseñan como contrapartida cómo se ahorra hilo de sutura, gasas, vendas, esparadrapo..., aunque quizás consideran un desperdicio tanto antiséptico y

nuestra insistencia en la correcta dosificación y pautas de administración de los tratamientos con antibióticos.

Los drenajes de “pichichis” (abscesos, ántrax, hidrosadenitis..., casi siempre mayores que una ciruela, y con frecuencia múltiples), de las más diversas localizaciones, proporcionan en ocasiones la oportunidad de volver a ver el típico pus caseoso, sobre todo en los de cuello, mayoritariamente tuberculosos. En este punto, es interesante reseñar que la Cruz Roja Alemana se ha hecho cargo con extraordinaria eficacia de la detección y tratamiento, totalmente gratuitos, de esta patología, endémica en la zona, y es muy posible que los resultados de esta labor sean francamente positivos a medio plazo, si se consigue concienciar a la población de la necesidad de completar los tratamientos, tarea complicada si se tiene en cuenta la dificultad de sensibilizar a pacientes convencidos de que sólo lo que pagan es efectivo.

Naturalmente, las infecciones de vías respiratorias altas, las urinarias, las complicaciones de la diabetes y de la hipertensión arterial, las agudizaciones de la EPOC..., mayoritarias en las consultas de atención primaria de nuestro medio, no están ausentes en Bolivia, pero quedan en parte diluidas en el maremágnum de todo lo anterior. Tanto la Diabetes como la HTA suelen ser hallazgos casuales en el transcurso de una exploración por otro motivo, y por supuesto, tanto su tratamiento como el correcto seguimiento de su evolución son absolutamente minoritarios, inaccesibles para la mayoría, e incluso innecesarios en su concepto, puesto que todo aquello que no duele o no invalida no es objeto de atención, y mucho menos se le puede dedicar un desembolso económico.

Otro tanto se puede decir de los problemas odontológicos, prácticamente universales en la sociedad boliviana, y desde luego espectaculares en el Plan 3000, hasta tal punto, que sólo este problema merecería ya un estudio específico de sus causas y un proyecto concreto para su prevención y su tratamiento.

Conjuntivitis crónicas, bocios, varices, edemas y ascitis de diversa etiología, etc., etc., son hallazgos exploratorios, rara vez motivo de consulta, por motivos fácilmente deducibles de lo ya expuesto.

Una mención específica merecen las Cardiopatías, y fundamentalmente su origen etiológico, puesto que ante toda insuficiencia cardíaca no debe obviarse la posibilidad de una enfermedad de Chagas, relativamente frecuente en esas latitudes y fácilmente comprobable si se piensa en ella. El Paludismo, en cambio, a pesar de nuestra prevención inicial, no es frecuente en Santa Cruz, y en cuanto a otras enfermedades específicas de estas latitudes, posiblemente debido al corto periodo de permanencia, no ha habido oportunidad de diagnosticar ningún caso concreto.

Otro dato diferencial importante estriba en la ausencia casi total de ancianos; esa eufemística tercera edad que llena nuestras consultas de país desarrollado no aparece por ninguna parte en el Plan 3000, fundamentalmente porque la vida media es mucho más corta. Las condiciones de vida, y quizás

también razones étnicas, determinan un envejecimiento precoz, pero los “ancianos” que acuden a las consultas no suelen superar los 60 años. No es extraño, por consiguiente, que tanto los procesos degenerativos como los ligados a edades longevas, se vean con mucha menor frecuencia. Por otra parte, ni los dolores articulares provocados por la artrosis, ni la preocupación por una posible elevación del colesterol, ni los problemas circulatorios, constituyen allí causa suficiente para realizar una consulta médica. Muchísimo menos si, además, supusiera un desembolso económico.

Este último aspecto está claramente en la base del problema socio-sanitario. En teoría, el estado boliviano subvenciona la vacunación elemental, la asistencia médica de los lactantes, hasta los dos años, y hasta los cinco en el caso de las diarreas. Existe en Santa Cruz un hospital “público” infantil (70 camas para una ciudad de un millón de habitantes censados), en el que el paciente o su familia deben aportar, desde sus propios alimentos, hasta la medicación, sueros, material de curas, etc., etc. Gratuidad teórica. A partir de ahí, toda la asistencia médica es absolutamente privada, y con unos niveles de precios que superan ampliamente los de Europa. El que no dispone de dinero suficiente y no tiene cerca alguna organización humanitaria extranjera, bien se cura espontáneamente, bien arrastra su enfermedad o su trauma mientras la naturaleza lo permite, o bien, en el peor de los casos, fallece ante la indiferencia de una sociedad y una familia en las que la vida y la muerte ocupan en la escala de valores niveles muy distintos a los nuestros.

La experiencia está todavía tan cercana en el tiempo, que es difícil dejar de aludir a casos puntuales, que no pueden considerarse tan sólo anecdóticos, desde el momento en que se ponían en juego vidas humanas, y que además de tocar nuestras fibras más sensibles, pueden servir para ilustrar la experiencia. Como el del niño de 10 años, con una peritonitis por apendicitis aguda de varios días de evolución, prácticamente abandonado por el padre tras considerarlo caso perdido por falta de “plata” para la operación; afortunadamente, salió del Microhospital algunos días más tarde con una magnífica cicatriz de laparotomía. O como Yerko, el pequeño aymará de dos meses, cianótico, en insuficiencia respiratoria terminal por una bronconeumonía aguda, dejado a su suerte en el “awayo” de su madre (20 años, tuberculosa, tres hijos), que acude resignada al comedor del Proyecto Hombres Nuevos, hasta que la cooperante voluntaria que la atiende escucha con alarma los sonidos del bebé, estuporoso entre las trenzas de la “cholita”, e intuye que a la vida de Yerko se le puede dar aún una oportunidad. O como Eulogio, 27 años, con una hemorragia post-operatoria que lo deja en shock y 9% de Hematocrito, sin posibilidades de transfusión convencional, pero con la sangre de todos los voluntarios disponible y el instrumental quirúrgico en acto de servicio, hasta que la tensión arterial se recupera y el tubo de hematocrito eleva la línea roja. O como Jessica, 5 años, con el 25% de la superficie corporal quemada y una madre que se resiste a llevarla al Centro por si le cobran los apósitos. O como el pequeño guaraní caquéctico, con una tumoración en epigastrio que resultan ser parásitos, o la joven madre de seis hijos deshidratada tras una diarrea de cinco meses, o la niña de 18 meses violada. Y así hasta una media de 35 a 40 casos diarios, durante 30 días que pasaron muy deprisa, pero llenaron de contenidos un mes inolvidable.

La organización social en el Plan 3000, si bien gira alrededor de la familia, presenta también características propias, derivados en gran parte de los problemas urbanísticos y de vivienda, y origen a su vez de otro gran grupo de patologías. Hacinamiento y promiscuidad son claves para entender el sistema de vida. Chabolas de 20–30 metros cuadrados, con una sola estancia, pueden acoger familias o grupos de familias numerosas, que comparten uno o dos colchones (duermen “trenzados” para no caerse), y, en el mejor de los casos, disponen de una bombona de gas en un rincón y un grifo en el exterior; alguna letrina los más privilegiados. Las deficiencias higiénico-sanitarias dan lugar a patologías a las que ya he aludido, y el hacinamiento a problemas sociales difíciles de afrontar.

Las adolescentes suelen tener su primer hijo a los 13 o 14 años, a veces de padre desconocido, o incluso concebido en la misma unidad familiar. La mujer, infravalorada, puede encontrarse ya a los 18 o 19 años con dos o tres hijos y abandonada por su primera pareja. A los 30, es una múltipara a cargo de una numerosa prole, avejentada, resignada, y sin ningún tipo de protección social. Su único medio de supervivencia es el trueque, el pequeño comercio, un trabajo esporádico, o la ayuda de una ONG.

En este escenario, el alcoholismo, las enfermedades de transmisión sexual, los prolapsos uterinos..., constituyen sendos problemas endémicos, que no pueden separarse de sus causas ni de sus consecuencias. Precisamente otro de los objetivos de nuestro grupo se centró en colaborar con un programa de educación sexual en todos los colegios de Proyecto Hombres Nuevos, idea que surgió al detectarse varios casos de Gonococia, en niños de 14 a 16 años, al efectuar las exploraciones previas a intervenciones de fimosis. Las dinámicas de grupo organizadas por los psicólogos, junto a las charlas divulgativas sobre métodos anticonceptivos y prevención de enfermedades venéreas, constituyeron otra de las actividades colaterales del equipo.

Ha sido una experiencia dura, sin duda, pero también gratificante desde muy diversos puntos de vista. En primer lugar, por la autojustificada sensación de haber sido útil, pero también por el reencuentro con una patología semiolvidada, con unas técnicas durante largo tiempo aparcadas, con unos conocimientos refrescados, con la Medicina en otro contexto, con la cara más humana de una profesión que, al tecnificarse y socializarse, ha perdido una buena parte del carácter casi terapéutico que puede tener la simple relación médico-enfermo. Hace mucho tiempo que no reconocía conscientemente el carácter vocacional de esta profesión, la faceta más hermosa de lo que hago todos los días. Ha sido necesario pasar un mes en Bolivia, en el Plan 3000 de Santa Cruz de la Sierra, para reencontrar una realidad tan gratificante.

Me resisto a poner punto final a estos recuerdos sin aludir al fundamental papel que han jugado las relaciones humanas. He hablado de los pacientes, pero ha habido otros tres niveles de relación que no se pueden omitir. En primer lugar, creo con sinceridad que el éxito de la misión, si tal ha sido, se debe fundamentalmente al espíritu de unión, y al ferviente deseo de que todo saliera bien, por parte de todos los integrantes de la expedición. En un grupo heterogéneo en tantos sentidos, cualquier tentación de protagonismo, de imposición de criterios, de individualismo o de ventajismo, ha sido sustituida imperceptible y unánimemente por un espíritu tolerante y un afán de cooperación que han superado con creces todas las dificultades inherentes a una convivencia tan estrecha. Cada uno con su personalidad y desde su responsabilidad, ha apoyado y defendido, por encima de todo, el resultado conjunto de la misión, tanto desde el punto de vista del objetivo principal, como a la hora del cambio de impresiones alrededor de la mesa, ante el plato de "milanesa de pollo", de "chuño", de "arroz con queso", de yuca....; tanto durante las interminables sesiones de quirófano, como en el asueto dominical, incluso con las incomodidades del "surazo" o la presión del "soroche".

Carlos Huelin, contagiándonos constantemente su impagable optimismo, y el otro Carlos, liándonos a todos en inverosímiles tareas. Miguel, histerectomía tras histerectomía, siempre con el ingenio al acecho, con la ocurrencia divertida, oportuna y en el momento preciso. África, la hormiguita ordenada y eficaz, siempre al pie del cañón. Montse, con la libreta en la mano y la sensibilidad a flor de piel. Jesús, encontrando su sitio donde menos lo esperaba, junto al aparato de anestesia. Y los jóvenes, Elena, Luis y Carlos, siempre disponibles y dispuestos, impactados, quizás incluso traumatizados por una dura realidad circundante, ante la que su juventud exige soluciones radicales e inmediatas, despierta la rebeldía y busca responsabilidades.

Hemos vivido juntos una experiencia imborrable. Se han reforzado amistades y han surgido otras nuevas. El tiempo dirá si, para algunos de nosotros, ha habido un antes y un después de Bolivia.

Por otra parte, la gratificante relación que surgió entre todos los componentes del grupo y el personal del Microhospital, ha constituido, además de una magnífica experiencia, una baza importante a la hora de evaluar los resultados. Imposible pasar por alto la figura de Sor Juana Arencibia, personalidad carismática, alma y efficacísima voluntad férrea, no sólo del Microhospital, sino de una gran parte de todo el Proyecto Hombres Nuevos, sobre todo en su rama asistencial y social. Ha dedicado muchos años de su vida a esta marea humana que deambula por la "Rotonda" del Plan 3000, y el Microhospital es, sin duda, no sólo su obra más personal y sobresaliente, sino una parte de ella misma. Fachada dura y sensibilidad bien camuflada, multifacética, increíble capacidad de trabajo y de gestión, hacen de esta canaria universal un personaje digno de mucha mejor pluma, que podría muy bien tomarse como ejemplo de ese anónimo cuerpo de misioneros y voluntarios que, sin ningún afán de protagonismo, sin ninguna de las gratificaciones que entendemos como tales en este lado del mundo, dedican sus vidas a un prójimo distante y distinto, que sólo con mucha ayuda y mucha paciencia

conseguirá salir de esa arena y ese barro, del que nos hemos librado de entrada una minoría privilegiada de la humanidad, sin más mérito que el azar.

Junto a Juana, la Hermana María Titirico, boliviana del Altiplano, orgullosa de sus raíces, inteligente y polifacética, magnífica enfermera e inolvidable conversadora, y las “licenciadas” Daisy, Benita, María, Felisa..., y Doña Olga, y Daraí, y Vicky, y Doña María, nuestra Doña María, sin cuya colaboración en la cocina no habríamos mantenido niveles de glucemia suficientes para seguir pensando y trabajando, aunque tampoco tendríamos esos kilos de más que ahora nos martirizan. Eramos conscientes de que estábamos exigiendo a todo el personal un ritmo de trabajo insólito, una actividad desacostumbrada, pero también es cierto que sus expectativas con respecto a nosotros, su entusiasmo y su colaboración, contribuyeron a potenciar nuestras ilusiones.

No puedo cerrar estos recuerdos sin mencionar al grupo de cooperantes españoles que, con Nicolás Castellanos a la cabeza, da vida y configura la estructura total del Proyecto Hombres Nuevos. Es cierto que el voluntariado es un fenómeno en auge en las sociedades desarrolladas; precisamente en encauzarlo y conducirlo con eficacia debe estribar una de las mayores dificultades de las ONG, y es posible que en esta faceta radique el éxito de Nicolás Castellanos y sus Hombres Nuevos. Todo el Plan 3000 está sembrado de casitas de voluntarios, modestísimas y rodeadas de miseria, pero en las que reina una envidiable atmósfera de alegría, entusiasmo, tolerancia y versatilidad. Todos, mayoritariamente jóvenes, son bien acogidos, se buscan una tarea, colaboran en lo que saben o pueden, y, al mismo tiempo que ayudan en la medida de sus posibilidades, toman conciencia de una realidad, amplían sus propios horizontes, enriquecen su personalidad y, sobre todo, se ayudan a sí mismos. Para la mayoría puede ser “tan sólo” una experiencia muy valiosa, pero hay algunos casos en los que el gesto va mucho más allá. Cuando en ese momento, clave en la vida de cada uno, en que se va a iniciar una actividad laboral o profesional, una persona decide interrumpir su trayectoria para dedicar una temporada, más o menos larga, al voluntariado, la decisión lleva consigo una serie de renunciaciones que exigen, sin duda, una reflexión y un compromiso.

Hemos conocido personas extraordinariamente válidas en el Plan 3000, jóvenes demostrando día a día su gran madurez, con una capacidad de gestión y una iniciativa que los convertiría en firmes candidatos a muy buenos puestos de grandes empresas. Dedicar meses, incluso años, a una actividad que no les va a reportar nada en lo material, que incluso puede retrasar su trayectoria profesional, pero que sin duda va a sumar muchos activos en la cuenta de resultados de su humanidad. Más arriba me preguntaba si para alguno de nosotros habrá un antes y un después de Bolivia; en las vidas de estos cooperantes, de Coral, de Cecilia, de Jenny, de Fernando, de Cristina..., es absolutamente seguro que sí que habrá un antes y un después de Bolivia, un antes y un después del Plan 3000.

MEMORIA DEL PROYECTO DE APOYO MÉDICO-QUIRÚRGICO

II Fase: AGOSTO-SEPTIEMBRE 2002

**EN EL MICROHOSPITAL VIRGEN MILAGROSA
DEL BARRIO “PLAN 3000” DE SANTA CRUZ DE LA SIERRA
Y EN EL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES
DE IBUELO, EN EL CHAPARE**

DRA. L. GARCÍA ARÁNGUEZ

En esta memoria de la segunda fase del proyecto médico-quirúrgico que se inició en Julio 2001 en Bolivia ¹, se deben hacer constar algunos factores diferenciales con respecto a la primera, y sobre todo, que en esta ocasión la actividad se ha extendido también al Hospital San Martín de Porres, de Ibuelo, en el Chapare cochabambino, con condicionantes geográficos, sociológicos y de infraestructura, que han modificado y enriquecido sensiblemente nuestra experiencia.

En el equipo de profesionales desplazados se han integrado en esta ocasión: dos cirujanos, dos residentes de cirugía, dos anestesiistas y un médico general. De los siete, tres repetíamos experiencia, mientras que el resto se incorporaban por primera vez al proyecto, con toda la carga de ilusión, entusiasmo, generosidad y curiosidad que despierta lo nuevo. Los cirujanos y residentes procedían del mismo Servicio hospitalario (Cirugía del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga), mientras que el resto proveníamos de medios distintos. A pesar de ello, ha existido la suficiente compenetración y buena voluntad por parte de todos como para que, tanto la estrecha convivencia que exigían las condiciones de habitabilidad y la dureza de los desplazamientos, como los resultados del trabajo en equipo que teníamos que desarrollar, no se hayan visto afectados por la disparidad de procedencias.

Hemos trabajado mucho, y a tenor de los resultados, bien. Creemos haber resuelto mediante tratamiento quirúrgico los problemas patológicos de 148 pacientes de escasos o nulos recursos económicos que, dadas las condiciones socio-sanitarias de la población boliviana en general, y del Plan 3000 de Santa Cruz de la Sierra en particular, no habrían tenido posibilidad alguna de someterse a tratamiento, y continuarían arrastrando su enfermedad, con su proceso evolutivo, con sus agudizaciones y / o con sus posibles complicaciones, mientras su naturaleza y el medio les permitiese seguir viviendo.

Se han atendido así mismo alrededor de 480 consultas externas de Medicina General, en las que solamente se han excluido los problemas ginecológicos y la Pediatría, especialidades ambas cubiertas en los dos hospitales por profesionales bolivianos. El tratamiento médico de estos pacientes ha sido posible gracias a la desinteresada y generosa colaboración de las Licenciadas Onieva y Galiano, ambas farmacéuticas, que nos donaron con este fin todos los medicamentos genéricos que calculamos previamente que íbamos a necesitar, basándonos en la experiencia del año pasado.

Hemos contado así mismo con la aportación desinteresada de instrumental y de material quirúrgico desechable, por parte de determinadas firmas comerciales especializadas, sin cuya ayuda no se habría podido poner en práctica el programa previsto.

¹ Ver la MEMORIA correspondiente a la I Fase, "UN MES EN BOLIVIA"

MICROHOSPITAL VIRGEN MILAGROSA PLAN 3000 SANTA CRUZ DE LA SIERRA

Tanto la impactante realidad socio-económica y urbanística del Plan 3000 de Santa Cruz, como las peculiaridades de la relación médico-enfermo en aquel medio y la inestimable labor educativa y sociológica de la Fundación “Hombres Nuevos” y su ejército de voluntarios, se reflejó ya ampliamente en la Memoria correspondiente a la primera parte de nuestro Proyecto. Nos remitimos a ella así mismo para todo lo referente a las consultas externas de Medicina General y especialidades no quirúrgicas, ya que la patología que hemos tenido oportunidad de ver y tratar no ha variado sensiblemente de la primera a la segunda campaña.

Además, en esta segunda parte del proyecto, se trataba esencialmente de consolidar en el Microhospital Virgen Milagrosa el servicio quirúrgico puesto en marcha el año anterior, de revisar, poner a punto e incrementar, todo el material, instrumental y aparatos que se había instalado el verano precedente, y aprovechar la labor terapéutica que se iba a realizar, para consolidar la labor formativa y el aprendizaje de los profesionales locales, fundamentalmente en las técnicas de cirugía laparoscópica.

Guiados por estos fines, se han operado, en 34 sesiones quirúrgicas, un total de 115 pacientes, muchos de los cuales presentaban patologías asociadas, que, siempre que ha sido posible, se han resuelto en un solo acto quirúrgico.

La patología de las VIAS BILIARES ocupa el primer lugar en el número de casos intervenidos, con un total de 47 pacientes. Conviene hacer constar que en la inmensa mayoría de estos enfermos, su historia de Colelitiasis se remontaba a varios años (a veces, hasta treinta o cuarenta), que en muchos casos debutaba ya en la adolescencia, con episodios frecuentes y floridos de Colecistitis, y que el tratamiento de estos últimos se limita en Bolivia, en el mejor de los casos, a la administración de fluidoterapia durante unas pocas horas y a la administración ocasional de algún antibiótico y/o analgésico (suponiendo que el paciente disponga de los pesos necesarios para “cancelar” la cuenta de la farmacia que, paradójicamente, en el país que presenta la RPC más baja de Hispanoamérica, sería bastante más elevada que en cualquiera de nuestras boticas).

El evidente desbalance calórico-proteico en la dieta de los estratos más bajos de la sociedad boliviana, con ingesta desproporcionada de calorías procedentes de carbohidratos (arroz, patata, yuca...) y de grasas animales, en detrimento de las proteínas, favorece la presentación muy precoz de estas

patologías de las vías biliares, la frecuencia de los episodios de agudización, y, paradójicamente una vez más para un país con población mayoritaria en niveles de pobreza, una frecuencia sorprendente de casos de obesidad mórbida.

Una historia clínica tan prolongada, junto a unos estudios ecográficos preoperatorios bastante deficientes, convierten la intervención quirúrgica de las vías biliares en un procedimiento mucho más complejo de lo que es habitual en nuestro medio. Vesículas esclero-atróficas, fistulizaciones biliares a duodeno y/o colon, un peritoneo visceral engrosado y de consistencia, cuando menos, entorpecedora, pus a presión en el interior de la vesícula o cálculos en el colédoco, han sido sólo algunas de las circunstancias que han dificultado la labor de los cirujanos en la mayor parte de los casos.

Todos estos pacientes se han operado bajo anestesia general, y en cinco de ellos se eligió de entrada el procedimiento abierto, dadas las complicaciones técnicas que la historia clínica permitía prever. En otros tres casos hubo que reconvertir la vía laparoscópica y terminar la operación mediante laparotomía, también como consecuencia de las dificultades técnicas derivadas de la cronicidad del proceso y/o de su asociación con otras patologías. En el resto de los casos (39) se eligió y culminó la intervención por vía laparoscópica, que, en el medio en el que nos movíamos, añadía a las ventajas de la técnica universalmente admitidas, la utilización de la óptica como procedimiento diagnóstico, la minimización del dolor post-operatorio, con el consiguiente ahorro de analgesia, y, sobre todo, la disminución del tratamiento y de la estancia hospitalaria en el post-operatorio inmediato, fundamental en nuestro caso, dada la necesidad de movilizar rápidamente el escaso número de camas con que contábamos.

De hecho, el post-operatorio hospitalario osciló entre 24 y 48 horas en la mayor parte de los casos, dado que la morbilidad fue, afortunadamente, escasa. En una paciente tuvimos que lamentar la ruptura accidental del colédoco, que se resolvió mediante sutura y colocación de un tubo en T en el mismo acto quirúrgico, tras la oportuna reconversión. No hubo más complicaciones dignas de mención en este periodo, y el resto del post-operatorio se siguió en consulta ambulatoria hasta la retirada de puntos. En cuatro casos se detectaron pequeños seromas, siempre en la sutura correspondiente al ombligo, que no plantearon mayor problema.

