

Dr. MANUEL AMUNARRIZ



**LA AVENTURA  
DE CURAR EN LA  
SELVA AMAZONICA**

CICAME

**Dr. Manuel Amunárriz**

# **LA AVENTURA DE CURAR EN LA SELVA AMAZONICA**

**Crónicas desde el  
Hospital Franklin Tello**

**Nuevo Rocafuerte  
Ecuador 1.993**



**CICAME**

1993

Vicariato Apostólico de Aguarico

Ediciones: CICAME

Pompeya - Napo - Región Amazónica Ecuatoriana

Levantamiento de Texto: Patricia Torres

Diagramación: Leonel Lindao

Portada: Sergio Landivar

Dibujos: Felix Erenchun

Impresión: FEPP - Quito

## DEDICATORIA

*Este libro no se hubiera escrito sin el encuentro providencial de tres extraordinarios factores: el embrujo de la Selva Amazónica, un equipo de Hermanas entregadas por amor a quienes sufren y la gente, Indígenas y Colonos, que nacen, viven y mueren en medio de la floresta tropical.*

*Considero un gran privilegio vivir y trabajar aquí. Mientras entregaba una parcela de mi vida, nuevos horizontes se han abierto ante mis ojos: un mundo pleno de tantas cosas, que me llenan de admiración y respeto.*

*A los habitantes de esta Amazonía a las Hermanas con las que he tenido el privilegio de convivir y a esa maravillosa obra de Dios que es la Selva Amazónica, dedico este pequeño libro...*



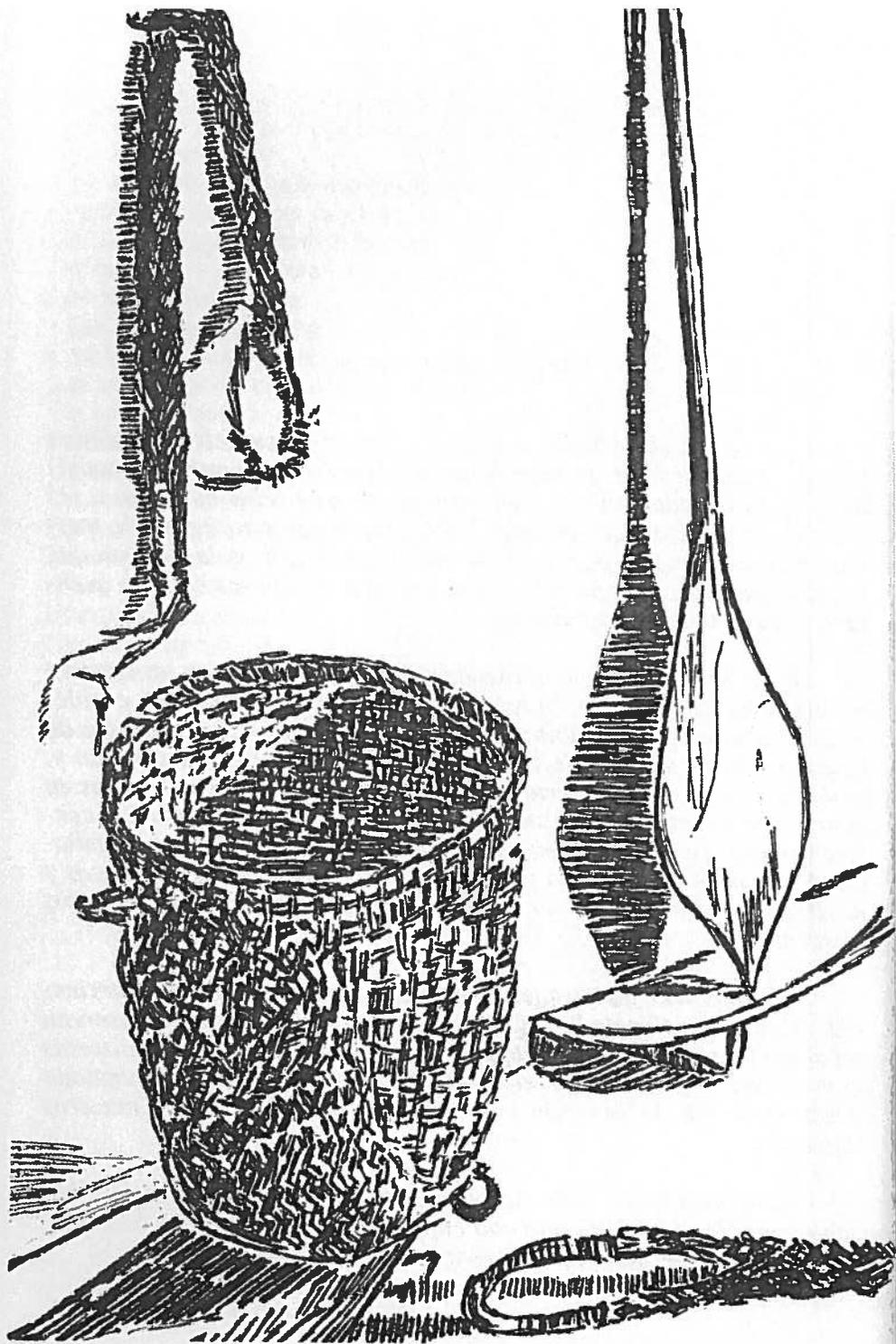
## PRESENTACION

*Quizás sea el ambiente exótico que envuelve esta selva amazónica lo que da un carácter de singularidad a cada una de nuestras actividades. Los grandes espacios, el embrujo de una selva misteriosa, repleta de incógnitas, las grandes distancias sin posibilidades de traslado rápido, la fauna agresiva que pulula junto a ti en la floresta que te envuelve por todas partes y otras mil cosas, dan aureola de aventura a nuestro quehacer diario.*

*Pero, en realidad, la actividad diaria se convierte en un servicio normal y hasta rutinario. El hospital atiende los mil pequeños problemas de la salud de los habitantes de la región, muy parecidos a los de tantos rincones del mundo. De tarde en tarde surge lo inesperado y, entonces, sanar se convierte realmente en una aventura. No existen centros de salud especializados donde acudir. Viajar hacia los centros urbanos resulta casi imposible y, desde nuestras múltiples limitaciones, la necesidad obliga a inventar técnicas, medios terapéuticos y a arriesgar. Curar y salvar son dos imperativos acuciantes en estos momentos.*

*Las páginas que siguen presentan algunas de estas experiencias. Tienen el valor de la sinceridad: nombres y lugares se conservan tal como fueron en el momento preciso. Hemos empleado las historias clínicas que conservamos en nuestros archivos y hemos intentado describirlas con la emoción y el calor que se conservan en nuestros recuerdos.*

*Sería muy grato para nosotros saber que estas narraciones hacen crecer en el espíritu humano el deseo de ser útiles para la comunidad con la que nos toca convivir*



## UNA SELVA HUMEDA Y CALIDA

Aunque había recibido muchas confidencias sobre el lugar de mi futuro trabajo, la verdad es que imaginarse el paisaje monótono y, a la vez, maravilloso de la selva tropical amazónica no es fácil.

Llegué a Quito el 18 de abril de 1970. Tenía 39 años. Había recorrido una generosa primera mitad de mi vida, en la Europa templada de ese primer mundo, que se cree poseedor de los valores y conocimientos básicos de la humanidad. Partir para América, piensan muchos, es para dar de lo que poseemos, no para enriquecerse de los muchos tesoros encerrados en tierras y gentes de este nuevo hemisferio. Pero, ¡cuán errados están!

Mi rincón estaba ubicado en el río Napo, en una pequeña población llamada Nuevo Rocafuerte, a orillas del majestuoso río Napo, lejos de casi todo y dentro de una naturaleza exuberante. ¿Cómo sería la realidad! ¿Y cómo entraría en ella!

El día 18 de mayo, un mes después de mi llegada desde Europa, en el aeropuerto de Quito, abordaba una avioneta de doble cola y dos motores, uno delante y otro detrás, que pensaba llegar hasta el comando militar de Tiputini, en el río Napo, a unos 30 km más arriba de Nuevo Rocafuerte. Ibamos tres personas y yo encerraba en mi interior un cúmulo de impresiones, arrojadas en el susto de un vuelo en esa cáscara de nuez. Pasamos cerca del volcán Cayambe, envuelto en su eterno manto blanco de nieve y, poco después, comenzábamos a descender hasta los 1.000 m, para abordar una inmensa selva verde parda, en donde aparecían, de trecho en trecho, pequeños manchones rojizos y amarillos. Líneas plateadas, más o menos gruesas, cruzaban la selva y en las más anchas, que correspondían a los ríos principales, se veían espacios de arena grisácea que arrojaban el curso serpenteante del agua. A la hora de iniciado el vuelo nos colocábamos por encima de un inmenso río, el Napo, y, siguiendo su curso, llegábamos a Tiputini. La pista en que aterrizamos era de tierra; la avioneta saltaba mientras

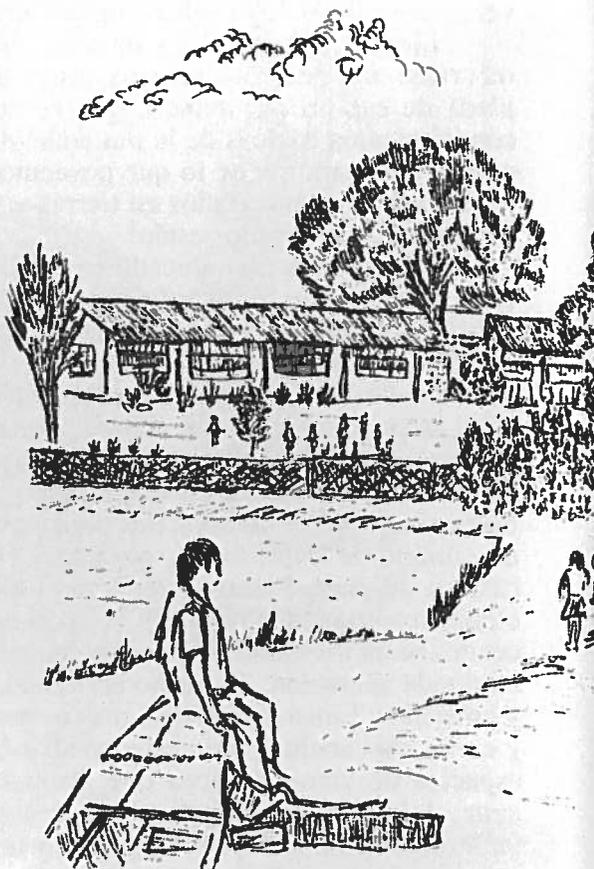
detenía sus motores y nos aproximábamos a una pequeña caseta donde se encerraban las instalaciones del aeropuerto: ¡parecía increíble, pero era una realidad!

Me esperaban dos misioneras, a quienes conocía de haberlas visto en alguna ocasión en España. Nos abrazamos, pero yo sentía el sofoco de un calor húmedo intenso y pegajoso, que casi no me permitía respirar.

Desde allí, en una pequeña embarcación metálica y un motor fuera borda, que aquí llamamos deslizador, nos presentamos en tres cuartos de hora en Nuevo Rocafuerte. Minutos después estaba en el comedor de las hermanas, recibiendo los saludos de todos, envuelto en mil preguntas, con la mente en esa zona semiinconsciente, en la que percibes la maravilla del inicio de una etapa de tu vida, muchas veces soñada: trabajar como sacerdote y médico, entre gente que se encuentra alejada de todo y de todos, acompañados de otros en idéntica situación, faltos de muchas cosas y necesitados de pocas, con esa alegría innata de los pueblos pobres.

Nuevo Rocafuerte tenía al rededor de 400 habitantes y está situado a orillas del Napo que, en este punto, sobrepasa los 1.400 m de anchura. Es la capital de un antiguo cantón, llamado Aguarico, que hasta recientemente ocupaba una gran parte de todo el nororiente ecuatoriano. Se sitúa muy cerca de la frontera con el Perú, como resultado de un Protocolo de Río de Janeiro, que zanjó una disputa territorial, nunca definitivamente resuelta.

Desde Rocafuerte hasta Coca, a 300 km río arriba, la población, en su mayoría



indígena quichua, alcanzaba en la época los 4000 habitantes, todos dispersos a lo largo de ambas riberas del río, formando pequeñas comunidades. No existen otros medios de locomoción que los fluviales. Muchos emplean la canoa a remo o a palanca y todo aconseja un ritmo tranquilo y sin prisas.

El correo llega dos veces al mes, cuando funciona bien y siempre permite gozar de la felicidad de la carta esperada, cuando llega o el ejercicio de la paciencia cuando, los mil imprevistos de un recorrido tan largo, la detienen en cualquier puesto del camino. Pero, ¿quién no tiene junto a sí una naturaleza tan rica y tan llena de paz para soportar estos pequeños sinsabores de la vida!

El Hospital Franklin Tello era en aquel entonces un pequeño hospital de madera, púlcramente mantenido por el coraje y dedicación de las hermanas. Junto a él se levantaban una serie de edificios con estructura metálica y bloques de cemento, de una sola planta y que albergarían con el tiempo el nuevo hospital. Yo pensaba si encontraría las mínimas cosas para un trabajo eficiente, siempre soñando en una labor que permitiera aliviar el dolor humano y mejorar el nivel de salud de los hombres amazónicos. La verdad es que existían muchas cosas y buenas y se podía trabajar sin estrecheces excesivas. Pero, en cualquier caso, lleno del bagaje de las cosas aprendidas, me sentía indefenso y necesitado de la experiencia y la veteranía de aquellas hermanas, que ya conocían el medio y a las personas de la región.

Con ellas inicié esa labor y, ciertamente, ¡no me arrepiento del camino emprendido!.

## UNA ANEMIA QUE MATA octubre, 1970

Existía una hermosa isla frente a la bocana del río Tiputini. Como todas ellas estaba formada casi exclusivamente por un fondo de arena y una floresta de corto tiempo. Al parecer, su destino era la desaparición en pocos años.

En ella vivía Domingo Tapui, considerado un sabio «yachac» por las gentes de la zona. Era, al mismo tiempo, un hombre pacífico y de buenos sentimientos. Su mujer se llamaba Corina, tenía 35 años y había entregado hasta la fecha siete hijos.

Se la veía muy enferma. Su palidez era especial. Recordaba el color terroso y desleído de una tierra asolada y áspera. Su rostro estaba abotagado, edematoso. Parecía que sus parásitos intestinales, los anquilostomas, tan pequeños e insignificantes, quisieran demostrar

su gran poder de destrucción. En varias ocasiones, con motivo de mis visitas periódicas, le había tratado con antiparasitarios y compuestos ricos en hierro, pero, en realidad, sus mejorías eran muy cortas.

El 25 de octubre, hacia media tarde, llegó al hospital. La traían porque se había agravado con un cuadro respiratorio añadido. Estaba sudorosa, respiraba con dificultad, y estaba ansiosa. La colocamos en una cama y planificamos un tratamiento que cubriera sus problemas.

No había pasado una hora cuando la paciente entró en coma y, antes de que nos diéramos cuenta, entre una respiración entrecortada e irregular, nos abandonó para siempre.

Era mi primer fallecimiento por anquilostomiasis aguda. La escasísima cantidad de hemoglobina que existía en sus glóbulos rojos no había sido capaz de transportar el oxígeno necesario para las exigencias vitales de su cerebro. Estas primeras y dolorosas experiencias de la vida hospitalaria me han enseñado a ser más cauto y previsor y a tomar medidas urgentes de actuación en casos como el de Corina.

## UN TETANOS QUE NOS LLENA DE ALEGRÍA junio, 1973

Benito Vegay llegó al hospital el día 10 de junio con contracturas en ambas extremidades inferiores y sensación de debilidad y amortiguamiento a nivel de mandíbula inferior. Solamente recordaba que 10 días antes se había hecho una pequeña herida en el pie. Estaba completamente lúcido. La imagen que ofrecía tenía ese no sé qué de gravedad que te hace temer una próxima catástrofe. La sombra de un tétanos nos rondaba a todos.

Le aislamos en una habitación. Colocamos una vía intravenosa y comenzamos a pasarle líquidos. También, naturalmente, una fuerte antibioterapia. De entrada y tras las pruebas de compatibilidad correspondientes, recibió, por vía intravenosa, 80.000 unidades de antitoxina tetánica. Casualmente disponíamos en aquel momento de unas dosis importantes de esta antitoxina. Un recién nacido había dado señales de un tétanos de ombligo pocas semanas antes y se había conseguido en Quito 200.000 unidades que, posteriormente, no se utilizaron, porque el niño falleció.

Benito fue tratado, al mismo tiempo, con relajantes musculares y fenobarbital. Antes de una hora del ingreso habíamos debridado la herida infectada y habíamos hecho una curación enérgica de la misma.

Al día siguiente existía rigidez de musculatura abdominal. El diafragma y la musculatura intercostal se mantenían funcionantes, a

las primeras horas. Después, el tórax comenzó a mostrar las contracturas intercostales, con la angustia consiguiente del enfermo. Mantuvimos la vía intravenosa, la antibioterapia y una nueva dosis de 80.000 unidades de antitoxina tetánica. Cada pocas horas se le aportaba relajantes musculares y fenobarbital.

El día 12 realizó espasmos faríngeos intermitentes, mientras que el resto de su armadura muscular se mantenía en estado aceptable. Esa misma mañana recibía las últimas 40.000 unidades de antitoxina tetánica que existían en el hospital y se le mantenía con relajantes y sedantes centrales.

Por la tarde de ese día su aspecto comenzó a mejorar. Su sueño se hizo más tranquilo y orinó con normalidad. Bajo la acción de fuertes relajantes musculares y sedantes centrales se le mantuvo los siguientes días y ya todos comenzamos a respirar: Benito volvía a la vida y el espectro del tétanos comenzaba a alejarse de nuestro alrededor.

El día 24, a los 14 días de su ingreso, completamente restablecido, salió del hospital, feliz, pero sin darse cuenta del todo de cuán cerca había estado de terminar sus días por culpa de una pequeña herida, infectada con bacilos tetánicos.

## LA ANGUSTIA DE UNA ESPERA junio, 1973

La mañana del 9 de junio bajaba en deslizador desde Coca, acompañando a la responsable principal de las hermanas españolas, que en aquel entonces trabajaban en el hospital. A las 8,15 estaba llegando a Pompeya. Me esperaban llenos de preocupación; acababan de avisar desde Rocafuerte que me apresurara, que una señora se encontraba en dificultades de parto y que tendría que hacer una cesárea. La enferma se llamaba Ernestina Santi, de 44 años. Yo la conocía bien porque, dos años antes, se le había realizado una cesárea por distocia de parto y, cuando hacía un mes me visitaba por otro embarazo de 8 meses, se la veía llena de preocupación por lo que podría ocurrir.

Me detuve muy pocos minutos, los mínimos para que Juliana Oliden saludara a los hermanos y hermanas que residían en Pompeya. Cuando llegué a Pañacocha pensé en la posibilidad de usar el helicóptero de la compañía CGG, que realizaba estudios geofísicos en la zona, pero los responsables se sentían incapaces de tomar una decisión sin consultas a Quito y, ante la demora e incertidumbre, proseguí el viaje. Una última parada en Puerto Quinche para saludar a otras misioneras seculares que trabajaban en el lugar. Yo estaba cada vez

más nervioso. Me acordaba de la visita que la Sra. Ernestina me había hecho escasamente hacía un mes, y de su ansiedad por lo que ocurriría cuando llegara el momento del parto.

Al llegar al hospital todo era agitación y nervios. En la habitación Ernestina se la veía muy mal: estaba chocada, fría, sudorosa, con un dolor permanente en abdomen. Se le palpaba al niño a través de la pared abdominal y era claro que el útero había estallado. La ruptura había seccionado una de las arterias uterinas y una parte importante de su sangre estaba extravasada, en el bajo vientre. No había modo de captar su presión arterial y sus venas estaban vacías. Los múltiples intentos de tomar una vena habían sido inútiles hasta el momento. Las hermanas que estaban en el hospital no habían podido realizar un cateterismo para instalar una vía. La enferma me miraba con angustia y me pedía que la salvara. Su marido, Victor Jipa, lloraba.

En estas condiciones entré en el quirófano y cuando realizaba las primeras incisiones el corazón de Ernestina se detuvo definitivamente. Todos estábamos paralizados, impotentes, ante los acontecimientos.

Cuando salí para comunicarme con Victor Jipa él ya sabía lo que le iba a decir. Lloraba y se arrancaba sus cabellos y parecía como fuera de sí.

-Victor, vamos a llevar a tu mujer a la casa ahora mismo. Yo mismo te voy a acompañar con nuestra canoa.

Estaba cansado, pero la tensión no me dejaba pensar en esos detalles. Eran las tres de la tarde.

Marché a nuestra casa, preparé el motor y el combustible. Regresé al hospital con la canoa grande y preparamos las cosas para el traslado. A las cuatro estábamos viajando hacia Pumayacu, pequeña quebrada que se encuentra inmediatamente por encima de Tiputini. Ibamos Victor Jipa, dos hermanas, Ernestina, con la paz que da el reposo de la muerte tras la última batalla y yo, de motorista. En el camino Victor lloraba a gritos, se revolvía en la canoa, y a quienes se cruzaban en el camino les gritaba su angustia y desesperación.

Cuando llegamos a la casa en Pumayacu, ya eran las 5,30 de la tarde. La subimos a la vivienda y arreglamos las cosas. Poco después tuvimos que despedirnos, la noche se nos venía encima.

El regreso lo realizamos entre dos luces al principio y después, en noche oscura. Nos varamos frente a la hacienda de Pando y nos tuvimos que arrojar a la playa para empujar la embarcación. Ya eran más de las 9,30 cuando llegábamos al hospital. Tenía ganas de descansar. Una viva conciencia de nuestras grandes limitaciones me invadía. Experiencias como la de hoy nos permitían situarnos en nuestros verdaderos límites. ¡Mañana sería otro día!.

## UN PARTO ENTRE LAS AGUAS

julio, 1974

Al mediodía del 8 de julio de 1974 me avisaron por radio desde Coca, que venía una inmensa crecida del Napo. Se estaba desbordando por muchas partes y ya se sabía que arriba habían ocurrido desgracias. Que, por favor, avisara a la gente para que se preparara. Yo cogí el deslizador y me fui a avisar por los alrededores, pero la gente lo tomó con demasiada calma: ¡sería como en otras ocasiones, una buena crecida, pero nada más!

A la mañana siguiente el río comenzó a crecer, al principio con calma, después fuertemente, con palos y gran avalancha. Al mediodía ya había sobrepasado los tres metros y medio. Por la tarde, a nivel de la casa de mama Fide, un reguero de agua atravesó el malecón del pueblo, camino de la calle posterior. Una hora después cubría hasta la rodilla. A las siete ya era imposible atravesar la calle: la corriente era demasiado fuerte y el agua llegaba hasta la cintura. Algunas canoas andaban por la calle posterior como si de un pequeño río se tratara. Hacia las 11 de la noche sólo a nivel de la Capitanía del Puerto la calle estaba seca.

Yo estaba preocupado por el hospital, que había abandonado hacia primeras horas de la tarde. A las doce de la noche regresé en canoa, por la calle de atrás. Todo estaba inundado; el agua cubría dos palmos todo el piso de los pabellones. A nivel del local de las plantas de luz el agua llegaba hasta la parte alta de los pilones de cemento, donde éstas se apoyaban. En la bodega tuvimos que levantar las cajas de medicamentos que estaban en el piso inferior.

De mañana, aunque el río había dejado de crecer, las aguas aún se mantenían en su nivel más alto. La cocinera se había hecho con una pequeña quilla y con su bandeja de comida, remaba, llena de felicidad infantil, hacia los pabellones de enfermos llevándoles el desayuno.

A las nueve llegó un deslizador de Tiputini; en él venía la Sra. Fabiola Carrasco para dar a luz. Era una paciente de 41 años, enormemente gruesa y muy pálida. ¿Cómo trasportarla a la sala de partos?. Tuvimos que colocar la camilla sobre la quilla y arrastrarla desde el río hasta el hospital, como si fuera una ambulancia fluvial. No era el momento para muchos detalles y lo único que hice es recogerme los pantalones hasta la rodilla y asistir el parto con agua hasta media pierna.

Nació un varón y todos estuvimos de acuerdo en que su nombre tenía que ser Moisés. Así se le inscribió en el registro civil y cuando se hizo mayor le pareció muy acertada la elección.

## UNA ESPECIAL CAPACIDAD ANTE EL DOLOR septiembre, 1974

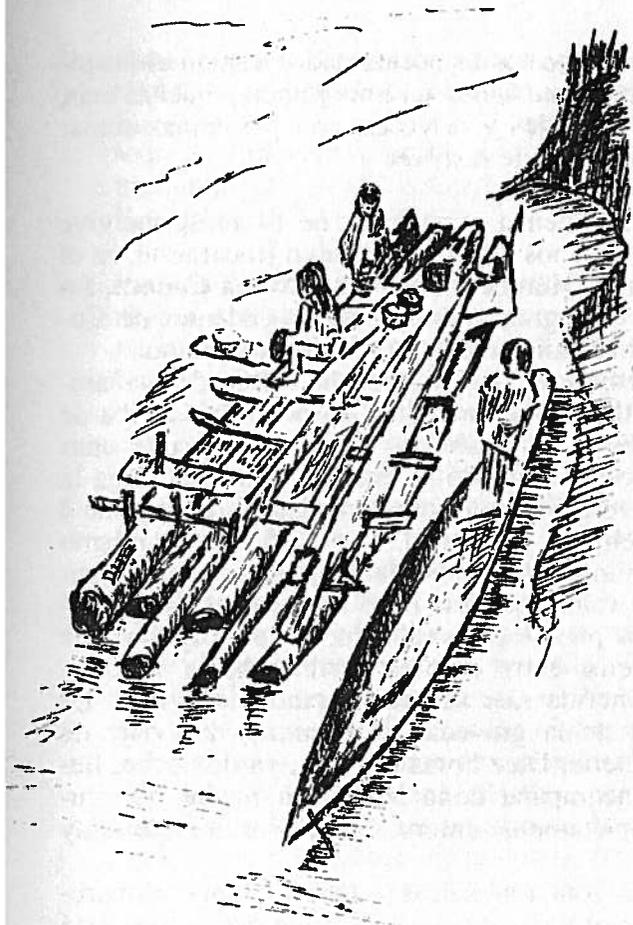
Esta vez la paciente llegaba desde lejos, exactamente desde vieja Armenia, a muchos km más arriba de Coca, en el río Napo. La bajaban urgentemente a Coca porque la Sra. no podía dar a luz. Las primeras contracciones, hacia el mediodía, habían proyectado la mano del muchacho por la vulva y, automáticamente, el problema se había hecho insoluble por la vía normal de los nacimientos humanos. Desesperado, el marido la llevaba a Coca. Pero en aquel momento nadie supo cómo ayudarle. Solamente si bajaba a Nuevo Rocafuerte, le decían, se le podría operar y salvar a su mujer.