De estos 47 pacientes colecistectomizados, cinco presentaban además hernias o eventraciones a distintos niveles de la pared abdominal, que se trataron también en el mismo acto operatorio.

Precisamente en la patología o la simple debilidad de la pared abdominal estribaba el problema de todos los pacientes que integraban el segundo grupo de los operados en Santa Cruz en esta fase del proyecto:

HERNIAS INGUINALES, INGUINO-ESCROTALES o CRURALES, 29 casos, de los cuales, cuatro eran bilaterales. Conviene resaltar el gran tamaño, en general, de estas hernias, con periodos de evolución muy prolongados en el

tiempo, y en algunos pacientes con pérdida ya del derecho a domicilio. En el caso de las ínguino-escrotales era muy llamativa la gran dilatación de la bolsa, que podía llegar hasta la mitad del muslo, habiendo tirado de la piel hasta tal punto que podía perderse prácticamente el relieve del pene. Se operaron los 29 enfermos con técnicas convencionales, utilizando mallas de prolene, y, prácticamente todos mediante anestesia raquídea. Uno de ellos presentó en el post-operatorio inmediato un hematoma en el escroto, que se resolvió con reposo y tratamiento conservador. Un segundo paciente tuvo que ser reoperado, por presentar una hernia crural secundaria a la corrección de la primitiva inguinal. El resto se revisó en consulta ambulatoria hasta la retirada de puntos de sutura, sin morbilidad reseñable.

HERNIAS UMBILICALES. Grupo integrado por 11 pacientes. Generalmente, eran mujeres extraordinariamente obesas, y evolucionaron todas ellas sin incidencias dignas de mención, salvo que en cinco de ellas se produjeron infecciones de la herida operatoria, que atribuimos a las deficiencias higiénicas propias del medio, y determinaron la administración profiláctica de antibióticos en el resto de los casos.

LAPAROCELES gigantes presentaban nueve pacientes, muchos de ellos acompañados también de Hernia Umbilical. Referían todos una historia clínica larga y procelosa, en las mujeres mayoritariamente con antecedentes ginecológicos (repetidas cesáreas, histerectomías con post-operatorios tormentosos, etc.) y en los hombres con episodios de peritonitis, apendicitis gangrenadas, heridas de arma blanca con complicaciones intra-abdominales, etc.. Se utilizaron para su reparación grandes mallas de Prolene, y en todos los casos el post-operatorio transcurrió sin incidencias.

Cuatro pacientes que presentaban sendas **HERNIAS EPIGASTRICAS** cierran la serie de la patología de pared abdominal. De tamaño variable, se intervinieron todas bajo anestesia general, y evolucionaron muy bien.

En esta segunda fase del proyecto se ha iniciado también el estudio y tratamiento de la **PATOLOGÍA DEL TIROIDES**, y se han operado seis casos de **BOCIOS** eutiroideos, de muchos años de evolución, y todos ellos de gran tamaño. Ya constatamos en la etapa anterior, y así lo hicimos constar en la correspondiente memoria, que en el Plan 3000 de Santa Cruz de la Sierra todo aquello que no duele o no produce una gran impotencia funcional no suele ser motivo de consulta médica. No puede extrañar, por consiguiente, que el portador de un bocio eutiroideo no se considere enfermo hasta que la deformidad de su cuello ha adquirido proporciones suficientes como para dificultar los movimientos y provocar dolores cervicales. Los seis pacientes que llegaron al hospital con esta patología se estudiaron y fueron intervenidos quirúrgicamente bajo anestesia general, sin incidencias dignas de mención.

Por último, nueve pacientes más fueron tratados de diferentes patologías: dos casos de **APENDICITIS AGUDA**, una **MAMA AXILAR SUPERNUMERARIA**, un **QUISTE DEL CONDUCTO TIREO-GLOSO**, un **LIPOMA abdominal**, una biopsia de **MAMA**, una **FIMOSIS**, la extirpación de un testículo atrófico por **CRIPTORQUIDIA**, y una **HEMORROIDECTOMÍA**. En todos ellos, el post-operatorio fue breve y sin incidencias.

El grado de actividad generado por la organización, gestión, diagnóstico y tratamiento de todos estos pacientes, en un periodo de tiempo relativamente corto, y en un medio en el que, normalmente, la cirugía es una actividad esporádica, no habría sido posible sin la enérgica colaboración y el entusiasmo de todo el personal del hospital, desde su directora, la voluntariosa y eficacísima Hermana Myrna, hasta las incansables limpiadoras, pasando por unas preparadísimas enfermeras, auxiliares, etc., etc., que no sólo no han contabilizado el exceso de horas de trabajo necesarias para llevar a buen puerto el programa previsto, sino que se han sentido estimuladas, e incluso depositarias, de una labor que debe continuar.

De forma recíproca, tanto el entusiasmo y la eficaz colaboración del personal hospitalario, como el ejemplo de todos los voluntarios de la Fundación "Hombres Nuevos", con Nicolás Castellanos a la cabeza, constituyen para todos nosotros un estímulo impagable, que junto a las imágenes imborrables del Plan 3000 y a las miradas suplicantes y agradecidas de nuestros pacientes, harán muy difícil rehuir esa tarea tan gratificante que supone dedicar unas pocas semanas a ayudar a algunas de esas personas que, en su ir y venir, contribuyen a componer esa peculiar e impresionante película de la vida en ebullición que se rueda todos los días en la Rotonda del Plan 3000.

HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES

IBUELO -- CHAPARE

DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA

La colaboración durante la primera fase de este proyecto, en Santa Cruz, con la Hermana María Titirico, enfermera, de la congregación de Religiosas del Amor de Dios, nos dio la oportunidad de conocer la existencia de un pequeño hospital aislado, en la provincia del Chapare (Departamento de Cochabamba), que ha llegado a ser centro de referencia para todo el trópico cochabambino, y, como tal, atiende a una población fluctuante entre 150.000 y 300.000 personas (cifras muy imprecisas, dadas las características de la zona y las imperfecciones del censo), extraordinariamente dispersa, y en muchas ocasiones aislada en pequeñas comunidades indígenas, con unas vías de comunicación que, en la mayor parte de los casos, se reducen a la navegabilidad de los ríos.

El Hospital San Martín de Porres, de Ibuelo, organizado, gestionado y dirigido con rigor y efectividad germánica (y, sobre todo, con muchísimo “Amor de Dios”), por la Hermana Waltraud Gedell, ha ido creciendo con ella desde hace 23 años, desde una sencilla “posta sanitaria”, hasta una ejemplar y modesta instalación hospitalaria de veinte camas, que cubre la atención primaria de la población. Cuenta para ello con un médico general, una pediatra y una ginecóloga, en régimen real de internado, que disponen de un modesto aparato de Rayos X, un pequeño departamento de recuperación nutricional para niños desnutridos, un laboratorio clínico muy aceptable (financiado por la cooperación italiana), una sala de partos, y un amplio y luminoso (luz natural) quirófano casi vacío, en el que habitualmente tan sólo se practican cesáreas. Todo paciente que precisa ser sometido a una exploración complementaria distinta (una rutinaria ecografía), o a cualquier intervención quirúrgica, desde una simple apendicectomía, debe desplazarse a Cochabamba (cinco horas por carretera de montaña, “ripiada” en muchos tramos), o a Santa Cruz de la Sierra (cuatro a cinco horas, si los controles interprovinciales y los “leopardos” del narcotráfico lo permiten). Esto en el caso, muy improbable, de que cuente con medios económicos y posibilidades tácticas para semejante viaje.

El conocimiento de esta realidad hizo que nos planteáramos la posibilidad de extender nuestro trabajo al Chapare, en esta segunda fase del proyecto. Inicialmente, con la única finalidad de dotar al quirófano del instrumental necesario, e iniciar una actividad quirúrgica que resolviera los problemas más apremiantes, pero, sobre todo, que sirviera como raíz de un futuro Servicio de Cirugía, del que tan necesitada está la zona. Con este fin,

nos hemos desplazado en tres ocasiones, desde Santa Cruz, al Hospital San Martín de Porres de Ibuelo, aprovechando las pausas de fin de semana.

Afortunadamente, los 300 kilómetros que separan ambos puntos cuentan con la que, casi con total seguridad, es la mejor carretera de Bolivia, a pesar de lo cual, son necesarias entre cuatro y seis horas para cada desplazamiento, sin contar incidencias, desvíos, controles, barreras, “rompe muelles”, etc., etc.

El Chapare cochabambino nos sorprendió y cautivó nuestro interés desde el primer momento, por unas peculiaridades geográficas y sociológicas que lo diferencian sensiblemente de los llanos de Santa Cruz, y que, en cierto modo, han marcado también diferencias en nuestra misión.

A medida que nos acercamos a la zona tropical, el arenal y la gran sabana cruceña empieza a ondularse, de manera casi imperceptible al principio, de forma mucho más abrupta después, poblándose al mismo tiempo de una vegetación prodigiosa, cada vez más espesa, donde los espectaculares y coloristas tajibos, ceibos y toboroches de los llanos, van dando paso a un bosque cada vez más húmedo e impenetrable, que sólo se abre de vez en cuando para dejar paso a numerosos y caprichosos ríos, o, en puridad de criterios, a sus anchos y sinuosos cauces, puesto que estamos en el seco invierno austral. Afirman los misioneros italianos (gracias a cuyos todo-terrenos podemos desplazarnos y transportar el equipo) que la mancha de selva tropical del Chapare es, probablemente, la mayor, y el más genuino bosque húmedo de toda la Amazonía. En Villa Tunari, a pocos kilómetros de Ibuelo, el río San Mateo confluye con el Espíritu Santo, para formar el caudaloso Chapare. Ahora fluyen despacio, buscando al Madre de Dios, y al Amazonas después, pero en la época de lluvias arrasan cuanto se interpone en su camino, arrastrando rocas como montañas y árboles centenarios, y modificando su cauce si es necesario, hasta provocar las grandes catástrofes naturales que, cuando llegan a nuestros oídos europeos, a miles de kilómetros de distancia, y a siglos de desarrollo, nos dejan casi indiferentes, después de prestarles unos minutos de espantada atención.

Algunos empinados kilómetros y 2.000 ó 3.000 metros más arriba, esta espectacular mancha verde y húmeda se va a convertir en el seco, árido y frío altiplano andino, marcando algunas de esas extraordinarias diferencias, contrastes, y riqueza paisajística y natural que caracterizan a Bolivia.

Como es lógico, las peculiaridades geográficas, económicas y políticas del país, condicionan y modifican sensiblemente las características sociológicas de cada región, dato fundamental a la hora de entender su estructura y necesidades en el campo de la salud y de la asistencia sanitaria.

La colonización del Chapare comienza aproximadamente hacia la década de los 60, y está integrada mayoritariamente por indígenas bolivianos de distintas procedencias. El cierre de las minas del Altiplano empujó a muchas familias “kollas” hacia tierras bajas, pero también de los valles y de los llanos orientales llegaron gran cantidad de personas desarraigadas, buscando una

tierra de recolonización, un trópico prodigioso, y unos ambiciosos proyectos agrícolas que no llegaron a buen puerto. En 1976, los 25.000 kilómetros cuadrados de bosque cochabambino contaban con 32.500 habitantes, pero a finales de esa misma década, con el floreciente comercio del narcotráfico, se convierte en tierra de promisión, y en el periodo de 1980-83, cuando el negocio estaba en todo su apogeo, había una población flotante de más de 300.000 personas. Aparecen, de la noche a la mañana, poblaciones improvisadas y anárquicas, semejantes de alguna manera a las que los “western” norteamericanos reprodujeron para rodar sus historias de la “fiebre del oro”, en las que corre dinero de todos los colores y se pueden encontrar las cosas más peregrinas: Shinahota, Chimoré, Entre Ríos, Sajta, Ibuelo..... La mayor parte de ellas ni siquiera aparecen en los mapas, que exhiben, por el contrario, con todo lujo de grafismo y puntualización la localidad de Todos Santos, actualmente deshabitada, invadida por la selva, y de la que difícilmente se puede entrever, como único resto, una triste espadaña cubierta de lianas.

El mito del “oro blanco” del Chapare atrajo, pues, a una población campesina variopinta, desarraigada, fácilmente explotable por los narcotraficantes, muchos además en mantener una sociedad empobrecida, dependiente y viciada, imprescindible para sus fines, puesto que solamente los más necesitados y degradados se arriesgan a cultivar, pisar, transportar y revender la coca.

Los ambiciosos planes del “Desarrollo Alternativo”, financiados fundamentalmente por U.S.A. y algunos países europeos, han inyectado millones de dólares, que han contribuido a transformar algunos cultivos, pero ni mucho menos a erradicar el de la coca, que sigue empleando, explotando y envileciendo a más de tres cuartas partes de la población campesina. El problema tiene difícil solución, sobre el terreno y con los planteamientos actuales, dada la imposibilidad de competir con un cultivo y una industria de transformación que, en condiciones de clandestinidad, produce unos beneficios tan millonarios: con la producción de una hectárea de cultivo de hoja de coca, se pueden fabricar anualmente tres kilogramos de cocaína pura, que en el Chapare se vende por 1.200 \$, y en las calles neoyorquinas por 750.000 \$ (cifras de 1996).

Desde nuestro punto de vista profesional, teníamos que tener en cuenta que, tanto esta realidad social, como la naturaleza en estado puro y las dificultades en las vías de comunicación, condicionarían en gran medida, tanto la patología que íbamos a ver, como las posibilidades terapéuticas que podríamos poner en práctica.

Dado el escaso tiempo disponible (un total de seis sesiones de trabajo), nos organizamos con la idea de ser lo más útiles posible, resolutivos si estaba en nuestra mano y, sobre todo, de dejar puestas las bases para un servicio quirúrgico en el hospital y, en caso necesario, para una colaboración posterior.

El primer paso consistió en dotar al quirófano de instrumental quirúrgico (tres cajas completas de laparotomía), a pesar de lo cual, tuvimos que trasladar en cada ocasión desde Santa Cruz gran cantidad de material. Se colocaron dos

mesas de operaciones en el mismo quirófano, separadas por un biombo, con el fin de constituir dos equipos operatorios simultáneos, con el consiguiente ahorro de tiempo. No había posibilidad de hacer anestésias generales, circunstancia que, naturalmente, limitó mucho la patología subsidiaria de tratamiento, que debía realizarse siempre bajo anestesia raquídea o local.

Con estas premisas, el personal del hospital había convocado previamente a una serie de pacientes que, una vez estudiados en la consulta, se seleccionaron para ser intervenidos en Ibuelo, con la excepción de cuatro enfermos que, dadas sus características, consideramos oportuno trasladarlos a Santa Cruz y tratarlos allí.

En Ibuelo se han operado, en seis sesiones quirúrgicas, un total de 33 enfermos, repartidos en los siguientes grupos:

16 HERNIAS INGUINALES, de las que seis eran ínguino-escrotales y dos bilaterales. Todas evolucionaron con normalidad, salvo un caso que presentó un edema reactivo a la malla, que se resolvió con facilidad.

9 HERNIAS UMBILICALES, casi todas en mujeres muy obesas. Algunas se reducían con dificultad, y en un caso se produjo una pequeña hemorragia post-operatoria de la pared, que se resolvió sin problemas.

2 grandes EVENTRACIONES infraumbilicales, en incisiones de cesáreas.

1 PROLAPSO UTERINO, operado en colaboración con la ginecóloga del centro.

1 LIPOMATOSIS

1 HIDROCELE

2 HERNIAS EPIGASTRICAS pequeñas, que se resolvieron con anestesia local.

1 caso de QUISTES SEBÁCEOS MULTIPLES del cuero cabelludo.

Todos los post-operatorios evolucionaron sin incidencias dignas de mención. La estancia media en el hospital osciló entre 24 y 48 horas.

Hemos realizado simultáneamente una labor de apoyo en las consultas externas, fundamentalmente en todos aquellos casos en que los internos bolivianos del hospital han solicitado nuestra ayuda. La patología no varía sensiblemente de la ya descrita en Santa Cruz, si bien se multiplican y, hasta cierto punto, se “dulcifican” las anécdotas. En muchas ocasiones hay que pasar la consulta con intérprete interpuesto, ya que son bastantes los indígenas que solamente conocen su lengua local (mayoritariamente quechua o aymará). Por otra parte, trabajar sin los sofisticados medios diagnósticos a los que estamos acostumbrados aguza la imaginación y el “ojo clínico”, alarga el contacto con el paciente, agudiza el sentimiento de responsabilidad y retorna la relación médico-enfermo a los viejos, arcaicos y humanísimos patrones anteriores a la súper tecnificación de la medicina.

Esta experiencia médico-quirúrgica ha demostrado, como ya cabía esperar, que la dotación de un ecógrafo, de un aparato de anestesia, y de un bisturí eléctrico, ampliaría sensiblemente las posibilidades diagnósticas y terapéuticas, abriría mucho el espectro de las patologías con perspectivas reales de estudio y tratamiento, y convertiría el segundo nivel del Hospital de

lbuelo en una realidad. ¿Cuántos de estos aparatos, quizás un poco anticuados, pero aún en funcionamiento, permanecen almacenados en los sótanos de nuestros hospitales, sustituidos por otros de última generación?. ¿Sería muy difícil transferirlos a un lugar como el Chapare, donde prestarían un servicio impagable a muchos cientos de seres humanos?.

Estas y otras muchas preguntas y reflexiones del mismo cariz asaltan incansablemente a todo el que conoce las realidades y las carencias de todas esas comunidades tercermundistas, que engloban a más de tres cuartas partes de toda la población mundial, o más concretamente, a millones y millones de seres humanos como los que hemos tenido oportunidad de ver en el Chapare o en el suburbio de Santa Cruz. El resto, los que vivimos bajo el superprotector paraguas del “estado de bienestar”, les dedicamos unos minutos de conmiseración, un donativo autotranquilizador, unas “vacaciones solidarias”, una experiencia diferente... y poco más. Pero también hay quien les dedica su vida, o la mejor parte de su vida, esa que ya no van a volver a vivir. ¿Qué los impulsa a hacerlo?. Generosidad, amor, caridad... y tantos otros sentimientos altruistas, que conviven, y milagrosamente se conservan, e incluso se incrementan, en un medio verdaderamente hostil, entre situaciones límite, en comunidades en las que a veces, la miseria, trufada de promiscuidad y exenta de valores y de perspectivas de futuro, genera las mayores aberraciones, las más desgarradoras realidades, los más terribles dramas, que allí ni siquiera se consideran tales.

Por eso, creo que no sería justo poner el punto final sin rendir un merecidísimo homenaje de agradecimiento a todas estas personas, casi todas ellas anónimas, que tanto nos han ayudado a llevar a buen puerto el modesto programa que nos habíamos propuesto desarrollar. Nicolás Castellanos y la Hermana Dolores, con su ejército de voluntarios, sin cuyo trabajo de más de 10 años, miles de niños de Santa Cruz continuarían sin escolarizar, sin vacunar, sin vestir, abocados a la delincuencia y la marginalidad. La Hermana Myrna, que continúa la ingente labor creativa de Sor Juana Arencibia en su ejemplar obra del Microhospital. La Hermana Waltraud, personalidad carismática abierta a todo, que podría convertir su intensa vida de misionera en la selva en un apasionante “best-seller”. Rita, polaca de mirada azul, apariencia frágil y serena dentro de su inmaculado hábito blanco, que conserva sin inmutarse, tanto en los fragores del quirófano , como remando en la inestable piragua que la lleva río arriba en busca de las comunidades indígenas. Y “nuestras” zamoranas, Gloria y Antonia, que llevan tantos años en Bolivia que, para ellas, lo realmente exótico es la meseta castellana. Y los italianos, P. Ángel y Livio, con parroquias tan conflictivas que, más que ejercer su ministerio tienen que actuar como asistentes sociales, enfermeros, transportistas, constructores, hortelanos..., y que, después de tanto tiempo, se sienten bolivianos en Italia y extranjeros en Bolivia.

Hay muchos, muchísimos más, de todas las razas, incluso de credos diferentes, pero, evidentemente, generosidad y amor tienen que ser factores comunes a todos ellos. Además de una fuerza y energía inagotable que los empuja hasta el límite. Apoyar a estas personas, ayudarles física, económica y espiritualmente es lo poco que podemos ofrecer desde aquí, muy poco

comparado con la propia vida que están ofreciendo ellos. Pero es que, además, hay dos terribles barreras que están dificultando, e incluso impidiendo, la llegada de esta ayuda. La primera, la corrupción, es una auténtica plaga, que, tanto a nivel de los países destinatarios como en las propias organizaciones encargadas de administrar y distribuir los recursos, causa verdaderos estragos y lamina un elevadísimo porcentaje de los mismos. El segundo problema estriba en la falta de cauces, programas y proyectos, concretos y fiables, sin demasiada literatura, prácticos y de aplicación inmediata. En esta segunda fase de nuestro proyecto en Bolivia ha quedado en evidencia una necesidad muy clara y muy concreta: dotar al Hospital San Martín de Porres de Ibuelo, Chapare (Departamento de Cochabamba, Bolivia), de un ECÓGRAFO, y a su quirófano de instrumental y, como mínimo, de un APARATO DE ANESTESIA y de un BISTURÍ ELÉCTRICO. No es un programa muy ambicioso. Bastaría un poco de interés, buena voluntad y un par de gestiones afortunadas. Como contrapartida, la recuperación de la salud, de la calidad de vida y de la vida misma para un número indeterminado, seguro que de muchas cifras, de seres humanos que deambulan incansablemente entre la espesa vegetación y bajo las inmensas copas de los árboles centenarios de los bosques del Chapare.

MEMORIA DEL PROYECTO DE APOYO MÉDICO-QUIRÚRGICO

III Fase: JULIO-AGOSTO 2003

**EN EL MICROHOSPITAL VIRGEN MILAGROSA
DEL BARRIO “PLAN 3000” DE SANTA CRUZ DE LA SIERRA
Y EN EL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES
DE IBUELO, EN EL CHAPARE**

DRA. L. GARCÍA ARÁNGUEZ

Ya durante la organización de la III fase del proyecto de apoyo médico-quirúrgico a la Fundación “Hombres Nuevos” en Bolivia, se establecieron metas más ambiciosas que en las dos anteriores. Esto dio lugar, naturalmente, a una mayor complejidad de los preparativos, en todos los órdenes: recursos humanos, material e instrumental, farmacia, logística, distribución del trabajo, desplazamientos, etc., etc. Se planeó todo el proyecto en base a establecer tres equipos quirúrgicos completos, con el fin de mantener dos de ellos en el Microhospital Virgen Milagrosa del Plan 3000 de Santa Cruz ², en el que ya sabíamos que contaríamos con una gran presión asistencial, y desplazar el otro permanentemente al Hospital San Martín de Porres de Ibuelo, en la selva amazónica del Chapare boliviano³. En este último, gracias a una reciente donación, contaríamos este año con un aparato de anestesia, procedente de un centro hospitalario de Palencia, que permitiría ampliar sensiblemente el campo de actuación de los cirujanos, con la posibilidad de la anestesia general.