Rocafuerte, pensaba, ¡tan lejos, se me morirá!. Pero, había que intentarlo. Consiguí más combustible y, con la misma canoa y dos vecinos que le acompañaban, reemprendió el viaje.

A las 9 de la mañana del siguiente día llegaba al hospital. Echa da en el fondo de la canoa, sobre un tabladillo, estaba Julia, de unos 32 años, dolorida, pero no tan mal. La subimos en camilla a la sala de espera y, de allí, al consultorio. La mano del niño estaba morada y flácida. El vientre de la mujer mostraba, tras su tenue y delgada pared, toda la imagen del pequeño que albergaba. Evidentemente estaba fuera del útero, que, como era seguro, no pudo resistir las fuertes contracciones de una expulsión imposible.

La llevamos al quirófano y comenzamos, en el tiempo más rápido, una intervención quirúrgica que exige una gran abertura del abdomen, la extracción del niño, gravemente contaminante, al pasar su mano a través del canal vaginal hacia el interior del abdomen y de aquí al exterior. Como en casos semejantes, el útero destrozado con la ruptura y la mala oxigenación, al romperse los vasos sanguíneos que le nutren, tuvo que ser extraído. La histerectomía completa, que comporta este acto quirúrgico, supone un fuerte traumatismo para la mujer, pero Julia lo soportó muy bien. Milagrosamente, la ruptura no había afectado de forma total a los vasos principales y la hemorragia interna no había sido especialmente importante. Su tensión arterial se mantuvo en valores casi normales a lo largo de la intervención.

Cuando la paciente despertó de su anestesia le preguntamos si quería que le inyectara algo para el dolor, pero ella afirmó que no le dolía. Advertí a las hermanas que le colocaran algún fuerte analgésico en el momento que sintiera el menor dolor, pero Julia nunca se quejó. En varias ocasiones yo mismo le pregunté si sentía algunas molestias en el vientre y ella afirmaba que estaba bien.



A los dos días comía y comenzó a levantarse. Sus funciones vitales se desarrollaron con normalidad y a los 8 días se le quitaron los puntos. En ningún momento recibió analgésico alguno y ella afirmaba que se encontraba sin molestias.

Evidentemente existió una gran variedad en el umbral del dolor en los diferentes pacientes, pero es como un pequeño milagro que, ante un vaciamiento abdominal como el que supone una histerectomía por ruptura uterina, una mujer se sienta como si nada hubiera pasado en su interior.

## UN ARBOL ATRACTIVO, PERO LLENO DE PELIGROS

El guabo, «*Inga edulis*»

A lo largo de mis años de trabajo médico en la Amazonía he podido comprobar cómo algunas patologías se suceden con frecuencia. Entre ellas, los accidentes relacionados con algunas costumbres de sus habitantes.

Cuando llega la época en que las largas vainas del guabo están maduras, los niños se trepan al árbol y comienzan su cacería. Tienen la habilidad de los monos de la selva y allí están, en un balanceo peligroso, alargando sus brazos y halando de esas apetecibles vainas, que encierran múltiples semillas rodeadas de un terciopelo blanco, dulce y jugoso. Pero siempre olvidan cuán frágil y quebradiza es la

madera de este árbol y cada año varios accidentados visitan el hospital. En pocas ocasiones, con contusiones sin importancia; muchas más, con fracturas de sus extremidades y, a veces, con patologías sumamente graves, que hay que tratar de resolver.

1. Jorge Nemesio Chávez Cuenca es un joven de 14 años, que vive en Boca de Cuyabeno, a unos 300 km de Nuevo Rocafuerte, en el río Aguarico. Es hijo de Humberto Chávez y María Cuenca, familia muy conocida y de gran empuje que, procedentes de Colombia, viven desde hace años en el Aguarico ecuatoriano.

Es el día 20 de diciembre de 1974. Jorge ha salido de mañanita, en su pequeña quilla, hacia una isleta, un poco más arriba de su casa. Allí hay árboles de guabas y va a ver si recoge unas cuantas frutas para comer. Cuando se encuentra en esta tarea la rama se rompe y cae verticalmente sobre un vástago de palo, de 4 cm de diámetro, quebrado y vertical. Unos 15 cc del mismo penetran en la zona inguinal izquierda y queda materialmente empalado. Con un valor increíble hace un esfuerzo, se levanta y, apoyando ambos pies, logra sacárselo. Va a su quilla, que está en la orilla y rema entre dolores terribles hacia su casa. Cuando llega, de su herida sale sangre y grandes coágulos. La familia se da cuenta de la gravedad y organizan un viaje de urgencia hacia Rocafuerte. Diez horas después, ya de noche, llegan al hospital. Le acompaña doña María, su madre. El muchacho está aún completamente entero, consciente, aunque muy dolorido.

Se le instala un gota a gota con sueros y antibioterapia. Al parecer el intestino aún se mueve, aunque todo hace pensar que está perforado.

A las siete de la mañana entramos en cirugía. Al iniciar la anestesia general con un barbitúrico intravenoso hace una parada cardíaca y, tras masaje cardíaco, se recupera. Continuamos con una mezcla de oxígeno y flutane.

La laparotomía media muestra amplias lesiones en intestino delgado y grueso. Una parte del recto está destruida, alcanzando el sigma. Una perforación en intestino delgado; una zona perforada en implantación de ileon en ciego; tres perforaciones en el mesenterio. Existe abundante sangre en cavidad abdominal y heces libres en la misma.

Realizamos una ablación de 10 cm de recto y sigma. Anastomosis término terminal de intestino delgado a dos niveles. Un ano contra natura definitivo y cerramos el abdomen. En ese momento,

tras cinco horas de intervención quirúrgica, el paciente entra en shock, hace una parada cardíaca y fallece.

Fue muy duro comunicar a la mamá el fallecimiento de su hijo y todo el equipo hospitalario acompañamos a la Sra. María, mientras preparábamos el entierro de Jorge en nuestro cementerio de Rocafuerte.

2. Patricia Robertina Coquinche Grefa tenía 10 años cuando trepaba al guabo, fascinada por sus apetitosos frutos. Y aunque era delgada la rama se quebró. De pronto se encontró en el suelo, con el brazo y antebrazo derechos rotos, sin una persona que le pudiera ayudar. Era el 28 de enero de 1984. Sus padres no estaban en la casa y unos tíos, vecinos, le tomaron bajo su responsabilidad y le trajeron al hospital, desde Puerto Miranda, a 30 km de Rocafuerte. Cuando llegó su aspecto era deplorable. La muñeca estaba completamente deforme y 10 cc del húmero, enormemente astillado, asomaba por una gran herida que se abría en la parte inmediatamente superior al codo derecho, por su cara anterior. Le dormimos con ketalar, limpiamos repetidamente la herida y la gran cavidad que asomaba por ella; repusimos el hueso en su sitio; lo fijamos con dos agujas de Kischner, desde el exterior, a través de la piel; suturamos los diversos planos y colocamos una valva de yeso. Iniciamos de inmediato una fuerte antibioterapia. Permaneció hospitalizada 41 días, pero la niña salió completamente restablecida, con una buena función articular a nivel del codo y una total consolidación de la fractura. Solo la pequeña deformación de la muñeca recuerda a Patricia su aventura infantil.
3. Fiorela Jarama era peruana, de Pantoja. Tenía 9 años y eran las dos de la tarde cuando se cayó del guabo por ruptura de la rama sobre la que se estiraba para coger uno de sus frutos. Cuando llegó al hospital, el 23 de diciembre de 1989, eran las 7 de la tarde y nosotros acabábamos de finalizar una intervención quirúrgica; el quirófano aún estaba desarreglado y hubo que realizar una limpieza rápida antes de abordar el tratamiento de Fiorela. Porque, efectivamente, nos encontrábamos ante un caso quirúrgico: la niña había hecho una fractura abierta de tercio superior de húmero izquierdo y éste, lleno de puntas, había desgarrado la región supraclavicular izquierda y salido a través de una gran herida anfractuosa. Era una niña gordita y simpática. Valiente; por sus propios pies llegó al quirófano. Se dejó hacer hasta que se durmió con una

anestesia intravenosa. Limpiamos la herida y, sobre todo, el área en que la diáfisis del húmero asomaba. Después de lavarla repetidamente tratamos de reducir la fractura y encajar las dos partes del hueso roto. Después de varias maniobras lo logramos. No estábamos seguros de que dicha reducción se iba a mantener en el postoperatorio, por lo que preferimos colocar, desde el hombro y, a través de la cabeza del húmero, dos largas agujas de Kirschner, que fijaran las dos partes del hueso. Colocamos un dren para evacuar los muchos restos de tejidos necróticos que con seguridad iban a eliminarse en los días sucesivos. No nos pareció necesario un control radiológico inmediato y la enferma fue llevada a su cama.

Los días siguientes fueron normales en la evolución de una fractura como la presente. La paciente se mantuvo bien y solamente existió un drenaje abundante por pocos días. El brazo y antebrazo no sufrieron deformaciones ni edemas. La niña caminaba a las cuarenta y ocho horas por todo el hospital, siempre sonriente.

Cuando realizamos un control radiográfico, a los cuatro días, observamos dos cosas: la primera, que el alineamiento de las dos partes del húmero era perfecto y, segunda, que las dos agujas de Kirschner se las veía bien alineadas a ambos lados del húmero. ¡Verdaderamente no habíamos escogido la dirección exacta! Pero, en cualquier caso, lo que pretendíamos con ellas se había conseguido de forma más simple y completa.

Una niña como Fiorela conserva siempre sus inclinaciones y aficiones. ¡No habían pasado diez días y ya la encontramos, en más de una ocasión, trepándose a nuestros pequeños árboles de naranjo...! 48 días después de la fractura Fiorela regresaba a casa restablecida. Cuando, recientemente, nos hemos encontrado con ella y le hemos preguntado cómo va su afición por los guabos, muy seria nos responde que ya no se sube a ellos, pero no creo que tengamos obligación absoluta de creerle...

## UNAS TRANSFUSIONES DE SANGRE OPORTUNAS febrero, 1976

La señora Carmen, de 21 años, llegó al hospital un sábado por la mañana. Venía desde Coça, donde, hacía apenas una semana, había dado a luz su primer hijo, que vivió pocas horas, antes de fallecer. Ella misma había estado a las puertas de la muerte. Estaba sumamente pálida durante el embarazo y los esfuerzos del parto habían agotado sus escasas fuerzas. Al verla entrar por las puertas del hospital, con paso

vacilante, su figura provocaba un sentimiento de pena y serias dudas sobre su porvenir.

Los primeros exámenes mostraban una hemoglobina de escasezmente 3 gramos y un intestino lleno de anquilostomas. Después de un viaje tan largo, el reposo y un aseo adecuado mejoraron su semblante y ella misma se sintió mejor. Comenzamos un tratamiento por vía oral, con la confianza de que su organismo reaccionaría como en tantas ocasiones.

Por la tarde, en el Colegio, los chicos y chicas celebraban una solemne fiesta y había un programa especial en el pequeño teatro. Yo no podía faltar y dejé a una de las hermanas que vigilara a la paciente. Antes de las nueve de la noche recibí un aviso urgente del hospital: la Sra. Carmen estaba peor, debía ir inmediatamente.

Cuando llegué Carmen estaba en coma y respiraba con dificultad. El escaso nivel de oxígeno transportado había puesto en peligro el cerebro de la paciente.

Colocamos una sonda nasal con oxígeno. Rápidamente, con un instrumental mínimo, realicé una disección de la vena safena interna, en el canal del tobillo izquierdo e introduje una sonda. Comenzamos a pasar plasma al máximo de velocidad. Tomamos, al mismo tiempo, unas gotas de sangre y realizamos el grupo sanguíneo: A Rh+. La Hna. Inés Ochoa, directora de la escuela de niñas, cedió los primeros 400 cc de su sangre y a los pocos minutos ésta pasaba a mejorar a la paciente. Mientras, pedí a una de las hermanas que extrajeran de mis venas otros 400 cc, mi grupo sanguíneo coincidía con el de Carmen y ésta pasó a continuación. Antes de media noche la paciente volvía al mundo de los seres conscientes y, de mañana, parecía que no había pasado gran cosa en su vida. Estaba de mejor aspecto y un tenue color sonrosado aparecía en sus mejillas y conjuntivas.

Estábamos contentos y hasta un poco orgullosos de que nuestra propia sangre había participado en la curación de aquella paciente. Después, todo evolucionó con normalidad y, a la semana, la hemoglobina había subido a 8 gramos. Cuando Carmen abandonó el hospital, a las tres semanas de su ingreso, se mantenía triste por la pérdida de su primer hijo, pero con ánimos para afrontar el porvenir.

## LOS RIESGOS DE UNA MARCHA POR LA SELVA julio, 1976

Eran casi las seis de la tarde cuando llegaba al Hospital Oswaldo Yata, de 14 años, oriundo del río Aguarico, pero instalado en Nuevo

Rocafuerte por aquel tiempo. Se encontraba realizando algunos trabajos para Heriberto Machoa, en la parcela de selva que posee frente a la población. Ese día se había marchado, solo, hacia el Cocaya, en busca de cacería y estaba de regreso. Llevaba, naturalmente, su escopeta cargada. Al cruzar un árbol, en el camino, sufre una caída y el arma se le dispara, con tan mala suerte que el disparo penetra por axila izquierda y realiza una gran destrucción del tórax, penetrando profundamente en su interior. Semiinconsciente y con el valor que da el sentido de supervivencia, se levanta y avanza a duras penas hasta llegar cerca de la casa de Heriberto. Después, él no sabe cómo, es traído al hospital. Está oscureciendo.

Angustiado, pálido, con mucha sed, con pequeños grumos de sangre espumosa por la boca y una disnea importante, es llevado directamente al quirófano. Su presión es de 8/4. Está consciente, con un intenso dolor y sensación angustiosa de que le falta aire para respirar.

Se le coloca una vía intravenosa y se le trasfunde plasma. El oxígeno se le administra por vía nasal. Se realiza una aspiración casi continua. Un suero acoplado a la venoclisis le introduce penicilina y tetraciclina intravenosas y una dosis fuerte de corticoide.

Sabemos que alguna de las muchas municiones ha penetrado en pulmón; esperamos que la perforación no sea demasiado grande y que el propio organismo realice un cierre espontáneo. Por la herida asoman tejidos esfacelados y trozos de papel quemado, que formaban parte de los tacos que separan pólvora y municiones, en el cartucho.

El paciente es sedado, mientras realizamos una asistencia a su problema respiratorio. Tres horas después el encharcamiento pulmonar ha disminuido y la ventilación es claramente mejor. El joven está sereno. Es trasladado a una habitación, donde continúa con oxígeno y una enérgica antibioterapia.

A partir del día siguiente emprendemos una larga etapa de curación. Su herida comienza a eliminar material necrótico y restos introducidos con el disparo. También salen algunas de las muchas municiones que entraron en el accidente. Más de treinta quedarán en el interior de la pared torácica y en los planos superiores de la espalda izquierda, como recuerdo de su accidente juvenil.

Cuando pasan las primeras semanas y la vida del paciente está fuera de todo peligro, comienza a apreciarse una atrofia importante de la musculatura de la mano izquierda. Las regiones tenar e hipotenar se secan y una «mano en garra» se hace más palpable cada día. Hay que iniciar una tarea constante y pesada de rehabilitación, que permita la utilización funcional de esta mano y compense la ausencia de excitación que sufren los músculos distales de la extremidad, como

consecuencia de los procesos de compresión neurológica a nivel axilar traumatizado.

Oswaldo Yata se curó definitivamente. Permaneció entre nosotros 68 días. En el curso de los años sucesivos hubo necesidad de extraer algunas de las municiones que le creaban pequeñas molestias. Hoy es un experto motorista y maneja durante largas horas los motores fuera borda, con la mano que lleva, en su propia morfología, el recuerdo de su grave accidente durante su regreso del río Coca.

## UNA FALSA ENFERMEDAD RENAL

julio, 1976

El 28 de junio, durante nuestra conversación diaria por radio, desde Coca, me hacían una consulta. Una niña de 14 años, hija de una señora a quien conocía bien, se encontraba, al parecer, muy enferma. Le habían llevado al hospital de la población y le habían diagnosticado una grave enfermedad renal. Delicia Salazar estaba hinchada en todo su cuerpo. Les habían aconsejado que la trasladaran a Quito y querían saber si yo podría tratar su enfermedad. La verdad es que realizar un diagnóstico por radio es muy difícil y, en cualquier caso, muy arriesgado. Les dije que me era imposible decidir sin verla y que, a lo más, si se decidían a traerla por aquí, podría ver qué se podía hacer.

La bajaron en deslizador al día siguiente y llegó al anochecer. Efectivamente estaba realmente hinchada y la primera impresión era que podía tratarse de un edema renal. Pero, cuando fui a saludarle y con la mano izquierda tomaba su brazo, mientras con la otra le estrechaba la mano, el diagnóstico apareció con toda claridad.

-Cuéntame, Delicia, que te ha pasado en estos últimos días.

-Llevaba una semana con gripe y tos. Me dolía el vientre y tenía un poco de diarrea. Esta se me pasó pronto, pero no la tos. Era fuerte; vomité alguna vez con el esfuerzo y hasta en una ocasión, expulsé alguna lombriz por la boca, mientras tosía. Desde hace cuatro días comencé a hincharme y cada vez más. Ahora me aprieta la piel por todas partes.

-¡No podías describir con más claridad el motivo de lo que ahora tienes!. Verás, Delicia, tu riñón está totalmente normal y, estoy completamente seguro de que, en pocos días, te pondrás completamente bien.

La niña se serenó.

Llamé a las hermanas que trabajaban conmigo en aquel tiempo. Les pedí que tocaran el brazo y el tórax de la paciente y me dijeran lo

que sentían. Cuando tocaron, la sensación experimentada era totalmente extraña: la piel «crujía» bajo sus dedos. Efectivamente, era como si todo el tejido cutáneo de Delicia se hubiera llenado de burbujas de aire y estuviera a punto de estallar: cara, cuello tórax, abdomen y extremidades superiores habían casi duplicado su volumen y realmente parecía un pequeño monstruo.

-Lo que le ha pasado es muy sencillo, les conté. Con el esfuerzo de la tos se ha roto una pequeñísima zona respiratoria y, desde allí, el aire se ha escapado hacia la piel. Con los movimientos respiratorios ha comenzado a inflar su propio cuerpo.

Casi no podían creerlo. Para mí el diagnóstico fue fácil, porque, como pasa casi siempre, había tenido ocasión de ver más de un caso de «enfisema subcutáneo», de origen traumático, en accidentes de carretera, en mis años de formación.

Tratamos su cuadro respiratorio; hicimos disminuir su tos y, poco a poco, esa pequeña vía de escape de aire se cerró de forma espontánea y el aire se reabsorbió. Una semana después Delicia había adquirido sus dimensiones normales y, con su cuerpo de niña adolescente, volvía feliz a Coca, al seno de su familia.

## ¡UNOS TRATAMIENTOS ABSURDOS! septiembre, 1976

Nuevo Rocafuerte posee una población multicolor. Gente sencilla, mestiza, la mayoría radicada en la región desde generaciones. También existen en la población algunas personas que pertenecieron a la casta de pequeños hacendados, venidos a menos y que hoy arrastran la nostalgia de su vida anterior y un cúmulo increíble de sabias ignorancias.

El día 26 de septiembre me trajeron al hospital un niño de 6 años. Era evidente que se encontraba muy mal. Le acompañaba su padre, quien deseaba que lo hospitalizara, porque, al parecer, sus terapéuticas no habían dado todo el resultado apetecido.

-Doctor, le traigo a Linder, que tiene problemas en su vientre. Desde hace dos días se queja de dolor. Vomitaba y no defecaba. Como yo tengo bastante experiencia en estos asuntos le he puesto dos lavados por el recto. En realidad, no se ha aliviado y el vientre se le ha dilatado. Desde esta mañana está como adormilado y de vez en cuando vomita. He comenzado a preocuparme y quisiera que Ud. le viera.

Linder estaba realmente en una etapa terminal. Le colocamos en una cama de la sala de niños. Le instalamos un suero y comenzamos a

hidratarle. No existían ruidos abdominales y sí una distensión generalizada. Su tensión arterial no era audible y su pulso era filiforme. Al palpar el abdomen éste estaba tenso y doloroso, pero el niño no tenía ni fuerzas para expresarse. Todo hacía pensar que existía una perforación intestinal y que, previamente, se había dado un tapo-namiento por áscaris. ¡Me daba muchísima pena el niño y su padre!

-¿Verdad, doctor, que el niño parece un poco mejor y que se va a sanar?, me decía el papá.

-No, don Eduardo, su hijo está muy grave y se nos va a ir en unos minutos. No podemos hacer nada ahora; mejor recemos un poco por él.

Unos pocos minutos después vomitaba material fecaloideo y, tras un estertor, se apagaba para siempre.

¿Cómo podría explicar a este antiguo hacendado que las maniobras de lavados repetidos se convierten, en muchas ocasiones, como en la presente, en verdaderos crímenes para la vida del paciente?

## HACIA UN ENCUENTRO DESCONOCIDO

enero, 1977

El río Yasuní tiene para nosotros una cierta fascinación. En él se esconden las lagunas atrayentes de Jatum cocha y Tambo cocha; su río serpenteante guarda el encanto del silencio y de la paz y en sus márgenes es posible ver, con frecuencia, ejemplares insólitos de una fauna amazónica, variada e impactante.

Pero en los meses finales del 76 el Yasuní era para nosotros la esperanza de una vía de encuentro con el pueblo Huaorani. Desde julio, la presencia de los huaorani había pasado de un mundo soñado a una realidad tangible. Alejandro Labaca, desde los pequeños campamentos de la compañía CGG, había establecido sus primeros contactos y una red inicial de lazos fraternos con algunas familias huaorani y, en varias ocasiones, habíamos dialogado sobre cual sería la forma de acceso a ellos, cuando las compañías petroleras se retiraran del lugar.

En noviembre José Miguel Goldáraz nos visitó en Nuevo Rocafuerte y, mientras Alejandro pasaba unos pocos días en los tambos indígenas huao, planeamos una expedición, que permitiera descubrir la vía fluvial adecuada. El y Mariano Grefa, de Pompeya, intentarían descender, desde la pequeña quebrada, donde se levantaba la casa multifamiliar huao, río abajo. Creían, pero había que comprobarlo, que más abajo el pequeño río empalmaría con el Yasuní, que desemboca en Nuevo Rocafuerte. Si esto era cierto el problema de unos contactos seguros a lo largo de los años sucesivos estaba asegurado.

En diciembre marché a Guayaquil y compré un pequeño motor Yamaha 8 HP y, a mi regreso a Rocafuerte, preparé una pequeña canoa. En aquellas fechas trabajaba con nosotros, en el hospital, José Ortega, buen conocedor de la selva y con él planeamos un viaje Yasuní arriba, que coincidiera con la salida de José Miguel y Mariano. Pedíamos a Dios que, en algún sitio del largo y silencioso río, nos encontráramos y pudiéramos realizar el regreso juntos.

Cuando ya todo estaba preparado y yo dividía mis intereses entre la actividad hospitalaria y mi soñado viaje por el Yasuní, un aviso por radio desde Quito nos informaba que a José Miguel y a Mariano, al llegar a la casa huao donde Alejandro había pasado los tres últimos días, les habían dejado con lo puesto. El viaje no se podía realizar y querían que yo lo supiera para que detuviera mi programa. Pero, la verdad, un viaje tan soñado, mitad trabajo y colaboración y mitad vacación, no lo podía echar atrás.

El día 9 por la tarde estaba todo preparado: la canoa, el motor, el combustible y la pequeña mochila con lo imprescindible. José, Bacha y su pequeña hija de 8 meses también. Cuando anocheecía, una señora vino al hospital a dar a luz y no sabía si, al final, mis obligaciones me impedirían realizar el soñado viaje.

Quedamos que, si todo salía bien y para las tres de la madrugada la señora había terminado su parto, yo les avisaba y de madrugada iniciábamos el viaje.

A las cinco de la mañana, entre dos luces, nuestra pequeña canoa y su flamante motor comenzaban un viaje por el Yasuní, que no sería más que una corta vacación. Pensábamos llegar hasta Garza cocha, a unos 150 km de Rocafuerte. Intentaríamos cazar y pescar y viviríamos unos cortos días en contacto cercano con la Naturaleza, libres de la actividad diaria hospitalaria.

A las cuatro de la tarde llegábamos a Garza Cocha. En el camino José había cazado una huangana y dos monos «maquisapas». Antes de la noche, mientras limpiábamos los animales cazados, en nuestros anzuelos habían caído tres motas grandes y tuvimos trabajo antes de acostarnos en un rudimentario tambo, montado para la ocasión.

A la mañana preparábamos el desayuno y ahumábamos los monos cuando, a las 11 de la mañana, oímos un motor que se acercaba.

-¡Será posible que no podamos permanecer un día en paz completa! Quizás ha ocurrido algo en el hospital y vienen a buscarme pensaba

Minutos después apareció la canoa grande de la Misión, con Heriberto Machoa y Ramón Córdova. Traían una carta del padre Gerardo para mi. La carta comunicaba que José Miguel y Mariano habían conseguido nuevos víveres y pertrechos de la compañía y que el día 9 se

habían lanzado río abajo en una balsa. Que me comunicaba esto para que supiera que ya estaban bajando y, con seguridad, esperarían vernos en alguna parte del río Yasuní.