Este planteamiento exigía, de entrada, casi duplicar el número de integrantes del grupo de voluntarios, que quedó finalmente integrado por 14 profesionales malagueños: tres cirujanos, tres residentes de Cirugía, dos anestesiólogos, una residente de anestesia, dos D.U.E. de Anestesia, una pediatra, una internista y una residente de Medicina Interna. Aunque solamente tres habíamos participado en el programa desde su inicio, la capacidad de integración, la entrega y el entusiasmo de todos ellos, hizo fácil la tarea y consiguió que se cumplieran los objetivos previstos.

Se formaron los tres equipos quirúrgicos permanentes, se cubrió la policlínica quirúrgica, el post-operatorio inmediato y las revisiones posteriores en régimen ambulatorio. Se restablecieron dos puntos periféricos de atención primaria, que se habían suspendido temporalmente por falta de médico, y se tomó un primer contacto para asistencia y tratamiento de los reclusos en el recinto penitenciario de Palmasola. Por otra parte, la incorporación de una pediatra nos permitió reanudar la colaboración con los colegios de la Fundación Hombres Nuevos, que se había iniciado ya en la I Fase, en tareas de educación y divulgación de temas de salud, y se amplió en esta ocasión con revisiones médicas sistemáticas de la población infantil.

Pero conviene hacer constar que nada de esto habría sido posible sin la generosidad en estado puro de muchas personas, empresas e instituciones, generosidad que constituye, sin duda, el primer testimonio, el primer ejemplo y la primera lección con los que intentar combatir el escepticismo de esa otra parte de la sociedad que, pasiva e incrédula, disimula su egoísmo tras una barrera de indiferencia, cuando no la disfraza de duda y desconfianza. Por el contrario, tanto determinadas instituciones como algún sector de la industria

² Ver “UN MES EN BOLIVIA”, Memoria de la I Fase del proyecto

³ Ver Memoria de la II Fase del Proyecto

farmacéutica, varias firmas comercializadoras de material médico-quirúrgico, empresas de transporte, algunas pequeñas industrias y numerosas personas deseosas de colaborar, han hecho posible la realización del proyecto con sus pequeñas o grandes contribuciones, con su trabajo, con sus manos, con sus gestiones. En realidad, merece la pena embarcarse en un programa de este tipo, aunque sólo sea para ser testigo de una generosidad tan palpable, que consigue neutralizar el balance negativo y las decepciones que día a día se van sumando en la cuenta de resultados de una sociedad super-protectora, pero aquejada de déficit en valores.

Especialmente importante y digno de mención, por su volumen e importancia, ha sido este año la colaboración del Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.), a través de su delegado en Málaga, que, sensible a las consideraciones y peticiones que vertíamos en la memoria de la fase anterior, “vacío” los sótanos de los hospitales de Antequera y Ronda, en beneficio de las actividades sanitarias del Proyecto de Hombres Nuevos. Claro que el transporte de este material hasta Bolivia ha requerido, además de dinero, desinhibición para pedirlo, tiempo libre para gestionarlo, embalajes, grúas, fuerza muscular, coordinación, seguimiento, y un sinfín de detalles difíciles de imaginar antes de ponerse manos a la obra. Afortunadamente, los voluntarios de “Hombres Nuevos” están por todas partes, acuden como hormiguitas, en silencio, y lo mismo preparan, embalan, cargan y descargan cajas, van y vuelven al aeropuerto o donde haga falta, gestionan lo que haya que gestionar, rellenan aburridísimos formularios de aduanas y, en suma, siempre están disponibles y dispuestos.

Contar con los recursos humanos y con el material así reunido, ha permitido que en esta III Fase del programa se realicen un total de 260 intervenciones quirúrgicas, objetivo prioritario del proyecto, además de atender a las consultas de atención primaria, medicina interna y cirugía, establecer el contacto para la asistencia médica a Palmasola y la colaboración en las tareas de divulgación sanitaria en los colegios.

Como en las dos fases anteriores, conviene hacer constar que el objetivo fundamental del proyecto estriba en posibilitar el tratamiento quirúrgico de aquellos pacientes de escasos recursos económicos que, en otras circunstancias, no tienen oportunidad, medios, ni base logística para acceder a un método terapéutico que supondrá la recuperación de la salud, y en muchos casos, la posibilidad de seguir viviendo. Para entender esta situación desde la sombra protectora que proyectan las conquistas afortunadamente adquiridas por nuestro flamante estado del bienestar, y muy especialmente en el caso de los que nos movemos en el mundo de la sanidad, es necesario conocer, tanto la realidad socio-económica de Bolivia, su carencia absoluta de protección social, sus deficiencias urbanísticas e higiénico-sanitarias, de vías y medios de comunicación, de vivienda, etc., etc., etc. En las Memorias correspondientes a las I y II Fase, se han desarrollado ampliamente estos temas, concretamente con respecto al Plan 3000 de Santa Cruz de la Sierra (I), y al Chapare (II), que son los dos escenarios en los que se desarrolla nuestro programa. No es necesario volver sobre el tema porque, desgraciadamente, la sociedad boliviana no se moviliza con presteza, así es que las carencias de

alcantarillado, el chabolismo, las parasitosis endémicas, todos los problemas derivados de la inmigración interior y del cultivo y/o erradicación del cultivo de la coca, etc., etc., continúan en la misma situación. Siguen muriendo niños por una simple apendicitis aguda, por gastroenteritis y deshidratación, por una mordedura de perro... o por simple abandono familiar.

Nuestro proyecto pretende fundamentalmente paliar en parte el déficit de asistencia quirúrgica en el suburbio de Santa Cruz de la Sierra y en la selva amazónica del Chapare, y con este fin se ha atendido una policlínica quirúrgica en los dos hospitales en los que ya se había iniciado el programa: Microhospital Virgen Milagrosa del Plan 3000 de Santa Cruz y San Martín de Porres de Ibuelo. Se han atendido 335 consultas en el primero y 163 en el segundo. De los pacientes estudiados en estas consultas se han diagnosticado y seleccionado 160 y 100, respectivamente, que tras el oportuno visto bueno de anestesia, se han sometido a la intervención quirúrgica indicada en cada caso. En el Plan 3000 se han realizado las 160 operaciones en 21 sesiones quirúrgicas, mientras que en el Chapare han sido 100 los actos quirúrgicos, en 17 sesiones.

En el estudio preoperatorio de estos pacientes, siempre teniendo en cuenta las limitaciones de los medios diagnósticos con que contábamos, se han detectado patologías concomitantes con la que constituía el motivo de consulta, que en la mayor parte de los casos eran desconocidas por el paciente. Algunas de ellas eran las mismas, y en proporción similar, a las que padece la población en España, o en cualquier otro país, tales como DIABETES, HTA O EPOC, con la única diferencia de que no estaban diagnosticadas, controladas, ni tratadas, así es que había que empezar por concienciar al paciente de la importancia del control de su enfermedad, tanto antes como después de su intervención quirúrgica.

En otros antecedentes patológicos o patologías concomitantes había en cambio diferencias sustanciales a las que se detectan en nuestro medio. Por ejemplo, los ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS en el caso de las mujeres venían determinados por el elevado índice de natalidad de Bolivia, con una media de 6 a 7 embarazos, a veces 13 o 14, en cualquier mujer mayor de 30 años. Naturalmente, si se suma este dato a las deficiencias asistenciales, no puede extrañar el elevadísimo número de partos anómalos, cesáreas y patologías derivadas detectadas en los antecedentes personales.

Por otra parte, la TUBERCULOSIS, si bien está siendo controlada y tratada gratuitamente, gracias a la cooperación de la Cruz Roja, continúa siendo extraordinariamente frecuente, y no es raro detectarla en el estudio preoperatorio de estos pacientes. Por no hablar de las PARASITOSIS, de variadísimas etiologías y localizaciones, muchas de ellas prácticamente endémicas, con unos porcentajes de eosinófilos que llegaron a hacernos familiares, por su frecuencia, las peculiares fórmulas leucocitarias "bolivianas".

Mención especial merece, por su frecuencia y por su novedad para nosotros, la Enfermedad de CHAGAS, que investigábamos ya sistemáticamente en cualquier paciente con una alteración en el ritmo cardíaco.

Bloqueos de rama, extrasístoles, bradicardias, la mayor parte de las veces con confirmación analítica de Chagas, determinaban casi siempre la monitorización del paciente durante la intervención quirúrgica.

Más anecdótica, aunque no por ello menos digna de mención, es la frecuencia de HIPERGLOBULIA en el paciente boliviano. Si bien ni Santa Cruz ni el Chapare superan los 1.000 metros sobre el nivel del mar, la gran inmigración interior que hemos referido ya en otro lugar, con la llegada masiva, tanto a la selva amazónica como a los Llanos Orientales, de un elevadísimo número de nativos procedentes del Altiplano Andino, determina un elevado número de pacientes portadores de un Valor Hematocrito que, en algunos casos llega a superar el 60%. Esto no es óbice, naturalmente, para que también sean frecuentes las ANEMIAS deficitarias que cabía esperar en un medio con grandes carencias alimenticias y numerosos casos de DESNUTRICIÓN infantil.

Es importante hacer constar que el déficit de camas hospitalarias en ambos medios (20 en Santa Cruz y 12 en Ibuelo) determinaba de entrada la necesidad de acortar los **post-operatorios**. Se procuró siempre que el tiempo de hospitalización no superara las 48 horas (24 cuando era posible), remitiendo a los pacientes a la consulta ambulatoria para su tratamiento y revisión hasta la recepción del alta. Afortunadamente, la ausencia de complicaciones post-operatorias permitió mantener el ritmo de corta estancia hospitalaria y la movilidad de las camas, aunque en algunos momentos la presión asistencial obligó a las eficacísimas administradoras, Doña Olga y Hermana Waltraud, a improvisar espacios de hospitalización en los lugares más insospechados y a buscar rudimentarias camas que, si a nosotros nos provocaban estupor, para pacientes acostumbrados a dormir en el suelo o a compartir un colchón con varios miembros de la familia (dormir trenzados le llaman allí a entrecruzar brazos y piernas para no caerse) eran el colmo de la comodidad.

Si el bajo índice de morbilidad permitió la movilización de las camas necesaria para mantener el ritmo operatorio, es oportuno mencionar también aquí el 0% de mortalidad, no sólo de los 260 pacientes de esta etapa, sino de los casi 600 que han sido intervenidos quirúrgicamente en las tres fases del proyecto. Ha habido tres complicaciones intra-operatorias severas, una en cada periodo, que afortunadamente se han resuelto sin secuelas, a pesar de la carencia de medios extraordinarios (si consideramos medio extraordinario una simple transfusión sanguínea o lo más rudimentario de una UVI, por ejemplo).

Algunos de los pacientes presentaban patologías asociadas que, siempre que era posible, se resolvían en un solo acto quirúrgico. No obstante, con el objeto de simplificar la exposición, se agruparán por patologías, en orden de frecuencia. Como en años anteriores, encabeza la relación la patología de las **VÍAS BILIARES**, por dos motivos fundamentales. El primero, la frecuencia de esta afección entre la población indígena boliviana, bien por condicionantes genéticos, o, más probablemente, por razones dietéticas⁴. La segunda razón estriba en la posibilidad de utilizar la técnica laparoscópica que nos proporciona

⁴ Expuestas ya en la Memoria de la II Fase

el material con que se dotó al Proyecto ya en la I Fase. Esta vía, además de las ventajas de sobra conocidas, y en virtud de las cuales se ha extendido y divulgado extraordinariamente en la última década, nos aportaba el valor añadido de acortar los tiempos de hospitalización y de ahorrar muchos analgésicos en el post-operatorio. De las 80 intervenciones quirúrgicas sobre las vías biliares realizadas en Santa Cruz, 62 se hicieron por vía laparoscópica, mientras que en las 18 restantes fue necesario practicar una laparotomía, bien porque la historia clínica (enfermedad de muchos años de evolución, cólicos biliares frecuentes, sintomatología florida, episodios de ictericia) y la exploración ecográfica (coledocolitiasis, vesículas esclero-atróficas) apuntaran ya la posibilidad de dificultades técnicas insuperables sin visualización y acceso directo al campo operatorio, bien porque la distribución del trabajo en el quirófano así lo impusiera. Por otra parte, en el Hospital de Ibuelo se realizaron otras 10 colecistectomías, en esta ocasión todas mediante laparotomía, al no estar dotado el quirófano con columna de laparoscopia. En ninguno de los 90 casos hubo complicaciones intra operatorias dignas de mención, los post-operatorios inmediatos cursaron sin incidencias, y en las revisiones ambulatorias hubo 4 enfermos que aquejaron sendos seromas en la cicatriz umbilical, que curaron sin problema.

La PATOLOGÍA DE LA PARED ABDOMINAL, ocupa el segundo lugar, en orden de frecuencia, de las subsidiarias de tratamiento quirúrgico:

- HERNIAS INGUINALES, ÍNGUINO-ESCROTALES Y CRURALES: Se han operado 37 en Santa Cruz, de las cuales 3 eran bilaterales, 6 reproducidas y dos de origen traumático. En el Hospital de Ibuelo se operaron 34, cuatro de ellas bilaterales. Muchas de estas hernias inguinales eran de gran tamaño, con muchos años de evolución, gran distensión de la piel del escroto, e incluso desaparición del relieve del pene. Todas se operaron bajo anestesia raquídea. Durante la intervención de una de ellas se produjo accidentalmente una lesión vascular, que, a pesar de su espectacularidad, se resolvió sin problemas en el mismo acto operatorio. Por lo demás, no hubo complicaciones dignas de mención en el post-operatorio inmediato, los pacientes fueron dados de alta en las primeras 24 horas, y se revisaron ambulatoriamente sin incidencias.

-HERNIAS UMBILICALES: Se han intervenido 19 en Santa Cruz y 12 en Ibuelo. De volumen muy variable, desde las que no superaban el tamaño de una cereza, (en una niña de 5 años), hasta las que por su abundante contenido o características del anillo herniario se reducían con gran dificultad o habían perdido el derecho a domicilio. Estos últimos casos se presentan frecuentemente en pacientes muy obesos, sobre todo en mujeres multíparas y con problemas asociados de dislipemias e hipoproteinemia. La incidencia de seromas en las heridas operatorias de estas hernias ha sido sensiblemente mayor que en el resto (7 casos), circunstancia que sólo puede atribuirse a las deficiencias higiénicas propias del medio.

-**HERNIAS EPIGÁSTRICAS:** Como en el caso de las anteriores, han sido también de tamaño muy variable. En algunos casos que acudían a la consulta se trataba tan sólo de dehiscencias de rectos no subsidiarias de tratamiento quirúrgico, pero alguna de las hernias llegaba a adquirir el tamaño de un pequeño melón. Se han operado 9 en Santa Cruz y 5 en Ibuelo, y cabe reseñar que en tres de los casos constituían la patología asociada a una Colelitiasis, y se resolvieron ambos problemas en el mismo acto operatorio. Uno de los casos de Ibuelo, que hubo que trasladar al hospital urgentemente una noche desde más de 20 Km. de distancia (a valorar lo que suponen 20 km. en la selva amazónica), se trataba de una hernia incarcerada, que presentaba un espectacular cuadro agudo y se resolvió sin problemas.

-**LAPAROCÉLES:** Extraordinariamente frecuentes y voluminosos en Bolivia, como ya hemos tenido oportunidad de reseñar en las fases anteriores, sobre todo en mujeres sometidas a repetidas cesáreas, o pacientes con historias anteriores de patología abdominal aguda, sometidos a varias intervenciones, generalmente tardías, y casi como regla general, portadores de una obesidad mórbida. Se han operado 10 casos en Santa Cruz y 6 en Ibuelo, y en todos ellos ha sido necesario utilizar grandes mallas de Prolene. Uno de los pacientes operados, Don Fernando, era ya bien conocido desde la fase anterior. Había venido con su gran laparocèle, operado varios meses antes mediante la colocación de una malla rechazada, y presentaba, además de una gran pérdida de sustancia y una importante infección de la pared abdominal, con repercusión sistémica y muy mal estado general. Estuvo ingresado y sometido a tratamiento médico hasta que nos marchamos, y lo dejamos con una notable mejoría de su estado general, pero con escasas esperanzas de recuperación completa. Afortunadamente, no se cumplió el pronóstico, y en esta III Fase pudo ser sometido a una cuidadosa reconstrucción de la pared abdominal que evolucionó muy favorablemente. Curiosamente, 15 días después de la intervención debutó con una hernia inguinal, y hubo que operarlo de nuevo, aunque esta vez bajo anestesia raquídea, y sin más complicaciones.

Se han operado también dos casos de **HERNIA DE HIATO** por vía laparoscópica, sin ninguna incidencia ni complicaciones dignas de mención.

La **PATOLOGÍA DEL TIROIDES** ha ocupado también buena parte de tiempo y atención en esta III Fase. Ya en las consultas se trataron 7 casos de bocios hipertiroideos, a los que se estudió en la medida de lo posible, se les puso tratamiento médico, y ante la premura de tiempo se decidió esperar la posibilidad de indicar un tratamiento operatorio posterior, en situación de menor riesgo quirúrgico. En cuanto a bocios eutiroideos, en Santa Cruz se operaron cuatro casos, de considerable volumen y que producían una gran deformidad, e incluso dificultades para la movilidad del cuello. Pero fue en el Chapare donde tuvimos oportunidad de ver, entre los tres bocios que se operaron, dos de los más voluminosos de toda la trayectoria profesional de los miembros del equipo. Producían ambos una deformidad que se puede calificar de monstruosa, provocaban ya dificultades respiratorias y circulación colateral, levantaban el

pabellón auricular, y en el acto operatorio se demostró que, sobre todo en uno de los casos cuya pieza pesó 750 gramos, se sumergía ampliamente en el tórax. También en la consulta de Ibuelo tuvimos oportunidad de estudiar otro aún mayor, que impedía ya totalmente la movilidad del cuello, pero la avanzada edad y el deficiente estado general de la enferma hizo que su familia desistiera de la intervención quirúrgica cuando le informamos de los riesgos de la misma.

Se ha operado también un Quiste del Conducto Tiro-gloso en un niño de 12 años de edad.

Si bien el programa y la orientación de ambos centros hospitalarios se han dirigido fundamentalmente a la cirugía reglada, es evidente que se presentan casos de **CIRUGÍA DE URGENCIA**, que también se ha resuelto sin complicaciones ni incidencias dignas de mención. En este capítulo hay que incluir tres casos de APENDICITIS AGUDA, una PERFORACIÓN UTERINA, con la PERITONITIS consiguiente, un VÓLVULO DE SIGMA, una HERNIA EPIGÁSTRICA INCARCERADA, y la colaboración en cuatro casos de CESÁREAS, además de una FRACTURA DE TIBIA en un niño de 9 años que hubo que reducir bajo anestesia y seguir su evolución mientras fue posible.

Agrupados en un apartado de **CIRUGÍA UROLÓGICA** podemos incluir tres casos: un QUISTE DE EPIDÍDIMO, una CRIPTORQUIDIA en un niño de 10 años y una FIMOSIS.

Por último, en una **MISCELÁNEA** variada, variedad que seguramente confiere su interés y su atractivo a la Cirugía General, en detrimento de las “sub-especialidades”, se pueden agrupar el resto de los casos estudiados y operados, cuyos únicos factores comunes estriban en la rareza de alguno de ellos y en la positiva evolución y ausencia de complicaciones de todos los pacientes:

- Una MAMA SUPERNUMERARIA de la axila derecha en una mujer de 19 años de edad.
- Una BIOPSIA DE MAMA
- Unas HEMORROIDES
- Una CICATRIZ RETRÁCTIL, posterior a una quemadura eléctrica, en una niña de 12 años. Situada en el dedo meñique de la mano derecha, provocaba una desviación externa de unos 140° de la segunda falange sobre la primera, que originaba a su vez una importante impotencia funcional en todos los movimientos de prensión de la mano derecha.
- Un GANGLIÓN del dorso de la mano derecha en una mujer de 24 años.
- Un DEDO EN RESORTE en la mano derecha de una mujer de 32 años.
- Un ANGIOMA bastante voluminoso en el pabellón auricular izquierdo de una niña de 9 años.
- Una gran CICATRIZ QUELOIDEA.
- Un LIPOSARCOMA interescapular
- Tres LIPOMAS grandes de distintas localizaciones

- Dos casos de sendos **ABSCESOS ENQUISTADOS**, posiblemente de origen parasitario. Uno estaba situada sobre la pala iliaca derecha, en una mujer joven y tenía un tamaño muy voluminosos. El otro, más pequeño, lo portaba una niña de 13 años y estaba situado a nivel del extremo inferior de la diáfisis del húmero derecho. Al corte, ambas piezas operatorias presentaban calcificaciones en su interior y una gran reacción fibrosa a su alrededor. La imposibilidad de realizar el correspondiente estudio anatomo-patológico impedía, como en otros casos, precisar con certeza el diagnóstico.

Es evidente que la simple enumeración de los casos tratados puede dar idea del volumen de trabajo desarrollado y de la presión asistencial a la que estuvimos sometidos, no solamente el equipo malagueño, sino todo el personal auxiliar de ambos hospitales, sin cuya entusiasta colaboración no habría sido posible culminar la tarea. La sobrecarga en el horario laboral y en la intensidad del trabajo, acogida, no ya con resignación, sino con singular entusiasmo y gratitud, compensan sobradamente el esfuerzo realizado y proporcionan un argumento más para continuar desarrollando y ampliando el proyecto.

Además del programa quirúrgico propiamente dicho, ya adelantamos que, como en años precedentes, se retomó la **ATENCIÓN PRIMARIA** de la barriada marginal de Urkupiña, en Santa Cruz, y de algunas comunidades indígenas en la selva del Chapare. Es muy difícil calcular el número de pacientes atendidos en estos puntos, pero la patología ha sido muy similar a la ya descrita en la Memoria de la I Fase y sería repetitivo enumerarla de nuevo. No obstante, la colaboración de una pediatra en esta ocasión, ha permitido prestar atención especial y directa a los niños, que engrosan sensiblemente la demanda de asistencia en estas zonas, en las que el elevado índice de natalidad, la falta de higiene y las paupérrimas condiciones de vida, colaboran a que la morbilidad y la mortalidad infantil superen en tal medida a las de cualquier país europeo, que provocan, además de estupefacción y escándalo, vergüenza de pertenecer a una sociedad que permite tales desigualdades.

La entrega entusiasta de la Dra. Morón ha permitido también la colaboración con los colegios de la Fundación Hombres Nuevos, tanto en **TALLERES DE ALIMENTACIÓN**, dirigidos fundamentalmente a las madres de los alumnos, que desconocen absolutamente las más básicas normas de manipulación, proporción, preparación, etc., de los alimentos, como en **REVISIONES MÉDICAS** sistemáticas de la población infantil.