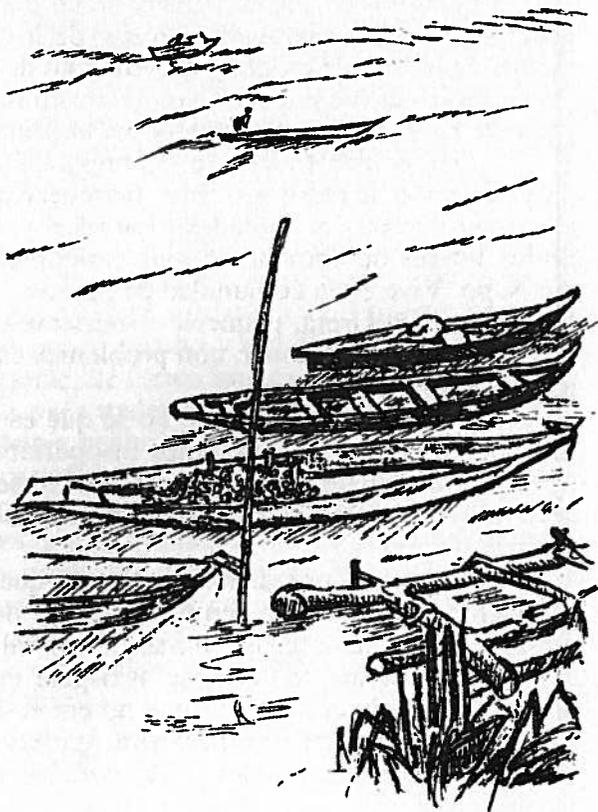
Cuando Bacha, la mujer de José, oyó la historia no le dio tiempo para recoger sus cosas y embarcarse en la canoa grande. Ella no quería saber nada de subir más arriba por el Yasuní. ¡Quién sabe qué íbamos a encontrar en las cabeceras!

A las 12 salíamos José y yo a la aventura, rogando que en algún momento nos encontráramos con los que bajaban. Ya llevábamos cuatro horas cuando, a lo lejos, en un recta larga de las pocas que se encuentran en este río, divisamos la silueta de dos hombres de pie, manejando unos palos como remos, apoyados en una frágil balsa.

El encuentro fue lleno de gritos, gozos, abrazos y alegría. Abandonamos la preciosa balsa, en cuyo centro, sobre un pequeño tabladillo, habían amontonado sus pequeñas pertenencias y una bolsa grande de plástico con muchos huevos de «charapa», que les sirvieron de alimento y servirían posteriormente de precioso regalo para los familiares de Mariano.

Pernoctamos en una playa. Durante horas escuchamos los pormenores de la aventura, que era enriquecida con muchísimos detalles fantaseados por Mariano.

Aquella noche, antes de acostarnos dedicamos un tiempo a la caza de caimanes. Por primera vez asistía, en medio de un silencio completo, a una boga lenta y deslizante con nuestra pequeña canoa, alumbrando con nuestras linternas las orillas del río, donde asomaban, como parejas de pequeños focos, los ojos deslumbrados de los caimanes. Cuando estábamos a menos de



un metro, la diestra mano de José lanzaba el arpón, que se clavaba en la cabeza del saurio y, posteriormente, de un fuerte golpe de machete, segaba la cabeza del animal. Yo permanecía en medio de la canoa, asombrado y admirado.

A lo largo de la noche cayeron en nuestros anzuelos dos bagres grandes. Por la mañana, desayunamos, con calma, una pequeña parte de la abundante cacería y reemprendimos el regreso.

El día 11, por la noche llegábamos Nuevo Rocafuerte, felices por muchos motivos: el camino descubierto, el encuentro realizado y unas magníficas vacaciones en medio de una Naturaleza que nos habla, mejor que muchas palabras, de las maravillas de Dios.

## UNA INTERPRETACION MAGICA DE UN CUADRO BACTERIANO

junio, 1977

Estábamos en plena mañana de un día de consulta normal en el hospital. Mientras dialogaba con uno de los pacientes se oyeron murmullos en la sala de espera y movimiento de gente que llegaba nerviosa. Cuando salí me encontré con una camilla en mitad de la sala y un paciente en ella. Casi no lo reconocí al principio, tan afectado estaba.

-¿Qué ocurre Inocencio, le pregunté? Inocencio Macanilla era muy conocido de todos nosotros. Perteneció a una familia muy relacionada con nuestras actividades pastorales y es considerado como uno de los líderes de comunidad más experimentados entre los quichuas del Napo. Vive en la comunidad de Samona, a unos 120 km río arriba. Su mujer, Elsa Grefa, pequeña y sonriente es, sin embargo, una antigua tuberculosa pulmonar, con problemas especiales en sus pautas de tratamiento.

-Me encuentro muy mal; no se qué es lo que me pasa. Me puse mal hace tres días, con un dolor insoportable en el pecho y espalda, fiebre fuerte y malestar grande en todo mi ser. Hemos intentado todo, pero no mejoró. Me han ayudado los compañeros de la comuna para venir hasta aquí.

Los que le acompañaban me dicen que no tenían canoa a motor y tuvieron que bajarle a remo hasta casa de Manuel Alomía. El les prestó el motor para bajarle hasta el hospital.

En ese momento no quise averiguar cuales eran los pasos terapéuticos que habían dado, porque no era el momento.

Tenía 39,6° de temperatura, pulso rápido, pero entero y auscultación cardíaca normal. Le metimos en una cama y tomamos

unas muestras de sangre para el laboratorio. La velocidad de sedimentación era de 100 mm la primera hora y la leucocitosis de 20.000/mm<sup>3</sup>. No cabía la menor duda de que nos encontrábamos ante un cuadro bacteriano agudo.

No existía en piel la menor señal de alteración, ni había cuadros respiratorios, renales o digestivos que sugiriesen una etiología.

En cualquier caso iniciamos una antibioterapia intensa y esperamos. Al día siguiente, a nivel de escápula izquierda, en su borde inferior, la piel estaba tensa y parecía que existía una colección líquida. Una punción permitió localizar una bolsa de pus amarillo verdoso. Cuando realizamos posteriormente un drenaje quirúrgico en la región pudimos confirmar la existencia de un enorme absceso, que ocupaba la zona entre escápula y parrilla costal y que se extendía por el área subaxilar izquierda hasta los bordes laterales del tórax anterior izquierdo.

La fase de recuperación fue lenta pero firme y a los pocos días el paciente se encontraba afebril, sin pus en la cavidad drenada, con una movilidad torácica aceptable y con molestias en zona distal de mano izquierda que, con el tiempo, mostraría procesos de atrofia muscular, como consecuencia del problema compresivo a nivel axilar y torácico izquierdos.

Cuando el paciente se encontró mejor dialogamos con tranquilidad sobre lo que en realidad le había pasado. Inocencio Macanilla tiene la suficiente sinceridad para confiarse en sus manifestaciones.

-Yo me puse enfermo de forma brusca, al día siguiente de una minga que realizamos en la comuna. En ella tuve problemas con Manglia, un conocido yachac, que por aquel entonces vivía en la comunidad. Cuando le pedí que fuera puntual y asistiera a las mingas como el resto de la comunidad se disgustó mucho y me dijo que me había de brujear. Cuando al día siguiente, de forma brusca, sentí un fuerte dolor en el pecho izquierdo y después malestar general y fiebre, realmente pensé que el Manglia me había hecho el mal que me anunció.

-Todos nos asustamos y fuimos a visitar a Martín Andi, que es un buen yachac de nuestra comunidad. El me examinó como hacen nuestros curanderos. Antes tomó ayahuasca y, después de intentar curarme, me dijo que no podía: él veía que el Manglia me había metido «dos cachos de venado cruzados en el pecho» y que por eso estaba tan mal; que él no podía sacarlos.

-Entonces, viéndome tan mal, dijeron que mejor me traían al hospital, a ver que decía el doctor.

-Como ves todos los datos dicen que has tenido una infección importante y que con el tratamiento adecuado has podido curarte.

-Si, ahora lo veo así, tiene razón; pero entonces, el dolor y la amenaza del Manglia me hacían pensar como pensamos siempre nosotros: que la enfermedad era porque alguien, que no me quería, me había metido el mal.

## UN ESTADO DE DESESPERACION

junio, 1977

El 27 de junio trabajábamos normalmente en la consulta del hospital cuando se armó un gran revuelo en la sala de espera. Allí estaba Anibal Lanza desesperado:

- Por favor, hermana, mi mujer se muere.

- ¿Qué pasa, Anibal?, le pregunté.

- El niño no sale, está colgando de la cabeza, entre sus piernas. Ella ya no avanza. El niño está muerto.

- Pero, ¿donde está?.

- En la canoa. No se puede mover.

Cogimos la camilla y corrimos hacia el río. En el fondo de una pequeña canoa estaba Feliciano, cubierta con una cobija descolorida y manchada. Levanté una punta para ver. Si, era cierto, pensé.

-Pongámosla sobre la camilla. Anibal y yo pasamos dentro de la canoa. Tomamos a la paciente con su cobija y la pasamos sobre la camilla, que estaba sobre la balsa. Después, rápidamente, la trasladamos al hospital.

-Llevémosla directamente al quirófano. La pusimos sobre la mesa, retiramos la camilla y mandamos afuera a los curiosos que nos habían acompañado. Quedamos únicamente las hermanas y yo. Descubrimos la cobija y, ante todo, contemplamos: el niño estaba sin vida, colgando de la vulva de la mujer, con el cuello estirado, arrancado, sin el soporte de la columna vertebral. Esta había sido separada con el esfuerzo desesperado de sacar aquella pequeña cabeza. Incluso existía una ruptura larga de la piel del cuello. La vulva había comenzado a edematizarse.

Feliciano estaba inquieta, nerviosa, llena de terror. Tratamos ante todo de calmarla. No estaba chocada; su pulso era bueno, aunque agitado. Lo que había ocurrido era la clásica complicación del parto de nalgas, cuando se actúa con nerviosismo y sin conocer las técnicas adecuadas. Se había forzado la salida de la cabeza y ésta había quedado enclavada en la pelvis de la mujer.

- Intentemos sacarla con cuidado. Hay una maniobra descrita para esta complicación, maniobra de Mauriceau.

Me lavé las manos y me puse unos guantes. Introduje la mano derecha, apoyada en el pecho del niño, de forma que mi dedo índice entrara en contacto con la mandíbula inferior del niño. Giré la cabeza de forma que el occipucio diera a la parte superior. Flexioné al máximo la cabeza, aplicando el mentón del niño al tórax del mismo y con la mano izquierda tome el cuerpo sin vida de la criatura. Con una tensión suficiente giré la criatura de forma que su espalda se aproximara al vientre de la mamá y la cabeza rotara como apoyada en el pubis de la mujer. Poco a poco la cabeza giró y la parte de la frente del niño asomó sobre la parte posterior de la vulva. Unos segundos después estaba fuera y lo depositábamos sobre la mesa auxiliar. Feliciano lloraba.

-Feliciano, quédate tranquila. No te va a pasar nada ni te vas a morir. Ciertamente el niño lo perdimos, pero tu te vas a recuperar en pocas horas.

Salí para tranquilizar a Aníbal y aprovechar la ocasión para instruirle sobre situaciones como la presente. Gracias a Dios no había ocurrido una doble desgracia. Los nervios pueden empujar a actuaciones cuyas consecuencias son difíciles de prevenir.

## EL MISTERIO DE LAS PARALISIS JUVENILES

julio, 1977

A lo largo de los años de trabajo hospitalario hemos visto, en varias ocasiones, pacientes jóvenes que, de forma casi siempre brusca, han iniciado una parálisis total de ambas extremidades inferiores, mientras el estado general se mantenía inalterable. Al comienzo, estos cuadros me llenaban de perplejidad y preocupación. Después, la experiencia vivida me ha enseñado a mantener la calma, con la certeza de que un tratamiento constante lleva siempre a un restablecimiento total de los pacientes.

1. El 13 de julio del año 77 llegaba al hospital una joven de 17 años, Carlota Chimbo, procedente de Cotococha, cerca de la comunidad de Puerto Quinche. La encontré en la sala de estar del hospital, en el suelo, sin poderse mover. Cuando le pedí que hiciera un esfuerzo y moviera sus piernas éstas permanecieron completamente inmóviles. Tuve que tomarla en mis brazos y llevarla a la cama, que habíamos preparado en la sala de mujeres. El cuadro había comenzado hacía 9 días de forma repentina. Ese día, por la tarde, de pronto, sintió un fuerte dolor en ambas extremidades inferiores, como una corriente que le corría hacia los

pies. Una gran debilidad se apoderó de sus piernas y ya no se pudo sostener. No tenía fiebre, ningún cuadro gripal, ni otro tipo de molestias. Cuando llegó al hospital ya había visitado varios de los yachac de la región, pero sin mejoría.

Aunque conservaba la sensibilidad al tacto y al calor, los reflejos rotulianos y aquileos estaban abolidos. Ningún esfuerzo ni orden le permitía realizar el más elemental de los movimientos: su parálisis era absoluta.

Iniciamos un intenso tratamiento con vitamina B<sub>1</sub> y complejo B. Realizamos exámenes coproparasitarios y sometimos a la paciente a tratamiento antiparasitario. No nos empeñamos en ejercicios de fisioterapia y dejamos que el organismo comenzara un lento proceso de reconstrucción de las alteraciones que, con seguridad, sufren en este proceso las vías neurológicas distales.

A las dos semanas se adivinaba una movilidad apenas perceptible en las partes distales de los dedos de ambos pies. Después, poco a poco, como si el organismo no tuviera ninguna prisa, estos movimientos se hicieron más claros y más amplios y, al mes, podía, apoyada en la cama, doblar de forma muy incompleta sus extremidades a nivel de la rodilla.

A los tres meses, cuando el equipo de cedulación visitó la población, Carlota quiso también normalizar su documentación civil y hubo necesidad de trasladarla al edificio del Municipio Cantonal, sirviéndonos de una carretilla, que era, en aquel entonces, el único vehículo de ruedas existente en la población.

Carlota permaneció en el hospital 104 días; regresó a su casa por sus propios pies, aunque con un caminar inseguro.

Nunca supimos a ciencia cierta el desencadenante de este proceso avitaminósico tan importante. Pero, tuvimos una sospecha. Cuando llegó al hospital, a sus 17 años, sufría un ligero retraso en su última regla. Después, entró en amenorrea y pensamos que se debía a su enfermedad. Cuando pasaron tres meses era claro que Carlota estaba embarazada. Su niño, que nunca se enteró de los problemas de salud de su mamá, nació el 18 de marzo del 78. Su cuadro clínico había aparecido unos pocos días después del comienzo de su embarazo.

2. El 12 de marzo de 1989 llegó al hospital, una vez más, Filomena Machoa, de 28 años. Ella había estado hospitalizada en dos ocasiones anteriores, en el 76 y 77, con cuadros anémicos importantes, coincidentes con embarazo. La última vez que la vimos en la consulta externa fue por un cuadro palúdico, que fue

sometido a tratamiento. Esta vez llegaba en un estado lamentable.

Una semana antes y, de forma brusca, pierde visión de ojo izquierdo, sin causa aparente y, pocas horas después, se encuentra paralizada de ambas extremidades inferiores. Solamente dos días antes sintió pesadez y edemas en ambas piernas. Al mismo tiempo le es imposible orinar. Le llevan a Reinaldo Jipa, conocido y prestigioso yachac que vive en Sinchichicta.

Cuando llega al hospital el cuadro es francamente triste: Ningún movimiento, ni el más mínimo, de sus piernas; ausencia completa de sensibilidad. Y angustia de su pérdida parcial de visión. Desde hace tres días su vejiga se mantiene llena y su vientre abultado acusa un embarazo de aproximadamente cinco meses. Existe aparentemente una ausencia de actuación de musculatura y esfínter rectales.

El examen coproparasitario muestra abundantes huevos de anquilostomas y áscaris. Le sometemos a un intenso tratamiento con complejo B, tiamina en dosis fuertes, sulfamida para su casi segura infección de vías urinarias y un vermífugo de amplio espectro. Colocamos una sonda vesical permanente.

Ya el día 17 comienza a ver bultos con el ojo ciego. Existe función vesical; sus extremidades inferiores comienzan a sentir el roce y los pinchazos, aunque se mantienen completamente inmóviles. No existen alteraciones cardíacas. Eliminamos la sonda vesical. Pero el pequeño triunfo dura nada más que unas horas y la reestablecemos. Hay que ayudarle en la evacuación de su intestino. El 25 se aprecia tonicidad muscular mejorada, movilidad nula. El 30 hace por primera vez una deposición espontánea. El 5 de abril mueve por primera vez el dedo pulgar derecho y lo flexiona varias veces; el 13 se aprecia movimientos muy discretos de ambos pies; estos movimientos adquieren intensidad cada día, pero siempre en unos niveles discretamente perceptibles. El 30 de abril logra orinar de forma espontánea y se mantiene desde entonces el control vesical.

Y así, con pequeños triunfos cada día y una enorme paciencia, el largo proceso de recuperación de este grave caso de beriberi sigue su camino hacia la curación.

Mientras tanto el niño que lleva en su seno parece que no se entera de los problemas de su mamá. Sus tonos cardíacos son buenos y el crecimiento aparentemente se realiza sin dificultad. El 7 de julio inicia dolores de contracción y nace una hermosa niña de 4.096 gramos.

Filomena permaneció en el hospital 130 días. Salió por su propio pie, aunque con marcha vacilante. Como era de esperar, marchó, a continuación, a hacerse ver y tratar con algunos curanderos. Entre sus actuaciones y las indicaciones farmacológicas del hospital su mejoría fue progresando. Hoy camina por los mil caminos de la selva familiar con la facilidad propia de sus habitantes

## ¿QUIEN SE COMERA MIS BOTAS DE GOMA?

abril, 1978

Tenía la cara y los gestos de un pequeño santo. Su mirada era dulce y se había adaptado perfectamente al régimen hospitalario. No había cumplido los cinco años. Era de Puerto Quinche. Pasados los primeros días vivía entre nosotros como en su propia casa y caminaba por todas las dependencias del hospital. Su cara pálida demostraba, por sí sola, la naturaleza de su enfermedad. Había llegado con escasamente 3 gr. de hemoglobina, aunque ya ahora se le veía mejorado. Una vez más la parasitosis intestinal por anquilostomas había puesto en peligro la vida de uno de los pequeños habitantes de nuestra amazonía.

Como nos encontrábamos en la época de lluvia yo venía al hospital con unas largas botas de goma, que quedaban en un pequeño cuarto, cerca de la cocina. Un día me llevé la sorpresa de que, en sus bordes superiores, algún animal había intentado roer: faltaban unos pequeños trozos y se adivinaban las marcas de los dientes.

-Bueno, pensé, las ratas han realizado una visita y han dejado su señal.

A los pocos días el trozo de bota que faltaba era notablemente mayor y no entendíamos cómo había podido ocurrir el accidente.

En el lavadero que hay en el pabellón posterior comenzaron a aparecer fenómenos extraños. A una de las camisetas de uno de los pacientes le faltaba un buen trozo de su borde inferior y esto había ocurrido, no de una vez, sino en dos días sucesivos.

Las hermanas comenzaron a vigilar. Todo parecía extraño. Una tenue idea comenzó a flotar en nuestro pequeño ambiente hospitalario. ¿Sería posible?. Claro que todos sabíamos que los enfermos de anquilostomiasis sufren alteraciones increíbles en sus apetencias alimentarias, pero, hasta tanto... ¡No podía ser!

A los dos días el ratoncito cayó en la trampa. Con su cara de bueno, allí estaba, royendo mis botas, a las que faltaba más de 10 cm de su parte superior.

Le cogimos con suavidad y el niño nos confesó que sí, que tenía hambre y que eso era bueno para comer.

Comprobábamos, una vez más, lo que con frecuencia cuentan los padres de los niños, que vienen al hospital con estos cuadros de parasitosis intestinales:

-Doctor, el niño tiene «vicio en la comida».

Y esto ya orienta, de entrada, hacia el verdadero diagnóstico de la enfermedad.

En nuestros archivos se conserva la foto del muchachito y delante de él la camiseta y las botas incompletas, con unas claras señales de los trozos que faltaban.

## LOS CAMINOS MISTERIOSOS DE UNA CURACION junio, 1979

Cuando la niña Isabel Andi, de 14 años, Chavela para los conocidos, llegó al hospital, el 18 de junio, todo hacía pensar en un cuadro bacteriano que afectara intensamente a la columna lumbar. Desde hacía un mes tenía fiebre y dolor en la columna. Una semana antes de su visita al hospital tenía ya verdadera dificultad para la marcha, su temperatura se elevaba cada día y había perdido peso, aunque su apetito se mantenía. Los exámenes de laboratorio mostraban una velocidad de sedimentación globular muy alta, de 125 mm la primera hora; 10.000 leucocitos/ mm<sup>3</sup> y una Hg de 12 gr. Existían alteraciones en el sedimento de la orina, con cilindros granulosos. Se le sometió a un intenso tratamiento y cuando, a los 15 días, se le daba de alta, su estado general y su sintomatología habían mejorado notablemente.

El 24 de agosto se presentó de nuevo en el hospital. Tenía dolores lancinantes en columna lumbar. En la exploración se notaba una zona lumbar abultada y rígida; dolorosa a la presión. De nuevo su velocidad de sedimentación era alta, 95/1<sup>a</sup> h., su leucocitosis se mantenía en 10.500/ mm<sup>3</sup> y su Hb en 12 gr %. Cuando examinamos a los Rx su columna vertebral se apreciaba una deformación del espacio intervertebral L4-L5, con erosiones en la cara inferior del cuerpo vertebral de L4 y del techo de L5. Al parecer existía una masa extravertebral derecha al mismo nivel y un borramiento parcial de la silueta del psoas derecho. En la imagen pulmonar existía una calcificación en región hiliar derecha.

Comenzamos a pensar en una enfermedad de Pott (tuberculosis vertebral) e instauramos un tratamiento específico de la enfermedad. En aquel tiempo disponíamos de estreptomycin, isoniacida y

thiacetazona y esa fue la medicación básica empleada. A los 29 días planteamos a la familia la conveniencia de un traslado al Hospital Militar de Quito, ya que su padre era militar. Pensaba en la conveniencia de realizar una fijación de vértebras mediante material metálico o injerto oseo. Ante la aceptación de la familia yo mismo me trasladé a Tiputini para tratar el tema con las autoridades militares y ver cómo se hacía la evacuación. Se programó la misma para el día siguiente, aprovechando un vuelo militar previsto y yo regresé a Rocafuerte, mientras que la niña volvía a su casa y se preparaba para el viaje.

Tres días después me tocó regresar a Tiputini. Aproveché la ocasión para ver cómo se había realizado la salida de Chabela, pero nadie sabía nada del asunto. El papá no se había presentado al día siguiente y, por lo que se sabía, la niña permanecía en su casa.

Pasaron los días. Unos quince días después una persona me informó que Chabela se encontraba en casa de Reinaldo Jipa, yachac muy conocido, en Sinchichicta. Al parecer, la niña estaba mejor. Las noticias, que fueron viniendo cada pocos días, decían que la niña mejoraba: ya no tenía dolor. El curandero la sometía a dietas y a masajes suaves con hierbas. Un mes después, uno de los hijos de Reinaldo, a quien yo había operado de una hernia hacía varios años, en una visita al hospital, me aseguraba que quería traer a la niña para que realizara radiografías y comprobara su curación: de esa manera, me decía, la gente no molestaría tanto a su padre por las curaciones que realizaba.

A los dos meses la niña estaba otra vez en Tiputini, en la escuela y realizaba su deporte con normalidad.

Un mes después me encontré en la calle, en Rocafuerte, con Rufina Shiguango, la madre de Chabela. Ella me huía, temiendo que yo podía estar muy enojado, al haber desobedecido en el asunto del traslado de su hija al Hospital Militar de Quito.

-Rufina, ¿cómo estás?

-Bien, gracias, doctor. Me miraba con reserva.

-No creas que estoy bravo contigo, le dije. Es cierto que me hubiera gustado que Chabela saliera a Quito. Pero, tu eres la mamá de ella y a ti te tocaba decidir. Os pareció mejor llevarla donde Reinaldo y, por lo que me dicen, la niña está mucho mejor. Me gustaría que un día la trajeras al hospital para realizar una radiografía y ver cómo está su columna. Por favor, tráemela.

Cuando, a las pocas semanas, Chabela nos visitaba, se la veía muy bien. Había crecido y se había desarrollado. En la columna no existían signos de engrosamiento a nivel lumbar. La columna no le dolía, ni a la presión. La radiografía mostraba una soldadura entre L4

y L5. El espacio intervertebral había desaparecido. Se había conseguido, de forma espontánea, una fijación que yo deseaba realizar de forma quirúrgica. Únicamente, y esto sí iba a dar con el tiempo problemas, existía una disminución de los agujeros de conjunción a nivel intervertebral. Ya habían aparecido, de tarde en tarde, signos de pinzamiento de nervios intervertebrales. En cualquier caso, el reposo, los masajes y la medicación de Reinaldo Jipa habían constituido una actuación verdaderamente sorprendente sobre la paciente.

Sería muy importante mantener, pensaba en mi interior, junto a un espíritu crítico, respeto y admiración ante la sabiduría de estos doctores indígenas, repletos de una ciencia arcana, tan difícil de valorar en su justa medida.

## UNA FRACTURA MARAVILLOSA

agosto, 1979



Tenía 10 meses cuando lo trajeron desde Florencia, a pocos kilómetros de Nuevo Rocafuerte. Se había caído y su muslo derecho estaba deforme. El niño apenas lloraba, pero su mamá mostraba la angustia en su mirada. Se llamaba Antonio Lanza.

La radiografía mostraba una fractura en caña verde, a nivel de la parte media del fémur derecho. Le pusimos medio centímetro de ketalar intramuscular para que nos dejara trabajar y le instalamos en una cama grande, llena de unas primitivas barras, que suplían a una moderna cama ortopédica. Montamos un sistema de tracción en cenit. El niño colgaba de sus dos piernas a través de un vendaje. Las pesas que aparecían al pie de la cama tensaban unas piolas, que le

mantenían ligeramente elevado sobre su nalga y el peso de su propio cuerpo realizaba una tracción sobre el lugar de su fractura.

Cuando el niño despertó miraba admirado el nuevo paisaje. Su madre, para calmarle, se inclinó sobre la cama y aproximó su seno a la boca del niño. Pero, en realidad, el niño comía ya de todo.

A los pocos días ya sonreía y pedía, con el hábil lenguaje de los pequeños, su comida diaria. Comenzaba a moverse y a jugar con los pocos objetos vistosos que tenía a su lado. Poco duraban en su cercanía; pronto comenzaron a volar hacia el suelo. Lloraba y los pedía y, entre llantos y sonrisas, pasaban las horas.

A los diez días ya se movía en la cama y comenzaba a realizar giros en la misma, con su único punto de apoyo en las puntas de sus pies. De pronto, los cordones que tensaban sus extremidades inferiores comenzaban a enrollarse gravemente y la cabeza del niño, apoyándose en sus manitas, asomaba por el borde de la cama, intentando localizar los juguetes perdidos. Nos preguntábamos, alarmados, qué sería de su fractura y cómo sería posible que ésta se mantuviera alineada. Pero, era claro que el niño no sentía ningún dolor y se había adoptado a su nuevo régimen de relativa inmovilidad.