Capítulo aparte merece, por sus características e implicaciones futuras, la colaboración prestada a la asistencia médico-quirúrgica de los internos del **CENTRO PENITENCIARIO DE PALMASOLA**. El impresionante testimonio y la petición de ayuda de Almudena, cooperante española de la Fundación Hombres Nuevos, que desde hace más de un año se dedica con espectacular valor y perseverancia a la asistencia social en este centro, nos ha llevado a iniciar una nueva vía de actuación. En esta ocasión se ha limitado a establecer, en una exhaustiva y escalofriante visita al recinto, las bases de una colaboración en fases posteriores del proyecto, la atención y tratamiento de determinados internos que precisaban una actuación inmediata, y los trámites

para el traslado hasta el Microhospital Virgen Milagrosa de los que tenían que ser sometidos a intervención quirúrgica.

La impresión que deja la “cárcel” del Departamento de Santa Cruz en el que la visita por primera vez es tan difícil de olvidar como de describir. Algo tan surrealista como una terrible pesadilla y tan real como puede serlo una sociedad humana en los más bajos escalones de la degradación. Lo que eufemísticamente se conoce como “Centro Penitenciario-Rehabilitador de Palmasola”, es mucho más, o algo muy diferente a una cárcel. Al menos, al concepto más generalizado de cárcel, penal, o institución destinada a albergar a personas condenadas a privación de libertad. El choque con una realidad descarnada, humillante y humillada, miserable, violenta, soez, imprime sensaciones y provoca sentimientos encontrados y contradictorios, consideraciones y razonamientos sin salida, conclusiones disparatadas. Se mezcla la compasión con el asco, la pena con el odio, la solidaridad con el desprecio, la solicitud con el miedo, el deseo de ayudar con el impulso de huir, la culpabilidad por formar parte de una sociedad ciega e irresponsable, con la satisfacción de estar incluido en el sector “políticamente correcto” de esa sociedad.

Pasar el límite entre ambos sectores en Santa Cruz, aún llegando desde la degradación suburbial del Plan 3000, plantea ya el primer choque, la primera sorpresa. Una simple, única, y pequeña puerta metálica, permite atravesar el larguísimo muro de ladrillo, coronado de alambre de espinos, sobre el que sobresalen algunas desvencijadas torretas de vigilancia. La puerta da acceso a una siniestra garita, donde 3 o 4 policías malencarados y ociosos prohíben el paso, o intentan disuadir al visitante que pretende continuar adelante. Cacheado, indocumentado, y tras la atemorizadora advertencia de “allá Vd. si quiere continuar” , o “todo lo que le ocurra será bajo su exclusiva responsabilidad”, el visitante, sólo, desprotegido y atemorizado, se adentra en una inmensa explanada, batida por el viento y asediada por las arenas cruceñas, que aquí adquieren una agresividad peculiar.

Herrumbrosos cercados de alambre y desvencijadas garitas separan diversos sectores, en los que se levantan siniestros barracones y pequeñas construcciones de ladrillo, uralita y plásticos, entre los que se mueve una muchedumbre humana variopinta y peculiar. Sorprende enseguida el gran número de niños, que corretean y juegan entre chabolas y aguas sucias, rodeados de adultos, indiferentes o aparentemente insensibles. Hombres y mujeres están teóricamente separados, pero la realidad es que en ambos sectores conviven ambos sexos, parejas, familias y todo el espectro social. Porque en Bolivia, el condenado puede internarse con los suyos, y de hecho lo hace en la mayor parte de los casos, por razones socio-económicas. De ahí la abundancia de niños y la, cuando menos, peculiar atmósfera que se respira allí dentro. Mujeres indiferentes, apáticas y aparentemente insensibles. Hombres semidesnudos, llenos de tatuajes, de miradas desafiantes y amenazadoras en algunos, pero mendicantes, suplicantes y estremecedoras en la mayoría. La suciedad como factor común a todos ellos, la absoluta ausencia de las más mínimas instalaciones higiénicas, de agua corriente y de alcantarillado, pueden dar una idea de lo que allí se respira.

Esta cárcel de Palmasola es, en realidad, una auténtica “ciudad-suburbio”, dentro del gigantesco suburbio que constituye en gran medida todo el conjunto de los extensos anillos periféricos que rodean el pequeño núcleo urbano de Santa Cruz. Dentro de los muros que rodean su gran perímetro pastan indiferentes los sarnosos caballos de los vigilantes nocturnos, y en las callejuelas que forman sus barracones y chabolas se pueden encontrar puntos de venta de los más variopintos artículos, “restaurantes”, bares, e inverosímiles “negocios” de todo tipo. En realidad, el dinero circula allí con mucha más generosidad que en la calle, puesto que las dos o tres bandas del interior manejan desde dentro la delincuencia exterior y se reparten los beneficios. Al menos, eso refieren los confidentes, que bajan la voz cuando llegan al capítulo de las reyertas en el interior, que terminan en ajustes de cuentas y asesinatos que a nadie sorprenden. Mezclado entre todo esto, un callejón de “*tubos*”, recintos de tres paredes cerrados por una reja, auténticas perreras de poco más de cuatro metros cuadrados de superficie, donde se hacían 6 ó 7 seres humanos “castigados”, sin espacio para tumbarse simultáneamente, manoteando inútilmente entre las rejas, insultando o mendigando un cigarrillo. Uno de ellos tiene un gran absceso dentario, otro una feroz gastroenteritis y está deshidratado, pero incluso la tensión arterial y el grado de deshidratación hay que medirlos sentados en el suelo desde el otro lado de la reja. La sensación de impotencia sobrepasa enseguida al instinto vocacional de la ayuda inmediata, y el deseo de huir y olvidar esta lacerante realidad supera por momentos, no solo a la caridad cristiana, sino incluso a la curiosidad morbosa. Los escalofriantes relatos e increíbles anécdotas de Almudena adquieren sobre el terreno, no ya visos de verosimilitud, sino que se trasladan desde la imaginación a un terrible escenario real en el que cualquier cosa puede ocurrir y ante el que ya nada puede asombrar.

Solamente se nos ha vedado el paso a “*Chonchocorito*” (diminutivo de la otra gran prisión de Bolivia, la de Chonchocoro, en La Paz), recinto en el que se retiene a los internos sumamente peligrosos y que probablemente no volverán jamás a salir de allí.

Con la ayuda de Almudena, y con el escaso utillaje que nos han permitido llevar hasta allí (guantes, fonendoscopio, vendas, esparadrapo y poco más), exploramos a los adultos en el suelo, a los niños sobre una desvencijada mesita, anotamos algunos datos para historias clínicas, cuando menos, peculiares o diferentes a las que solemos escribir, y repartimos con cuentagotas los escasos medicamentos que nos cabían en el maletín y que hemos conseguido camuflar. Tras pasar la “consulta” más deprimente de una trayectoria profesional que sobrepasa los 30 años, seleccionamos dos colecistitis agudas, una coledocolitiasis, una posible neoplasia de colon y un hernia incarcerada, además de dos niñas con sendas hernias umbilicales que presentan además un cuadro neurológico, idéntico en ambos casos, pendiente de diagnóstico. Ahora ya será Almudena quien deberá enfrentarse al laberinto de trámites burocráticos, petición de favores, interminables colas, etc., etc., hasta conseguir del “gobernador” el permiso de salida de estos pacientes y su permanencia durante el tiempo necesario en el Microhospital, con toda la parafernalia de una especie de tropa armada de acompañamiento, que no

quitaron el dedo del gatillo ni siquiera en el quirófano y con el enfermo anestesiado. Todo un contrasentido si se tiene en cuenta que en el recinto carcelario los internos llevaban sus propias armas y se paseaban rodeados por sus agresivos y amenazadores perros. Afortunadamente, se resolvió el problema quirúrgico de los pacientes sin incidentes dignos de mención ni complicaciones reseñables y todos regresaron a Palmasola para continuar cumpliendo su condena. Para continuar con este proyecto necesitaremos una gran colaboración por parte de las autoridades penitenciarias bolivianas, pero confiamos en que éste haya sido solo el primer paso de una intervención posterior y más prolongada en este campo.

La redacción de esta 3ª memoria ha coincidido con las revueltas de los indígenas bolivianos que han culminado con los cambios en la Presidencia y el gobierno de la nación. No es frecuente que lleguen a los medios de comunicación europeos noticias de Bolivia, y tanto lo visto y leído estos días como los comentarios y opiniones escuchados, si bien nos han puesto al tanto del desarrollo de los acontecimientos, también nos han confirmado la idea del gran desconocimiento existente entre nosotros sobre la realidad socio-económica y política del país. Ojalá las directrices y proyectos de los nuevos gobernantes y la eficacia de la lucha contra la corrupción generalizada consigan romper el maleficio de un país sumido en el subdesarrollo, que cuenta, paradójicamente, con sobradas bellezas y riquezas naturales para hacer de sus poco más de ocho millones de habitantes auténticos privilegiados en un lugar de privilegio.

MEMORIA DEL PROYECTO DE APOYO MÉDICO-QUIRÚRGICO

IV Fase: JULIO - AGOSTO 2004

DOS CARAS DE BOLIVIA :

STA. CRUZ DE LA SIERRA: LA ROTONDA DEL PLAN 3000

Y

EL CHAPARE: LA AMAZONÍA PROFUNDA

DRA. L. GARCÍA ARÁNGUEZ

LA ROTONDA DEL PLAN 3000

Tras cuatro campañas intensas, duras, diferentes, apasionantes, el Microhospital Virgen Milagrosa es ya nuestro hogar en Santa Cruz de la Sierra. Su ubicación, en la Rotonda del Plan 3000, le confiere unas características socio-sanitarias y estructurales absolutamente ligadas, tanto a la geografía y a las realidades económicas, culturales y sociales del Plan, como al carisma y personalidad irrepetibles de su verdadera artífice e impulsora, la Hermana Juana Arencibia.

La Rotonda del Plan 3000, desconocida o ignorada incluso por muchos de los habitantes de Santa Cruz, es uno de los lugares más peculiares, sorprendentes e impactantes del planeta. Allí, la vida hierve, surge, reptá, camina, se escabulle y se descompone, igual que sus regatos de aguas sucias y malolientes, que arrastran detritus y basuras entre hileras y más hileras de tenderetes (cuatro cañas, un plástico, una uralita o una chapa), que ofrecen los más variados e inverosímiles servicios o productos, eso sí, cuidadosamente dispuestos por gremios o especialidades.

Allí se dan cita los casi 300.000 habitantes del Plan, allí intercambian sus escasas pertenencias, ofrecen sus servicios, venden sus productos, se miran con recelo.... y nos miran con avidez o con esperanza. Quizás sea esto último lo que nos impulsa a volver año tras año, esa llamada silenciosa que llega hasta nuestro mundo, tan sobrado y tan suficiente, y nos imprime carácter de "imprescindibles"; nos certifica que lo que no hagamos nosotros, se quedará sin hacer, que nuestro grano de arena ausente dejará un espacio vacío en esa gran duna que está movilizando el Padre Nicolás para cubrir esta Rotonda miserable, y construir sobre ella un pueblo de "hombres nuevos", con ilusiones, esperanzas, sensaciones y sentimientos, que destierren las miradas de desesperación, las miradas vacías, impasibles, indolentes, indiferentes.

Es muy probable que haya otros zocos, mercados, o lugares de encuentro similares a éste en Sudamérica, en África, en el Extremo Oriente, pero serán muy pocos los que reúnan todos los factores de pobreza, miseria, suciedad, humanidad degradada, silenciosa y apática, que hacen de nuestra Rotonda un lugar que nos impulsa a huir, al mismo tiempo que nos atrae con un magnetismo único e inexplicable.

Lamentablemente, hay muchas plazas en el mundo en las que reina la miseria, habitadas por vagabundos, pillos, aventureros, busca-vidas y vividores, pero en nuestra Rotonda sólo hay supervivientes de todas las tragedias imaginables, condenados a sobrevivir en un medio que, aunque muchos de ellos ni lo saben, está en las antípodas de una civilización floreciente, orgullosa, super-desarrollada e hiper-protectora. Nuestra Rotonda está más allá del Séptimo Anillo de Santa Cruz de la Sierra, en Bolivia.

Hoy es un día excepcional. Los bolivianos están convocados a las urnas para votar en el referéndum sobre el gas. Su índice de analfabetismo (real y, sobre todo, funcional) es elevadísimo, pero deben definirse ante cinco preguntas confusas, de comprensión más que problemática, y cuyas respuestas se prestarán a interpretaciones a la carta. El gobierno ha decretado la paralización del país: no se puede circular, trabajar, vender ni comprar, pasear, beber, jugar,.....respirar. Además, llueve con violencia tropical, y el loco viento del sur, el Surazo, nos ha obligado a envolvernos en varias capas de mantas y gorros, en el mismo lugar en el que ayer nos atormentaba el pegajoso calor húmedo del trópico.

Nuestra Rotonda ha cambiado su faz, pero continúa siendo un espacio único y singular. Lo poco que queda de asfalto está empapado, rodeado por amplios y profundos barrizales, aguas sucias, y su infinidad de tenderetes, hoy cubiertos con plásticos bien atados. Detrás de ellos, semiocultos, muchos puestos abiertos siguen ofreciendo sus mercaderías, ante los ojos voluntaria o crematísticamente cerrados de patrulleros uniformados de aspecto fiero, con sus porras en la mano, sus pistolas al cinto, y su gesto altanero. Amplios espacios desiertos bajo la lluvia y el frío, cruzados por alguna que otra figura encogida, embozada en ponchos y “chulos”⁵, con aspecto de recién salido del Altiplano Andino. La vida se ha escondido debajo y detrás de los plásticos y las chapas, pero sigue ahí, arropada en la penumbra y entre el barro, resignada, sin capacidad ni posibilidad de reacción, y mucho menos de rebelión. ¿Hasta cuándo?

Contrasta este aspecto clandestino, misterioso, desolador, con el bullicio de cualquier día, a cualquier hora, pero sobre todo, cuando empieza a anochecer. Entonces, la entrada de nuestro Microhospital experimenta una metamorfosis puntual, periódica, llena de contrastes. Tenebrosa por la oscuridad y por la confusión de rostros macilentos, depravados, incautos; colorista por los grandes “awayos”⁶, llenos de niños y mercaderías, que cuelgan pesadamente sobre la espalda de las “cholitas”, entre sus hermosas trenzas negras, bajo sus inverosímiles sombreritos, o que se extienden sobre la arena y el barro para exponer su variopinta mercadería. Como en un gran almacén londinense, cualquier cosa, hasta la más inverosímil, puede encontrarse en nuestra Rotonda. Desde luego, habrá pasado por infinidad de manos antes de llegar aquí. Se habrá vendido, comprado, robado, reutilizado, compuesto y descompuesto infinidad de veces, pero aquí está, dispuesta a

⁵ CHULO.- Gorro de lana puntiagudo, con orejeras, multicolor, que se utiliza comúnmente en todo el Altiplano Andino. Prenda fundamentalmente masculina.

⁶ AWAYU.- Única prenda multicolor, a rayas, de origen incaico. Paño típico campesino, usado por la mujer para cargar al niño pequeño y objetos varios. Se teje en telar con hilos de lana de varios colores.

entrar de nuevo en este circuito de compra-venta que supone la única fuente de recursos, el único medio de mal-vivir, para la mayor parte de nuestra gente del Plan 3000, y, por extensión, de todos los suburbios que, alrededor del Segundo Anillo de Santa Cruz, alojan a uno de los grupos humanos más numerosos y más desprotegido del planeta. Huérfanos de derechos, de autoestima, de oportunidades, de salud, de educación, y, lo que es aún peor, huérfanos de capacidad de reacción.

El Padre Nicolás reaccionó por ellos, y con él toda una nube de voluntarios y cooperantes, mayoritariamente españoles, que, quizás para sacarnos la espina de nuestros antepasados colonizadores-explotadores, o quizás siguiendo los pasos de los que vinieron con espíritu constructivo a crear un mundo nuevo, aterrizamos en esta pampa, unos, por espíritu de solidaridad, o quizás de aventura; otros, como reacción de huida, o buscando contenidos y sentido a existencias en punto muerto que necesitan volver a ponerse en marcha, pero todos con muchas ilusiones y grandes esperanzas.

La Hermana Juana Arencibia, humanidad desbordante, carismática, incansable, también reaccionó por ellos. En ella primaban la solidaridad y el espíritu misionero, le sobraban energías y le faltaba campo de acción. Encontró, en el momento oportuno, en lo que era entonces el germen de nuestro Microhospital de la Rotonda, una canalización para su arrolladora capacidad de acción. Construyó una esperanza para los enfermos y para el dolor, la amplió tanto como le fue posible, y, con un pragmatismo a prueba de cualquier ilusoria fantasía de altos vuelos, la adaptó a la realidad de la Rotonda, a las escasísimas posibilidades económicas de sus habitantes, y a sus meritorios, pero limitadísimos, medios de financiación.

Así encontramos, hace ya más de cuatro años, una isleta en la Rotonda del Plan 3000, en la que poner en marcha una campaña médico-quirúrgica anual, con el objetivo de proporcionar asistencia a esa humanidad desprotegida que pulula alrededor, sin posibilidad de mitigar sus dolores, aliviar sus incapacidades, luchar contra su enfermedad, librarse de sus “bibosis”⁷, ni escapar a una muerte tan absurda, en pleno siglo XXI, como la provocada por una apendicitis aguda o una hernia encarcerada.

Persiguiendo ese objetivo concreto, tirando de la generosidad de tantos, y de la incansable tenacidad y laboriosidad de un grupo entusiasta de colegas malagueños, organizamos en esta IV Campaña tres equipos quirúrgicos que, trabajando alternativamente en este escenario y en el corazón de la selva amazónica cochabambina, han resuelto el problema vital de algunos cientos de bolivianos, condenados hasta ahora a la tiranía del dolor y de la enfermedad. La frialdad de las estadísticas puede traducir este esfuerzo en una insignificante mejoría de la salud del pueblo boliviano, pero la realidad vital de cada uno de los beneficiados por la campaña, compensa sobradamente un esfuerzo y una generosidad que redundan, tanto en la calidad de vida de los pacientes, como en la autoestima, el enriquecimiento espiritual y el caudal de experiencias personales de todos y cada uno de nosotros.

⁷ BIBOSI.- Árbol que parasita a la palmera. Convive con ella durante años, rodeándola con sus ramas de forma lenta y progresiva. Termina agostándola. Es muy frecuente en los Llanos Orientales

En esta IV Campaña, en el Microhospital Virgen Milagrosa de la Rotonda del Plan 3000, dotado con 20 camas, un quirófano, y una sala de partos reconvertida en sala de operaciones por vía laparoscópica, se han resuelto, en 21 sesiones quirúrgicas, 189 patologías, en 178 enfermos, con una media de 8/9 pacientes por día.

Las intervenciones sobre las VÍAS BILIARES, con 95 casos, han vuelto a ocupar el primer lugar de la estadística. De ellas, en 12 ha sido necesario abrir el colédoco, pero la mayor parte de las colecistectomías se han resuelto por vía laparoscópica. Entre las incidencias peri- y post-operatorias, además de algunos seromas (en número menor del previsto, dadas las condiciones higiénico-sanitarias del medio), debemos reseñar dos casos de sangrado post-quirúrgico, uno de ellos secundario a las deficiencias de un "clip" laparoscópico (resuelto en reintervención y transfusión directa, utilizando como donante a uno de los miembros del equipo), además de la extracción accidental de un tubo de Kerr por el personal de enfermería, que requirió también una reintervención y la correspondiente prolongación del post-operatorio.

El segundo grupo en orden de frecuencia vuelven a ocuparlo las intervenciones sobre la PARED ABDOMINAL, con 71 casos: 45 hernias inguinales o ínguino-escrotales, 10 umbilicales, 4 epigástricas, y 12 laparocelos. Nuevamente hay que destacar el enorme volumen de estos últimos, la monstruosa deformidad del abdomen de algunos pacientes, portadores además de una paradójica obesidad mórbida, con historias de reiteradas laparotomías y repetidos episodios de peritonitis, y / o múltiparas (10 a 12 embarazos es muy común) sometidas muchas veces a varias cesáreas consecutivas. No menos llamativas son las hernias ínguino-escrotales gigantes, con pérdida del derecho a domicilio, a veces con la mayor parte del paquete intestinal suspendido dentro de una bolsa escrotal que cuelga hasta la rodilla. Todo esto, naturalmente, en pacientes hipertensos sin controlar, o diabéticos que no saben que lo son, o bronquíticos crónicos, o alcohólicos, cirróticos....., sin contar, pues hay que darlo por supuesto en Bolivia, las parasitosis intestinales (endémicas) y de todo tipo, las cutáneas, sarnas, pediculosis, escaras, abscesos, úlceras...., y toda la patología que acompaña a las deficiencias higiénicas y dietéticas de una población hacinada, desprovista de los mas elementales servicios sanitarios, y ancestralmente habituada a vivir sucia, parasitada, entre detritus, y en un régimen de promiscuidad que favorece y multiplica la miseria, la degradación, y una patología social de difícil control.

En este grupo debemos incluir el único caso de mortalidad post-operatoria que hemos debido afrontar en las casi 1000 intervenciones quirúrgicas que se han llevado a cabo en las cuatro campañas. Se trataba de una hernia laparotómica encarcerada, intervenida de urgencia, que tras ser dada de alta sufrió, algunos días después, una recidiva de su cuadro de abdomen agudo. Tras la reintervención, en la que hubo que practicar una resección intestinal, sufrió un infarto masivo de miocardio, que no respondió a las inmediatas medidas de reanimación puestas en marcha por el equipo de anestesia. Es importante resaltar aquí que, si bien no nos encontramos en ningún momento con carencias materiales ni profesionales para resolver la

situación, sí cundió entre todo el equipo una sensación de abatimiento y responsabilidad compartida ante la muerte de un ser humano, que, curiosamente, no se produce con la misma intensidad en circunstancias similares, cuando nos encontramos en nuestro medio, en el que quizás nos encontramos arropados por un sistema organizativo en el que todo está previsto, y del que allí estamos huérfanos, trabajando a la intemperie.

En el tercer grupo englobamos las intervenciones quirúrgicas sobre el CUELLO, que se resumen en 10 Bocios Eutiroideos, 2 Hipertiroideos y una Neoplasia de Tiroides. A destacar aquí el extraordinario volumen de la mayoría de los bocios (alguna de las piezas operatorias llegó a pesar 800 gr.), la complejidad técnica de su extirpación, y una porción de regocijantes anécdotas en la preparación pre-operatoria de los hipertiroidismos, que, sumadas a otras no menos curiosas, podrían dar lugar a un suculento anecdotario.

En un cuarto y último grupo se reúne una miscelánea que engloba patologías diversas, con el único factor común de cursar sin incidencias: 3 casos de Apendicitis aguda, 2 Hidroceles, 2 Fimosis, una Criptorquidia, un Divertículo de Meckel habitado por una gran Tenia, y un caso de Isquemia Intestinal segmentaria, operada de urgencia.

Independientemente de la Cirugía, la Policlínica quirúrgica y la Consulta del Microhospital, se ha consolidado en esta etapa el punto de atención primaria e higiénico-sanitaria que se inició hace ya cuatro años en la barriada marginal de Urkupiña, y se ha puesto en marcha otro más en un nuevo asentamiento guaraní, en el que se inició también recientemente con éxito un intento de escolarización. Gracias al entusiasmo y al carisma de una de nuestras residentes malagueñas, y a la cooperación de algún estudiante voluntario de la Fundación Hombres Nuevos, esta tarea puede suponer el germen de un nuevo centro de esperanza para otro núcleo de población desprotegida.

LA AMAZONÍA PROFUNDA

Otra cara de Bolivia, la que desde hace ya tres años nos encontramos periódicamente en las selvas del Chapare, nos golpea una vez más con sus contrastes y sus colores, con sus sonidos y sus silencios, con la belleza y el esplendor de su naturaleza, y con la miseria y el conformismo de sus habitantes. Venimos otra vez con nuestra carga de ilusiones y proyectos, con la esperanza de quitar algún dolor, prolongar alguna vida, sembrar un poco de conciencia y hábitos higiénico-dietéticos y, sobre todo, de apoyar y ayudar a la portentosa Hermana Waltraud, que ha sumergido 25 años de su vida en esta durísima Amazonía boliviana, tan hermosa como impenetrable.

Una vez más nos sorprende este extremo del mundo, que igual se puede idealizar como un paraíso terrenal, en el que todos los frutos de la tierra son posibles, que convertirse en una trampa mortal, sin alicientes ni salidas. Una vez más nos inunda y nos penetra la prodigiosa naturaleza selvática, su inmensidad, su fuerza, su música, sus misterios. Y, una vez más, nos aplasta ese calor húmedo, pegajoso, paralizante; nos invaden las nubes de agresivos insectos, y sentimos (o imaginamos), el acecho de reptiles, de “yacarés”, del “tigre”, de la anaconda.....

De este corazón verde, pulmón universal según parece, podrían explotarse, sin dañar el ecosistema, un sinfín de recursos, que al más inexperto observador se le ocurren, y que deberían sacar al país del subdesarrollo. Pero, lamentablemente, la única fuente de riqueza que se ha explotado aquí con éxito ha sido la coca y los procesos de elaboración de su producto estrella, la cocaína. A su alrededor, todo lo que cabe esperar que asista al negocio ilegal y multimillonario del “oro blanco”: delincuencia, corrupción, redes mafiosas, miseria y explotación del hombre por el hombre.

Esto determina, naturalmente, el medio social que nos encontramos en el Chapare. Ya lo hemos descrito en campañas anteriores. Distinto al del Plan 3000 en cuanto a las causas de sus déficits y la etiología de sus males, pero aquejado al final de los mismos problemas que asaltan al género humano en los escalones más bajos de la degradación y la miseria.

Estos problemas, en el Chapare, tienen una eficacísima enemiga en la Hermana Waltraud, germánica en la laboriosidad, eficacia y capacidad organizativa, hispánica en la generosidad y el genio creador, boliviana por vocación, ciudadana del mundo sin limitaciones. Artífice y alma de nuestro Hospital de Ibuelo, ha resuelto con eficacia nuestros problemas de alojamiento (el más elemental confort es inconcebible en Bolivia), y contamos ya con un refugio que, orgullosamente, ostenta el nombre de CASA MÁLAGA.

El óptimo clima de colaboración en el equipo, la demanda asistencial, y la de la voluntariosa ginecóloga local, han determinado una mayor proporción de la Ginecología y la Obstetricia, en la actividad de los equipos desplazados al Chapare, en esta fase de la campaña. Esto ha redundado positivamente en la formación de los residentes, y en el reciclaje de todos nosotros, que, entre otras cosas, nos hemos vuelto a emocionar con la asistencia a un parto, con el espontáneo y casi milagroso espectáculo del inicio del ciclo de una vida, cuando toda nuestra labor se centra habitualmente en intentar retrasar u obviar, inútilmente, su inevitable final.

En este contexto, no puede extrañar que en nuestros partes de quirófano del Chapare figuren este año:

-Siete CESÁREAS, cuatro por placenta previa, más tres casos de desprendimiento placentario. En uno de estos últimos, la paciente, una joven de 20 años, llegó al Hospital el último día, cuando el equipo quirúrgico ya había cerrado la Casa Málaga, recogido el material del quirófano, y acoplado las maletas en el jeep. Venía sola, sangrando, tras una caminata de más de 10 kilómetros por el linderó selvático, con su embarazo a término, su desprendimiento placentario, y, como cabía esperar, con el feto muerto. Tras la intervención, volvimos a casa, y nos informaron de su total restablecimiento, pero nunca supimos si tenía familia, pareja, o algún motivo para volver a caminar por el mismo sendero que la había traído, para reencontrarse con alguien, con algo, con algún estímulo para seguir viviendo. Probablemente, ni lloraría al hijo perdido, ni celebraría en exceso su propia vida recuperada. Todos los valores, incluso la vida y la muerte, tienen otra dimensión, otro peso, otra relatividad, en Bolivia. La especial mención a este caso es tan sólo una muestra que puede poner de manifiesto cómo ni la Sociología, ni la Psicología, ni siquiera la Patología, son superponibles a la hora de equiparar nuestro trabajo de “vacaciones”, con nuestro quehacer diario en España.

-Seis casos de QUISTE DE OVARIO, dos de ellos operados de urgencia por torsión del pedículo.

-Siete HISTERECTOMÍAS, todas ellas por vía abdominal. En uno de los casos se puso de manifiesto la existencia de una Neoplasia uterina, y el resto eran úteros miomatosos, casi todos ellos de gran tamaño.

-Un gran PROLAPSO uterino, de muchos años de evolución.

En cuanto a la Cirugía General, la casuística no ha variado mucho con respecto a anteriores campañas:

-Nueve intervenciones sobre las VIAS BILIARES, que aquí se realizan sistemáticamente por laparotomía, al no contar con equipo laparoscópico. En tres de los casos fue necesario abrir el colédoco y, por tanto, dejar temporalmente un tubo en T.

-Cinco intervenciones sobre el TIROIDES. Una de ellas, la única que en la exploración clínica permitía suponer, por su tamaño y el estado general de la

enferma, una extirpación rápida y sin complicaciones, puso de manifiesto rápidamente en el quirófano su aspecto macroscópico maligno. Era una neoformación extraordinariamente adherida e invasora, que infiltraba la tráquea y estructuras vecinas, que requirió una cirugía arriesgada y prolongada. El análisis histo-patológico de la pieza hubo que realizarlo muchos días después, y a muchos kilómetros de distancia. Confirmó su naturaleza maligna, pero, lamentablemente, el necesario tratamiento oncológico posterior se escapó de nuestras posibilidades, y también de las de la paciente, su familia y su entorno. Un caso más entre los que nos tenemos que dejar sin resolver, y que nos sacude y nos revuelve la conciencia cuando, ya de vuelta a casa, nos sumergimos nuevamente en nuestro sistema hiper-protector, que da vía libre al abuso de prestaciones, a los excesos de una demanda asistencial exagerada, y a una medicina de complacencia carísima, inútil, e incluso contraproducente.

Los cuatro “cotos”⁸ restantes eran de gran tamaño, como es habitual en estas latitudes, y presentaron las dificultades técnicas y la laboriosidad quirúrgica que cabía esperar, pero se resolvieron y evolucionaron sin complicaciones.

-El grupo más numeroso lo engloban las intervenciones sobre la PARED ABDOMINAL, en las que se incluyen 20 hernias inguinales o ínguino-escrotales, cuatro de ellas bilaterales, 7 hernias umbilicales, 5 epigástricas y 2 laparocelos.

-Por último, sólo queda mencionar 2 APENDICECTOMÍAS de urgencia y cinco intervenciones con anestesia local sobre LIPOMAS, PAPILOMAS y QUISTES DERMOIDES.

En el Hospital de Ibuelo se han operado, por consiguiente, en 14 sesiones quirúrgicas, 69 enfermos, afectados por 76 patologías. Sumados a los de Santa Cruz, y resumiendo, han sido operados en esta campaña 247 pacientes, 18 de ellos de más de un proceso, en un total de 35 sesiones quirúrgicas. Se han atendido además más de 400 consultas externas, y se ha continuado con la labor de divulgación higiénico-sanitaria y atención médica primaria en puntos periféricos del gran suburbio cruceño.

Las frías cifras estadísticas no revelan algunos datos importantes que es necesario resaltar, sobre todo con vistas al futuro. En primer lugar, que la patología que llega hasta nosotros se complica en progresión geométrica año tras año. La limitación de los medios técnicos, el desconocimiento del medio circundante, y la conciencia de nuestras propias limitaciones, nos obligaron en principio a seleccionar los casos quirúrgicos, y a someter nuestro trabajo a una feroz autocrítica. Con el tiempo, la creciente demanda asistencial, el incremento de material que, sistemática y progresivamente, hemos podido ir aportando año tras año, además de la mayor confianza en nuestras propias posibilidades, han multiplicado de forma exponencial la complejidad y el número de los casos que nos sentimos obligados a resolver, o a intentar

⁸ COTO.- Bocio. La expresión popular: “echarse el coto al hombro” puede dar idea del tamaño que suelen alcanzar. Por extensión, llaman “cotudos” a los tontos, poco inteligentes, suponemos que por asociación con el Cretinismo bocioso hipotiroideo

mejorar, con la consiguiente prolongación de los post-operatorios y la aparición de una morbilidad y mortalidad siempre difíciles de afrontar.

En segundo lugar, somos conscientes de que nuestros pacientes no proceden ya en exclusiva de los suburbios del Plan 3000. Poco a poco, empezaron a llegar campesinos de la inmensa pampa cruceña, y de las profundidades de la selva cochabambina, y en esta última campaña hemos asistido a un goteo diario de pacientes procedentes del Beni, de Oruro, de Potosí, de La Paz, de los Llanos Orientales, de los Pantanales o del Altiplano. Tras más de dos o tres jornadas de viaje en “flota”, en remolques de camiones, o a pié, llegan con la idea fija de ser atendidos, diagnosticados, tratados u operados de inmediato, con el fin de regresar sin demora, por los mismos polvorientos e interminables caminos. No tienen la más mínima posibilidad, ni recursos, para subsistir en Santa Cruz, pero el dolor, y la vaga información de un remoto pariente que vive en el Plan, los empujan hasta aquí, con la esperanza de librarse de su mal a pesar de su indigencia. Esto comporta una presión asistencial que, sumada a las urgencias, para las que el Microhospital no está en absoluto dotado, sobrepasa con mucho nuestras posibilidades de acción, a pesar de la inmejorable disposición de todos y cada uno de los miembros del equipo, que se ha incrementado en número año tras año. Con un espinoso sentimiento de deserción, nos vemos obligados siempre a dejar tareas pendientes, en forma de enfermos que padecen, y que funcionan como permanente reclamo en todos los niveles de nuestra conciencia. Es tan evidente que hay que continuar e intentar ampliar el proyecto, que el punto final de estas líneas debe ser tan sólo el inicio de la preparación de la próxima campaña.

MEMORIA DEL PROYECTO DE APOYO MÉDICO-QUIRÚRGICO

V Fase: JULIO-AGOSTO 2005

**EN EL MICROHOSPITAL VIRGEN MILAGROSA
DEL BARRIO “PLAN 3000” DE SANTA CRUZ DE LA SIERRA**

**EN EL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES
DE IBUELO, EN EL CHAPARE (DEPT. COCHABAMBA)**

**Y EN EL HOSPITAL GUABIRÁ
DE MONTERO (DEPT. DE SANTA CRUZ)**

DRA. L. GARCÍA ARÁNGUEZ

Esta quinta fase del Proyecto de Apoyo Médico-Quirúrgico a la sociedad boliviana ha sido, sin duda, la más ambiciosa en cuanto a proporciones y objetivos, y por ende la más compleja en cuanto a preparación, organización y logística.

Año tras año, la realidad boliviana pone ante nosotros carencias nuevas, listas interminables de necesidades, preexistentes sin duda, pero ocultas a los ojos de cualquier observador, absorto en la superficie de una escalofriante situación social que, por sí sola, es capaz de saturar su capacidad de sorpresa y asombro, mucho antes de empezar a profundizar en la compleja realidad socio-económica boliviana⁹.

Mas la relación humana singular que depara el contacto médico-enfermo (y médico-familiar de enfermo), en el transcurso de la confección de una historia clínica y todo el protocolo que la sigue, depara, tras cada campaña masiva, una ineludible obligación de profundizar, de sumergirse y buscar todo eso que no está en la superficie, pero que determina y explica las terribles carencias que se despliegan ante nosotros.

Esta es la razón de que en cada campaña haya sido prácticamente obligatorio aumentar, con respecto a la anterior, los objetivos, y con ellos los recursos materiales y humanos necesarios para cubrir las expectativas que nuestra presencia genera en los grupos sociales que nos reciben. Ya en la segunda Fase expandimos nuestra actividad al Chapare, estableciendo un punto de asistencia médico-quirúrgica en el Hospital San Martín de Porres de Ibuelo, dotado con una hermosa sala destinada a quirófano, por entonces prácticamente vacía, que se ha ido “rellenando” poco a poco durante los últimos cuatro años, gracias a la generosidad de muchas personas e instituciones españolas, y que ya es capaz de cubrir la demanda quirúrgica de la mayor parte de las patologías que, desde toda la Amazonía cochabambina, acuden cada año cuando se aproxima la fecha de llegada de los “médicos de Málaga”.

Animados por esta experiencia, y gratísimamente sorprendidos por el número creciente de colegas voluntarios decididos a compartir nuestra tarea, intentamos en esta quinta Fase establecer un tercer punto de atención y asistencia. La necesidad, tanto de una infraestructura mínima imprescindible, como de la colaboración de algún profesional u organización local operativa que convoque y filtre la demanda asistencial, dificultan el establecimiento de un programa como el nuestro, complejo en sí mismo, y en cuya puesta en práctica estamos obligados a optimizar los recursos con los que contamos y a

⁹ Memorias de las cuatro Fases anteriores

aprovechar hasta el último minuto del poco tiempo de que disponemos. Con estas premisas, y tras algunas propuestas fallidas, se localizó un pequeño hospital, ubicado en el Ingenio Azucarero de Guabirá, al norte de Montero, que si bien disponía de una infraestructura quirúrgica mínimamente aceptable, nos hizo temer desde el primer momento la posibilidad de problemas tácticos, tanto para el control y supervisión de los post-operatorios como para asegurar la selección de los pacientes entre las familias con necesidades económicas, sociales y sanitarias más acuciantes. De hecho, tras dos semanas de trabajo, en las que constatamos la imposibilidad de rentabilizar el tiempo y los recursos en la proporción adecuada, decidimos desviar los pacientes seleccionados a nuestra base en el Hospital Virgen Milagrosa del Plan 3000 de Santa Cruz, reforzando allí los equipos quirúrgicos y anestésicos y habilitando una nueva “sala”, con el fin de absorber la sobrecarga asistencial generada.

La experiencia del Hospital de Guabirá, valiosa por sí misma en cuanto tal para los profesionales implicados, nos ha proporcionado un contacto y un conocimiento impagables del mundo de la zafra y de los zafreiros, peculiar comunidad de cortadores de caña de azúcar que, procedentes mayoritariamente del Altiplano, se instalan en campamentos itinerantes, en condiciones de habitabilidad infrahumanas y, en ocasiones, en régimen de semiesclavitud. Con un trabajo paralelo a nuestra campaña médico-quirúrgica, la Dra. Morón, integrante del equipo malagueño, se ha incorporado al proyecto de UNICEF que intenta controlar y poner fin al trabajo infantil en este medio. En su calidad de pediatra, ha colaborado con el SUMI boliviano en los programas de vacunación y la asistencia médica de los niños de esta comunidad. Consideramos su experiencia y los datos recogidos en su informe como un importantísimo valor añadido a los resultados de nuestra campaña.¹⁰

Otro tanto debemos decir del trabajo desarrollado por la Dra. Hidalgo, integrante así mismo del equipo malagueño, que por segundo año consecutivo se ha empeñado, con extraordinario entusiasmo y eficacia, en ingratas tareas orientadas a elevar el nivel sanitario en la colonia guaraní del extrarradio de Santa Cruz y en la barriada marginal de Urkupiña de nuestro Plan 3000. Tanto los habitantes de esta última, como los sufridos y olvidados guaraníes, añorarán durante mucho tiempo a su “doctorita”, que les aportaba a diario consuelo, alegría, sonrisas y “remedios” para sus dolencias, que ni en el mejor de sus sueños se habrían atrevido a imaginar.

La ampliación de la campaña Médico-quirúrgica propiamente dicha, objetivo fundamental de nuestro proyecto, ha supuesto, como ya hemos adelantado, un incremento de los medios materiales aportados, pero también de los recursos humanos requeridos, que se han integrado en esta ocasión en tres equipos quirúrgicos, acompañados cada uno de ellos por un equipo

¹⁰ “Informe sobre brigadas médicas realizadas desde el 12 de Julio al 09 de Agosto de 2005 para la Subcomisión Departamental de erradicación del trabajo infantil en la zafra de caña de azúcar”. Informe realizado por la Dra. Dulce Nombre Morón Megía, médico pediatra de Málaga-España, cooperante voluntaria con la Fundación Hombres Nuevos, y con la colaboración de la Licenciada Lidia Mayser de Gamarra, coordinadora de la Subcomisión Departamental del Trabajo Infantil para la Zafra de Caña de azúcar.

anestésico, que han rotado en turnos semanales por los diferentes centros en los que se ha desarrollado el programa.

Hemos contado además en esta ocasión con una ginecóloga, la Dra. López, cuya presencia venía impuesta por la fuerte demanda que habíamos detectado en campañas anteriores en patologías de suelo pélvico, que se quedaban sin resolver un año tras otro. Gracias a su colaboración, más de una “cholita” ha recuperado, por fin, la firmeza de esa parte de su anatomía, desfondada literalmente tras la interminable sucesión de embarazos y partos que “sufre” sin protestar la mujer de cualquier clase social por estas latitudes.¹¹

En la Policlínica Quirúrgica del Hospital Virgen Milagrosa del Plan 3000 se han atendido 512 pacientes. De ellos, 200 han sido subsidiarios de tratamiento quirúrgico en el transcurso de la campaña. De los restantes, la mayor parte han recibido tratamiento médico, y un pequeño número, o bien se han derivado, o bien han aplazado su intervención por diferentes razones.

Es importante hacer constar aquí que en esta 5ª Campaña hemos contado con la inestimable colaboración de un equipo de trabajadores sociales que, además de proporcionarnos un conjunto de interesantísimos datos relativos a edad, sexo, procedencia, etc., de nuestros pacientes¹², han realizado la penosa labor de investigar su realidad socio-económica, dato fundamental a la hora de seleccionar a los mas desfavorecidos desde este punto de vista. La creciente demanda asistencial generada ya en las últimas campañas, hacía inexcusable esta investigación, con el fin de evitar la picaresca y volcar los recursos y el tiempo de que disponemos sobre los más necesitados.

¹¹ ¿Para cuándo y desde donde una eficaz y responsable campaña de control de la natalidad en Bolivia?
¿Cómo concienciar al “primer” mundo de la desproporción de algunos de sus objetivos prioritarios si los compara con sus equivalentes en una sociedad subdesarrollada?. 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 “pié de guerra” a nuestros medios de comunicación, adquieren su auténtica e intolerable magnitud en la Bolivia profunda, ese 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.

¹² INFORME ESTADISTICO SOCIAL. Universidad Autónoma Gabriel René Moreno. Facultad de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales. Trabajo Social.
Integrantes: Antezana Gabriela, Coimbra R. Ana Isabel, Miranda Faye Yobana, Marpartida Fabiola, Rojas Rossy
Santa Cruz 11 de Agosto de 2005

El **reparto de las patologías** que presentaban los pacientes subsidiarios de tratamiento quirúrgico no ha variado mucho con respecto a las campañas anteriores, aunque, como ya apuntábamos en la última, el aumento de la demanda viene acompañado por una complejidad cada vez mayor de los procesos que se nos presentan. En el mismo sentido, debemos apuntar que algunos pacientes han sido intervenidos de más de una patología, razón por la cual en la relación siguiente se puede apreciar que, con sólo 200 enfermos, hemos contabilizado 221 patologías en el Hospital Virgen Milagrosa del Plan 3000 de Santa Cruz de la Sierra. En Guabirá, la relación ha sido de 28 patologías en 27 pacientes, y en Ibuelo (Chapare), de 94 procesos para 88 enfermos. En total, en la presente campaña podemos comprobar que se han operado 315 pacientes, en los que se han resuelto 343 procesos patológicos.

Como siempre, el grupo más numeroso corresponde a las **enfermedades de las vías biliares**, que engloban 83 intervenciones en Santa Cruz, cinco en Guabirá y doce en el Chapare, es decir 100 operaciones sobre las vías biliares. Cinco de ellas con apertura obligada del colédoco por existencia de cálculos en su luz. La mayor parte de las colecistectomías se ha realizado por laparoscopia, técnica que permite acortar sensiblemente el periodo post-operatorio hospitalario, dato fundamental si tenemos en cuenta el limitadísimo número de camas de que disponemos. También debemos hacer constar aquí que, gracias a la generosidad del Rotary Club de Marbella, hemos dispuesto en esta campaña de un flamante Coledocoscopio, inestimable complemento quirúrgico en los casos de colédocolitiasis, y que se ha rentabilizado ampliamente en largas y estresantes sesiones de quirófano.

La Cirugía Laparoscópica, que supone en nuestro medio una técnica ideal para el tratamiento de las **hernias de hiato**, está igualmente disponible en nuestro hospital del Plan 3000 para esta patología, y su técnica despierta además específica expectación entre los colegas bolivianos. No obstante, solamente ha habido un caso en el que hemos tenido oportunidad de utilizarla, dada la escasa demanda que depara esta patología en el medio boliviano en el que se desarrolla nuestra actividad, donde tan sólo un dolor intolerable, una grave incapacidad o deformidad, o una sintomatología invalidante, son motivos suficientes para una consulta médica.

El segundo grupo de patologías lo integran las derivadas de **anomalías de la pared abdominal**: 49 Hernias Inguinales en Santa Cruz, 7 en Guabirá y 34 en el Chapare. De Hernias Umbilicales hemos contabilizado 18 en Santa Cruz, 1 en Guabirá y 5 en el Chapare. En este mismo grupo debemos hacer constar las Hernias Epigástricas: 2 en Santa Cruz, 1 en Guabirá y 3 en el Chapare. Por último, incluimos también aquí el importante capítulo de los Laparocelos: 21 en Santa Cruz, 2 en Guabirá y 8 en el Chapare. Es necesario reseñar al respecto (ya lo hemos hecho en las campañas anteriores), que estas últimas alteraciones de la pared abdominal son extraordinariamente frecuentes, voluminosos y complejas en Bolivia. Se presentan mayoritariamente en mujeres muy obesas, (auténticas obesidades mórbidas en pacientes

paradójicamente mal nutridas), con historias clínicas¹³ farragosas, en las que refieren un número impreciso de partos y/o cesáreas, además de presuntos procesos peritoníticos de cirugía tardía, seguidos de postoperatorios tormentosos, con sucesivas eventraciones precoces y, en muchos casos, nuevas gestaciones, absoluto abandono y abstención de las mas elementales medidas higiénico-dietéticas y profilácticas.