A los 23 días realizamos una nueva radiografía: un hermoso callo de consolidación se había formado; las dos partes del fémur estaban perfectamente alineadas.

¡Qué maravilla la del organismo de estos pequeños hombres, en pleno proceso de formación y, como en el caso presente, en plena capacidad de recuperación!

## **EL CANERO, ¡UN PECECILLO ENTROMETIDO!**

**octubre, 1979**

Hasta octubre de 1979 la existencia del canero, «Vandelia wieneri», pertenecía, en mi experiencia personal, a la leyenda amazónica, como tantas cosas. Me decía que con razón el hombre de la selva cuenta fantasías cada día y nutre su espíritu con la riqueza de las cosas soñadas. Eso fue hasta octubre del 79.

1. La mañana del día 5 de octubre se presentó en el hospital el Sr. Basilio Mamallacta con su hijo Pablo, que en aquel tiempo tenía 12 años. Yo conocía mucho a Pablo porque durante el año 75 había permanecido hospitalizado por 70 días, con una enfermedad de Perthes, enfermedad que consiste en una destrucción aséptica de la cabeza del fémur. Realizó una buena recuperación.

-Doctor, le traigo a Pablo porque desde ayer no puede orinar y está sangrando por el pene.

-¿Qué ha pasado, le pregunté?

- Mi hijo se estaba bañando en el río, frente a la casa y estando así se puso a orinar. En ese momento sintió un fuerte dolor y algo que le entraba dentro. Con la mano se lo sacó: era un pequeño canero. Le duele mucho, siente como si algo le mordiera dentro, le sale un poco de sangre y, cuando intenta orinar, el dolor es tan grande que le es imposible hacerlo.

Pues no era todo fantasía, lo que la gente contaba, pensé.

-Veamos. Examiné al muchacho y, efectivamente, el meato urinario estaba como erosionado y con sangre. La vejiga se le palpaba repleta sobre el púbis. Había que solucionar de inmediato el problema de su retención urinaria y, después, veríamos qué se podía hacer. Sondamos la vejiga sin problemas mayores y sometimos al muchacho a antibioterapia, analgésicos y reposo. Repetimos el sondaje por la tarde y a la mañana siguiente. Después logró orinar de forma espontánea y salió del hospital con un pequeño tratamiento.

El problema se había solucionado, pensaba, pero ¿qué hubiera pasado si el pequeño pececillo se hubiera permitido un atrevimiento mayor y penetrado del todo en la uretra?. ¿Cómo le hubiéramos sacado?. ¡Una cirugía de uretra es un abordaje quirúrgico lleno de sorpresas y con un postoperatorio incierto y complejo!

2. El día 7 de octubre de 1979, es decir, al día siguiente de la visita de Pablo Mamallacta, llegaba al hospital, entre llantos y angustia, Mamá Leonor Lanza, anciana de 69 años y vecina del hospital. Su llegada respiraba urgencia y ansiedad y le acompañaba su hijo José.

- ¿Qué ocurre, mamá Leonor?

- Doctor, me respondió el hijo, mi mamá está con un dolor intenso en la vagina y está sangrando. Un canero grande le ha entrado cuando lavaba en el río. Ha podido sacarlo, pero el dolor no lo puede soportar. Vea cómo era el canero que le hirió. En un pequeño frasco de cristal traía un pez alargado de 12 cm, delgado y medio enroscado como una culebra, de 1 cm de grosor y una cabeza pequeña. Su boca era redondeada, con finos dientes en forma de corona. La piel era enormemente filante, escurridiza.

Le dimos un fuerte calmante y un sedante para cortar el círculo de angustia que envolvía a la anciana mujer. Le llevamos al quirófano para realizar una exploración y ver hasta qué punto el traumatismo

provocado por el canero exigía medidas quirúrgicas. En realidad la herida era muy pequeña y el sangrado escaso. No había que realizar ninguna acción especial. Le dimos analgésicos y una antibioterapia protectora y, tratamos de calmar y tranquilizar a la paciente. Y no ocurrió nada grave en esa ocasión.

¿Porqué será que, una vez más, los hechos peregrinos no vienen solos?. ¡En tres días dos traumatismos por canero habían visitado el hospital!

3. En febrero del 82 una niña de 12 años, de Tiputini, llegó al hospital llena de preocupación y temor para que le viera. Le daba vergüenza, pero su angustia le había decidido ha visitarnos. Estando bañándose en el río y, mientras hacía sus necesidades dentro del agua, un pequeño pez, que luego supo que era un canero, intentó penetrar en su recto, aunque pudo sacarlo a tiempo. Tenía dolor y molestias notables.

En realidad no se notaba traumatismo y no existía sangrado. La niña regresó a su casa, tranquilizada y con el consejo de que no destinara el río a otra cosa que no fuera el juego con sus amigas y el aseo personal.

4. En septiembre del 82 un deslizador de los militares peruanos de Pantoja llegó al puerto del hospital. En él venían un oficial, el enfermero, una niña de escasamente dos años y su papá. La niña parecía tranquila; los demás, no.

-Quisiéramos, doctor, que examinara a la niña. Esta mañana, mientras estaba en la



orilla del río, junto a su mamá, un canero le entró en la vulva y desde entonces no ha dejado de sangrar. Creemos que necesitaría una transfusión de sangre y la curación que Ud. decida.

Cuando colocamos a la niña sobre la mesa de exploración y exploramos su vulva ésta presentaba una pequeñísima erosión en el pliegue entre labio menor y mayor del lado izquierdo. No había hemorragia, aunque parecía que anteriormente había sangrado un poco.

Váyanse tranquilos, les dije, la niña está completamente normal. No le va a ocurrir nada. La acción del canero ha sido tan superficial que en pocos días ni se notará.

El grupo peruano regresó con la tranquilidad de que nada había pasado y de que la niña había escapado a un traumatismo de consecuencias inesperadas.

5. El mismo año, en el mes de diciembre, viajaba en una ocasión hacia el Coca en el deslizador del hospital, sólo. Cuando pasaba a la altura de la comunidad de Sani isla me llamaron desde la ribera. Sus señas de que abordara eran intensas y repetidas y parecía que algo malo había ocurrido en el lugar. Cuando abordé JSD, a quien conocía, me pidió que le acompañara a su casa. Estaba muy preocupado porque su mujer, embarazada de 8 meses, se encontraba muy mal. Un canero le había penetrado por la vagina y tenía mucho miedo de que le pudiera ocurrir algo a la criatura, que aún se encontraba en el seno de su madre.

La señora era de edad madura y estaba echada en una pequeña habitación de la casa, cubierta con una simple cobija. Tenía cara preocupada y manifestaba dolor, pero no había señales de gravedad especial. Traté de conversar despacio y con calma y pedir detalles de lo que había ocurrido.

Esa mañana la señora estaba lavando en el río, con el cuerpo medio sumergido, apoyada en la balsa, con poca ropa y sin precauciones en sus actividades fisiológicas. De pronto algo entró y le hirió. Un dolor fuerte le hincaba en el interior de la vagina y ella hizo lo imposible para que lo que fuera saliera del lugar íntimo de su cuerpo. Al parecer, así ocurrió. Pero, ¿Qué le pasaría al niño si por este motivo el parto se adelantaba?

Mi exploración fue muy superficial. Traté de respetar su pudor y, en realidad, no había necesidad de mayores exámenes. Les expliqué que nada iba a ocurrir y que se quedaran tranquilos.

Yo pensaba regresar de Coca dos días después. El marido me comunicó que pensaba llevarle al Eden, donde Domingo Tapui,

pariente suyo y gran yachac de la zona y le dije que me parecía bien. A mi regreso pararía en la casa para que me dijeran qué opinaba Domingo Tapui y, si era necesario, la podíamos bajar a Nuevo Rocafuerte, al hospital.

Cuando a los dos días regresaba me encontré con la familia entera, que retornaba del Eden. El yachac les había comunicado que, efectivamente, nada le iba a ocurrir y que todo sucedería como si nunca el canero le hubiera visitado tan íntimamente.

Yo regresé a Nuevo Rocafuerte y el niño nació en la fecha prevista, en su propia casa.

El canero, *Vandelia wieneri*, vive normalmente como parásito de peces grandes, como el bagre, fijo en su piel, pero se desprende en ocasiones para una vida libre. Siente apetencia por materiales de excreción como la orina o las heces. Cuando las personas se bañan sin ropa interior y orinan o defecan en el río, el canero es atraído y penetra en las cavidades naturales como uretra, vagina o recto. Su piel filante y llena de un material sumamente escurridizo, favorece la penetración. Unas pequeñas espículas en los lados laterales de la cabeza, orientadas en la dirección del cuerpo, dificultan su salida. En muchas ocasiones, el interesado logra sacarse el animal antes de que penetre del todo y el problema se reduce a la pequeña hemorragia que provoca el mordisco y la succión del pececillo y al dolor que causa. Pero, la angustia que despierta un atrevimiento tan osado del animal es el factor más importante de la patología de este legendario ser viviente de la amazonía.

## LA SABIDURIA APRENDIDA EN LA SELVA octubre, 1979

El último día de octubre del año 79 nos visitó en el hospital la familia del Dr. Warming. Hacía dos años que realizaban en la ribera del río Napo, una preciosa labor médica, como miembros de un grupo de Voluntarios alemanes. Residían en Coca y, desde allí, habían establecido un ambicioso programa de control de tuberculosis de las comunidades indígenas del Napo. Al mismo tiempo llevaban adelante un programa de formación de Promotores de salud, que abarcaba a todas las comunidades quichuas de la ribera. Pablo, su mujer Ana y sus dos hijos visitaban periódicamente las diversas comunas y pasaban en ellas, formando y supervisando a los promotores de salud.

El día 28 se encontraban en la comunidad de Samona, cerca de Pañacocha, mitad de camino entre Coca y Nuevo Rocafuerte. Habían

ido por la mañana a visitar la casa de Inocencio Macanilla, líder de la comunidad. Su pequeña mujer, Elsa, estaba en problemas de parto. El niño venía de nalgas y ella estaba sufriendo mucho. Aunque Pablo era conocido de la familia el tema de asistencia a los partos de las mujeres quichuas no entraba en su programa ni en la mentalidad del pueblo quichua. Su presencia era únicamente amistosa, pero no médica.

Cuando el niño se encontró enclavado y sin poder salir, el susto de Inocencio creció y rápidamente envió familiares en busca de Antuco Bustos. Este era un conocido partero que vivía en Pañacocha y que resolvía todos los problemas obstétricos del contorno.

Pocas horas después el Sr. Antuco llegó. Ya el niño estaba muerto; la madre agotada y todo el mundo angustiado, sin saber cómo actuar. Un vistazo le bastó para hacerse cargo del problema. Se lavó las manos, tomó el cuerpo inerte del niño y lo hizo girar suavemente de forma que la espalda se colocara hacia arriba. Introdujo la mano derecha por debajo, apoyada en el cuerpo del niño, de forma que sus dedos penetraron suavemente hacia la boca del niño y con un movimiento suave, pero decidido, flexionó la cabeza sobre el cuello. En esta posición tomó el cuerpo del niño con la mano izquierda y lo hizo rotar sobre el dorso del cuello, de forma que poco a poco la espalda del pequeño se aproximaba al vientre de la madre. La cabeza giró al mismo tiempo y el mentón asomó por la parte inferior de la vulva de la mujer. Unos segundos después el niño muerto estaba fuera de la madre y lo depositaba a su lado.

¿Quién hubiera realizado con mayor perfección una maniobra obstétrica que fue descrita por Mauriceau hace tantos años como técnica adecuada para resolver el enclavamiento de la cabeza fetal, en el parto de nalgas?. Existe, ciertamente una sabiduría de los hombres de la selva, que ha sido adquirida con la experiencia de los años.

-Manuel, me decía el doctor Warning, cuando vi trabajar a don Antuco, creía estar en las aulas de la Universidad, asistiendo a una clase práctica de obstetricia.

## **PROBLEMAS TRAS UNA FIESTA ENTRE COMPADRES**

**marzo, 1980**

Eusebio Andi llegó el 11 de marzo de 1980 recostado en el piso de la canoa, desde San Vicente. Se encontraba mal desde la madrugada. Reunidos en una fiesta entre compadres, llevaban muchas horas dedicados a conversar y a beber grandes cantidades de chicha de yuca. Hablaban y hablaban, bebían y bebían y, de tiempo en tiempo,

bajaban de la casa para vaciar las ingentes cantidades de líquido que ingerían sus estómagos y se recogían en sus vejigas, como si de sedientos viajeros del desierto se tratara. En la última bajada de la casa, resbaló y se cayó. Cuando quiso orinar, le fue imposible. El dolor era cada vez mayor y la imposibilidad total.

-Llévemole al hospital, dijeron los compadres... y allí estaban, en el puerto, frente al hospital.

Se le colocó en una camilla y le transportamos a la sala de espera. Era grande y gordo, pero ahora parecía el doble. Su vientre abultaba más y su rostro denotaba su dolor y su angustia.

La percusión del abdomen mostraba una vejiga grande y llena. Cuando se le sondó se le recogió más de dos litros y medio en el recipiente correspondiente. Se le extrajo la sonda y aliviado, se le hospitalizó.

A la mañana siguiente, de nuevo se sentía incómodo y dolorido. Seguro que iba a ser necesario un nuevo vaciamiento de la vejiga. Cuando le sondamos no salió ni una gota de orina y esto nos llenó de sorpresa.

Ciertamente estábamos dentro de la vejiga, ¿qué pasaba?. Introdujimos 200 cc de suero fisiológico, pero seguía sin poderse recoger nada por la sonda.

-¡La vejiga está perforada, pensé! Seguramente estalló en su caída, como un globo repleto al que se le hace vibrar de forma brusca. Quizá en un primer momento un asa intestinal ocluyó la abertura y la vejiga se llenó, pero ahora la orina se derrama dentro del abdomen.

¿Qué podía hacer en este momento? Necesariamente había que operar y cerrar la ruptura. No sabía con qué problemas quirúrgicos me podía encontrar; nuestro equipo humano en aquel momento era muy reducido y podríamos tener serias dificultades.

Lo prudente era organizar una evacuación rápida hacia Quito. Lo pensé unos minutos y me decidí. Hablé con las hermanas y comenzamos. Le expliqué a Eusebio lo que tenía y lo que había que hacer: yo mismo le iba a acompañar y seguro que todo iba a salir bien.

Recuerdo que el motor 55 HP estaba en bodega y le pedí a Ricardo Quinteros que me lo pusiera en el deslizador. Otra persona me preparaba el combustible para el viaje a Coca. Media hora después, hacia las 9,30 de la mañana, salía con el paciente, acostado en medio de la pequeña embarcación, dormido con una inyección de morfina, camino de Coca. En San Vicente paré un momento para conversar con la familia y explicarles el viaje; gracias a Dios, comprendieron y aprobaron. Seguí hacia Coca y aproximadamente a las 4,30 de la tarde llegué. Eusebio seguía tranquilo.

Pasé al hospital y les pedí que me guardaran el paciente durante la noche; les expliqué lo que había pasado y el diagnóstico de su cuadro clínico. Un joven médico rural, de Guayaquil muy decidido opinó:

- podemos operarlo aquí.

- Verá, doctor, no sabemos el lugar de la ruptura y podemos tener problemas quirúrgicos muy serios. Por este motivo decidí no operarlo en Rocafuerte. Seamos prudentes y dejemos que en Quito resuelvan el problema.

A la mañana siguiente yo me movía como loco buscando la forma de evacuarlo en el vuelo de TAME. Tuve que esperar a que llegara el avión a Coca y hablar personalmente con los pilotos.

- Doctor, me decían, ¿Ud. nos asegura que no se trata de un caso contagioso? Es problema grave para nosotros este tipo de pacientes.

- No, estén tranquilos, es un caso quirúrgico. El señor tiene reventada su vejiga por beber demasiada chicha. El resto está completamente normal. Yo voy con él.

Por fin entrábamos en el avión y colocaban la camilla en la parte delantera del avión, por detrás de los pilotos.

En Quito nos esperaba la ambulancia y, en pocos minutos, entrábamos en el Hospital Pablo Arturo Suárez. El médico de guardia de Urgencias nos recibió muy atento y yo traté de explicarle con detalles de qué se trataba.

Hospitalizaron al paciente y comenzaron los exámenes. Clínicamente no lo veían claro. Realizaron unas urograffas descendentes y el líquido de contraste no se encontraba con claridad en posiciones extraurinarias. Con todo, a las tres de la tarde decidieron realizar una laparotomía exploratoria y me pidieron que asistiera a la intervención. Eran unos cirujanos jóvenes, pero se veía que dominaban las técnicas quirúrgicas.

La laparotomía media amplia permitió ver todo el abdomen. Existía abundante líquido; las asas intestinales estaban algo dilatadas, pero bien oxigenadas. Palparon todos los órganos de forma sistemática y no veían nada definitivo.

- Parece una pancreatitis, decía el primer cirujano.

- Verá, doctor, le dije. Yo he estado en el comienzo del proceso y conozco lo que ocurrió inmediatamente antes del cuadro clínico. Desde este punto de vista sólo hay una etiología del cuadro y es la ruptura de una vejiga repleta por movimiento brusco en la caída del paciente. Por favor, revisen en detalle la vejiga.

Cuando lo hicieron y levantaron la parte posterior de la misma, apareció una abertura en zigzag de 3 cm de longitud. ¡Increíble!, decían. El líquido que había en el abdomen era, en realidad, orina.

Se cerró y se mantuvo una hidratación adecuada en el postoperatorio

Yo regresé al día siguiente al Oriente, cansado y feliz, no sólo por un diagnóstico acertado, sino porque habíamos podido ayudar a un paciente que acudió al hospital en demanda de auxilio.

## NUNCA SEGUNDAS PARTES FUERON BUENAS septiembre, 1980

La primera vez que visitó el hospital fue en abril del 78. Se llamaba Alicia Ortiz Ortiz, tenía 19 años y era bien negrita. Desde Coca, donde vivía, alejada de su familia y realizando los primeros pinitos de una vida independiente, había viajado a Nuevo Rocafuerte para que le ayudáramos en el nacimiento de su primer hijo. No parecía que íbamos a tener problemas y el parto se inició con toda normalidad.

Era el 14 del mes; las 3,30 de la tarde. Los dolores eran firmes; la dilatación del cuello escasa. A lo largo de todo el día 15 el trabajo de parto continuó sin descanso; el niño apenas bajó y la dilatación del cuello solamente avanzó un 1 cm. A la mañana del día 16 estábamos muy preocupados. Existía ciertamente algún obstáculo para que el proceso de descenso del niño y dilatación del cuello uterino se realizaran con normalidad. A las 10 de la mañana entrábamos en quirófano y la cesárea que se realizó con anestesia raquídea, siguió los pasos normales. A las 12 del mediodía teníamos entre las manos un hermoso varón de más de 8 libras, morenito como su mamá.

En el curso de la cesárea comentamos más de una vez la facilidad del proceso quirúrgico y la retracción perfecta de aquel útero, después de la extracción del niño. Cesáreas como ésta podían repetirse con facilidad. Claro que a la joven mamá, cuando pasaron los primeros días del postoperatorio, le pedimos que se comportara bien y que no volviera a crearnos problemas como el actual, antes que estabilizara una verdadera familia y hubiera dado a su útero un reposo suficiente para su total recuperación. Con sonrisas y caras de circunstancias la despedimos el día 26 de abril camino de su casa de Coca.

El día 27 de septiembre del 80 la teníamos de nuevo entre nosotros y por el mismo motivo: quería que le ayudáramos en su segundo niño. Nos miraba con mirada lánguida, se acordaba de la despedida anterior, pero, de todos modos, ya estaba aquí y ¿quién le iba a rechazar?.

Al parecer le faltaba casi un mes para cumplir sus fechas, pero tenía dolores intermitentes. El abdomen era especialmente flácido y el

útero parecía tan delgado que se palpaban las distintas partes del feto.

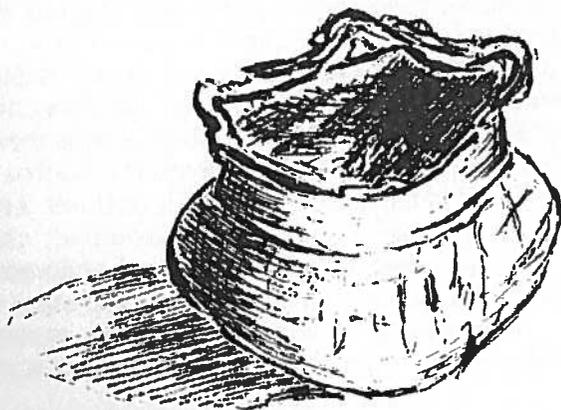
Esperamos hasta el día 29. Cuando vimos que las contracciones uterinas eran claras y que podía existir un problema de incompetencia cervicopélvica decidimos operar. Después de todo, ¡iba a ser una cesárea fácil!

Cuando abrimos el abdomen, nos quedamos asombrados y asustados. Toda la parte inferior del útero estaba surcada por mil venas congestivas; aquel paquete varicoso parecía una red gruesa y de color azulado que no permitía descubrir un solo espacio libre en el área a abrir. Yo pensaba que la mujer se me iba a desangrar en el momento que iniciara la pequeña incisión que permite introducir los dos dedos índices y abrir en una línea transversa el útero, por separación de las fibras musculares, que adoptan en esa región una disposición anular transversa. Pero, no podíamos echarnos atrás. Había que arriesgarse.

Estaba indeciso; intenté escoger por dos veces una zona más libre y la punta del bisturí, al tocar el área, arrancaba un pequeño reguero de sangre oscura. ¿Qué hacer?. Pedí a la hermana responsable la anestesia que acelerara al máximo el goteo de suero y les expliqué el peligro en que nos encontrábamos. ¡Ojalá el Señor nos acompañara ahora como en tantas ocasiones!

Sin hacer caso de la sangre que ya comenzaba a inundar el campo operatorio, introduje el bisturí hasta el fondo, después los dos dedos y rasgué con fuerza. Cuando la abertura estaba completa metí la mano y saqué el niño: no hubo problemas en este paso y, ¡oh maravilla!, las venas se vaciaron; el útero se retrajo y no hubo más hemorragias que las normales en estos momentos. Después ya todo fue bien y la sra. Alicia se marchaba a su casa el día 10 de octubre.

-Por favor, le dije al marchar, ¡no vuelvas de nuevo con estos problemas!



## UNA VISITA INESPERADA

agosto, 1981

Hacía apenas dos semanas que había hecho una visita a Angoteros, a unos 150 km de Nuevo Rocafuerte, Napo abajo, en el Perú. Allí se encuentra el padre Juan Marcos Mercier, franciscano canadiense, quien, desde hace años, comparte vida y preocupaciones con el pueblo Naporuna, acompañado por un pequeño equipo de Teresianas. Me gusta visitarle y compartir unas horas con él. Su persona irradia una vocación de entrega y encarnación en la cultura quichua.

Estábamos en la casa de las hermanas, en el hospital, después de una jornada hospitalaria normal cuando, por la puerta de la casa, aparece el padre Juan Marcos. Se le veía cansado y preocupado.

-¿Qué ocurre? ¡Nos habíamos despedido hasta dentro de tres meses!

-Vengo con una enferma muy grave. Hace cinco horas que salimos de Angoteros. Nos han dejado pasar por los puestos militares sin ninguna dificultad. Se trata de una joven mujer que no puede dar a luz: la mano del niño asoma entre sus piernas. Está vomitando y muy pálida y fría. Nos parecía imposible plantear una salida a Iquitos y he pensado en ti. No se si podrás hacer algo.

Salimos corriendo de la casa y llegamos al puerto del hospital. En el fondo del deslizador se encontraba la mujer, entre cobijas y plásticos, pálida y con las señales de sus muchos vómitos. Le acompañaba su esposo y el motorista.

-Subámosle al hospital. Preparemos lo necesario para una cirugía.

Las hermanas iniciaron el trabajo con rapidez y eficacia. Hicimos las pruebas sanguíneas correspondientes y vimos que la sangre del esposo era apta para transfundirle a ella. Inmediatamente preparamos el material para una primera transfusión y una segunda bolsa para la intervención quirúrgica.

La enferma se la veía mal. Todo hacía pensar que el útero había estallado y, efectivamente, al niño se le palpaba directamente bajo la cubierta delgada del abdomen. Cuando la instalamos en la mesa quirúrgica su tensión arterial apenas si era posible medirla. Sueros y sangre pasaban a toda prisa, pero la tensión no subía. Esperar era sentenciarla a una muerte por vaciamiento sanguíneo intrabdominal; así es que, bajo una anestesia general suave, entramos en aquel abdomen.

El útero estaba terriblemente desgarrado y en muchas áreas tenía un aspecto necrótico. El niño, naturalmente, hacía muchas horas que había muerto. Retiramos la criatura y la placenta y tratamos de

realizar una histerectomía. Era difícil; el tejido de ambos anexos, en la zona de penetración de las arterias uterinas en el útero, era muy friable y las ligaduras apenas si se podían sostener.

El padre Juan Marcos asomó a la puesta del quirófano y preguntó:

-¿Vive, aún?

-Sí, pero apenas.

Su respiración era irregular, con intervalos de apnea; existían abundantes secreciones bronquiales, como si estuviera haciendo un edema agudo de pulmón. Realmente parecía muerta y tenía tentaciones de ceder y cerrar. Pero las hermanas pensaban que, mientras hubiera un aliento de vida, teníamos que continuar y así realizamos la última etapa de esa difícil resección uterina.

Cuando cerré el abdomen la mujer seguía chocada y su respiración no había mejorado. Recuerdo que tomé la mascarilla y comencé a insuflar oxígeno y a aspirar secreciones bronquiales cada poco tiempo. La enferma continuaba sin querer morir.

Un cuarto de hora después se notó una ligera mejoría; la respiración se hizo más constante; las secreciones bronquiales disminuyeron y la tensión arterial comenzó a subir, primero a una máxima de 7 cm; después a 9. Una hora después la paciente respiraba bien; su tensión era casi normal y comenzamos a pensar que, milagrosamente, iba a ocupar un puesto entre los vivos.

El padre Juan Marcos regresó al día siguiente con su motorista. Se le veía feliz y un tanto incrédulo. ¿Cómo era posible que esa mujer hubiera escapado a la muerte en esas circunstancias? Se le notaba su orgullo de saber que Dios acompaña de forma extraordinaria la vida en nuestra selva amazónica.

María Rocío se recuperó de forma espectacular. Trece días después tuve la satisfacción de poderla llevar personalmente en el deslizador hasta Angoteros y entregarla a la comunidad.