La **patología tiroidea** es muy frecuente en la Policlínica, si bien no siempre subsidiaria de tratamiento quirúrgico. En esta 5ª campaña se han operado doce Bocios en Santa Cruz, cinco de ellos gigantes, además de una fístula del conducto tíreo-gloso. En el Chapare cochabambino se han extirpado siete Bocios, dos de ellos gigantes, y en Guabirá un conducto tíreo-gloso. En el resto de los casos de patologías tiroideas, se ha iniciado tratamiento médico y se ha procurado que, en la medida de lo posible, los pacientes se sientan responsables de la evolución de su enfermedad, de la necesidad de un tratamiento permanente y de unos controles periódicos. Aún así, y tras la experiencia que nos proporciona nuestra actividad profesional en Bolivia, somos muy escépticos en todo lo relativo al tratamiento y seguimiento de las enfermedades crónicas, sobre todo si requieren algún tipo de desembolso económico.

La **patología ginecológica** merece en esta quinta fase de nuestro proyecto un apartado especial, gracias a la circunstancia ya mencionada de la colaboración durante tres semanas de la Dra. López, que ha iniciado además la vía para la solución quirúrgica de los problemas de suelo pélvico en el Microhospital Virgen Milagrosa. Durante la campaña se han operado cuatro casos de Prolapso Uterino y otros cuatro de Cistocele en Santa Cruz, además de cinco Cistoceles más en Guabirá.

La posibilidad de ampliar el campo a las patologías ginecológicas nos ha permitido además en esta ocasión dejar resueltos algunos problemas que en campañas anteriores (excepto en la primera, en la que contamos también con la colaboración excepcional del Dr. Gálvez) no llegaban a nosotros. Así, en el Plan 3000 de Santa Cruz se han realizado durante esta campaña cinco Histerectomías, se han extirpado tres Quistes de Ovario y se ha practicado una Ligadura de Trompas. En Guabirá se ha hecho una Histerectomía y en el Chapare una Cesárea, la extirpación de un Quiste de Ovario y dos Histerectomías.

En este último destino habíamos colaborado ya desde la segunda campaña con la Dra. Pardo, boliviana, ginecóloga titular del centro, que merecería por sí misma un capítulo aparte, como mujer, como médico, como ser humano. Aislada, en solitario, en medio de la selva amazónica, sin más

¹³ 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. 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.

ayuda que sus conocimientos, su habilidad para “pinchar la espalda” y un equipo más que rudimentario, ha resuelto durante años y años todos los problemas obstétricos de una nutrida y dispersa población indígena. Mujeres (casi niñas) multíparas, de una fecundidad incontrolada e incontrolable, absolutamente exentas de la más mínima noción de profilaxis, de higiene, de autoestima como mujer, acuden a la Dra. Pardo como último recurso, a veces con su feto muerto después de caminar varias horas, incluso días, por la selva. Y la Doctorita, de guardia permanente durante todo el año, con una media de dos/tres partos/cesáreas al día, además de una consulta interminable, recibe cada año nuestra llegada como un regalo de la Providencia, aunque sólo sea por la posibilidad de contar con un anestesista “de verdad”, y con las manos de un residente de Cirugía malagueño que, gracias a su experiencia boliviana, podrá anotar en su currículum la práctica de cesáreas, histerectomías.....

El tratamiento quirúrgico de las **Varices** se ha abordado por primera vez en esta campaña, concretamente en el Chapare, precisamente por iniciativa de la Hermana Waltraud Gedell y de la citada Dra. Pardo, sensibilizadas por la frecuencia y, sobre todo, por las proporciones de esta anomalía en aquellas latitudes. La persistencia de la insuficiencia valvular venosa periférica durante años, en pacientes que no conocen, ni por consiguiente practican, ningún tipo de medida de contención, profiláctica, higiénica, etc., determina que los casos que llegan a la consulta hayan adquirido ya enormes proporciones en cuanto a la deformidad anatómica, e importantes repercusiones funcionales, además de un florido cuadro sintomático y las inevitables secuelas de úlceras varicosas crónicas, sobreinfectadas en muchos casos, espectaculares trastornos tróficos, etc., etc. Se han intervenido en el Hospital San Martín de Porres de Ibuelo 14 pacientes con esta patología, mediante convencional técnica de stripping, sin complicaciones en el post-operatorio inmediato y con precoz mejoría de la sintomatología clínica.

En el capítulo de la **cirugía urológica**, que solamente llega a nosotros de forma accidental, se atiende a todos los enfermos y se operan aquellos que consideramos accesibles a nuestras posibilidades. En esta campaña se han operado dos casos de **hidrocele** y una **fimosis**, todos ellos en Santa Cruz.

En esta 5ª campaña ha surgido también la necesidad de realizar una **reconstrucción del tracto intestinal**, mediante una operación de Hartmann, que a pesar de las dificultades técnicas que cabía esperar, dada la complejidad del proceso y las incógnitas de la intervención anterior, se realizó en una larga sesión operatoria, que transcurrió sin incidencias y a la que siguió un postoperatorio sin complicaciones.

En este mismo apartado se puede citar un caso de **prolapso de un asa intestinal a través de colostomía**, que también se operó sin complicaciones, en esta ocasión en el hospital de Guabirá.

La **cirugía de urgencias**, ya lo hemos explicado en las memorias de campañas anteriores, no es, en principio, objetivo de nuestro proyecto, por motivos que también han sido comentados, pero como es obvio, se presentan casos ineludibles, que no admiten espera ni son susceptibles de derivación. En

esta 5ª campaña se han operado en el Plan 3000 de Santa Cruz, una **apendicitis aguda**, y en el Chapare una **úlcera gástrica perforada** y otra **apendicitis aguda**. Es cierto que muchas de las intervenciones sobre las vías biliares que hemos comentado más arriba se realizaron sobre pacientes que llegaron a la consulta en plena crisis de **colecistitis aguda**, pero estos pacientes han sido contabilizados previamente en el capítulo de la patología de las vías biliares.

En un último apartado en el que integraremos diversas patologías, podemos incluir: **Hemorroides** (tres casos en Santa Cruz y dos en Guabirá), seis casos de **Lipomas**, de diversos tamaños y localizaciones, todos ellos en el Plan 3000, una **Mama supernumeraria** en Guabirá y una **Ginecomastia** en el Chapare. Finalmente, tan sólo citar un **Secuestro óseo suprailíaco**, un **Granuloma** del talón, un **Frenillo lingual**, un **Hematoma gigante**, un **Fibroma** de pared, y la reparación de las secuelas de una **quemadura retráctil**.

Han sido, por consiguiente, 343 intervenciones quirúrgicas sobre 315 pacientes. Como se apuntó al principio de estas líneas, nuestra campaña más ambiciosa, más compleja y más completa. Se han atendido más pacientes, se han resuelto más problemas y se han abierto nuevos horizontes. No obstante, a la hora de valorar nuestros resultados y al efectuar un balance riguroso de la 5ª campaña, no podemos obviar el hecho de que también los recursos aportados, el equipo material y humano desplazado y, sobre todo, el esfuerzo realizado por las infraestructuras y el personal que nos recibe, han superado con mucho al desplegado en campañas anteriores. Ante la sensación colectiva de haber superado el tope de lo que es posible hacer con rendimientos eficaces y manteniendo una relación equilibrada de “precio-beneficio”, en el planteamiento y la organización de campañas sucesivas será importante tener en cuenta, (sobre todo dadas las nuevas circunstancias del Hospital Virgen Milagrosa), las posibilidades reales de los respectivos medios que nos reciben, ya que, si bien la demanda asistencial, sobre todo en Santa Cruz, es imparable e interminable, el espacio y los medios siguen siendo limitados.

Se pueden valorar muchas posibilidades: alargar la campaña, con equipos más reducidos que se puedan ir turnando, incorporar nuevas especialidades, buscar el modo de involucrar mucho más activamente a los profesionales bolivianos, colaborar en la formación de cirujanos locales, etc., etc.

Está claro que, si “la mies es mucha” en Bolivia, la incorporación de “obreros” y la organización de nuestros esfuerzos hasta lograr una “siega” eficaz pueden seguir siendo esa “mejor causa” en la que volcar todas aquellas energías volátiles que, en muchos momentos de la vida, es tan fácil dejar que se evaporen.

MEMORIA DEL PROYECTO DE APOYO MÉDICO- QUIRÚRGICO

VI FASE : JULIO – AGOSTO 2006

**SOBRE LOS CIMIENTOS DEL NUEVO HOSPITAL DEL
PLAN 3000**

Y

**CAMPAÑA DE APOYO AL HOSPITAL DE IBUELO EN EL
CHAPARE COCHABAMBINO**

Nuestra 6ª Campaña médico-quirúrgica boliviana ha tenido, como cada una de las cinco anteriores, personalidad propia. Ha compartido con las precedentes la ilusión y la entrega de los participantes, sobre todo de los que se incorporan por primera vez al proyecto y vuelven a contagiarnos a todos sus inquietudes, sus curiosidades, su ansia infinita de ayudar. Cuando los veteranos nos creemos inmunizados contra el paisaje humano degradado y la putrefacción que nos rodea en la Rotonda del Plan 3000, las expresiones de incredulidad y de estupefacción de los nuevos integrantes del equipo tienen la virtud de devolvernos a todos el impulso y el entusiasmo inicial, las ganas de borrar el caos que se ha instalado de pronto a nuestro alrededor, y de sustituirlo por una imagen más acorde con la dignidad del género humano. También el asombro de nuestros colegas ante el espectáculo que la naturaleza nos brinda en Bolivia, junto a la curiosidad y el desasosiego que todos sentimos ante la compleja y peculiar etapa socio-política que vive la comunidad boliviana, nos obligan a reconocer el privilegio que supone estar aquí y ahora. Recuperamos inmediatamente la sensación y el sentimiento de que la experiencia que adquirimos año tras año nos aporta un bagaje vivencial, cultural y humanístico impagable, además de un suplemento de “vida útil”, o mejor, de “vida bien utilizada”, a sumar en la cuenta de resultados del balance personal de cada uno de nosotros.

También comparte la 6ª campaña con las precedentes la cordialidad de los que nos reciben y las expectativas de nuestros pacientes, tan estimulantes como crecientes de una a otra campaña. No obstante, el ambicioso proyecto de ampliación del Hospital Virgen Milagrosa, en plena ejecución en el momento actual, ha disminuido temporalmente, tanto la capacidad de alojamiento para el equipo, como la superficie de trabajo hábil. Teniendo en cuenta además los inconvenientes derivados de la convivencia con una obra de envergadura, habíamos considerado ya en los prolegómenos de su organización la necesidad de minimizar los objetivos de la actual campaña.

En consecuencia, era imperativo disminuir en primer lugar el número de integrantes del equipo humano. Teníamos además un “hándicap” sobreañadido, puesto que los residentes que nos habían acompañado en las últimas campañas, contagiando siempre su entusiasmo y su alegría juvenil al resto, concluían este año su residencia, y los compromisos profesionales impuestos por este crucial momento de su carrera les impedían acompañarnos en esta ocasión. Tuvimos la oportunidad de sustituirlos por tres alumnos internos, con menor recorrido profesional, pero igualmente entusiastas y aún más jóvenes, con muchas páginas en blanco en las que inscribir nuevas experiencias y con grandes dosis de voluntarismo y afán de servir. Por otra parte, a los tres cirujanos veteranos se ha unido en esta ocasión otro gran cirujano y profesor universitario de amplísima experiencia, que junto a dos anestesistas de desbordante eficacia y capacidad de trabajo, nos han permitido mantener en todo momento dos equipos útiles, que han cubierto la demanda

asistencial a la que se podía hacer frente con las instalaciones disponibles, en el Plan 3000 durante cinco semanas, y en el Chapare durante quince días.

Lamentablemente, hemos tenido que prescindir de las dos campañas paralelas que se llevaron a cabo en la etapa anterior, concretamente la asistencia pediátrica a los niños de los campamentos zafreros de la zona de Guabirá, en la que la Dra. Morón había desarrollado un excelente trabajo, y la asistencia médica al poblado marginal de los guaraníes, en el que la Dra. Hidalgo había establecido las bases para una incipiente atención socio-sanitaria de la que carecían absolutamente. Tampoco ha sido posible cubrir este año la consulta del barrio de Urkupiña, pero confiamos en que campañas médicas paralelas a la nuestra, con objetivos mas acordes con la asistencia en primera línea, retomen a corto plazo los proyectos iniciados, en los que pueden encontrar un amplísimo campo de actuación y un trabajo apasionante.

En cualquier caso, a pesar de haber disminuido los objetivos del programa y el equipo humano desplazado, la logística no se ha simplificado en la misma proporción, puesto que al material quirúrgico y anestésico, junto a los medicamentos necesarios para la campaña propiamente dicha, se van sumando progresivamente equipos e instrumental que formarán parte en el futuro de los nuevos quirófanos. Afortunadamente, hemos contado con la inapreciable ayuda de Julio Berzal, de "Aviación Sin Fronteras", que ha recibido pacientemente en Madrid cajas y más cajas, y se ha desvivido durante muchos meses para que todo el equipo que íbamos enviando llegase puntualmente a su destino. Miguel Gil ha continuado también al pie del cañón, con el mismo entusiasmo y eficacia de siempre, pero nos sentimos mas relajados al haberlo descargado, en parte, de nuestra pesadísima (en todos los sentidos) carga. En cualquier caso, es importante dejar constancia de que sin la ayuda de ambos sería absolutamente imposible llevar a feliz término estas campañas.

Está claro que, sin instrumental quirúrgico, equipos, material anestésico, medicamentos, etc., etc., nuestros conocimientos y nuestras manos serían inoperantes, y nuestra presencia inútil. Quienes nos ayudan a transportarlos son importantísimos para la campaña, y quienes nos los proporcionan, absolutamente imprescindibles. Firmas farmacéuticas, fabricantes de material quirúrgico, instituciones públicas, farmacias privadas, conocidos, amigos...., todos los que colaboran en el llenado de esas cajas que desde bastantes meses antes empezamos a enviar a Bolivia, representan en la campaña un papel protagonista, puesto que sin ellos, los más de 700 pacientes que han pasado por las consultas (de los que 240 han sido operados), habrían salido de ellas conociendo, en el mejor de los casos, el nombre de su dolencia, pero sin ningún remedio para combatirla.

Otro ingrediente fundamental para que la campaña llegue a buen término estriba, como no podía ser de otro modo, en el medio que nos recibe. Precisamente es este factor el que ha presentado mas variables en la campaña de 2006, con respecto a las anteriores. Desde el punto de vista local, ya hemos hecho referencia a las obras hospitalarias, que han limitado bastante las posibilidades de actuación en cuanto al trabajo puramente quirúrgico y que, como no podía ser de otro modo, han perjudicado de forma considerable la

habitabilidad del recinto. Es necesario reconocer que la paciencia, las virtudes de convivencia y el autocontrol de todo el equipo han sido encomiables, pero no hay razón para dejar de citar que la permanente lucha contra grandes dosis de arena de obra, (sumada a la que normalmente produce el viento en la llanura cruceña), las duchas en tres o cuatro tiempos como consecuencia de los permanentes cortes de agua, los inevitables y ensordecedores ruidos, el color gris del hormigón envolviéndolo todo, etc., etc., han hecho necesario acumular mucha tolerancia... y sumarle grandes dosis de sentido del humor en numerosas ocasiones, con el fin de facilitar la convivencia en un medio decididamente hostil.

Por otra parte, todo el personal hospitalario, desde la dirección y la administración a las enfermeras, auxiliares, limpiadoras, etc., etc., haciendo caso omiso de las dificultades, se han volcado en la 6ª campaña con el mismo entusiasmo que en las cinco anteriores. Somos conscientes de que les imponemos jornadas de trabajo tan prolongadas y agotadoras que apenas les compensa salir del hospital, pero mantienen en todo momento su afán de colaboración y muestran reiteradamente un agradecimiento y un entusiasmo encomiables y muy estimulantes. Es evidente que, sin su ayuda, ninguna de las campañas habría adquirido las proporciones y la proyección que han ido alcanzado de forma creciente.

Pero el factor definitivamente diferenciador de esta campaña con respecto a las anteriores lo ha impuesto la situación política general del país. Las grandes expectativas creadas por los nuevos gobernantes en las capas de la población indígena mas desfavorecidas, precisamente aquellas sobre las que mayoritariamente se vuelca nuestro trabajo, permanecen hasta el momento vírgenes, y con una respuesta gubernamental que apenas se ha traducido aún en programas concretos. La importación masiva de profesionales médicos cubanos plantea serios interrogantes en diferentes ámbitos, y se presta a una polémica que está viva en el país, y no exenta de graves problemas a medio plazo. La comunidad médica boliviana se inquieta, con razón, ante la ausencia de acreditación oficial de la suficiencia profesional de estos supuestos colegas, que no aportan documentación, certificados ni diplomas. Los colegios de médicos observan, estupefactos e impotentes, cómo se instalan, de forma anárquica y desproporcionada, y generalmente sin apoyo tecnológico, tanto en el campo como en la ciudad. Hemos tenido oportunidad de constatar, a modo de ejemplo, que en Villa Tunari, cuya población no debe superar los 7.000 habitantes, se han instalado 70 médicos cubanos (cifra a todas luces desproporcionada), y en la aldea de Tarabuco, que solamente durante los días de mercado llega a contar algo más de 1000 personas, hay ya 15 jóvenes cubanos dispuestos a ejercer la medicina; cuando se ha visitado el lugar y se conoce un poco el país, es lícito preguntarse dónde, cómo, con qué financiación y con qué criterios. La situación plantea todo tipo de inquietudes y se presta a que corran los mas fantásticos rumores que, al menos de momento, no contribuyen a serenar los ánimos, ni a aumentar las expectativas de la organización y puesta en práctica de una política sanitaria boliviana propia, seria y responsable, y consecuentemente, de unos programas de salud y seguridad social general que lleguen, sin graves cargas económicas, a las capas mas desfavorecidas de la población. Cuando este futurible se transforme

en una deseada realidad, cuando nuestro flamante micro-hospital pueda asumir las funciones de un moderno centro hospitalario, abierto a una población bien protegida desde el punto de vista sanitario, tanto nuestra presencia como la de los presuntos médicos cubanos se habrá quedado obsoleta, y la sociedad boliviana tendrá realmente las riendas de su futuro. Para entonces, el hervidero de la Rotonda se habrá transformado en un gigantesco y modernísimo centro comercial, habrá alcantarillado e infraestructuras urbanísticas...., y quedará tan sólo para la memoria de la Historia ese “maremágnum” de olores, colores, polvo, lodo, sudor, delincuencia y solidaridad, agonía y vida en ebullición, que confluyen en un punto mágico y maldito, en la Rotonda del Plan 3000.

Mientras ese futuro llega, la necesidad de ayuda para los mas desfavorecidos continuará vigente, y nuestra colaboración se concretará en los programas de asistencia médico-quirúrgica, que, de momento, han cumplido ya seis etapas.

Sexta Campaña en el Plan 3000

Tanto en esta sexta etapa como en la quinta, hemos contado con la inapreciable ayuda de un pequeño grupo de sociólogas de la Fundación Hombres Nuevos, que han realizado un impagable trabajo de campo con nuestros pacientes. Nos han proporcionado datos de inestimable valor desde el punto de vista puramente sociológico, pero además han comprobado que todos los enfermos provienen de un estamento socio-económico muy deprimido, y que no habrían podido acceder a un tratamiento quirúrgico por sus propios medios. Era este el principal objetivo de su trabajo, pero nos ha permitido conocer también algunos datos de singular interés, y que traducen en cierto modo aspectos muy revelantes y significativos de lo que es hoy la sociedad boliviana.

La mayor parte de nuestros pacientes, concretamente el 60%, proceden, como es lógico, de Santa Cruz de la Sierra, y de ellos, casi todos, (90%), citan un domicilio periférico al 5º anillo. Aunque hay que tener en cuenta que vivir en las proximidades del centro no es siempre sinónimo de bienestar en Santa Cruz, y que las infraestructuras urbanísticas superan con dificultad el 2º, es también evidente que en los anillos periféricos se asientan las suburbios mas deprimidos de la ciudad, y que a partir del 3º no es raro que alternen algunos confortables “condominios”, cerrados y dotados de seguridad privada, con extensas y anárquicas zonas sembradas de chabolas, con arenosos llanos despoblados, y todo ello surcado por reseco canales en los que vagabundos y drogadictos disputan el espacio a basuras y detritus. En consecuencia, es lógico que la mayor parte de nuestros pacientes procedan de la periferia de Santa Cruz, pero como ya hemos observado en campañas anteriores, es cada vez mas frecuente que lleguen también hasta nosotros procedentes de otros Departamentos de Bolivia. Concretamente, en esta 6ª campaña, un 20% procedían de Cochabamba o de Chuquisaca, otro 15% de La Paz, de Oruro, o de Potosí, y el resto de Tarija o del Beni.

Es también interesante destacar que el 30% de estos pacientes estaban indocumentados, que muchos de ellos no estaban inscritos en el censo oficial de población, y que su nivel de instrucción no superaba la enseñanza primaria en el 60% de los casos.

Por otra parte, tan sólo el 4% eran mayores de 60 años. Este último dato confirma el hecho estadísticamente comprobado de que la edad media en Bolivia dista mucho todavía de la que se alcanza en los países desarrollados, y explica a su vez que la patología que vemos con mas frecuencia en Santa Cruz difiera considerablemente de la que se nos presenta en nuestras consultas habituales. Si el cáncer, las enfermedades cardio-vasculares, la arterioesclerosis, las EPOC, o las artropatías degenerativas, en general, están menos presentes en Bolivia, no es porque la naturaleza sea mas benévola con los bolivianos, sino porque las infecciones, las parasitosis, las malformaciones, etc., etc., llegan antes, e impiden que los tejidos alcancen la etapa del envejecimiento, la degeneración, la desviación evolutiva o la autodestrucción.

También nos ha confirmado el estudio sociológico que el 70% de nuestros pacientes operados eran mujeres y el 30% varones. Además, la mayoría de todos ellos, el 84%, no contaban con un salario fijo, y el origen de sus ingresos era tan variopinto como cambiante, desde todo tipo de trabajos esporádicos o domésticos, a la actividad mas común y extendida en Bolivia: la venta ambulante. El intercambio, el trueque, la compra-venta, la venta de objetos de procedencia a veces poco clara, toda la actividad mercantil que se desenvuelve a nuestro alrededor desde el momento mismo en que cruzamos el portal del micro-hospital, constituye, aquí y en todo el país, la principal fuente de ingresos familiares y el método mas constante para la supervivencia. Es muy probable que los economistas hayan estudiado exhaustivamente este paradójico fenómeno boliviano, que a todos nos sorprende y entristece cuando verificamos por primera vez los contrasentidos y los contrastes de su realidad socio-económica. Un país con todo tipo de riquezas naturales por explotar y relativamente poco poblado, pero en el que el índice de productividad es mínimo, en el que los productos manufacturados mayoritariamente se importan y en el que la mayor parte de sus habitantes viven en el umbral de la pobreza, dedicados a intercambiar sus escasas pertenencias y sin mas aspiraciones vitales que emigrar a algún otro lugar. Según el estudio sociológico de nuestros pacientes, el 41% no contaban absolutamente con ningún ingreso, y entre los restantes, tan sólo un 6% superaban los 1000 pesos bolivianos /mes (unos 100 Euros). Muchas de las familias con las que hemos tenido oportunidad de contactar nos referían con orgullo que tenían un pariente trabajando en España, y si no era así, solicitaban con apremio nuestra ayuda para instalarse en nuestro país. Por término medio, cada emigrante boliviano envía a su familia 50 euros mensuales, cantidad que supone una ayuda inestimable para la manutención familiar y la mejoría de las condiciones de vida de los que se quedan en casa. Concretamente en el Plan 3000, hemos podido constatar en los últimos dos años un aumento significativo de modestas obras de albañilería y mejora de las viviendas, que, según nos cuentan los habitantes de la zona, se ejecutan mayoritariamente con el "dinero que viene de España". Si consideramos el tiempo medio de permanencia en el bolsillo y el poder

adquisitivos de un billete de 50 euros en nuestro medio, profundizar en una reflexión comparativa resulta casi insoportable.