¡No es el único caso, pero en éste hay que estar ciego para no ver una mano providente que nos acompaña!

## EL TRISTE FINAL DE UNA FANTASÍA mayo, 1982

Hacía un mes que flotaba en el ambiente el misterio de pequeñas historias prohibidas. Las contaban como en secreto y la gente las comentaba en pequeños círculos. Se habían encontrado, se decía, material bélico en las selva vecina a Nuevo Rocafuerte. También huellas

de gente que no se dejaban ver. Algunos contaban que personas desconocidas se habían presentado en las casas de la margen derecha del Napo, en el área de Florencia: eran hombres jóvenes y vestían y se movían como si fueran gente de armas. ¿Serían guerrilleros?. ¿Quizá alguna avanzadilla del M19 colombiano?. Los rumores procedían de la pequeña hacienda Bifarini y la fuente de información conducía a Oswaldo Bifarini, que entonces tenía 42 años. Sus historias parecían nacidas en un mundo de fantasías y no se debían creer necesariamente, pero, ¿quién sabe si algo real estaba ocurriendo cerca de nosotros?.

Las informaciones llegaron al comando militar de Tiputini y pronto la nebulosa adquirió peso y densidad. Desde hacía varios días los helicópteros sobrevolaban la selva cercana y comandos reducidos y bien armados rastreaban el terreno. Los datos aportados no llevaban a ninguna pista concreta y el nerviosismo comenzó a alterar los ánimos. A mediados de agosto muchos sospechaban que, una vez más, la fantasía y las extravagancias de Oswaldo habían creado un mundo irreal a su alrededor. Las autoridades militares constataron lagunas importantes en la información e intentaron clarificar las cosas.

Eran las 7,30 de la mañana del día 16, domingo, cuando el helicóptero «Gazelle» aterrizó frente al hospital. Bajaron una camilla y dos militares corrieron al hospital. En la camilla venía Oswaldo Bifarini, envuelto en un mar de sangre. Lo depositaron en el pasillo junto al quirófano. Yo estaba allí. La cara estaba a primera vista destrozada y manaba sangre en abundancia. Él estaba consciente, echado boca abajo, e intentaba escribir en el suelo, con el dedo manchado con su propia sangre.

-Ha ocurrido un accidente, me decía el teniente militar que estaba junto a él.

Pero yo no estaba en ese momento para muchas explicaciones.

Cuando vi que Oswaldo quería comunicarme algo, traje un papel y un bolígrafo y se lo entregué. Estaba boca abajo y, de forma trágica, cogió el bolígrafo y escribió, con letra vacilante unas cortas líneas. Decía que sólo él tenía la culpa de lo que le había ocurrido y que no era culpa de nadie. Todo esto me pareció ininteligible, pero guardé el papel y me preocupé del enfermo.

Lo pasamos al quirófano y exploré al herido, mientras las hermanas buscaban una vena e instalaban un plasma. La vía nos sirvió para introducir analgésicos y una fuerte dosis de antibióticos.

La cara estaba destrozada. Un gran boquete se apreciaba por debajo del mentón. Un enorme orificio se veía en el lado izquierdo: faltaba gran parte de los tejidos blandos de la mejilla y parte de los

labios superior e inferior izquierdos. No quedaba mas que una pequeña porción del maxilar superior izquierdo y faltaba la rama horizontal de la mandíbula inferior izquierda. Por el contrario, la parte orbitaria izquierda se conservaba bien, igual que la frente. Ninguna lesión en cuero cabelludo. Al parecer la base del cráneo y el cerebro habían sido respetados por el arma y la lucidez del paciente era total. Una radiografía de la cabeza mostraba abundantes municiones en el área lesionada; ninguno en el interior del cráneo.

-Por favor, cuénteme lo que ha pasado, le rogué al teniente.

-Doctor, ha sido un accidente estúpido. Esta mañana hemos aterrizado junto a la casa del Sr. Bifarini para interrogarle sobre toda esta historia de guerrilleros y le hemos presionado un poco. De pronto él entró en su cuarto y cerró la puerta. Un instante después se oyó un disparo. Cuando entramos estaba en el suelo, en medio de un charco de sangre. Le hemos traído en seguida. El teniente se le veía muy preocupado.

-Verá. Como ve él está muy mal, aunque consciente. Este accidente debe ser tratado en un centro especializado y urgentemente. Tienen que trasladarlo inmediatamente a Quito.

-Doctor, él es un ciudadano civil y este asunto no nos concierne a nosotros. El traslado tendría que hacerlo la familia.

Yo le escuchaba lleno de una profunda ira interior.

-Sr. Teniente. Es cierto que el Sr. Bifarini es un civil. Pero el accidente ha surgido como una reacción ante las presiones de un interrogatorio militar. Si él fallece todo el mundo pensará que la fuerza militar está en el centro de este fallecimiento, y es el verdadero causante de su muerte. Deben hacer que el mismo helicóptero que le ha traído lo traslade ahora mismo hacia Pastaza y Quito.

Los dos militares me miraban asustados y creo que comprendían el motivo de mi enojo.

-Vamos a ponernos en contacto inmediato con Tiputini. En realidad, las autoridades están ya bajando desde allí para hacerse cargo del asunto. Espérenos unos minutos.

Y ellos desaparecieron. Nosotros continuamos la curación local y el tratamiento general. No podía hacer nada más.

Media hora después los jefes del Comando estaban en el hospital y aceptaron trasladar al paciente hacia Pastaza y Quito inmediatamente. Pero el piloto se negó en redondo si yo no acompañaba al herido. No quería asumir la responsabilidad de lo que pasara durante el viaje. Tuve que acceder.

Mientras yo iba rápidamente a mi casa y recogía en un pequeño bolso las cuatro cosas elementales para este viaje improvisado, las

hermanas preparaban al enfermo y me acomodaban un pequeño botiquín: dos plasmas, una dosis complementaria de antibióticos, unas ampollas de morfina y de analépticos y unas jeringas.

El helicóptero era muy pequeño, de gran maniobrabilidad. Llevaba dos ametralladoras a sus lados con mando electrónico. En el lado derecho se acomodó el piloto y yo detrás de él. El lado izquierdo daba un espacio justo para la camilla. Colocamos el plasma colgado de una barra del techo y yo me acomodé para el viaje. Todo parecía una burbuja de aire, abierta a la luz por todos los lados menos por abajo. Oswaldo estaba dormido con la morfina aplicada y respiraba suficientemente bien. Las hemorragias se habían calmado y, prodigiosamente, la vía respiratoria alta no estaba inundada con la sangre del paciente. Era mi primer vuelo en helicóptero y no sabía si me iba a marear.

Cuando subimos y planeamos sobre la selva, a menos de 50 metros, me parecía un espectáculo prodigioso, si el momento no fuera tan dramático. Llegamos a Coca en una hora. repostamos combustible

sin movernos del helicóptero y reemprendimos el viaje hacia Pastaza. La selva se iba haciendo más irregular, con pequeñas elevaciones y zonas profundas y una llovizna comenzaba a caer. Las nubes eran más densas, entre espacios de claros azules. Ya se notaba que el sol había bajado mucho y el atardecer estaba encima. Llegamos a Pastaza con lluvias suaves, cuando eran las cinco y media. Al fondo se veía la entrada en las vertientes de la sierra, oscura como boca de lobo. El piloto me decía, a través del micrófono, que sería imposible viajar hoy mismo hacia Quito.

Nos esperaba una ambulancia en el aeropuerto de Pastaza y llevamos al herido al pequeño hospital



mlitar. Ellos se encargaron de todo y yo les di la dirección y nombre de las hermanas de Oswaldo, que vivían en Tena.

A la mañana siguiente el helicóptero regresaba a Tiputini y me ofrecieron la oportunidad de viajar en él. A las 11 de la mañana aterrizaba en Tiputini y, una hora después, por vía fluvial, llegaba a Nuevo Rocafuerte.

El Sr. Oswaldo Bifarini permaneció dos días en Pastaza y desde allí, presionados por sus hermanos, fue trasladado al Hospital Militar de Quito. Después de meses apareció en Rocafuerte, con una cara reconstruida y con una barba que disimulaba su enorme cicatriz. Pero, maravillosamente, si se tiene en cuenta su historia anterior.

## UNA CIRUGIA ESTETICA ENTRE LOS HUAORANI junio, 1982

Inigua es uno de los representantes de la etnia Huaorani del Yasuní. Es robusto y lleno de alegría. Desde el año 76 en que establecimos contacto con el grupo, aislado de todo contacto humano hasta entonces, muchas veces les habíamos visitado. Pasábamos algunos días con ellos; les ayudábamos en lo que podíamos; cuidábamos su salud y, especialmente, sus problemas dentarios y, sobre todo, convivíamos fraternalmente. Poco a poco esta convivencia fue destruyendo un mundo de celos que había creado, de parte y parte, una frontera infranqueable. Los «aucas», decía la gente, son salvajes y peligrosos. Y ellos nos llamaban a todos los demás «cohuore», algo así como «cansibales».

Existía un problema en las orejas de Inigua. Como sus lóbulos estaban enormemente distendidos por la introducción de unos cilindros de madera de balso, cada vez de mayor diámetro, el izquierdo se había desgarrado al engancharse, en alguna ocasión, en sus correrías por la selva. Realmente no se veía bien las dos tiras de carne flácida colgando, cuando se comparaba con el anillo perfecto de su oreja derecha. Estaba preocupado y desde el primer momento le pareció estupendo que esa anomalía se pudiera reparar.

El 18 de junio del 82 se tumbaba en el quirófano con toda la solemnidad que exigía el momento y, también, con la naturalidad con que hacían todas las cosas en el mundo de los «cohuore», ¡como si siempre hubieran vivido allí!

La verdad, que no era una cirugía complicada. Usé dos clanes intestinales para realizar una hemostasis durante el tiempo quirúrgico; resequé las zonas terminales de ambas mitades; suturé con hilo muy fino en puntos apretados y cubrí la zona quirúrgica.

Quedó muy bien. Incluso mantuvo la nota de un lóbulo discretamente más corto que el opuesto, pero, al parecer, este detalle nunca le preocupó.

## UNA PARASITOSIS EXTREMADAMENTE PRECOZ julio, 1982

El niño Kadir Legarda había nacido el 9 de abril de 1982. Tenía, por tanto, el 27 de julio, menos de cuatro meses. Hasta la fecha no existían problemas de salud importantes y su desarrollo se había mostrado normal.

El 27 de julio se presentó en el hospital en brazos de su madre: ella estaba muy preocupada porque las deposiciones del niño aparecían negras como el carbón. No se quejaba de nada y mamaba normalmente. Pero desde hacía tres días el color de sus heces no era normal. También llamaba la atención una discreta palidez que antes no se apreciaba.

Las hermanas que estaban atendiendo en el hospital realizaron un examen coproparasitario, sin resultados especiales.

Yo llegué al hospital el día 29 e inmediatamente me informaron de los problemas del niño de Josefina Vega. Esta se presentó al día siguiente en la consulta y se veía su gran preocupación.

-Doctor, no se qué le pasa a mi hijo; sus deposiciones no son normales: parecen brea. ¡Está cada día más pálido!

-Ya se que las hermanitas le hicieron un examen de heces, pero, vamos a repetirlo, por si acaso. Mañana me traes una muestra. La verdad es que yo pensaba en una malformación congénita del niño, como un pequeño tumor intestinal, que había comenzado a sangrar.

El examen de las heces mostraba una gran cantidad de huevos de anquilostomas. No podía creerlo. El niño no caminaba. ¿Cómo era posible que las larvas de estos pequeños gusanos hubieran penetrado a través de la piel de sus pequeños pies?

Hasta la fecha no se conocía otra vía de infestación de estos parásitos intestinales.

Le dimos a tomar 2 cm de una suspensión de Pamoato de Pirantel, uno de los antiparasitarios activos para anquilostomas. Le pedimos que nos trajera el pañal con las heces del niño, para comprobar su contenido en parásitos.

A la mañana siguiente Josefina nos traía un verdadero ¡regalo!: en el pañal, en medio de una deposición blanda, cientos de pequeños gusanos blanquecinos pululaban llenos de vida. La hna. Imelda y yo

nos dedicamos a la ingrata tarea de aislar uno por uno los pequeños anquilostomas, lavarlos y guardarlos en una placa de Petri con suero fisiológico. Posteriormente los pasamos a un líquido fijador y en último término, a un recipiente de vidrio con un líquido conservador.

¡Aquel recipiente conserva, casi con toda seguridad, los cien anquilostomas que han causado la parasitosis intestinal por uncinarias más precoz que se haya descrito en la literatura médica!

Pero, lo que permanecía en absoluta oscuridad era el camino de entrada de estos parásitos. Ante mi insistencia en el interrogatorio, Josefina aseguraba que su hijo pasaba de la cuna al seno y del seno a la cuna y jamás había establecido contacto con el suelo.

El niño recibió a los pocos días una segunda dosis de antiparasitario y comenzó un tratamiento polivitamínico, rico en hierro. Su mejoría se inició inmediatamente y el cambio de color de sus conjuntivas e, incluso, de la piel se hizo palpable desde los primeros días.

-Doctor, me decía la mamá a los pocos días, mis vecinas dicen que yo le he tenido que pasar los parásitos a través de la leche de mi seno.

-No, mujer, tus vecinas sabrán de muchas cosas, pero de este tema son unas ignorantes. Tu leche es perfecta y no contiene parásitos. Pero, yo sigo preocupado por el misterio de cómo se ha podido infectar. Me gustaría que me explicaras cómo pasas el día. Me figuro que lavarás la ropa y los pañales del niño. ¿Dónde lo haces?

- Yo lavo en el río, desde una pequeña balsa que hay al pie de mi casa.

- ¿Dónde está tu niño cuando lavas?

- Casi siempre lo tengo durmiendo; algunas veces lo llevo conmigo y lo dejo a sus hermanos que me lo cuiden, pero yo siempre lo vigilo. Ya sabe cómo son esos huambros.

- Los chicos ¿juegan con Kadir?

- Claro, le toman en brazos, lo pasan de uno a otro y, a veces, le hacen pararse sobre el suelo, pero, el pobre, no se puede sostener aún.

- Naturalmente el suelo, junto a la balsa, es de tierra, húmeda, con lodo, lleno de todo, hasta de algunas porquerías que harán tus hijos por los alrededores.

- Pues, sí, doctor, así mismo son.

Y de esta manera tan sencilla pude reconstruir la vía de entrada de las larvas de anquilostomas en el organismo de Kadir. El terreno próximo a la balsa está abonado por tantas cosas, también por heces de los hijos de Josefina. Todos ellos llevan en su vientre una colección rica de parásitos intestinales. Los huevos de anquilostomas maduran

rápidamente en ese medio húmedo y pronto el suelo se llena de larvas, que mantienen la parasitosis intestinal de niños y adultos, repetidamente desparasitados en el hospital. Los primeros intentos de caminar del minúsculo Kadir fueron suficientes para que su intestino se llenara al poco tiempo de estos pequeños y, al mismo tiempo, terribles parásitos, que se alimentan únicamente de sangre del intestino del huésped y que, en ocasiones, como la presente, llegan a provocar heridas intestinales y pequeñas hemorragias, que ponen en peligro la vida de los habitantes de nuestra Amazonía.

## UN RIÑÓN HIPERTENSIVO

agosto, 82

A primeros de julio de 1982 me avisaron que Matilde Machoa, que vivía en aquel entonces cerca de Boca de Cuyabeno, en el río Aguarico, se encontraba muy mal. El equipo que esos días visitaba a las comunidades de Aguarico había encontrado a Matilde y a sus padres llenos de angustia. Estaba sufriendo crisis de cefalea intensa y pérdidas de conocimiento temporales desde hacía poco tiempo. Matilde había sido hospitalizada en nuestro hospital, en el año 80, por un cuadro de parasitosis intestinal por anquilostomas con anemia intensa; pero, desde entonces, su estado general se había mantenido bien. Hacía poco tiempo se había comprometido en matrimonio con uno de los hijos de Rogelio Tangoy, de Zancudo y su suegro anunciaba que pensaba traerla de nuevo al hospital para ver qué se podía hacer.

Esperé la visita en vano; pasaron los días y ninguna persona del Aguarico se presentó. Después, a las dos semanas, Matilde apareció en el hospital. Cuatro días antes había sufrido una crisis de cefalea intensa y pérdida de conocimiento. Asustados, ella y la familia Tangoy viajaron urgentemente, pasaron de largo por Nuevo Rocafuerte y acudieron al yachac Mateo Grefa, en Santa Rosa, a 15 km río arriba, para someterse a sus diagnósticos y tratamientos. «Taita Mateo» la examinó, la limpió de sus males, causados por alguna mala acción de personas que no la querían bien y, al final, le aconsejó que viniera al hospital para que el doctor le diera vitaminas.

Matilde tenía un aspecto aceptable; no estaba particularmente anémica y no se encontraban síntomas precisos que orientaran un diagnóstico. Le dimos un tratamiento inespecífico y la enviamos a su casa.

Dos semanas después el cuadro se repitió y la familia realizó el mismo peregrinaje; primero, donde el yachac Mateo y, después, al hospital. Llegó el día 4 de agosto. Naturalmente en esa ocasión nos

detuvimos más minuciosamente en el diálogo informativo y en el examen de la paciente.

Existía un dolor selectivo en fosa renal izquierda y en puntos ureterales izquierdos. Existían cilindros granulosos en el sedimento de la orina y, dato muy llamativo, su tensión arterial era alta: 16/10. Iniciamos una antibioterapia adecuada para el cuadro clínico y medicación para su hipertensión. Pero el cuadro continuó igual. Una prueba con tuberculina dio positividad clara y, no teniendo otras posibilidades diagnósticas, programamos un tratamiento antituberculoso. El 7 de noviembre mostraba una imagen hipertensiva constante, apenas controlable con la medicación.

Cuando el día 8 de noviembre realizamos una urografía descendente nos encontramos con la imagen neta de un riñón atrófico, muy reducido de tamaño, con un pequeño nivel de filtración urinaria. Ese riñón se considera un riñón hipertensivo, con alteraciones del sistema renina-angiotensina. La única indicación terapéutica es su extirpación.

Dialogamos con su esposo y le comunicamos la necesidad de realizar una extirpación de riñón, una nefrectomía, en Quito. Bolívar lo comprendió bien y se dispuso a realizar el viaje.

En aquel tiempo iniciaba sus viajes semanales una embarcación grande, con cubierta e, incluso, con algún camarote; se llamaba «Zulema». El capitán del barco ofreció a la paciente su propio camarote y el matrimonio pudo viajar con un mínimo de comodidad.

El Hospital Eugenio Espejo, en Quito, confirmó el diagnóstico y, tras una preparación adecuada, se realizó la nefrectomía. El portoperatorio mostró una imagen tensional completamente normal. Dos semanas después la paciente regresaba a Nuevo Rocafuerte; los exámenes mostraban una franca recuperación.

Desde entonces Matilde nunca ha mostrado cuadros clínicos de hipertensión arterial con crisis agudas como las de tiempos anteriores y ha podido realizar el sueño de tantas mujeres en nuestra región: formar una familia unida y rica en descendencia.

## **PERFORACION INTESTINAL POR ASCARIS**

**febrero, 83**

A Luis Tapuy e Isaura Papa les conocía desde hacía muchos años. Nunca olvido la vez que visité Pando Chicta y encontré a Isaura, en aquel entonces tendría unos 18 años, abandonada en un pequeño tambito, fuera de la casa, en estado preagónico, con su anemia intensa, una facies anquilostomiásica, llena de edemas y con una higiene

menos que elemental. Pero gracias a un buen tratamiento y muchos cuidados llegó a recuperarse y ahora ella se encontraba bien.

Pero, en realidad, una vez más, la desgracia, que nunca viene sola, les acompañaba de nuevo. Acababan de velar a un pequeño de meses que había fallecido y el niño mayor, de tres años y medio, se encontraba muy enfermo. Por eso venían al hospital desde San Vicente, en el río Napo, a unos 60 km de Nuevo Rocafuerte.

Desde hacía tres días estaba con mucha fiebre, el abdomen le dolía fuertemente, no podía orinar. Cuando le vimos, su vientre estaba distendido; la vejiga alcanzaba el nivel del ombligo, orinaba por rebosamiento, pequeñas cantidades y a cada momento.

Le colocamos en una cama y comenzamos exámenes y tratamiento. Existía ciertamente un proceso infectivo pues sus leucocitos sobrepasaban los 22.000/mm<sup>3</sup>. Su estado general no era preocupante, pero se palpaba una masa en zona apendicular, de consistencia firme. Y sin embargo existía movilidad intestinal e, incluso, en las primeras horas de su hospitalización, realizó alguna eliminación de heces. En ellas abundaban huevos de áscaris y anquilostomas.

Dejamos en reposo la vía oral e iniciamos una fuerte antibioterapia, mientras decidíamos qué era lo más acertado como actuación.

El día siguiente pasó sin graves problemas, pero a la mañana del tercer día la movilidad intestinal había disminuido y la masa abdominal, que se mantenía en abdomen derecho, nos decidió a realizar una laparotomía exploratoria.

Cuando abrimos el abdomen por su línea media infraumbilical nos encontramos con un áscaris vivo que asomó por la herida operatoria. El abdomen se encontraba lesionado en varios sitios, con rasguños sangrantes en las asas intestinales. Existían también adherencias entre las mismas, aunque no de consistencia muy firme. Cuando abordamos la masa intestinal, ésta formaba un plastrón adherido a pared lateroanterior de abdomen, precisamente a partir de la zona terminal del apéndice. Cuando lo debridamos, éste parecía necrosado, pero no infectado. En su extremo estaba abierto y esta abertura comunicaba claramente con su luz y ésta alcanzaba hasta la luz del ciego. El resto del intestino delgado y grueso se encontraba íntegro, sin perforación alguna.

Existían, naturalmente, otros muchos áscaris que se adivinaban en la luz intestinal, a través de sus paredes. Todo hacía pensar que el áscaris alcanzó la luz apendicular, perforó su extremo y salió a la cavidad abdominal. Allí erosionó las asas intestinales y, como reacción, aparecieron las adherencias intestinales y el plastrón que se acopló a la pared abdominal.

Realizamos una extirpación del apéndice, liberación de adherencias, impregnación de la cavidad abdominal con cloranfenicol y cierre abdominal.

Se mantuvo sonda nasogástrica y vesical cuarenta y ocho horas. El postoperatorio fue normal. La movilidad intestinal se inició a las cuarenta y ocho horas y el niño fue dado de alta a los diez días.

Durante varios años, cuando el niño me veía en mis vistas a su casa, me saludaba desde lejos, pero, al acercarme, huía como si viera al diablo; ¡tanto le había molestado en el hospital!

## PERFORACION INTESTINAL POR RAYA enero, 1984

Eran las dos de la tarde cuando me avisaron: había llegado una enfermita al hospital, desde el Aguarico.

Cuando llegué, en la salita donde realizamos curaciones y damos los tratamientos de consulta externa, me encontré con Angel y Eva, a quienes conocía desde hacía años, residentes en Boca de Cuyabeno, a unos 300 km de Nuevo Rocafuerte, en el río Aguarico. Traían en brazos a una preciosa niña de cuatro años. Sus ojos bien abiertos, fijos; respiraba superficialmente, no lloraba, pero, evidentemente, no se encontraba bien. Llamaba la atención su vientre distendido, su palidez y un brillo especial en su rostro: se adivinaba su cuadro febril.

-¿Qué ha pasado, Angel?,

-Doctor, ayer, a las 10 de la mañana, la niña estaba jugando delante de la casa, en la playa y, de pronto, dio un pequeño grito y comenzó a llorar. Se agarraba el vientre. La mamá fue corriendo a ver qué pasaba y vió que tenía un pequeño agujero en el vientre; por él salía como agua sangre. Después el vientre se le comenzó a hinchar y nos asustamos mucho. No sabíamos qué hacer. Nos pusimos a buscar canoa y combustible y, ya casi de noche, salimos para aquí. Navegamos de noche. Después, cuando amaneció, pudimos ir un poco más aprisa. Nos ha costado mucho; el río estaba muy bajo.

Yo miraba ese abdomen distendido, el bello rostro de la niña, los signos de su estado febril.

-Vamos a examinar ese vientre. Por favor, Eva, ponla sobre esta camilla y veamos qué pasa.

No existían ruidos hidroaéreos en el vientre y una gran cantidad de gases ocupaba todo el abdomen. La herida era muy pequeña, situada cerca de la línea media, en la parte izquierda del abdomen, a 2 cm por encima del ombligo. En ese momento salía un líquido sanguinolento, en escasa cantidad.

-¿Cómo era la playa donde jugaba la niña? ¿Había charcas de agua? ¿El agua se comunicaba con el canal?

-Sí, el río había bajado mucho, pero en algunos sitios había aún agua y en esos charcos jugaba la niña.

En aquel momento pensé en la única causa que podía haber realizado esa herida penetrante: en las aguas someras y soleadas de nuestros ríos frecuentemente se encuentran rayas (*Potamotrygon hystrix*) que, con su temible aguijón aserrado en la cola, son capaces de inferir lesiones muy graves a quienes se encuentran en el lugar y las pisan. Probablemente la niña jugaba arrastrándose en estas charcas de agua soleada.

-Eva, Angel, la niña está muy mal. Tiene una perforación del intestino y, como consecuencia, una peritonitis. Han pasado más de 24 horas desde que ha ocurrido esto. Me da mucha pena decirlo pero, creo, que la niña se nos va a morir.

-¿No se puede operar?; ¿no se puede hacer nada?, preguntaba Angel. Eva me miraba con lágrimas en los ojos, llena de angustia.

Siempre podemos intentar, pero probablemente no resistirá la operación.

-Inténtelo, doctor. ¡Dios nos ha de ayudar!

A las tres de la tarde la niña se encontraba sobre la mesa de operaciones. Tenía una sonda nasogástrica colocada y a través de una vena del antebrazo izquierdo pasaba un suero glucosalino. La dormimos con un anestésico intravenoso e iniciamos una laparotomía media supraumbilical exploratoria del abdomen.

Las asas intestinales estaban discretamente distendidas y una porción de esa cubierta en sábana que cubre el abdomen por delante y que se llama el epiplón, había formado adherencias en la pared abdominal, donde se encontraba el orificio de perforación. En el colon descendente, cerca del ángulo esplénico, se veía un orificio que perforaba el intestino y por donde salía una pequeña cantidad de su contenido fecaloideo. El lado opuesto de esa misma zona el intestino también estaba perforado y el tejido vecino tenía un aspecto necrótico. Muy cerca del mismo lugar, donde el mesenterio se aproxima al intestino, se veía un área sangrante y un vaso estaba lesionado. Ninguna otra alteración se observaba en el abdomen. Cerramos en bolsa de tabaco las dos perforaciones intestinales: ligamos el vaso lesionado; extirpamos una pequeña porción del epiplón adherido a la pared abdominal; cerramos el abdomen y colocamos un dren para posibles evacuaciones posteriores de material abdominal. La niña fue llevada a su cama con sonda nasogástrica, dren abdominal y el equipo de venoclisis en su antebrazo izquierdo. Se le inmovilizaron las cuatro extremidades.

Había soportado bien la intervención quirúrgica. Programamos una antibioterapia postoperatoria y los planes de hidratación.

Comenzaba una larga espera. Hidratación, antibioterapia, controles periódicos y la seguridad de que Dios nos acompañaría ... La niña despertó de su anestesia como un pequeño animal furioso: quería soltarse y arrancar tubos y sondas. Vomitó abundantemente las primeras horas. En los días sucesivos el vientre disminuyó de volumen, la temperatura regresó hasta desaparecer al tercer día. Cuarenta y ocho horas después de la intervención quirúrgica existía movilidad intestinal. Los pequeños problemas de un postoperatorio simple se fueron resolviendo sin dificultad y a los diez días la niña, a quien le habían comprado un hermoso vestido y unas preciosas botas de cuero, salía del hospital camino de su lejana tierra del Aguarico.

**¡AH, MI POBRE HIJO!**  
enero, 1984

Nuevo Rocafuerte tiene una maravillosa despensa de proteínas en el río Yasuní. A unos pocos cientos de metros de la población desemboca este pequeño río y en él se encuentran las lagunas de Tambo cocha y Jatun cocha, donde el pescado es abundante y variado. Casi todos los varones del pueblo y de las comunidades indígenas aledañas las visitan con frecuencia y pasan horas dedicados a la pesca. Allí aparecen desde pescados pequeños como las palometas, tucunaris, bocachicos y pirañas, hasta los grandes pacos, bagres y paiches, de hasta 150 kg.

La pesca es un arte y éste se ejerce de diversas formas. Algunos emplean también métodos no aprobados, pero habituales, como la dinamita. Cuando alguno de Uds. visite la amazonía y vean a algunos de sus habitantes con amputaciones de extremidades superiores piensen en este arte eficaz, pero peligroso, que ha causado un porcentaje importante de accidentes graves en la región.

El día 14 de enero yo me encontraba aún en mi casa, preparándome para mi salida de la mañana hacia el hospital, cuando me llamaron urgentemente por teléfono.

-¡Venga rápido, ha ocurrido un accidente al hijo de don Efraín, corra!

Salí como estaba y en muy pocos minutos atravesaba la puerta del hospital. En la sala de espera estaba don Efraín, echado sobre el banco, llorando y desesperado. ¡Ah, mi pobre hijo!, gritaba.

Entré en la sala de curas y me encontré con Denis, de 19 años, con la mano izquierda sosteniendo el antebrazo derecho, en cuyo extremo quedaban hilachaduras de tejidos destruidos de lo que fue una mano. Ni un dedo se había salvado. No sangraba; todo era un amasijo de piel, tendones, carne, sangre y oscuridad. Le habían dado un sedante.

-Vamos al quirófano y preparemos para una cirugía. Tenemos que formar un muñón adecuado.

Lo que había ocurrido era lo de siempre. A las cinco de la mañana se había marchado a la laguna de «Jatum cocha» con un tío suyo a pescar. Naturalmente, llevaban dinamita: así la pesca sería rápida y, seguramente, abundante. El muchacho aún no tenía experiencia en la materia. Prepararon el taco de dinamita y colocaron la mecha. Navegaron hacia el banco de peces que se apreciaba en uno de los rincones de la laguna. Denis iba a ensayar. Le habían explicado en detalle: había que prender con el cigarro y después esperar un pequeño momento mientras la mecha comenzaba a consumirse; por último, se arrojaba en medio del banco de peces y luego se intentaba recoger con el chuzo los que flotaban muertos o adormecidos por la explosión.

Pero no funcionó. La mecha, al parecer, no prendió bien porque no se la veía consumirse. El muchacho miró y esperó y, de pronto: un ruido sordo, y ya no tenía ni taco de dinamita ni mano.

Le trajeron rápidamente; a las siete estaba en el hospital.

Se le amputó las epífisis terminales del radio y cúbito; se ligaron bien los vasos y se realizó un estiramiento de terminaciones nerviosas antes de cortarlas. Se realizó un cierre cutáneo de forma que la cicatriz no quedara a nivel terminal.

El postoperatorio fue bueno, sin complicaciones. El muchacho, que vivía vecino al hospital, venía a sus curas de forma regular. Después comenzó su vida normal; se le veía triste y taciturno, siempre con el muñón cubierto con la camisa o con un paño de tela. Creíamos que no iba a superarlo nunca y que esto le iba a marcar de forma que ya nunca sería un hombre normal... Pero, felizmente, nos equivocamos.

Al tiempo comenzó a salir de caza y pesca y a llevar su propia escopeta. Disparaba y bien. A veces él mismo cogía su canoa y motor y se las arreglaba para manejarlo sin problemas. Prendía con la mano izquierda y dirigía el motor. Abría el carapacho del mismo y colocaba su piola para arrancar cuando el automático no funcionaba. Se hizo con el tiempo un hombre para todo y hoy es un hábil conocedor de la selva y sus artes.

## UNA EXPLOSION DE VIDA INTRAAURICULAR

noviembre, 1984

Mauro Ajón regresaba de la selva por la tarde del 1 de noviembre, después de una infructuosa jornada de cacería. Su cuerpo sudado atraía a toda clase de moscas, que hacían más dolorosa aún la jornada de retorno. Al pasar una pequeña quebrada, uno de esos insectos pequeños y zumbadores se le introdujo en el oído derecho pero, gracias a Dios, salió inmediatamente. De todos modos le quedo una pequeña molestia, que en las siguientes horas aumentó. Al llegar a casa se bañó y también intentó una limpieza más esmerada de su oído derecho. Las molestias continuaron y a la mañana siguiente algo le mordía en el interior de su conducto auditivo externo. Qué será, se decía. tendré que ir a visitar el hospital, a que me examinen.

Cuando llegó hacia las 10 de la mañana, estaba nervioso: parecía sentir que le mordían por dentro y, realmente, se le veía inquieto y agitado.

Yo pensé en la existencia de algún insecto, vivo, que se revuelve en el interior. Los pacientes lo describen con palabras similares a la de don Mauro. Cuando introduje el otoscopio cambié de opinión. El espectáculo era impresionante: fijos por una especie de pedúnculo cientos de pequeños gusanitos anillados, cubiertos de filas de pequeños pelos, se movían como culebrillas y bailaban en el interior de ese sonrosado túnel que es el conducto auricular. La mucosa del conducto auditivo se agitaba también y una explosión de vida parasitaria había irrumpido, sin previo aviso y autorización, en el organismo de don Mauro. Tenía que ser terrible la sensación subjetiva que experimentaba el paciente y se explicaba con creces su gran tensión nerviosa.

Me preguntaba qué hacer. De entrada introduje un algodón con mercuriocromo con la idea de matar a las larvas y no herir la mucosa auditiva. Después de una hora lavé el conducto auditivo externo con agua hervida y un antiséptico, pero las larvas seguían vivas. Me pareció que no teníamos que tener demasiadas contemplaciones y era preferible irritar el tímpano con tal de matar rápidamente aquella vida en expansión. Un tapón de merthiolate alcohólico quedó depositado en el fondo del conducto e inmediatamente el paciente se sintió aliviado. La calma se estableció y la vida parasitaria se apagó. Al día siguiente, cuando extrajimos el algodón, el oído externo estaba limpio y no quedaban señales de aquella fulminante parasitosis introducida por una pequeña mosca, que en su visita fugaz, había depositado cientos de huevos a punto de eclosionar en el interior del oído de Mauro Ajón.

En una pequeña chicta frente a Nuevo Rocafuerte, en la comunidad llamada Martinica, vive desde hace algunos años el matrimonio formado por Mario y Aguasanta. Ella, de 30 años de edad, procede del río Coca, cerca de su desembocadura y muy próxima a la actual población de Francisco de Orellana. Es una habitual paciente del hospital con clínica variada y nunca demasiado importante.

El 22 de enero acude con un problema ginecoobstétrico: desde hace varios días tiene pequeñas metrorragias y ha expulsado algunos restos de un material que no sabe interpretar. Desde hace tres meses no ve su regla. Se encuentra débil y se cansa. Su útero es mayor que lo normal; el cuello está cerrado y pensamos que una hospitalización será conveniente para afinar el diagnóstico y permitirle una mejor recuperación.

La prueba de embarazo es positiva. Existen molestias urinarias y, efectivamente, su nivel de hemoglobina es bajo. Se realizan pruebas de grupo sanguíneo y compatibilidad con su esposo. Se programa una medicación antiséptica urinaria, espasmolíticos, vía parenteral de hidratación. Al día siguiente se le transfunde sangre isogrupo.

Su estado general mejora, pero no podemos precisar un diagnóstico de la causa de sus molestias. Un día después su mejoría se mantiene inestable; sus molestias en el bajo vientre aumentan discretamente. Tolerla la vía oral, pero algo se nos escapa en esta paciente, que no nos deja tranquilos.

El día 27 por la mañana, al examinar como cada día de forma detenida a la paciente, el cuadro clínico aparece con toda claridad: existe una masa en fosa ilíaca izquierda, tensa, dolorosa, renitente. La palidez, la situación de la masa abdominal, el dolor selectivo a la presión y la gama de datos anteriores señalan hacia un embarazo tubárico izquierdo.

Estamos ante un cuadro muy grave; probablemente existe ya ruptura y hemorragia: hay que intervenir de urgencia. No tenemos posibilidad ni tiempo para una evacuación a Quito: Coca, que ya está lejos, no tenía posibilidades quirúrgicas en ese entonces.

-¿Cómo vamos a operar aquí, me dice la hermana? La planta de luz está dañada y el Municipio está varios días sin luz.

-Tendremos que improvisar: no podemos dejar que la trompa reviente y la mujer se nos muera en hemorragia. Voy a hablar ahora mismo con el padre Enrique, quien tiene una pequeña planta de luz de

1,5 kw. Seguro que él podrá hacer las conexiones para instalarnos una luz en el quirófano.

A las tres de la tarde todo estaba dispuesto: habíamos llevado la miniplanta a las puertas del quirófano: un cordón transportaba la corriente a dos focos de luz, cada uno de 100 vatios, situados a cada lado de la mesa quirúrgica y, como la instalación era tan improvisada, el mismo Enrique se situaba bajo la mesa del quirófano para mantener la instalación en condiciones de no fallar.

Transfundimos sangre a la paciente y realizamos una anestesia epidural, reforzada posteriormente con una dosis mínima de ketalar. La abertura media infraumbilical mostraba un peritoneo parietal tenso y azulado: existía ciertamente una ruptura de la trompa. Cuando abrimos nos encontramos con una gran cantidad de sangre oscura en la cavidad, zona sangrante actual en una parte de la trompa, que estaba fuertemente desgarrada y que había hecho adherencias a la pared abdominal y a asas intestinales. Mientras debridábamos y ligábamos los vasos y posteriormente extirpábamos toda la trompa el padre Enrique asomaba desde la parte inferior de la mesa y preguntaba asustado:

-¿Vivirá?

-Pues sí.

La paciente se mantenía con sus constantes vitales perfectas y su respiración, tensión arterial y ritmo cardíaco eran sumamente aceptables.

Cuando cerramos, me parecía imposible que con dos focos de 100w hubiéramos podido realizar una intervención de esa categoría sin complicaciones y hasta con cierta facilidad.

La paciente se recuperó bien y pocos días después salía del hospital sin saber a ciencia cierta las peripecias de su intervención quirúrgica, poco mejor que si la hubiéramos realizado a la luz de las candelas.

## UN PARASITO QUE CARCOME LOS PULMONES

abril, 1987

El 7 de abril llegaba al hospital un niño de 13 años, desde la zona petrolera de Shushufindi. Pertenece a una familia de colonos, procedentes de la provincia de Bolívar, instalados en franjas de selva, previamente atravesadas por las carreteras petroleras. Vivían en una segunda línea y pertenecían a la cooperativa Santa Mónica. Le acompañaban sus padres, quienes estaban preocupados porque, desde hacía más de tres años, tosía diariamente y sus esputos tenían una coloración

oscura, achocolatada, a veces con sangre. Habían intentado su curación, sin resultados y alguien les había informado que esa enfermedad era tratada con éxito en nuestro hospital.

Un simple examen del esputo permite sospechar la enfermedad y una simple extensión de este material entre dos láminas ofrece al microscopio una visión clara de los huevos que produce el parásito responsable de esta dolencia.

A los pocos minutos de su llegada el niño y sus padres se inclinaban sobre el ocular del microscopio para ver un campo llenos de pequeños huevos operculados, de color marrón. Yo me permito presentar la visión con un aumento bastante grande para que les impresione más. Me interesa que los pacientes y sus familiares conozcan el motivo de su enfermedad y se animen posteriormente a tomar las medidas necesarias para evitarla en adelante.

-Sr. Segundo, lo que ve son huevos de un pequeño parásito que se encuentra en el pulmón de su hijo. Tiene forma de un grano de café y mientras vive en el pulmón lo está, de alguna manera, destruyendo. Ese parásito se llama «Paragonimus». Quédese tranquilo porque su hijo se curará de esta enfermedad y el parásito se destruirá.

-Victoria, mira, es increíble, le decía Segundo a su mujer, mientras le cedía el puesto frente al microscopio.

-Déjeme que les cuente la vida de este parásito para que comprendan cómo se infectó su hijo. Evitar esta enfermedad es la cosa más sencilla del mundo, una vez que se comprende donde y cómo vive el Paragonimus.

Y mientras las hermanas realizaban los trámites para la hospitalización yo me entretenía contándoles la vida y milagros de este parásito que cubre un ciclo biológico sumamente complejo para su supervivencia. Les hablé del pequeño caracol que recibe al parásito recién salido del huevo, en las pequeñas quebradas donde los mamíferos, que padecen también la enfermedad, escupen y defecan. En ese pequeñísimo caracol el parásito sufre una serie de transformaciones y, cuando ha llegado al final de su edad infantil, sale para nadar en el agua y penetrar en un pequeño cangrejo, que también vive en las mismas quebradas. En el interior del cangrejo el parásito se desarrolla un poco más, se convierte en un joven gusano que se llama metacercaria. En ese momento está ya en condiciones de invadir los pulmones de un mamífero, si éste se come al cangrejo; entonces la metacercaria atraviesa la pared del estómago y emigra hasta los pulmones. Allí vivirá durante años, mientras el mamífero se defenderá envolviendo al parásito en un pequeño quiste que lo aisle. Pero aún así, el parásito trabajará usando el tejido pulmonar para su nutrición, dañando y realizando

pequeñas heridas, que pueden causar grandes hemorragias en el enfermo.

Los padres de Miguel Francisco me escuchaban con suma atención y trataban de comprender lo que ocurría dentro de los pulmones de su hijo.

-Así es que mi hijo se infectó por comer cangrejos en la quebrada, ¿no es verdad?

-Exactamente, esa es la única manera de entrar en nuestro cuerpo.

-Todos mis hijos deben estar infectados, decía Victoria. Continuamente están comiendo los cangrejos de la quebrada que hay a los pies de la casa.

-Pero, ¿no los cocinan?, pregunté.

-No, se chupan las patitas y parte del interior y dicen que el gusto medio amargo es muy agradable para ellos.

-En realidad, doctor, intervino don Segundo, todos tienen tos y esputos oscuros desde hace bastante tiempo. Le hemos traído a Miguel Francisco ahora, pero querríamos venir después con los demás.

-Bien, veamos cómo se cura éste; después Uds. decidirán.

Hospitalizamos a Miguel Francisco y sus padres regresaron a Shushufindi. Les pedí que a los 26 días regresaran por él: estaría ya curado del todo. El tratamiento que empleaba en esta enfermedad era un producto japonés, Bitin, que necesita unas tomas repetidas según pautas ya conocidas.

El día 5 de mayo, ya curado, regresaba el niño a su casa y los padres, agradecidos, prometieron traer al resto de la familia en el mes de agosto.

El 19 de agosto apareció la familia Morocho Guanulema. Cuatro hijos: Segundo Vicente, de 17 años; Carmen Rocío, de 12; Angel Eduardo de 9, y Luz Amparo, de 5. Todos con antecedentes claros de la enfermedad y con esputos positivos.

Fue un mes terrible, porque el hospital se convirtió en la casa de juegos y travesuras de la familia Morocho. El problema mayor no era tomar las medicinas a su tiempo, sino evitar continuas catástrofes caseras ante su actividad exuberante. Pero al final, el mes terminó y los esputos achocolatados y el resto de problemas desaparecieron. Los niños y el joven regresaron a su casa.

Aún faltaba el mayor, Homero, de 20 años, en aquel tiempo realizando la conscripción militar. También él nos visitó, en enero del 88 y se sometió al tratamiento correspondiente.

Yo estaba tremendamente intrigado: ¿cómo sería esa famosa quebrada, a los pies de la casa de los Morocho, con una capacidad

infectante tan prodigiosa! Seis hermanos se habían infectado. Faltaba únicamente el menor, pero, claro, ¡aún lactaba!

En mayo de ese año 88 me marché un día a Shushufindi y, después de preguntar y preguntar, me presenté en casa del Sr. Segundo y la Sra. Victoria.

-Vengo a visitar su famosa quebrada, les dije.

En media hora recogía de una quebrada pequeña y fangosa unos pocos cangrejos de la especie «Zilchiopsis ecuadoriensis», muy conocidos para mí y, después de conversar y compartir con la familia, regresé a Coca. Quería viajar al día siguiente, de mañana, a Nuevo Rocafuerte, para estudiar estos cangrejos, pero fue imposible. Antes de que se murieran, solicité en el Policlínico de los militares de Coca que me prestaran durante un rato su laboratorio para examinar los cangrejos recolectados. Cuando realicé las preparaciones adecuadas y las miré al microscopio me quedé admirado.

No es extraño que los muchachos se infectaran, pensé. En cada ejemplar se veían más de 20 metacercarias, pletóricas de una enorme actividad, invadiendo los tejidos blandos del cangrejo. ¡Un solo cangrejo comido podía causar con el tiempo la enfermedad!

## NO SIEMPRE QUE SE INTENTA SE CONSIGUE

enero, 1988

Lo trajeron al hospital el día 27 de enero de 1988, a las dos de la tarde y lo dejaron recostado sobre la banca de la sala de espera. El estaba en el mundo del nirvana, lleno de los vapores de una chuma de alta categoría. Cuando llegué al hospital, nadie le acompañaba. Pero lo que llamaba la atención era esa masa de tejido que cubría el abdomen, por encima del pantalón.

Se llamaba Humberto Oraco y tenía 22 años. Venía de Puerto Quinche y lo único que sabíamos era que alguien le había metido un cuchillo por el vientre.

La verdad es que yo me enfadé mucho y les dije a las hermanas:

-¿Para qué me lo traen ahora? ¿Porqué no lo han dejado morir en su casa? Parecía un caso sin solución, con el vientre abierto y una masa de vísceras por fuera. ¡No parecía chumado, sino en coma!

-¿Cómo lo va a dejar sin examinarlo y hacer algo?, me decían las hermanas, tratando de calmarme.

-Claro, veamos de qué se trata.

El paciente respiraba tranquilo; ciertamente no estaba en coma, sino drogado con el alcohol. Su vientre no estaba abierto. Existía una

pequeña herida a nivel de la arcada costal inferior, en la zona hepática y por allí había salido íntegramente el epiplón, que cubría casi todo el abdomen. Cuando ausculté ese vientre los ruidos intestinales eran claros y, al parecer, ningún tramo intestinal estaba perforado. Por el orificio solo salía una pequeña cantidad de suero con un poco de sangre.

¿Qué podía hacer?. Me parecía demasiado entrar en una laparotomía en aquellas condiciones alcohólicas del paciente, sin familiares con quienes consultar y decidir. Ciertamente, no tenía ánimos.

Le llevamos al quirófano; desinfectamos el área; hice un par de ligaduras en la base del epiplón que asomaba por la abertura y lo extirpé por completo. Cerré parcialmente la herida y coloqué un dren. Le metimos en una cama y le llenamos de antibióticos, mientras le hidratábamos.

Aunque parezca milagro, el paciente tuvo un postoperatorio sin problemas. Drenó muy poco por la abertura; lentamente se cerró. La costilla, que se percibía rota, se fue consolidando, sin quejas especiales del paciente.

¿Qué había pasado? El mismo paciente reconstruyó parcialmente los acontecimientos, completados por familiares que le visitaron los días subsiguientes. Habían tenido una fiesta y habían bebido, ¡cosa milagrosa! Después con un compañero habían discutido y el compañero, que estaba en iguales condiciones de lucidez mental, le metió un cuchillo en el área hepática y le barrenó varias veces. Porque no perforó el hígado o un asa intestinal es algo que nunca podremos saber.

## LAS CARACTERISTICAS DE UNA ANESTESIA SINGULAR

febrero, 1985

Como cada sábado, al atardecer, una parte de la comunidad de Nuevo Rocafuerte se reúne en la pequeña capilla de la población para la celebración de la eucaristía. Estábamos finalizando la reunión litúrgica cuando en la luz de la puerta posterior apareció la silueta de Lucho Ramos. Se le veía sobrenadando en los vapores de una gran borrachera.

-¡Doctor, vengo a solicitar el perdón de Dios y suyo!, balbuceaba en un lenguaje apenas inteligible. Sus manos estaban manchadas de sangre y su andar era vacilante. Un reguero de sangre le seguía y una gran herida aparecía en la parte inferior de su pierna derecha.

La gente volvió sus cabezas hacia la puerta y rápidamente dos de las hermanas del hospital acudieron donde él. Con buenas palabras

y gestos eficaces le sacaron de la capilla y comenzaron a conducirlo hacia el hospital. Yo finalicé la celebración con rapidez y les seguí. Ya para entonces Lucho Ramos se encontraba sobre la mesa del quirófano. Junto a él su hermana Marta, quien trataba de conversar con él y calmarle. Lucho no paraba de hablar.

La herida era muy importante: existía una sección completa e irregular del tendón de Aquiles. La piel estaba rasgada profundamente en la mitad posterior del tercio inferior de la pierna. En plena euforia alcohólica Lucho había dado una enorme palada a la puerta de vidrio grueso de la entrada del Municipio de Rocafuerte y la había hecho estallar. La pierna, al entrar, se había encontrado con un haz de vidrios en forma de cuchillos que le habían rasgado profundamente.

Mientras el paciente hablaba y me llenaba de elogios grandilocuentes yo preparaba el campo operatorio y los hilos de acero que iba a emplear. Las maniobras sobre la herida no le causaban ningún dolor ni reacción alguna. La anestesia era general, pero su capacidad de lenguaje estaba intacta.

Pudimos suturar con tranquilidad, mientras de tiempo en tiempo le pedía que se mantuviera quieto y me dejara trabajar. Después de una hora aquella extremidad había adquirido un aspecto casi normal; la parte distal del tendón se mantenía sujeto a los músculos gemelos y el cierre cutáneo permitió un vendaje suave y una valva de inmovilización.

A la mañana siguiente Lucho estaba cabizbajo y compungido. Se le notaba su vergüenza. Le tratamos como si nada hubiera pasado de censurable y continuamos su atención. La herida evolucionó muy bien. Al cabo de dos semanas existía una buena cicatrización, aunque un pequeño extremo del hilo metálico trataba de asomar. Después aún este pequeño problema se resolvió espontáneamente y, cuando pasadas seis semanas, iniciamos su rehabilitación, el pie comenzó rápidamente a adquirir su posición normal y su movilidad. A los pocos meses Lucho paseaba como si su sección del tendón de Aquiles hubiera sido una bagatela digna de olvidarse.

## UNA TERAPEUTICA MORTAL junio, 1989

Angel Dario Noteno Lanza tiene 14 años. No existen en su vida antecedentes importantes que afecten a su salud. Ciertamente pertenece al tipo de muchacho que reacciona de forma imprevista, pero, a su edad, ninguna persona daría especial importancia a estas cosas.

La tarde del 5 de junio el muchacho se siente mal con molestias en su abdomen y, al regresar a su casa, frente a Nuevo Rocafuerte, en la comunidad llamada Martinica, pide a su madre que le de algo que le pueda calmar. Concretamente desea algo fuerte y se empeña en tomar un traguito de «colonia». La madre, que se siente incapaz de contradecir a su hijo y que ignora la composición de la bebida, se lo da. A través de su boca y camino de sus intestinos viajan unos cuantos centímetros cúbicos de alcohol metílico, que es el que algunos fabricantes de colonias baratas emplean en su elaboración.

Poco rato después Angel se retuerce entre dolores insoportables y, asustados, le embarcan en una canoa y aparecen en el hospital a las dos de la madrugada.

El chico está inquieto y se le ve mal. Su tensión arterial no sube de 7 cm la máxima. El vientre se le distiende y experimenta dolores lancinantes en extremidades. Grita y no se le puede sostener.

Su grupo sanguíneo coincide con el de sus tres hermanos. Se prepara una transfusión de 400 cm, pero su estado de shock apenas mejora.

A las 7 a.m. una urticaria aparece por todo el cuerpo.

Nueva transfusión isogrupo a las 8 a.m. sin resultados.

A las 11 horas entra en coma y hay profusas hemorragias por boca. El shock se hace más intenso y a las 11,25 fallece.

Los hermanos están cabizbajos y comprenden que una grave intoxicación ha sido la causa estúpida de la muerte de su hermano. Están conscientes de que la toma de la colonia está en la raíz del



problema. Al día siguiente me traerán la botellita con lo que queda de la colonia mortal y, aunque aclaramos lo que ha ocurrido, quedamos en no dar excesivas explicaciones a la madre de Angel, quien no podría soportar el horror de haber sido inconscientemente la causa de su muerte.

## **LAS ANGUSTIAS DE UN PARTO IMPOSIBLE** **diciembre, 1989**

Gladys Avilés Greña es una joven mujer de 23 años. Vive en Coca desde hace algún tiempo y es allí donde ha formado su propia familia. Ella procede del Napo. Sus padres viven en un brazo del gran río, llamado «Sinchichicta huarmi» («la gran chicta femenina»), a unos 60 Km de Nuevo Rocafuerte. Cuando ya estaba a punto de dar a luz y con el deseo de que su propia madre le acompañe en esos momentos, se traslada a su casa.