Finalmente, el último capítulo a destacar en el estudio sociológico que venimos comentando, refleja las características de la vivienda de nuestros pacientes, y nos llama la atención inmediatamente que en más del 25% de los casos dicha vivienda es prestada. Esta fórmula de habitabilidad, que igual que la del anticrético es nueva para nosotros, convive con la de propiedad y el tradicional alquiler, pero suponemos que carece de mecanismos legales de regulación, que debe darse solamente en sociedades muy empobrecidas, y que posiblemente genere una problemática socio-familiar sobreañadida. En cualquiera de los casos, lo verdaderamente llamativo y deprimente es que el 77% de los pacientes operados habitan con su familia en una vivienda “multifuncional”, también denominadas “multiuso”, es decir, que disponen de una sola estancia, que hace las veces de dormitorio, cocina, comedor, estar, etc. Si tenemos en cuenta que la mayor parte de las familias son muy numerosas, y que en ocasiones conviven dos y hasta tres generaciones en una misma casa, no es difícil deducir que la promiscuidad y los problemas sanitarios derivados de una convivencia mucho más que estrecha, se multiplicarán hasta límites difíciles de asumir por nuestras mentalidades procedentes de la sociedad del “bienestar”.

Los pacientes previamente estudiados en este trabajo de campo han pasado mayoritariamente por la consulta de medicina general y/o por la policlínica quirúrgica, en las que se han atendido aproximadamente 710 enfermos, de los cuales, 192 han sido subsidiarios de tratamiento quirúrgico. Como algunos de los pacientes presentaban más de una patología, en los casos en que era posible se trataban dos en un mismo acto quirúrgico, de manera que en la relación de procesos intervenidos sumarán un total de 204.

Como en las campañas anteriores, la patología prevalente engrosa con gran diferencia el capítulo de las **enfermedades de las vías biliares**, que afectan a más de la mitad de todos los pacientes operados en esta ocasión en Santa Cruz de la Sierra. Debemos referir concretamente, cuatro casos de **colédocolitis**, ocho de **colecistitis aguda** y 99 más de **colecistitis**. La mayor parte de estas últimas y cinco de las colecistitis se han operado mediante laparoscopia, que en tres ocasiones fue necesario reconvertir en laparotomía por imperativos técnicos. La evolución post-operatoria fue absolutamente normal en la mayor parte de los casos. En cinco de los pacientes fue necesario drenar pequeños abscesos de pared en el transcurso de las curas ambulatorias del post-operatorio, y tan sólo en un caso fue necesario reingresar a una enferma para colocarle un drenaje por la existencia de un “bilioma”.

En el grupo de las **patologías de la pared abdominal**, se han operado en esta campaña 25 casos de **hernia inguinal**, ocho **hernias epigástricas**, ocho **hernias umbilicales**, y 10 pacientes que portaban sendos **laparocelos**. Estos últimos casos eran, como en las campañas anteriores, extraordinariamente grandes, y asentaban generalmente en abdómenes muy voluminosos, que habían soportado varias laparotomías seguidas, en la mayor

parte de los casos por cesáreas. Suelen ser enfermas muy obesas, con historias obstétricas largas y complejas, o bien pacientes que refieren intervenciones laparotómicas por causas difíciles de precisar, con post-operatorios muy largos y tormentosos, y en los que confeccionar una historia clínica detallada resulta tarea compleja, que exige bastante paciencia y grandes dosis de intuición, cuando no de adivinación. En cualquier caso, no es infrecuente en Bolivia encontrar, bajo una espectacular pollera, una gigantesca hernia laparotómica, recubierta por piel con importantes lesiones tróficas, a veces ulcerada, que alberga un gran paquete intestinal que puede haber perdido su derecho a domicilio en la cavidad abdominal, y que plantea a cirujanos y anestesistas todos los problemas técnicos y fisiopatológicos que es fácil imaginar.

En el capítulo de las **hernias de hiato** hay que referir en la actual campaña cuatro pacientes, que se han operado mediante cirugía laparoscópica, y cuyos post-operatorios han evolucionado con absoluta normalidad. La técnica operatoria en estos casos despierta especial interés entre los cirujanos locales, que asisten en mayor número del habitual al quirófano del Hospital Virgen Milagrosa, tanto en esta campaña como en las anteriores, siempre que se programa una intervención de este tipo. En cualquier caso, debemos citar al hilo de la colaboración como observadores de los colegas locales, que antes de comenzar esta sexta etapa solicitaron concurrir como asistentes voluntarios permanentes a nuestro quirófano una cirujana y dos residentes de cirugía bolivianos, que han colaborado con nosotros con asiduidad y aprovechamiento. Además, otros colegas locales han asistido esporádicamente a las sesiones quirúrgicas, unas veces atraídos por casos concretos del parte de quirófano, como es el caso de las hernias de hiato, y en otras ocasiones como simples observadores cuando sus ocupaciones se lo permitían. En el mismo sentido se puede citar aquí el interés de los cirujanos bolivianos por aprender determinadas técnicas quirúrgicas todavía no implantadas en su país; en esta ocasión solicitaron nuestra colaboración para el tratamiento de un caso de **achalasia** mediante cirugía laparoscópica en otro de los hospitales de Santa Cruz. La implantación de la técnica en el caso de esta patología puede tener un interés muy especial en Bolivia, dada la endemia chagásica, que afecta a un porcentaje elevadísimo de la población.

La patología del tiroides ha estado mucho menos presente en el quirófano en esta ocasión que en las anteriores. De hecho, en el Plan 3000 han pasado por la consulta 18 pacientes con afecciones tiroideas, pero trece de ellos han sido subsidiarios de tratamiento médico, y tan sólo cinco presentaban un **bocio** con indicación quirúrgica. Además, ninguno de los casos alcanzaba un tamaño tan espectacular como los que hemos tenido oportunidad de ver en campañas anteriores. Los hipertiroidismos se han estudiado con la ayuda de algunas instituciones colaboradoras, se ha iniciado el tratamiento oportuno, y siempre que ha sido posible, se ha puesto al paciente en manos de un endocrinólogo local para su posterior seguimiento.

En esta etapa se han iniciado en el Hospital Virgen Milagrosa las intervenciones quirúrgicas sobre las **varices**, patología que ya se había

abordado durante la campaña anterior en el Chapare. Se han operado tan sólo cinco pacientes, pero se ha abierto el camino para introducir la corrección quirúrgica de las insuficiencias venosas periféricas entre las ayudas que podemos brindar a los habitantes del Plan 3000.

En la cirugía de urgencia, además de los casos de colecistitis aguda ya citados, hay que anotar la intervención quirúrgica de siete pacientes ingresados por **apendicitis aguda**, cuya operación no programada alargaba siempre unas sesiones operatorias generalmente muy dilatadas, pero que representan un capítulo especialmente gratificante para los cirujanos, dadas las escasas posibilidades de tratamiento que tendrían estos pacientes en cualquier otra circunstancia.

La cirugía ginecológica ha estado presente con la intervención de un caso de **prolapso uterino**, y los anestesiistas del equipo ha colaborado además con los obstetras locales en dos **cesáreas**.

También han prestado su colaboración la Dra. Salazar y el Dr. Martos en la reducción de dos **fracturas** y de una **luxación** que habían ingresado así mismo por urgencias.

Finalmente, en un amplio capítulo de cirugía de casos aislados, se pueden citar un **sinus pilonidal**, un gran **quiste renal hidronefrótico**, que se operó por vía laparoscópica, un **quiste salivar submaxilar**, un **pólipo mucoso de la boca**, un **ganglión**, ocho casos de **lipomatosis** de localización diversa, y una biopsia ganglionar inguinal, en un caso de afectación simultánea, rápida y espectacular de todas las cadenas ganglionares en un varón de 18 años, que el estudio anatomo-patológico tradujo como un **linfoma** no Hodgkin. En este último caso se arbitraron las medidas necesarias para la derivación y el tratamiento del paciente en el hospital oncológico de Santa Cruz.

Sexta Campaña en el Chapare

En esta ocasión se ha limitado considerablemente el tiempo dedicado a la campaña amazónica, por varios motivos. Dadas las características del lugar, y debido fundamentalmente a la dispersión de la población y a las dificultades de acceder al hospital por la precariedad de vías y medios de comunicación, siempre ha sido tarea de difícil cumplimiento organizar una cirugía programada en Ibuelo. A pesar de los esfuerzos de la Hermana Waltraud y de la experiencia acumulada en las campañas anteriores, las posibilidades de optimización y máximo aprovechamiento del tiempo y de los recursos materiales y humanos son muy escasas. Los pacientes llegan muy irregularmente, casi siempre tras un largo viaje en inverosímiles medios de transporte, muchas veces tras días de marcha, sin lugar donde alojarse ni medios con los que mantenerse, y es necesario resolver su problema sobre la marcha, olvidando sistemas de programación y organización y subordinando el orden a la eficacia.

Mantener los equipos a la expectativa en Ibuelo supuso ya en las etapas anteriores un riesgo de pérdida de posibilidades de acción, pero contábamos en cualquier caso con medios y profesionales suficientes en el Plan 3000, donde la demanda asistencial estaba constantemente asegurada. Por el contrario, en esta última etapa, algún regreso anticipado y la deliberada disminución del número de integrantes del grupo, por razones ya referidas, nos ha obligado a racionar muy cuidadosamente el tiempo y el esfuerzo en función de la demanda, y como resultado de todo ello, y tras estudiar todas las posibilidades con la Hermana Waltraud, decidimos limitar la campaña amazónica a dos semanas, concentrando en ellas toda la patología posible, y con la posibilidad de, en caso necesario y siempre que estuviera indicado, desviar a los pacientes restantes al Hospital del Plan 3000.

Con estas premisas, el equipo ha permanecido en Ibuelo solamente durante dos semanas, integrado por dos cirujanos y un interno. La anestesia se ha cubierto mediante la contratación de una colega boliviana, a la que se le ha suministrado todo el material necesario, y cuyo salario se ha podido pagar merced al generoso donativo de una malagueña al Hospital de San Martín de Porres.

A pesar de estas limitaciones, nuestros colegas han atendido, desde el 10 al 22 de Julio, a un considerable número de pacientes, y concretamente 47 de ellos han sido sometidos a tratamiento quirúrgico, en algunos casos con doble patología. En total, se han intervenido 51 procesos patológicos.

De ellos, el grupo mas numeroso lo integran las **hernias inguinales**, que han sumado 26 casos. En este grupo de patología de la pared abdominal podemos sumar además dos pacientes operados de sendas **hernias**

epigástricas, otros dos que portaban una **hernia umbilical**, y la corrección quirúrgica de dos grandes **laparocelos**.

El capítulo de la patología de las vías biliares está integrado por cuatro pacientes afectados de **colecistitis**. Gracias a la generosidad de un colega de La Coruña, tuvimos oportunidad de dotar también al Hospital de Ibuelo con una columna de cirugía laparoscópica, pero en esta sexta campaña las intervenciones sobre las vías biliares se han realizado aún mediante laparotomía.

Se han operado además cuatro casos de **varices**, mediante la técnica del stripping, y sorprendentemente, la patología del tiroides se ha limitado en Ibuelo en esta campaña a la operación de un **bocio** eutiroideo. Ha habido también tres pacientes intervenidos de **lipomatosis** de distintas localizaciones.

Como en campañas anteriores, el equipo malagueño ha colaborado con la ginecóloga local siempre que lo ha requerido, y en esta ocasión se han realizado dos **histerectomías** y tres **cesáreas**.

Por último, en el capítulo de la cirugía traumatológica de urgencia se ha atendido a un paciente que presentaba una conmoción cerebral y al que se le redujo e inmovilizó también una **fractura de clavícula**. Pero posiblemente la paciente que más intranquilizó al equipo fue una mujer que ingresó de urgencia con una **herida abdominal por arma de fuego**; la laparotomía demostró la existencia de **perforaciones intestinales múltiples** causadas por perdigones. Tras el tratamiento quirúrgico oportuno, el post-operatorio evolucionó con normalidad, aunque durante las primeras 24-48 horas exigió un seguimiento y observación permanentes, ante la duda de una posible afectación torácica, desechada posteriormente.

El equipo del Chapare volvió a Santa Cruz para reforzar el equipo del Plan 3000, tras dos fructíferas semanas en las que el calor, los mosquitos, los reptiles y la uniformidad de los días se compensaron con una experiencia nueva en el seno de una naturaleza prodigiosa, en un lugar tan ajeno a los circuitos turísticos convencionales, y que ofrece sin embargo una belleza singular, unos contrastes inolvidables y un universo tan rico de sensaciones como inquietante en su impenetrabilidad. Pero los contrastes en estado puro los encontramos al instalarnos, procedentes de la selva amazónica, en la Rotonda del Plan 3000. Después de seis campañas, las sorpresas del cambio se atenúan en los veteranos, pero observar las impresiones de los que lo experimentan por primera vez nos renueva año tras año la ilusión y el deseo de continuar.

La sexta campaña ha sido menos ambiciosa que la anterior, por las razones ya comentadas, pero sus resultados han superado con mucho nuestras modestas expectativas y, sobre todo, nos han dado alas para continuar en la misma línea, y para intentar contagiar este impulso irresistible de cooperación que, año tras año, nos obliga a volver a Bolivia.

MEMORIA DEL PROYECTO DE APOYO MÉDICO-QUIRÚRGICO

VII FASE : Julio – Agosto 2007

EN LA NUEVA “ÁREA QUIRÚRGICA Dr. CARLOS VARA”

Y

NUEVOS PROYECTOS EN

SAN IGNACIO DE VELASCO Y EN ROBORÉ

DRA. L. GARCÍA ARÁNGUEZ

Hace ya siete años que aterrizamos por primera vez en el aeropuerto de Viru-Viru, sin sospechar que se iniciaba allí y en aquel momento la primera etapa de una experiencia que llenaría de sentido largos periodos de nuestras vidas. Traíamos ilusión, curiosidad, espíritu de aventura y, sobre todo, inquietudes solidarias. Pero la empresa carecía, por aquel entonces, de vocación de futuro. Ni en el mas optimista de los sueños nos habríamos atrevido a imaginar que, siete años después, asistiríamos a la inauguración de dos flamantes y enormes quirófanos, magníficamente equipados con material de “última generación”, como primicia de las nuevas instalaciones hospitalarias que se están gestando en el ya superado “Microhospital” Virgen Milagrosa, en la Rotonda del Plan 3000 de Santa Cruz de la Sierra.

Siete años después ponemos punto final a nuestra séptima campaña, y al analizar su desarrollo y contabilizar sus resultados, detectamos también los dos factores diferenciales que le confieren personalidad propia. El primero estriba, precisamente, en la puesta a punto y solemne inauguración de la nueva área quirúrgica, cuya construcción y equipamiento se han gestado durante los dos últimos años, y han exigido un gran esfuerzo y una enorme generosidad por parte de numerosas personas e instituciones. Entre estas últimas, la imprescindible ayuda económica del Ayuntamiento de Málaga ha sido la pieza clave para culminar el proceso de tecnificación del área quirúrgica. La próxima campaña tendrá ya como escenario principal un espacio nuevo y generoso, mas idóneo para el nivel que va adquiriendo la cirugía que practicamos, un poco mas compleja en cada etapa, a medida que las infraestructuras nos permiten ampliar indicaciones y abordar nuevas técnicas. Poco a poco hemos alcanzado metas que nos habrían parecido impensables cuando, hace ya siete años, nos planteamos el reto de practicar tratamientos quirúrgicos bajo anestesia general en la Rotonda del Plan 3000, como servicio a una población de más de 250.000 personas que, hasta ese momento, carecían de esta prestación, elemental en las sociedades desarrolladas y a la que deberían tener acceso todos los grupos humanos, independientemente de la “renta per cápita”, el PIB, o el régimen político del lugar en el que el azar ha situado su nacimiento.

Bolivia, este país de violentos contrastes, con un extraordinario potencial económico pendiente tan sólo de la explosión desarrollista, presenta año tras año ante nuestros atónitos ojos unas carencias tan elementales, tan insólitas, que despiertan invariablemente en nosotros inquietudes crecientes, nos sugieren nuevos proyectos, y nos demandan atención, tiempo y recursos.

En este sentido, el segundo factor diferencial de esta séptima campaña se ha derivado precisamente de los proyectos desarrollados en dos nuevos puntos de la geografía boliviana: San Ignacio de Velasco y Roboré, localizados ambos en la inmensa meseta chiquitana del extenso Departamento de Santa Cruz. El proyecto en la selva amazónica del Chapare, desarrollado durante cinco de las campañas anteriores en el Hospital San Martín de Porres de Ibuelo, se había agotado antes de terminar la última fase, por razones que analizamos con detenimiento en la Memoria anterior, y al suspenderlo

temporalmente, de acuerdo con las indicaciones de la Hermana Waltraud, no fue difícil encontrar otros puntos en los que volcar recursos materiales y humanos capaces de solventar necesidades y carencias. San Ignacio de Velasco y Roboré han sido una realidad ya en esta séptima campaña.

Por otra parte, se nos había planteado la posibilidad de establecer algún tipo de colaboración con la ONG “Solidaridad Médica Canaria”, que ha montado una eficaz red de asistencia médica, orientada a las comunidades aisladas de la provincia beniana de Moxos, y centralizada en su sede de San Ignacio de Moxos. La inquietud por conocer la magnífica labor desarrollada por el equipo del Dr. Rivero nos ha llevado también al Beni, donde hemos conocido una realidad diferente, mas próxima a nuestras experiencias de campañas anteriores en las selvas del Chapare. Una realidad que se presenta con una apariencia menos miserable que el primitivismo contaminado y degradado del suburbio cruceño, pero que está todavía mas alejada de nuestro mundo “civilizado”. El Dr. Rivero, la Hermana Anuncia y su red de “solidarios”, han logrado disminuir la elevadísima mortalidad infantil de las comunidades indígenas a lo largo de los grandes ríos de Moxos, y han creado la única infraestructura médica útil existente en la zona. Su obra es ya una realidad que camina con paso firme, mantiene un ritmo de crecimiento funcional, y cuenta con impagables colaboraciones, como la de Aviación Sin Fronteras y la de Radio-aficionados Sin Fronteras. Hemos planteado la posibilidad de complementarla con el establecimiento de campañas de cirugía cuando esté concluida el área quirúrgica, dotada con doce camas, que se está construyendo anexa al centro médico en San Ignacio de Moxos. Se trata de un nuevo reto, aún sin concretar, que se nos presenta acompañado de todo el atractivo de la belleza de las selvas benianas y de la música mojeña. La tarea de ponerlo en práctica podría ser una de las prioridades de la próxima campaña.

En la que ahora termina, la séptima, hemos integrado el equipo español once profesionales de la salud, mayoritariamente veteranos en la experiencia boliviana. Los Drs. Bondía, Fúster, Torres y Vara, integrando el equipo quirúrgico; el Dr. Gómez y Luis Gálvez, a cargo de la anestesia, y la Dra. Morón reintegrándose a su meritoria labor con los niños de la zafra. Tan sólo los mas jóvenes, Fabiola y Fran (cordobeses), junto a la eficazísima y ya imprescindible Licenciada Mary Luz (gaditana), se han iniciado este año en los “baños de multitud y miseria” de la Rotonda del Plan, nos han estimulado a los veteranos con su entusiasmo y sus inquietudes, y han experimentado ese impacto que a todos nos atrapa, nos engancha y nos empuja a reincidir año tras año. Su positiva actitud en la estrecha convivencia diaria y su incondicional espíritu colaborador, han contribuido en grado sumo a que hayamos conseguido llegar al final de esta séptima campaña con la sensación de haber cumplido sobradamente los objetivos que nos habíamos propuesto. Por supuesto, ninguno de estos proyectos habría llegado a buen término sin la colaboración, el beneplácito y el apoyo incondicional de todo el personal del Hospital Virgen Milagrosa, a las ordenes de la carismática Hermana Juana Arencibia, bajo su firme y eficazísima batuta, que todo lo ve y, con aparente brusquedad, a todos los rincones llega, escondiendo su riquísima sensibilidad bajo una aparente coraza de roca canaria.

EN EL PLAN 3000 DE SANTA CRUZ DE LA SIERRA

Se han atendido en esta campaña en Santa Cruz más de 600 consultas externas, y se han realizado 205 intervenciones quirúrgicas, en 201 pacientes, algunos de ellos con más de una patología.

Según los datos que nos aporta Ana Coimbra, trabajadora social de la Fundación Hombres Nuevos que se ha encargado de realizar la investigación socio-económica de los pacientes intervenidos, los resultados de su estudio no varían mucho con respecto a la campaña anterior. Casi un 70% de los enfermos eran mujeres, y la edad ha oscilado en esta ocasión entre los 13 y los 70 años, pero por encima del 60% se encontraban en el rango de 30 a 60.

Como es lógico, más del 51% eran cruceños, y la otra mitad procedían del resto de los Departamentos del país, con una proporción mayoritaria de Chuquisaca y de La Paz, que han aportado un 10% cada uno. Como era de esperar, dentro de Santa Cruz, ha sido el Plan 3000 el origen fundamental de nuestros pacientes; de hecho, nos ha aportado el 46%, mientras que el 38% procedían de otros barrios periféricos de la ciudad, o de los pueblos del entorno, y tan sólo un 16% del centro.

El nivel de instrucción de los pacientes no superaba la Escuela primaria en el 64% de los casos, y sus ingresos no alcanzan los 500 Bolivianos (50 Euros) mensuales en más del 60%. Tan sólo un escaso 7% de los enfermos operados justifica ingresos superiores a 1050 Bolivianos (105 E). Habitan mayoritariamente en viviendas de una sola habitación, en la que se alojan de 4 a 7 personas en casi el 60% de los casos, y más de 10 en el 9%.

Es evidente que la frialdad de las cifras sí es en esta ocasión un reflejo fiel de la cruel, injusta y escalofriante realidad con la que nos encontramos cada año. Cuando abrimos la consulta en la Rotonda del Plan, empezamos a recibir a seres humanos, que dejan de ser números, y que aquejan además una dolencia, mas o menos grave, para la que solo van a tener la solución que les podamos aportar allí, y durante un corto periodo de tiempo. Evidentemente, cuando la patología es subsidiaria de tratamiento quirúrgico se marchan con el problema resuelto, y, afortunadamente, podemos intentar que también sea así si los requerimientos terapéuticos no intervencionistas no superan el periodo de nuestra campaña. El problema se plantea en los procesos crónicos que requieren un tratamiento prolongado o indefinido, porque el nivel de cumplimiento de la pauta terapéutica aconsejada es mucho más que dudoso. Es esta una de las razones que, en función de nuestras posibilidades de tiempo y recursos, nos incitan a orientar estas campañas fundamentalmente desde un punto de vista quirúrgico.