Casualmente su padre no se encuentra en casa cuando los primeros dolores aparecen. Tranquila espera que todo irá bien. Pasan las primeras horas y al parecer algo comienza a no funcionar. Madre e hija se inquietan. Los dolores se hacen más fuertes y, como el muchacho no avanza, la angustia aparece. ¿Qué vamos a hacer aquí, las dos solas, tan lejos de cualquier lugar donde acudir en busca de ayuda?

El atardecer del día 21 de diciembre les coge organizando un viaje increíble, en una pequeña canoa, a remo, solas las dos, río abajo, hacia Tiputini y Rocafuerte. Ya Gladys no se puede aguantar y estar quieta; cada contracción le hace revolcar en el fondo de la canoa, a diez centímetros del agua, que en ocasiones penetra por los costados. La madre, doña Clemencia, dirige desde la popa y Gladys rema los momentos que sus dolores se lo permiten. Cuando asoman por San Vicente ya Gladys está acostada, no se puede doblar: entre sus piernas ha aparecido la mano de su criatura y ambas mujeres se mueren de miedo y temor. La corriente les empuja, pero no fuertemente, porque el río está bajo. En varias ocasiones están a punto de naufragar. Agotadas, llorando a ratos, de mañana, con las primeras luces, llegan a Tiputini.

Cuando el enfermero militar le examina corre a sus autoridades:

- Hay que trasladar a esta señora rápidamente a Rocafuerte. Si no se le opera morirá; el niño ya está muerto.

Por teléfono avisa a la marina de Rocafuerte para que comuniquen al hospital y estemos preparados. A las 9 de la mañana llega la paciente en un deslizador.

Gladys está exhausta, pero no chocada. Brazo y hombro de la criatura asoman por la vulva, completamente cianóticos.

-¿Qué hacer?, me pregunto. Vayamos al quirófano y veamos.

Todo está preparado para una cesárea, pero, ¿será necesario? ¿No podríamos extraerlo por vía vaginal?. Claro que una extracción exige algunas medidas destructivas sobre el feto, pero sería más rápido y menos traumático para la madre.

Comienzo una tarea desagradable y repulsiva. Vacilo, reinicio, vuelvo a comenzar, pero, en realidad, no lo se hacer y tantas maniobras a la postre resultan muy traumáticas para la madre. Al final, impotente, decido abordar la vía abdominal y realizar una cesárea.

Cuando hago la laparotomía infraumbilical media me encuentro con un útero desgarrado por varios puntos y sólo sostenido por el peritoneo visceral que lo envuelve.

Había que realizar, en realidad, una extirpación completa de útero, una histerectomía y ésta se hace sin problemas especiales.

Al día siguiente la paciente sufre un edema facial; su función renal acusa fallos; existen cilindros granulosos en el sedimento de la orina. Poco a poco, en los días sucesivos, la paciente camina hacia la recuperación. Diez y siete días después de su ingreso deja el hospital recuperada, pero triste.

¡Quien le iba a decir que su visita al hogar de su padres, en busca de protección para ella y su niño, le iba a traer tantos problemas!

## UN PARÁSITO QUE DESTRUYE LA MENTE HUMANA enero, 1990

Era el 5 de enero. Como todos los días abrí la radio a la 1,30 de la tarde. Ese es el momento en que nos comunicamos entre las diversas casas, nos pasamos los encargos y bromeamos sobre cualquier cosa. Pero ese día apareció en nuestra frecuencia el padre Juan Marcos Mercier, desde Angoteros, Perú, a unos 150 km río abajo, en el Napo. Se le oía preocupado.

-Manuel, esta mañana ha salido el deslizador con Mariano, de motorista. Lleva a una mujer joven que está desde hace dos días sin conocimiento. Su fiebre es muy alta. Ha perdido su primer niño hace cuatro días, en el momento de dar a luz: el niño nació muerto. Va mal; no se si se podrá hacer algo. Le acompaña el esposo.

Llega al hospital hacia las tres de la tarde. Echada en el fondo del deslizador da pena verla. Está pálida y sucia y no reacciona a

nada. La llevamos al cuarto reservado para estos casos más graves y, antes de nada, tratamos de aclarar con el esposo y el motorista qué ha ocurrido. Mientras una hermana y una enfermera se ocupan de asearla y colocarle una vía para instalarle suero. También se instala una sonda vesical.

El marido cuenta que la señora comenzó con fiebres altas hace una semana. Estaba embarazada y no le faltaba mucho para dar a luz. Se le trató como un paludismo, pero la fiebre no cedió. Hace cuatro días el parto se desencadenó y la criatura nació muerta. Hace dos días que ya ella no se da cuenta de nada.

Es una joven muchacha de 16 años. Existen lesiones en la vulva por motivo de un parto violento y hay señales amoratadas en ambos talones, como si se hubieran iniciado úlceras de decúbito. El estado general, con todo, no es alarmante: respira bien y su tensión arterial se mantiene en valores normales.

Lo primero que hacemos es tomar muestras de sangre para búsqueda de Plasmodium. La gota gruesa muestra una gran cantidad de formas gametocíticas de *P. falciparum*, el parásito del paludismo maligno que, como en el presente caso, da crisis cerebrales, muchas veces mortales. La mujer está tan pálida que pienso en la urgencia de una transfusión sanguínea. El grupo sanguíneo de su marido coincide con el de la esposa y antes de media hora está recibiendo medio litro de sangre regeneradora. Al mismo tiempo iniciamos un tratamiento con quinina -el primer antipalúdico que curó la enfermedad- diluido en suero e introducido en sangre gota a gota. Este es el tratamiento indicado en estos casos. Paralelamente iniciamos una terapia con corticoides.

A la mañana siguiente, mientras que la joven Erlinda Papa se mantenía en su estado general, el esposo comienza con crisis de escalofríos y fiebre intensa. Su examen de sangre muestra, ¡quién iba a pensarlo!, abundantes ejemplares de las mismas formas falcíparas que su mujer. ¡Le habíamos regalado medio litro de un concentrado de parásitos del paludismo, a ella que ya los tenía en exceso! Mantuvimos la dosis de quinina establecida, las dosis fraccionadas de un corticoide y antitérmicos, mientras que comprobábamos que la función renal no se había alterado.

A últimas horas de la tarde Erlinda comienza a sentir los estímulos. Su temperatura permanece alta. Y añadimos una antibioterapia amplia, pues existen signos de una infección obstétrica.

A las 8 p.m. ya no hay dudas de que su cuadro comatoso está en regresión: está como despertando de un profundo sueño, pero lo hace con dificultad.

La mañana del día 7 encuentra a Erlinda despierta, consciente. Interrumpimos la quinina y le damos tres comprimidos de Fansidar. Probamos líquidos por boca y suprimimos la sonda vesical. La paciente está lúcida, pero sus respuestas son lentas; está «adormilada». Desde el día 8 trabajamos con una paciente colaboradora, aunque débil. Ya no nos preocupa el paludismo, que lo ha superado sin secuelas, sino su endometritis, que tardará algunos días en superarse.

Necesitó un mes completo para encontrarse en condiciones de abandonar el hospital y, aún en aquel momento, sus úlceras de decúbito en ambos talones requerían cuidados adicionales para un total restablecimiento.

## PERDIDOS EN LA SELVA marzo, 1990

El día 4 de marzo llegó al hospital el doctor Javier Aznárez, desde el Eden, comunidad que se sitúa a unos 140 km de Nuevo Rocafuerte. Traía un niño de 5 años, Lino Salazar, con la cabeza vendada. Le parecía necesario hospitalizarlo. Le acompañaba un hermano dos años mayor, quien presentaba unos pies edematosos y llenos de espinas.

Cuando quitamos las vendas me quedé de una pieza. Una parte importante de la cabeza mostraba, con el brillo de una pieza de marfil, el cráneo. Una enorme herida infectada con rebordes sobresalientes, de 10 cm de diámetro, había destruido todos los tejidos blandos. Cuando levantamos con unas pinzas una parte del reborde aparecieron docenas y docenas de pequeños gusanillos blancos, que reptaban por los tejidos malolientes. ¿Qué había pasado?

-Es una larga historia, te la contaré hasta donde he podido conocerla.

Hace 8 días el padre, el tío y los dos niños se fueron de cacería por los alrededores de la laguna de Yuturi. Los niños iban felices. Como ocurre siempre entre los quichuas, a través de estas salidas los muchachos comienzan a captar las infinitas señales de la selva y a entablar un proceso de asimilación, que un día les permita moverse como en su propia casa.

En un momento del día, el padre y el tío sintieron cerca una manada de huanganas y, tras una orden terminante de que no se movieran del lugar, salieron a través de la selva tras la manada.

Pero ya no volvieron. De pronto los niños se encontraron solos. No sabían dónde estaban ni hacia dónde ir. Pero no se murieron de miedo, porque la selva no es un medio extraño para ellos.

Esperaron y esperaron. Cuando llegó la noche les pareció más prudente subirse a un árbol y dormir allí. A la mañana siguiente estaban a los pies del árbol y merodearon por los alrededores, esperando que vendrían a buscarles. Chupaban algunas brotes jugosos y bebían su agua cristalina.

-¿No teníais miedo, les preguntaba Javier?

-No,»sacha huarmi» nos conversaba y nos decía lo que teníamos que hacer. Ella estaba cerca.

La segunda noche, el pequeño, mientras dormía, se cayó de la rama y se hirió la cabeza. sangró un poco y, después se le infectó. Los moscos andaban encima y les picaban por todas partes. Comenzaron a andar, guiados por «sacha huarmi». Andaban de día; comían algunas pepas y bebían del agua que se encierra de algunas hojas...

Los padres estaban desesperados. Toda la comunidad les buscaba en vano. No había señales de ellos. Cuando llevaban seis días ya no sabían qué hacer. Consultaron a Domingo Tapui, gran yachac de la comunidad y él opinó que seguían vivos, pero no pudo localizarlos. Al séptimo día bajaron hasta Sinchichicta a consultar a Juan Grefa. El tomó sus brevajes y vió claro que ya los niños se encontraban de regreso en la casa.

Los que habían bajado regresaron de inmediato. Pues, sí, los niños habían aparecido en la laguna de Yuturi y una canoa de turistas les había recogido. Estaban llenos de picaduras y con los pies como botas, pero se les veía vivos y orientados.

-¿Qué pasó?, les preguntaban.

-Hoy de mañana llovió duro y el viento llevaba el agua hacia allí. Yo sabía, decía el hermano mayor, que cuando sopla va hacia la laguna, así es que nos fuimos hacia allá. Llegamos y nos subimos en una pequeña quilla que había y Lino se cayó. Entonces vinieron y nos cogieron y después nos trajeron a casa.



Javier sacó 128 gusanos blancos de la herida y no terminó. Curó la herida y a la mañana siguiente, bajó con los dos hermanos a Nuevo Rocafuerte.

Durante varios días sacamos más gusanos, larvas de moscas que ponen sus huevos en la carne abierta, Y, poco a poco, la herida se limpió. Después comenzó un largo proceso de curación y de crecimiento de los tejidos subcutáneo y cutáneo hacia el centro. No realizamos ningún injerto. A los 12 días era trasladado a Eden para continuar sus curaciones. Después de varios meses la cabeza se había cubierto de un débil cuero cabelludo y meses después la cabeza de Lino recordaba, con su gran cicatriz, que alguna aventura había pasado al dueño de la misma.

## UN TUMOR MISTERIOSO EN EL ABDOMEN julio, 1990

Hacia mayo del 90 yo me encontraba en Coca, en alguna de nuestras muchas reuniones. En la puerta de entrada del Seminario, cuando conversaba con otros compañeros, se acercó Jaime Salazar de Amarum Mesa, comunidad quichua cercana a Coca. Estaba preocupado y le habían indicado que me consultara.

-Doctor, tengo una hija pequeña que tiene una hernia grande y quería saber si Ud. puede operarle.

-No se, le contesté, tendría que ver cómo es y si es posible operar. ¿Dónde está tu hija?.

-Está aquí, con la mamá.

Era una pequeña de unos 8 años. Tenía en su mirada toda la timidez y sonrisa de los niños quichuas amazónicos.

-¿Cómo te llamas?, le pregunté.

-Adelaida, se le oyó en un tenue murmullo.

-Veamos esa hernia que dice tu papá. Ven, échate en este banco, para que te pueda examinar.

Era delgada, pero bien nutrida; todo indicaba una niña con excelente salud.

Efectivamente, echada, asomaba una tumoración en medio del abdomen. Era consistente, pero no dura; se movía con facilidad cuando se la empujaba y tenía el tamaño de una mandarina. No era dolorosa a las maniobras de exploración.

-Jaime, no se trata de una hernia; tu hija tiene un tumor en el vientre; parece grande y no tiene mal aspecto. No te puedo decir de qué clase es. En cualquier caso habría que operarle. Ahora yo no te

puedo asegurar si podré operarle o no. Depende de lo que sea. Si te parece bien, podrías bajarla a Rocafuerte y allí podríamos examinarle mejor. Podemos verle por dentro con unos aparatos especiales y tener una idea más exacta. Entonces tomaríamos una decisión.

-Ya, me parece bien. Veré cuándo puedo viajar a Rocafuerte.

Y así quedamos, hasta que el día 4 de junio se presentó en la consulta del hospital.

En el interrogatorio nos contaba que la tumoración había aparecido hacía unos dos años; que había ido creciendo y que se movía. A veces le dolía y otras no. La niña se encontraba bien; comía sin problemas y llevaba una vida completamente normal.

Realizamos un estudio ecográfico con un pequeño aparato Siemens que recientemente había llegado desde España y que, en ocasiones, permitía diagnósticos que, para algunos habitantes de la región, rozaban la brujería. Existía efectivamente una tumoración hueca, quística, independiente de vejiga, muy móvil y que tenía a su alrededor otras cavidades más pequeñas y aplastadas. No se descubrían formaciones sólidas en su interior.

En esa época yo estudiaba, en animales de la selva, formaciones poliquísticas en hígado, sobre todo en guantas (*Cuniculus paca*), debidas a una pequeña tenia del género *Echinococcus*. Así es que, al mirar la pantalla, la mente se me fue hacia la hidatidosis poliquística y pensé que, quizás, me encontraba con un caso humano especial.

Le pedí al padre de la niña que regresara a casa; que yo iba a hacer unos exámenes especiales en Quito, para determinar de forma más segura, la clase de tumor que tenía Adelaida. Tomé suero de la pequeña y, a la mañana siguiente, salía hacia Quito. Una muestra la encargué al Dr. Renato León y otra la envié a Guayaquil, al Dr. Ramón Lazo. A ambos les pedía que trataran de ver si había señales inmunológicas de una echinocosis en la paciente. Las pruebas resultaron negativas.

Regresé y hablé con Jaime Salazar en Coca. Le indiqué que había que operarla, aunque no se trataba de lo que yo había pensado en un primer momento. Que era mejor sacarla a Quito, a un buen Centro de salud, para hacer las cosas en las mejores condiciones. Pero no hubo modo de convencer a la familia. Ellos solamente querían que se le operara en Nuevo Rocafuerte.

El 17 de julio ingresó. Clínicamente la tumoración era de implantación peduncular y fácil de extirpar. El estado general de la pequeña era excelente.

El 19, a las 8 a.m. entraba en quirófano. Empleamos dosis intravenosas fraccionadas de ketalar. La laparotomía mostró una tumoración

grande, quística, con una parte llena de grasa y pelos. Estaba implantada en trompa de Falopio izquierda y englobaba parte de la trompa y el ovario. Dos pinzas aislaron la tumoración y, tras ligadura, ésta fue sacada del abdomen. Inmediatamente cerrábamos y, mientras examinábamos aquella formación, la paciente era llevada a su cama. Ninguna complicación y un feliz despertar.

Se trataba de un «quiste dermoide», alteración embrionaria de las células germinales de aquel pequeñísimo ovario izquierdo. Tumoración muy poco frecuente, de naturaleza benigna y que hubiera sido muy fácil de diagnosticar si, como ocurre con frecuencia, hubieran aparecido algunos dientes en su interior.

A los 7 días la niña regresó a su casa y yo le visité a las pocas horas de llegar, porque en aquellos días había subido por el Napo, recogiendo muestras de sangre para una investigación sobre enfermedad de Chagas que llevábamos entre manos.

## UN DRAMA OBSTETRICO EN PUCAPEÑA, AGUARICO marzo, 1991

El día 15 de marzo de 1991 llegábamos hacia las cuatro de la tarde a Pucapeña, en el río Aguarico, a unos 450 km de Nuevo Rocafuerte. Este es un viaje habitual entre nosotros. Visitamos las comunidades de Aguarico cada tres o cuatro meses, con el deseo de acercarnos a sus problemas y acompañarles, tanto en su salud como en sus inquietudes sociales y religiosas.

Habíamos salido de Nuevo Rocafuerte dos días antes, las hnas. Laura, Imelda, el motorista Luis Digua y yo. Hicimos noche en Boca de Cuyabeno y desde la mañana habíamos parado en cada casa avisando nuestra visita. Como de costumbre nos deteníamos en casa de Jorge Licuy, en lo alto de una loma, en la margen derecha del Aguarico, de un material rojo compacto, que da nombre al área (Pucapeña-peña roja).

Nos recibieron doña Cecilia, don Jorge, sus hijas y una de sus nueras. También se encontraba en la casa Adolfo Tuni, quien la víspera había traído a su mujer, Ninfa Emperatriz Shiguango, de 25 años, quien estaba a punto de dar a luz. Doña Cecilia es la gran comadrona de la región y muchos de los niños han nacido en sus manos.

Nos instalamos en la amplia antesala de la casa, abierta al campo y al río. Detrás se encuentran las habitaciones de la familia y, al fondo, la amplia cocina y comedor familiar. En un ángulo de la antesala, disimulada tras un amplio plástico, se encuentra la pequeña

habitación triangular donde espera la joven madre su próximo parto. La sra. Cecilia realiza periódicamente sus controles y ejercita su forma peculiar de asistencia.

Nosotros saludamos a la familia, intercambiamos los gestos y conversaciones habituales de llegada y nos instalamos en la antesala. Cuando se aproximaba la noche la sra. Cecilia, para que nos encontráramos más cómodos, trasladó a la joven madre a un lugar reservado de la parte posterior de la casa. Todo transcurría con normalidad y, al parecer, el acontecimiento de un nuevo parto en la casa se esperaba con la naturalidad y sencillez habituales.

A ratos, viendo a Ninfa Emperatriz, se me pasó por la mente la imagen de una hermana suya, Alexandra, un poco mayor que ella, a quien tuvimos que asistir en Nuevo Rocafuerte no hacía tanto tiempo, con una presentación transversa y procidencia de mano. Desde esta misma zona del Aguarico había sido trasladada al hospital - 450 km de angustia- para realizar una intervención quirúrgica.

Poco antes de la comida de la tarde pude conversar durante un rato con la Sra. Cecilia sobre sus actividades de comadrona. Me decía que en su larga experiencia nunca había tenido graves problemas y los partos se resolvieron siempre con satisfacción. Recuerdo que en la conversación le pregunté:

-¿Nunca ha tenido el problema de la aparición de una mano por el canal del parto?

-No, doctor. Nunca en mi vida he tenido este problema. Parto de nalgas y de pies, en más de una ocasión, pero aunque más difícil, el parto siempre ha seguido adelante.

-Verdaderamente ha tenido mucha suerte y seguro que Dios le ha acompañado. Una presentación de mano crea problemas imposibles de resolver en la casa, fuera del hospital.

Así continuamos por unos minutos y después nos despedimos hasta la mañana siguiente. Seguro que ella no dormiría demasiado con el parto en perspectiva, pero nosotros estábamos cansados y, una vez instalada la hamaca y el mosquitero, nos retiramos a dormir.

A la una de la noche el señor Jorge me llamó:

-Doctor, por favor, levántese, tenemos problemas con Ninfa. Mi mujer desea que venga a ver. No puede dar a luz; ¡una de las manos de la criatura ha asomado por la vulva!

Yo salté de la hamaca y en unos segundos estaba en la cocina. En un rincón Ninfa se encontraba echada en el suelo, sobre un plástico amarillo y una simple cobija. Tenía amarrada a la cintura una cuerda, que le comprimía y se agitaba inquieta. A sus pies estaba la sra Cecilia.

- ¿Qué ocurre, señora Cecilia?, le pregunté.

- Doctor, algo le impide dar a luz. En un momento ha asomado la mano y después ha entrado de nuevo.

- ¿Está completamente segura que era la mano?

- Sí, doctor.

Al explorar el abdomen, efectivamente la cabeza no se encontraba en la región suprapúbica y el eje principal de la masa infantil era trasverso a la dirección del abdomen.

Adolfo Tuni, en silencio, miraba angustiado.

-Tenemos que comprender claramente lo que pasa y lo que va a pasar, les dije. En esa posición no se puede dar el parto. Si Ninfa permanece en este trabajo el niño morirá y a ella se le romperá el útero y, como consecuencia, morirá. Tenemos que decidir ahora mismo lo que hay que hacer. Ninfa tiene que ser trasladada a un hospital, donde se le pueda realizar una cesárea urgente. Estamos demasiado lejos de Nuevo Rocafuerte: 450 km. Es la una de la noche y navegaríamos muy despacio. Tardaríamos al menos 18 horas para llegar al hospital. Para entonces el útero se habrá roto y una hemorragia masiva puede matar a Ninfa en poco tiempo. Por otro lado, estamos a cuatro o cinco horas de Chirisa y desde allí, en carro, se puede llegar a Lago Agrio en dos horas. Hay que escoger esta solución.

-Adolfo, tu eres el marido de Ninfa, ¿comprendes en qué está el problema? ¿Te parece bien que intentemos llevarla a Lago Agrio?

- Sí, doctor, comprendo y estoy de acuerdo en hacer todo lo que haga falta para salvar a mi mujer y a mi hijo.

Bien, veamos como podemos solucionar el problema. Pienso que ahora mismo tendríamos que ir a casa de los padres de Ninfa y explicarles el asunto. Al mismo tiempo podemos hablar con Bolívar Coquinche, el marido de Alexandra, quien tiene canoa grande, buen motor, gasolina y conoce muy bien el río, como para viajar de noche hasta Chirisa. Hagamos esto sin esperar más.

Mientras se quedaban las hermanas con la parturienta, tomábamos nuestra canoa Lucho Digua, nuestro motorista, Adolfo Tuni y yo. Bolívar Coquinche vive a un km río abajo y ya sabíamos que estaba en la casa. Aunque yo no veía nada en la noche cerrada, al motorista que ven como los gatos de noche- le bastaba alumbrar de vez en cuando con la linterna para navegar casi como de día.

Llegamos a la casa de Bolívar, le levantamos de la cama, le explicamos de qué se trataba. No necesitó dos minutos para decidir. Efectivamente tenía canoa grande, motor y gasolina. Se vistió y nos pidió que nos adelantáramos a casa de los padres de Ninfa para explicarles: él vendría en pocos minutos, tras preparar el motor y la canoa.

Evidentemente la experiencia sufrida en carne propia con el problema completamente idéntico de su mujer unos años atrás le permitió tomar rápidamente una decisión.

En la casa de los padres nos detuvimos unos minutos: estuvieron de acuerdo, entre la angustia y la preocupación. Decidieron que fuera Adolfo con Ninfa en la canoa a Lago Agrio. Se pusieron de acuerdo para llevar algo de dinero y regresamos con ellos a la casa de Jorge Licuy. Providencialmente Ninfa estaba más tranquila y sus dolores se habían espaciado y eran más suaves.

A las dos y media la canoa llegaba a la casa: era una gran canoa, con una tarima en el centro, donde se pensaba colocar a la paciente. La instalamos y Bolívar Coquinche, Adolfo Tuní y la enferma salían hacia Chirisa, en medio de la noche, a una velocidad normal, como si de día se tratara.

A la mañana siguiente continuamos nuestro programa. Cuando hacia el mediodía finalizábamos la reunión comunitaria, Bolívar Coquinche estaba llegando de regreso. En cinco horas había llegado a Chirisa, la paciente en buen estado. Pocos minutos después alquilaban una furgoneta y Adolfo y su mujer viajaban a Lago Agrio. No sabía más. Esperaba que hubiera llegado y que se encontrara en el hospital, seguramente ya operada. Quedo con Adolfo Tuní en que desde Lago Agrio se comunicarían con los militares de Boca de Cuyabeno para saber qué había ocurrido.

Cuando por la tarde llegamos a Boca de Cuyabeno los militares no habían recibido ninguna noticia y, aunque intentamos por todos los medios comunicarnos con Lago Agrio, fue completamente imposible.

Regresamos a Nuevo Rocafuerte con el interrogante del final de este drama obstétrico y solamente varios meses después supimos que todo había ocurrido de forma feliz: la enferma llegó a Lago Agrio y a los pocos minutos se hospitalizaba. Antes de una hora entraba en quirófano y madre y niño se salvaban.

En varias ocasiones he podido ver el hermoso niño de Ninfa Emperatriz, quien de alguna manera debe su vida a una serie de circunstancias que providencialmente ocurrieron en las horas cercanas a su nacimiento.

## UN PARTO ENTRE CONVULSIONES

marzo, 1991

El 12 de marzo llegaba al hospital desde el vecino Perú una joven mujer de 29 años con un embarazo de aproximadamente 7

meses. La traían en camilla y parecía semiinconsciente. El esposo contaba que hacía 15 días se había clavado una espina en el talón derecho. Desde el día 8 su cabeza parecía estallar y ninguna medicación le calmaba. El día 10 comenzó a hacer convulsiones. Estas eran frecuentes y a ratos Flor de María Canelos se encontraba en un estado de semiinconsciencia.

Su tensión arterial a la llegada es de 16/10; su temperatura de 37,5°. Media hora después entra en convulsiones.

Las hermanas, que asumen en esos días la dirección del hospital, tratan de discernir entre un diagnóstico de tétanos o de eclamsia. Pero la imagen clínica del cuadro y los datos de exploración les deciden a orientarse hacia un cuadro de hipertensión en el tercer trimestre de embarazo.

Se le somete a tratamiento con sedantes, diuréticos e hipotensores. Se le protege con antibioterapia y suero antitetánico. Las crisis convulsivas se distancian durante el día. En medio de esas crisis expulsa repetidamente áscaris por la boca. A la mañana siguiente su cefalea es más soportable; las convulsiones desaparecen; expulsa por boca áscaris, como si su colección de parásitos fuera interminable. Los ruidos fetales se mantienen bien: el niño se está portando como un gran luchador.