En esta campaña, con la que cumplimos ya siete años, el tipo, las características y la distribución de los procesos patológicos atendidos no ha variado mucho con respecto a la relación de la que ya hemos dado cuenta en las anteriores. Se han realizado:

-Intervenciones sobre las **vías biliares**: 103, en 84 de las cuales se utilizó la tecnología laparoscópica. En cuatro ocasiones hubo que practicar sendas reintervenciones, indicadas por complicaciones en el post-operatorio inmediato, que se resolvieron en todos los casos sin mayor problema.

-**Hernias**: Se han operado 17 hernias peri-umbilicales, 23 inguinales y 5 laparocelos, tres de los cuales eran gigantes.

-**Varices**: 31 casos operados, dos de los cuales eran bilaterales,

-**Bocios**: Se han operado 6 pacientes con esta patología. Todos eran eutiroides, y en dos de ellos el bocio era de tamaño gigante.

-**Verrugas seboreicas**: 4 casos. Uno de ellos se trataba de un Síndrome Para neoplásico, una Acantosis Nigricans, secundaria a una Neoplasia de Colon previamente tratada.

-**Lipomas**: 3 Casos de diversa localización y tamaño

-**Quistes**: 3 Casos de localizaciones diversas. Uno de ellos, del conducto Tiro-gloso.

-**Fimosis**: 1 paciente

-**Hernia de Hiato**: 1 Caso, operado por vía laparoscópica.

-**Mamas supernumerarias**: 1 Caso, bilateral.

- **Tricobezoar**: Una paciente, con ocupación completa y a presión de toda la cavidad gástrica. Fue operada de urgencia, por intolerancia digestiva absoluta y desnutrición extrema.

-**Malformación congénita de la mano**. Se realizó una realineación metacarpiana, con recuperación de la funcionalidad, la oposición del pulgar y la capacidad prensil.

-**Fractura de antebrazo**: Apoyo anestésico para un caso.

En todos los enfermos de la relación precedente, tanto la cirugía como la anestesia se han llevado a cabo sin incidencias dignas de mención. Como ya había demostrado la experiencia de las campañas anteriores, la larguísima evolución previa de los procesos patológicos cuando llegan a nosotros, determina que, en Bolivia, y fundamentalmente en los casos de vías biliares, hernias, bocios, laparocelos y varices, los pacientes que llegan al quirófano le plantean al cirujano complejidades técnicas inusuales en nuestro medio. En cualquier caso, salvo la cuatro complicaciones ya mencionadas, resueltas en sendas reintervenciones en el post-operatorio precoz, no ha habido otras incidencias dignas de mención. Los pacientes han sido dados de alta hospitalaria, por término medio, 24-48 horas después de la intervención, y, por regla general, han vuelto periódicamente de forma ambulatoria para la cura de su herida quirúrgica, hasta el alta definitiva tras la retirada de los puntos de piel. La incidencia de pequeños seromas y abscesos de piel en esta fase ha sido inferior a la detectada en campañas anteriores, posiblemente gracias a la insistencia con el personal auxiliar sobre la importancia de la asepsia, y a la utilización profiláctica sistemática de un antibiótico de amplio espectro tras el acto operatorio.

EN SAN IGNACIO DE VELASCO

La campaña que se ha llevado a cabo por primera vez en el Hospital Santa Isabel ha tenido un objetivo diferente a las desarrolladas hasta ahora en el Plan 3000 de Santa Cruz o en el Chapare. Su proyecto y programación surgió a partir de los Cursos de Cirugía Laparoscópica que, desde hace dos años, se imparten en el Hospital Guaracachi de Santa Cruz de la Sierra, en colaboración con la Universidad de Málaga y con el Colegio de Médicos Cruceño, y dirigidos fundamentalmente a cirujanos bolivianos interesados en el aprendizaje o perfeccionamiento y ampliación de las indicaciones de esta técnica quirúrgica.

El Dr. Suárez, responsable de la cirugía del hospital Santa Isabel, planteó el interés de programar una campaña de corta duración en su localidad, de orientación fundamentalmente docente, pero que se aprovecharía también para resolver los problemas quirúrgicos de la población de escasos recursos económicos de la zona, que podrían beneficiarse así de nuestra ayuda profesional y material, y otorgarían una doble finalidad a una campaña muy sugerente en todos los sentidos.

El atractivo de la Chiquitanía, y muy en especial el de la provincia de Velasco, no es, desde luego, asunto menor. Las antiguas reducciones jesuíticas y su música nos habían atraído ya desde la primera vez que pusimos el pie en Bolivia, y de hecho, casi en todas las campañas precedentes habíamos buscado un fin de semana de asueto para visitar la zona, y para sorprendernos una y otra vez con la peculiar arquitectura de las reducciones, con la espectacular y majestuosa música barroca chiquitana, con la habilidad de los nativos para la talla de la madera, con sus condiciones innatas de magníficos Luthiers y, cómo no, con la paz y la luz que aportan al paisaje los colores, el agua y la vida natural en el bosque seco chiquitano.

La extensa meseta que alberga actualmente los mayores atractivos de Bolivia desde el punto de vista artístico, cautivó ya en el siglo XVII a los jesuitas, que establecieron allí las reducciones. Desde entonces, con mas o menos altibajos, ha continuado siendo polo de atracción para personajes de perfil sobresaliente, que han dejado aquí su huella, han contribuido a conservar el patrimonio cultural, y, en muchos casos, han dedicado sus vidas a orientar, fomentar y canalizar las habilidades artísticas de los chiquitanos. Es muy probable que sin Hans Roth, y sin Paul Newrot, ni la arquitectura ni la música hubieran alcanzado las cotas de calidad ni la difusión que tienen actualmente a nivel internacional. Pero es completamente seguro que no se habría culminado su obra sin la fuerza de base de los misioneros que han consagrado aquí sus vidas durante dos siglos, o la de los personajes carismáticos que, con o sin hábito, organizan, planifican, construyen, restauran, rescatan, conservan y, lo más importante, canalizan el potencial y las espectaculares habilidades del pueblo chiquitano. Con estas premisas, se ha logrado ya plantar en esta meseta la semilla de una cierta infraestructura turística, inexistente en el resto

del país, que puede devenir en una magnífica vía para salir del inexplicable, aunque muy real, subdesarrollo boliviano.

El contacto con los carismáticos personajes enamorados de la Chiquitanía es un privilegio, y un motivo de enriquecimiento personal, que han hecho doblemente atractiva la idea de la campaña en San Ignacio. Lamentablemente, la mayor parte del grupo nos debíamos a la siempre desmedida demanda asistencial del Plan 3000, al que tuvimos que regresar tras la primera toma de contacto y el traslado del material quirúrgico y anestésico.

Para el transporte de la columna de laparoscopia hubo que buscar una avioneta, con el fin de ahorrarle a la sensible máquina el traqueteo del largo camino “terrizo”, que parece especialmente diseñado para dañar sus susceptibles engranajes y dejarla inservible durante toda la campaña. La vía aérea evitó esta eventualidad, y el aparato voló cómodamente, acompañado por el Dr. Roca, ilustre colega cruceño, organizador de los cursos de Laparoscopia en la Clínica Guaracachi, e indispensable y voluntarioso colaborador desde nuestra tercera campaña. En esta ocasión, el Dr. Roca se ha integrado en el equipo que se ha encargado de desarrollar el proyecto docente-asistencial en el Hospital Santa Isabel de San Ignacio de Velasco, junto al Profesor Vara y al Dr. León. Además, han participado activamente, el Dr. Suárez, cirujano local e instigador del proyecto, y Karla Vivancos, voluntariosa y eficaz estudiante chiquitana, natural de San Ignacio, que, por méritos propios, adquiridos a través de sucesivas campañas, se ha integrado plenamente en nuestro grupo, y a la que hemos adoptado ya como un miembro más del equipo malagueño.

En los cinco días que ha durado el programa organizado para el Hospital Santa Isabel, se han cubierto los objetivos docentes, se ha previsto con Monseñor Stäter la dotación de un equipo propio para Cirugía Laparoscópica, y se han intervenido quirúrgicamente 25 patologías en 24 pacientes de escasos recursos económicos.

Como no podía ser de otra manera, las **vías biliares** han centrado mayoritariamente la actividad quirúrgica, integrando 17 de las 25 intervenciones practicadas. Todas ellas se han realizado por vía laparoscópica, pero en un caso fue necesaria la reconversión a cirugía abierta, por tratarse de un Píocolecisto que presentó determinadas dificultades técnicas que aconsejaron la adopción de esta conducta. En todos los casos, los pacientes evolucionaron con total normalidad, sin complicaciones post-operatorias, y fueron dados de alta en los plazos previstos.

El resto de los enfermos que se beneficiaron de la presencia del equipo en San Ignacio fueron operados de patologías diversas: **bocio, varices, quiste de ovario, apendicitis aguda, hernia inguinal bilateral, hernia crural** (dos casos), **y ligadura de trompas de Falopio**. En ninguno de los casos hubo incidencias dignas de mención.

EN ROBORÉ

El proyecto de Roboré surgió del amor del polifacético Dr. Santibáñez por su pueblo. Lanzó la idea y la fue promocionando con paciencia, hasta conseguir sembrar en nosotros la inquietud, la curiosidad, y hasta la incredulidad. No es fácil admitir, desde nuestra latitud y “sociedad del bienestar”, que en un área superior a los 50.000 kilómetros cuadrados (más que toda la Comunidad Autónoma de Extremadura), no exista la posibilidad de realizar tratamiento quirúrgico alguno. Teniendo en cuenta, además, que alberga núcleos de población tan considerables como San José de Chiquitos o Puerto Suárez, capitales de sendas provincias del mismo nombre. Cualquier paciente de esta zona aquejado de una patología subsidiaria de tratamiento quirúrgico debería ser derivado a Santa Cruz, a San Ignacio, o incluso a Corumbá, al otro lado de la frontera brasileña. Pero si consideramos que las comunicaciones no son mejores en esta parte del país que en el resto, y que el nivel de renta de sus habitantes puede establecerse mayoritariamente bajo mínimos, calculamos que un elevadísimo porcentaje de los pacientes portadores de una patología con indicación quirúrgica sufrirá su enfermedad, con mas o menos resignación, hasta las últimas consecuencias, y, en el mejor de los casos, con atenciones o cuidados paliativos. Mucho mas lamentables aún son los casos agudos. Una simple fractura, un abdomen agudo, cualquier emergencia sanitaria que demande la presencia de un cirujano, un traumatólogo, un anestesista..., está prácticamente sentenciada a seguir su evolución natural, si su portador no dispone de los 500 \$ necesarios para pagar una avioneta que lo traslade a Santa Cruz.

Ante la insistencia del Dr. Santibáñez, tuvimos oportunidad de conocer estos datos, y muchos más, tras un largo y muy peculiar viaje en tren desde Santa Cruz. Los enlaces ferroviarios en Bolivia son un bien muy escaso, hasta el punto de contar exclusivamente con una irregular vía férrea en el Altiplano, que une La Paz con Oruro, y otra que, procedente de Argentina, entra en el departamento de Santa Cruz por el sur y, tras llegar a su capital, toma dirección este, hacia Brasil, para salir del país a nivel de Puerto Suárez. Los más de 600 Km. que recorre el ferrocarril desde Santa Cruz hasta la frontera brasileña, con parada en San José de Chiquitos y en Roboré, ofrecen, teóricamente, una atractiva posibilidad de conocer esta parte del país, sin someterse a la tortura del viaje por caminos de “tierra (¡), sudor y lágrimas”, a los que no terminamos de acostumbrarnos.

En un vagón atestado, con asientos repletos de apretujados viajeros, y con pasillos y plataformas super-ocupados por mantas, cestas, bultos y enseres de lo más variopinto, disfrutamos del paisaje, y observamos con curiosidad el paisanaje, desde las cuatro de la tarde hasta que oscureció. Durante dos o tres horas, el mundo nuevo que descubríamos a nuestro alrededor y tras las ventanillas del tren compensó la incomodidad, la suciedad, el frío, el calor, el olor, el ruido infernal.... Pero cuando la noche nos privó del paisaje, el espacio disponible parecía cada vez mas escaso, el asiento progresivamente mas incómodo y las horas cada vez mas largas. La llegada a San José, tras 8 horas

y 350 Km. de la salida de Santa Cruz, prometía ofrecer una pausa interesante y reconfortante. No decepcionó, efectivamente, en cuanto a oferta de imágenes impactantes, pero el confort y la oportunidad de “descompresión” se mantuvieron ausentes.

Era noche cerrada, y el tren paró con estrépito, sin estación ni luces a la vista. Nuestro vagón quedó estacionado en lo que dedujimos que era una calle de la población, con algunas casitas de adobe a uno y otro lado y un irregular suelo arenoso, agraciado con el paso de las vías. No había rastro de andén, y saltar del tren habría supuesto un serio riesgo, con la eventualidad sobreañadida de no conseguir escalar de nuevo hasta la plataforma antes de la partida. No obstante, el espectáculo que ofrecía aquella calle-estación, a altas horas de la madrugada, bajo las mortecinas luces de los tenderetes de vendedores ambulantes, y con una abigarrada multitud, colorida, variopinta, y en movimiento incesante, merecía con creces el largo viaje. Muchas de aquellas personas parecían vivir allí, al pie del tren, o por lo menos, allí estaban desempeñando labores del quehacer diario, mayoritariamente ajenos al mundo que los rodeaba, a pesar de la nocturnidad, de la intemperie, y de estar rodeados por una muchedumbre de caras tristes y miradas ausentes. Entre ellos, viajeros tirándose literalmente desde el tren, o arrojando sus bultos con prisa, innumerables niños de todas las edades intentando vender una mandarina, una naranja o un cucurucho de arroz con queso, menonitas pulcros y atildados, con sus singulares atuendos y tocados, como procedentes de otro mundo y otra época, siempre extraños y ajenos al espectáculo que se representa a su alrededor, e incluso al que representan ellos mismos. Las imágenes nocturnas de la “estación” de San José de Chiquitos, como las de Roboré, merecerían por sí solas una filmografía de impacto (con posibilidad de moviola), un estudio sociológico avanzado, y, sobre todo, un examen de conciencia de los países “civilizados”.

Tras tres horas más de buscar en la oscuridad la postura menos incómoda, llegada a Roboré. El voluntarioso y servicial Dr. Santibáñez nos esperaba, a pesar de la intempestiva hora, para procurarnos un lugar donde tumbarnos durante las pocas horas que le quedaban a la noche.

La visita al Hospital de Roboré nos confirmó las carencias que ya temíamos, y para las que habíamos previsto varias cajas de material y equipo, que en parte viajó con nosotros. Lamentablemente, no conseguimos terminar favorablemente las gestiones orientadas a la dotación de un aparato de anestesia, por lo que en esta primera fase del proyecto en Roboré hubo que limitar la campaña a intervenciones bajo anestesia local o epidural. Por lo demás, el quirófano disponía de lámpara y mesa operatoria aceptables, y, sobre todo, de personal auxiliar voluntarioso y sumamente ilusionado, tanto con el proyecto en sí, como con la idea de poder ayudar a numerosos pacientes a los que veían día tras día sin poder aportarles una solución definitiva.

En el recorrido por la zona conocimos la existencia de otro hospital en Santiago de Chiquitos, antigua Reducción jesuítica, con las mismas características urbanísticas y arquitectónicas del resto de las reducciones, y en la que tuvimos oportunidad de conocer a su actual párroco, un anciano franciscano de origen italo-germánico, de personalidad carismática, con una experiencia de 50 años “pastoreando” a los habitantes de la zona. Escuchar su

charla compensa por sí sola la visita a este rincón del oriente boliviano, de privilegiada situación a la sombra de la espectacular Serranía de Santiago, y a las puertas del majestuoso Valle de Tucavaca. El hospital permanece aún sin dotación, pero ha sido restaurado recientemente, con la idea de emplear sus instalaciones como posta sanitaria o centro de salud. Dejamos pendiente la posibilidad de programar en este centro la dotación de un quirófano completo con material infrautilizado en el H. Virgen Milagrosa. En contacto con las autoridades municipales locales, planteamos la conveniencia de inspeccionar el hospital, buscar ubicación para el quirófano, y estudiar detenidamente, tanto su dotación, como la realización de sucesivas campañas médico-quirúrgicas periódicas, con el fin de paliar en parte el déficit asistencial que padece la población de esta zona. Será éste el proyecto fundamental a desarrollar para la próxima campaña 2008.

En la visita al pequeño centro sanitario de Chochís tuvimos oportunidad ya de reclutar a nuestra primera paciente. Se trataba de una anciana deshidratada, desnutrida, pre-comatosa, que presentaba una hernia estrangulada, del tamaño de una sandía, con todo su cortejo sintomático de náuseas, vómitos, dolor, etc.,....Al llamativo cuadro clínico se sumaba el drama humano, el conflicto familiar, y hubo que demorar la intervención hasta el día siguiente, con el fin de localizar a los hijos y conseguir su autorización para intervenir. Afortunadamente, no fue demasiado tarde y la anciana superó el trance sin mayor problema. Visitarla nos brindó además la oportunidad de conocer la espectacular Muela del Diablo, gigante de roca roja y desafiante, visible desde muchos kilómetros de distancia, que se recorta en el cielo azul y peina las nubes que el viento le lanza a toda velocidad. Como espectacular fenómeno geológico, soporta briosamente la comparación con la obra arquitectónica que el hombre ha construido a sus pies. Claro que no lo tiene fácil, porque el hombre es en este caso Hans Roth, y el Santuario de la Santa Patrona de Chochís es una obra emblemática, construida con piedra roja del lugar y madera bellamente esculpida, que suma a su calidad arquitectónica una ubicación incomparable.

Al equipo español que se ha hecho cargo de este primer proyecto en Roboré, integrado por el Dr. Torres, la Dra. Lucena y la Licenciada Garrido, se ha unido el artífice de la idea, Dr. Santibáñez, y dos eficacísimos anestesiólogos cruceños, el Dr. Crespo Maldonado y el Dr. Inchauste, que han sido claves a la hora de llevar a feliz término los larguísimos partes operatorios impuestos por una demanda asistencial que, no por esperada, ha resultado menos agotadora. Por los motivos ya apuntados no ha sido posible practicar anestesias generales, pero la habilidad y la práctica demostradas por los anestesiólogos locales ha permitido abordar toda la patología referida sin mayor problema. Enfermeras y auxiliares locales trabajadoras y voluntariosas hasta la extenuación, han constituido el otro elemento fundamental para poder operar, en tan solo cinco días, a 55 pacientes, portadores de 58 patologías.

Las intervenciones sobre las **vías biliares** han sido también en Roboré las mas frecuentes, pero en esta ocasión se han practicado siempre mediante laparotomía. La imposibilidad de realizar anestesias generales, ya comentada, convertía en riesgo inútil el traslado de la columna de laparoscopia y se relegó por consiguiente la vía laparoscópica para una segunda oportunidad. Se

realizaron por tanto 20 colecistectomías por vía abierta, sobre pacientes previamente diagnosticados de Colelitiasis o Colecistitis mediante ecografía abdominal. Uno de ellos presentaba además una fístula colecisto-duodenal, que determinó la necesidad de una sutura intestinal. En otros dos, la existencia de una vesícula esclero-atrónica planteó las dificultades técnicas y el exceso de sangrado habituales en estos casos. No obstante, el post-operatorio evolucionó en todos los casos con total normalidad y los pacientes fueron dados de alta hospitalaria en las primeras 48 horas.

Las **hernias inguinales** ocupan el segundo lugar en orden de frecuencia. Se han operado 15 pacientes. Uno de los casos se presentaba en un niño de 7 años y su hernia era congénita. Todos evolucionaron con total normalidad.

En el apartado de la patología de la pared abdominal hay que reseñar también una **hernia epigástrica**, una **umbilical** y otra **supra-umbilical**, además de cinco casos de **laparocelos**, uno de ellos gigante. Otro de estos casos coincidía en una de las pacientes que portaba además una vesícula biliar esclero-atrónica.

Se ha operado también un caso de **criptorquidia** y tres **fimosis**. Uno de los pacientes de este último grupo presentaba además una **retracción del pabellón auricular**, que se corrigió en el mismo acto operatorio.

En dos casos diagnosticados de **peritonitis** se practicaron sendas **apendicectomías** y evolucionaron positivamente, con un post-operatorio sin incidencias dignas de mención.

En una enferma en la que se palpaba una gran tumoración abdominal se diagnosticó un **fecaloma gigante**, y hubo que realizar bajo anestesia una desimpactación intraoperatoria y una dilatación anal. En el mismo acto quirúrgico se le practicó a esta paciente una **ligadura tubárica**.

En otra paciente de 48 años, que presentaba así mismo una tumoración abdominal sin diagnóstico pre-operatorio, se descubrió mediante laparotomía que tenía una **mola hidatiforme**. Se le practicó una histerectomía y evolucionó con total normalidad.

Un paciente de 30 años presentaba una **necrosis** de los dedos del pie, en el miembro inferior derecho y hubo que realizarle una **amputación del antepié**, a nivel metatarso-falángico.

El resto de los pacientes operados eran portadores de las siguientes patologías: **insuficiencia venosa crónica**, **quiste sinovial**, **fibroadenoma de mama** y **lipoma** a nivel inguinal. Todos ellos fueron operados y no presentaron morbilidad alguna digna de mención.

Han sido 55 pacientes liberados de su dolencia, en apretadas sesiones quirúrgicas, durante tan sólo cinco días consecutivos. La desmedida presión asistencial ha obtenido la entusiasta respuesta de todo el equipo, y el fundamental apoyo extrahospitalario de la familia del Dr. Santibáñez, que desde el primer momento se volcó en el proyecto y que nos ha prestado, no solo ayuda logística, sino también moral y material en todo momento. Especial mención merece la Sra. Santibáñez, eje y pivote de una familia ejemplar, de

habilidades culinarias dignas de mejor tratado, y sin cuyos espectaculares desayunos difícilmente habríamos sobrevivido alguna de las mañanas que nos tocó amanecer en Roboré.

Bolivia tiene la virtud de dejar en el cooperante que regresa la sensación de que ha hecho algo que, posiblemente, sin su concurrencia se habría quedado sin hacer, pero también de que su labor no ha terminado. Allí todo está todavía por hacer, y volver es un imperativo a la vez que un atractivo. En las siete campañas se han operado más de 2000 pacientes, y se ha conseguido dotación para una moderna área quirúrgica en el Plan 3000, y para instrumental y equipo en el Chapare. Pero San Ignacio de Velasco nos ha confirmado este año la importancia de la capacitación docente a todos los niveles, y tanto Roboré como San Ignacio de Moxos nos han hecho conocer en primera línea los déficits asistenciales de los que adolece un número de seres humanos que se pueden contar por millones, repartidos probablemente por casi todos los rincones de la hermosa y ya muy querida geografía boliviana.