El día 14, a las 11 a.m., nace una niña, pequeña, de 4 libras y 3 onzas, llena de vida y de movimientos. Pocos minutos después es expulsada la placenta, completa. La tensión arterial se mantiene alta, 18/10. Continuamos con idéntico tratamiento. En la orina aparecen abundantes cilindros leucocitarios y epiteliales y leucocitos libres. El día 16, por primera vez, la tensión mínima desciende por debajo del dintel de los 100 mm y, a partir de esa fecha, el proceso de recuperación renal se mantiene ininterrumpido.

Flor de María dejaba el hospital el día 26 de marzo, con una función renal buena y una hermosa niña entre sus brazos. Los controles que posteriormente hemos realizado confirman la recuperación total de una complicación renal que conlleva un grave riesgo para la madre y una muerte casi segura para el niño.

## UN VIAJE INTERMINABLE, SIN RETORNO noviembre, 1991

Venía desde Taisha, en la provincia de Morona Santiago, y había realizado mil paradas en casa de brujos y curanderos de cualquier especie. Era shuar, tenía 32 años, aunque parecía mucho más viejecita. Se llamaba María Teresa Ayui. Su enfermedad había comenzado, a

juzgar por sus recuerdos, hacía 10 meses, con una tos persistente, temperatura vespertina y pérdida de peso. Había recibido mil remedios y miles de acciones mágicas, pero la enfermedad se mantenía arraigada en lo más hondo de su organismo y seguía realizando su malévolos acción. Cuando llegó al hospital, desde la vía de los Aucas, cerca de Coca, donde vivían parientes suyos, parecía un espectro.

No era necesario ser un experto para adivinar su dolencia: hay un no se qué en la expresión de un tuberculoso en fase avanzada, que lo hace inconfundible. El estudio del esputo mostraba abundantísimos bacilos de Koch y en la radiografía aparecían pulmones invadidos en todos los campos.

Cuando iniciamos el tratamiento de ciclo corto, que hoy es admitido en todo el mundo, nuestra mayor preocupación era si lo toleraría o habíamos llegado demasiado tarde.

Su esposo le acompañaba y se le veía cansado; parecía que había abandonado la lucha. Era triste ver a un matrimonio joven, en la última etapa de un largo viaje y saber que pronto iba a finalizar.

A los cinco días María Teresa se apagó, sin angustia ni signos especiales, como la vela que se extingue, apenas con leves parpadeos.

¿Qué podíamos hacer? Cómo enterrarle en Nuevo Rocafuerte, lejos de los suyos? El esposo quería llevarla como fuera hasta la familia de ella, en la carretera de los Aucas y entregarla a sus padres y, bien miradas las cosas, tenía razón.

Primero quise organizarles un viaje con alguna embarcación que saliera de madrugada, pero mil dificultades abortaron el programa. A las 8 yo mismo organizaba un viaje, previsto para el siguiente día, con Santos Jota, nuestro motorista, el esposo, María Teresa y yo mismo. La envolvimos en una cobija y un plástico aislante y en una de las camas portátiles del deslizador la instalamos junto al esposo. Santos y yo ocupábamos los otros dos asientos.

Cuando llegamos a Coca eran las cinco de la tarde. Pedí un coche de la misión y emprendimos viaje hacia Valle Hermoso, a 55 km de Coca, donde vivía la comunidad shuar y su familia. De pronto se nos presentó una gran dificultad: el puente del Napo, en el mismo Coca, estaba en obras y lo cerraban para toda la noche en ese mismo momento. Yo llegué con el carro y logré colocarme en primera línea, detrás del «trooper» del comandante del Batallón, que vivía al otro lado y que, evidentemente, iba a pasar. Con cara compungida me presenté ante su puerta y le rogué que me dejara pasar: traía el cadáver de una pobre mujer desde Rocafuerte y la llevaba a su comunidad.

-Colóquese detrás de mi y sígame. Le dejarán pasar, me contestó.

Ya era oscuro cuando llegamos a Valle Hermoso e instalamos la capilla ardiente, en una pequeña capilla, después de llamar a los primeros representantes de la comunidad shuar, que vivían cerca. Pocos minutos después regresábamos. Nuevo problema al llegar al puente: no había paso y una interminable cola de carros impedía cualquier acercamiento. Yo tenía que viajar al día siguiente a Quito. Dejé a Santos dentro del coche para pasar la noche y guardarlo y yo llegué a pie a nuestra casa. Caí fundido de sueño y cansancio, pensando que mi viaje a Quito saldría tarde y sería en avión. Pero, a las cinco de la mañana me llamaban:

- Doctor, su bus sale a las 6,30.

No lograba despejarme y la cabeza me daba vueltas. Cuando tomé el bus, a las 7,30, continué dormido por muchos km, hasta que, poco a poco, entré en la normalidad de esta vida, llena de imprevistos y tareas complejas que realizar.

Mientras viajaba pensaba en el absurdo de una búsqueda como la de María Teresa y su esposo, tras el tesoro de la salud, pero ¡por caminos tan torcidos!. Habían gastado todo su pequeño patrimonio y, al final, él se había quedado sólo; No habían encontrado el camino acertado! ¡Su enfermedad podía haberse curado hoy día! Me daba coraje ver que los pobres son explotados por quienes hacen del don divino de curar una mercancía o se mantienen aferrados a concepciones ancestrales, sin dar resquicio al aprendizaje de nuevos conocimientos.



## ¡DIOS MIO, QUE ME HA PASADO!

febrero, 1992

Alberto Bustos tiene 49 años y vive frente al hospital, en la margen izquierda del Napo. Es un hombre activo y hábil en carpintería. Se le ve con frecuencia reparando canoas viejas y en mil pequeñas cosas más.

El día 17 de febrero, en esta época de verano con pocas lluvias y selva muy seca se ha marchado de mañanita hacia el río Cocaya. Este recorre la selva al norte del Napo y paralelo a él, a una distancia de dos largas horas de caminata.

Junto al río Yasuni sus aguas encierran gran parte de la fauna fluvial que abastece de proteínas a la población de la región. Algunos vecinos de esa margen izquierda del Napo tienen sus pequeños tambos para pasar unos días cuando lo visitan. A veces cultivan sus parcelas de yuca y plátano. En realidad, el Cocaya pertenece a la selva familiar de muchos habitantes del bajo Napo.

A las 8 de la mañana Alberto ya está en su faena de pesca. El visita sus pozas predilectas, pero, en esta ocasión, no hay demasiada suerte. Cuando ya se acerca el mediodía y el sol, el calor y la humedad lo envuelven todo, antes de regresar, intenta en uno de los lugares conocidos recoger una cantidad mayor de pescado para la casa.

Ha llevado un taco de dinamita y va a probar fortuna.

Pone la mecha, la ajusta bien, enciende el cigarro y lo aplica y, antes de que haga nada, todo sale por el aire. Un ruido infernal y ... ¡Dios mío, ¿dónde está mi mano! ¡Un manojo de nervios y carne, dos o tres huesos colgando y un fuerte dolor!. Se apoya en un árbol, ¿se va a desmayar!. Pero, no, necesita ayuda y ¡está tan lejos de casa y del hospital!

Se saca su camisa y envuelve con ella ese horrible muñón sangrante y comienza a caminar. Y anda, tropieza y a veces cae, pero se levanta y continua andando. No se detiene. Tiene la idea fija de que tiene que llegar. Anda y anda. Dos horas después está ya cerca de su casa y allí, al subir la pequeña escalera, se derrumba.

-Que alguien pase al otro lado; que avisen a Efraín para que vengan a buscarme con el motor.

Media hora después entra por la puerta del hospital. Está pálido, pero sereno. Su rostro muestra su gran sufrimiento, pero no grita ni llora.

Cuando le veo me acuerdo de su sobrino Denis. También él sufrió una amputación traumática de mano derecha por un mal taco de dinamita.

La cirugía fue corta y no tuvimos problemas. Se recuperó pronto y a los pocos días regresaba a su casa. Desde allí nos visitaba para sus últimas curaciones.

Desde los primeros momentos mostró un ánimo extraordinario. Nunca se deprimió. Trabajaría en sus trabajos y aprendería a manejar su mano izquierda, nos decía. No se aisló de la comunidad y, al poco tiempo, se le vio participar en reuniones y decisiones.

¿Cuándo llegará el próximo caso de amputación, fruto de este arte de pesca, prohibido y peligroso?

## EL COLERA NOS VISITA febrero, 1992

Al año de que el terrible flagelo del cólera penetrara en el Ecuador, estos misteriosos bacilos se hicieron presentes en el cantón Aguarico. Y su visita procedía del comando militar de Tiputini.

Los dos primeros casos eran oficiales y llegaron al hospital los días 5 y 6 de febrero. Ambos venían deshidratados, con la piel seca y rugosa, en un mar de vómitos y diarreas incohercibles. Su estado de conciencia brillaba por su ausencia y hubo necesidad de instalarles una vía intravenosa para conducir a su organismo un poderoso caudal de agua y sales minerales. Su cuerpo se contraía en espasmos sumamente dolorosos y la disminución del suero aportado ponía de nuevo en peligro su propia vida. Nos costó casi 48 horas sacarlos del estado crítico y solo a partir del tercer día pudimos continuar su tratamiento por vía oral. Un tercer caso, conscripto militar, procedía de uno de los repartos militares en el río Aguarico; también su estado era muy delicado cuando lograron organizar un viaje hasta el hospital y también necesitamos agresividad y paciencia en el tratamiento para recuperarlo.

Para evitar cualquier diagnóstico inseguro realizamos en todos los casos exámenes de laboratorio y empleamos medios de cultivo específicos que permiten confirmar la naturaleza del parásito que produce el cuadro infectivo intestinal. Enviamos muestras a Quito, al Instituto Nacional de Higiene, que confirmaron la enfermedad como «cólera», producido por el *Vibrión cholerae*.

Nos preguntábamos cómo había llegado el cólera hasta esta apartada zona de la República y pronto tuvimos un indicio importante. Una semana antes de que los primeros cuadros diarréicos aparecieran en Tiputini se había realizado un cambio en el conjunto de los conscriptos. La nueva hornada procedía de Babahoyo, zona en que el cólera era pan de cada día.

¿Qué iba a ocurrir entre nosotros? ¿Cómo íbamos a evitar que la epidemia se extendiera?. Se organizó una reunión de toda la población en los locales del Municipio y, con cuadros y gráficos, tratamos de explicar la enfermedad, sus fuentes de contagio y las medidas preventivas adecuadas. Hubo una buenísima colaboración y el pueblo se aprestó a evitar una epidemia que podía acarrear graves consecuencias y, posiblemente, algunas muertes.

Con la llegada de los tres casos militares se planteó un grave problema en el hospital: todo nuestro pequeño stock de sueros quedó en nada. Asustado, temiendo casos nuevos, pedí por radio a Quito que me hicieran una compra de urgencia y que esa misma noche la enviaran por bus hasta Coca. Desde allí veríamos cómo la hacíamos llegar hasta el hospital. A la mañana siguiente una pequeña remesa de 80 sueros estaba ya en Coca y comenzamos a realizar los contactos para ver cómo los traíamos. El deslizador del Municipio de Nuevo Rocafuerte había subido la víspera a Coca y siempre teníamos la esperanza que, en el plazo de uno o dos días, regresara. Iba de motorista Edwin



Bustos, para nosotros «Machín». Cuando él se enteró del problema movió cielo y tierra en Coca para regresar con los sueros a Rocafuerte. Gracias a sus gestiones el día 9, en solitario y con la preciosa carga, llegaba al hospital y con la sonrisa en los labios nos entregaba el envío.

-Hermanitas, les decía, aquí está la salvación para el siguiente caso de cólera. ¡Debe ser terrible por lo que cuentan!

El día 12 por la mañana el mismo «Machín» volvía a Coca, para recoger al Sr. Presidente del Municipio, pero, la víspera, ya oscurecido, comenzó con trastornos intestinales. Dos horas después ya no podía más. Sudaba frío, se desmayaba y comenzaba a experimentar calambres en sus piernas y brazos. Su familia se alarmó y a las 12 de la noche, hundido en una hamaca que colgaba de un robusto palo, sostenido entre cuatro individuos, llegaba al hospital, en medio de gritos: tanto era el dolor que le producían los espasmos musculares en todo el cuerpo.

Se instauró un tratamiento urgente de hidratación y de sales minerales que compensaran las pérdidas por su incontenible diarrea y vómitos. Doce horas después comenzaba a salir del cuadro crítico. Y esto fue posible porque él mismo había sido el portador de los únicos sueros que le iban a poder salvar. Parecía una coincidencia inesperada, dirían unos, o un formidable milagro, pensarían otros. Pero, lo cierto era que la colaboración en cadena de gente que piensa en ayudar había contribuido de forma palpable a salvar una nueva vida.

En el caso de Edwin la fuente de contagio estuvo con seguridad en Coca, en esos famosos comedores ambulantes, existentes en varias de las esquinas de la población, donde la higiene no es la característica más sobresaliente de sus servicios.

Al poco tiempo salí a Quito y establecí contactos con el Ministerio de Salud; traté de conseguir medios y terapéuticas para un brote que podía hacerse importante en los próximos tiempos, pero mis gestiones tuvieron poco éxito. Hubo, incluso, personas en el Ministerio que, al parecer, tenían ideas muy peregrinas sobre la forma de solucionar estos cuadros de forma rápida y barata. Pero, a estas personas no les había tocado la experiencia de la angustia de personas que se van en un proceso de deshidratación incontenible y que solo pueden ser ayudadas con una aportación enérgica, constante y detenida. Tuvimos que abastecernos de forma independiente, a cuenta del exiguo presupuesto del hospital.

Un pequeño brote nos llegó al mes, desde el vecino Perú, también entre la población militar. Después, el cólera se fue en silencio y no regresó.

A temporadas, el hospital parece más peruano que ecuatoriano: pacientes pertenecientes al comando militar de Pantoja, a unos 30 km río abajo, en el Napo, visitan nuestro hospital. Su presencia casi continua en esta larga temporada hace resaltar un descenso real del nivel de vida y de bienes a que está sometida la nación vecina.

El 28 de abril, al atardecer, un deslizador peruano atraca en nuestro puerto. En camilla traen a un joven de 19 años, robusto, pero pálido. Se queja de fuerte dolor en el bajo vientre derecho desde hace tres días. Siente molestias al andar y también al orinar. ¡No ha dejado de comer!

La exploración muestra un dolor selectivo en el punto apendicular (Mc. Burney ++); maniobra a la decompresión local muy positiva. Existe una defensa localizada de la pared abdominal. Ningún examen de laboratorio descartaría un abdomen agudo quirúrgico; así es que a las 7 de la tarde entramos en quirófano.

Se realiza una anestesia raquídea que se refuerza posteriormente con ketalar y esos cócteles especiales que Hna. Imelda maneja a las mil maravillas. La laparotomía paramedial derecha permite explorar el abdomen derecho. ¡El apéndice está perfectamente normal! Revisamos colon ascendente y, posteriormente, intestino delgado, pensando en un posible divertículo de Meckel. Pero no. De pronto, a un cierto nivel de este intestino, notamos una masa que obstruye por completo su luz. Junto a ellas se transparentan abundantes áscaris. La masa es en realidad un pelotón de áscaris que taponan el intestino. Realizamos una pequeña abertura transversal y, por ella, con sumo cuidado, vamos sacando, con la ayuda de una pinza, uno a uno, áscaris de diverso tamaño y grosor. Cuando ya llevamos unos veinte, la masa se desmadeja y la comunicación se reinstaura. El resto de áscaris los dejamos en paz y cerramos la pequeña abertura.



En el postoperatorio, que cursa sin mayores complicaciones, el paciente expulsa numerosos áscaris y, a los trece días, ya restablecido, se reintegra a su servicio militar.

En nuestro laboratorio queda la muestra de unos áscaris que hicieron pensar en un proceso apendicular agudo y que sólo la laparotomía permitió rectificar el diagnóstico.

## UN VIAJE AL AGUARICO LLENO DE TRASTORNOS

noviembre, 1992

Siempre estábamos preocupados por la rapidez de nuestros viajes al Aguarico. Entre cuatro y siete días nos bastaban para visitar a las comunidades que viven en este apartado río, sólo con sus problemas y olvidados del resto del país. Muchas veces hablábamos de la necesidad de un viaje más lento y tranquilo, para visitar con calma a todas las familias, enterarnos de sus problemas, ayudarles a comprenderlos mejor y ver la manera de solucionarlos.

Esta vez parece que lo íbamos a conseguir. Hna. Imelda junto a Santos Jota, como motorista, salió rumbo al Aguarico el día 14, sábado. Pasaría tres días en Zancudo, posteriormente, el mismo día 17, subiría hasta Boca de Cuyabeno, donde permanecería hasta el día 21, en que de nuevo remontaría el Aguarico hasta la comunidad de Pucapeña y allí, mientras atendía a la comunidad, aguardaría mi llegada desde Nuevo Rocafuerte el día 25. Un día después nos reuniríamos en la escuela de la comunidad. Al día siguiente lo haríamos en Boca de Cuyabeno y el 28, sábado, en Zancudo. Pensábamos llegar de retorno a Nuevo Rocafuerte el mismo sábado, en las horas de la tarde.

Todo este programa casi se nos destruye por una nueva emergencia que puso en actividad a medio Aguarico.

El lunes 23, cuando hna. Imelda descansaba de su trabajo diario con la comunidad de Pucapeña y Santos Jota se tomaba un baño, al regreso de una cacería con Jorge Licui, se oyó un deslizador potente de Flotel, compañía de turismo que labora en el Aguarico, que se acercaba y paraba en la casa. En él venían, desde Boca de Cuyabeno, personas muy conocidas: Angel Shiguango, Benjamín Chávez y el motorista.

-Hermana tenemos un grave problema y venimos en su busca. Amparo se encuentra muy grave. Esta mañana ha comenzado a sangrar y el médico de Flotel, que ha ido a visitarla, dice que la placenta está medio fuera y también el cordón. Que hay que sacarla de

urgencia, pero nosotros no sabemos qué hacer. Era Angel quien hablaba, el padre de Amparo. Benjamín, el esposo de la paciente, miraba con unos ojos llenos de angustia.

-¿Dónde está ahora?, pregunto la hermana

-La tenemos en mi casa, respondió Angel.

-Santos, tenemos que regresar, prepara la canoa y nos largamos.

Eran las 7 de la tarde, ya estaba oscuro.

El deslizador regresó. En pocos minutos se recogían las cosas, aunque quedaron olvidadas algunas. A las 7,30 Santos, Angel, Benjamín y la Hna. Imelda iniciaban el viaje. Antes quedó establecido que si no regresaba al día siguiente, antes del mediodía, era que habían decidido viajar hasta Rocafuerte y sería muy difícil que pudiera volver para terminar el programa establecido.

Casi a las 10 de la noche arrimaban a la casa de Angel, donde todo era preocupación. La hermana sabía que Amparo tenía problemas en su embarazo, porque ella misma le había examinado cuatro días antes y le había pedido que realizara un riguroso reposo, que la paciente no cumplió. En aquel momento ya no sangraba; el cordón asomaba entre las piernas y el aspecto de la paciente no era demasiado grave. ¿Qué podía hacer en aquel lugar, si se reiniciaba la hemorragia y, como decía el doctor del Flotel, era, aunque no parecía, una placenta previa?. Mejor era lanzarse a un viaje hacia Nuevo Rocafuerte, a mas de 300 km de donde se encontraban y en plena noche, sin luna y pedir a Dios que les permitiera llegar a tiempo para cualquier decisión.

Colocaron a la paciente sobre dos buenas tablas, en la mitad de la canoa; sobre las tablas un plástico y una cobija. Otra cobija la cubría y encima otro plástico. Benjamín acompañaría a su mujer a Rocafuerte e iría de puntero. Santos tomó el mando de la embarcación e Imelda se sentó junto a la enferma. Eran las 10,30 de la noche. No llovía por el momento, pero estábamos en días muy lluviosos. Fue un viaje largo; no se detuvieron más que en una ocasión, por motivo de una niebla cerrada que les retuvo media hora. También pararon en todos los destacamentos militares, pero fueron muy amables y, ante la emergencia, les permitieron seguir. A las 7 de la mañana entraban en el puerto del hospital sin contratiempos y con la paciente en muy buenas condiciones. El motorista hizo honor a la capacidad visual de los habitantes quichuas de esta amazonía, que son capaces de orientarse en medio de la oscuridad.

Yo estaba aún en mi casa cuando me llamaron por teléfono y me dijeron que Imelda estaba en el hospital con una paciente grave. Mientras iba por el camino hacia el hospital preparaba mentalmente el quirófano, porque me hablaron de una posible placenta previa.

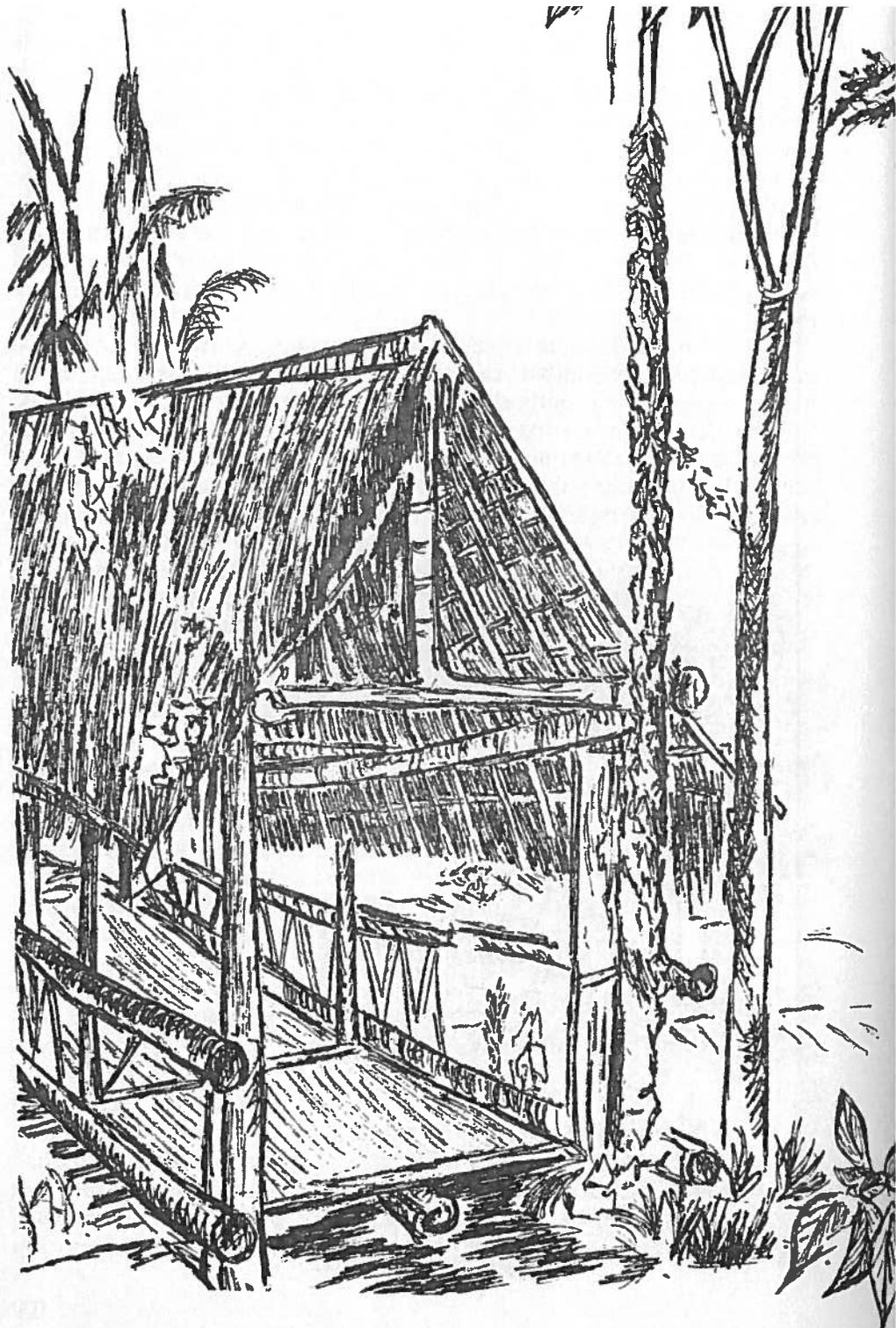
Cuando examiné a la paciente comprobé que su embarazo era de aproximadamente cinco meses, que el cordón estaba fuera, sin vida, que el abdomen estaba tranquilo. La llevamos directamente a la mesa de exploración para realizar una ecografía abdominal. La cabeza de niño mostraba acabalgamiento intenso de huesos del cráneo y no se percibía latido fetal: estaba muerto. La placenta estaba situada en el fundus del útero y la línea longitudinal del niño alcanzaba en su cabeza el cuello uterino. No había, por tanto, ninguna señal de placenta previa.

Decidimos inducir un parto inmediato bajo vigilancia, con sangre compatible disponible para cualquier emergencia quirúrgica. Para mayor seguridad y prontitud lo hicimos en el mismo quirófano. A las 10,30 el feto muerto y macerado había sido expulsado y un cuarto de hora después se desprendía la placenta, que se la veía en muy mal estado. La paciente volvía a su cama a las 11 de la mañana y la grave emergencia, que había exigido un viaje increíble, se había superado con felicidad. Se le trató con una antibio-terapia intensa, porque había señales de infección .

A la mañana siguiente, resuelto el problema, iniciaba el viaje hacia el Aguarico en el deslizador del hospital, no en solitario, como lo tenía previsto, sino acompañado de hna. Imelda, para llegar a Pucapeña a las cuatro de la tarde y proseguir el programa trazado de antemano.

Las primeras horas las dedicamos a dar un sin fin de explicaciones de lo que había ocurrido y tranquilizar a los familiares más cercanos de Amparo.





## GLOSARIO

**Ayahuasca:** literalmente: «bejuco del muerto». Alucinógeno obtenido de un bejuco, empleado por los yachac o curanderos para adivinar la causa de las enfermedades y adquirir el poder de curación.

**Balso:** madera de un árbol, de peso muy liviano y blanda para su modelación. Se emplea como material para la fabricación de balsas o puertos flotantes, existentes al pie de cada casa de la ribera del Napo.

**Bocana:** zona de la desembocadura de un río en otro. Se emplea también el término «boca», p.e. «Boca de Cuyabeno».

**Conscripto:** se dice del joven que realiza su servicio militar temporal, sin pertenecer de forma profesional al ejército.

**Chagas:** nombre de un médico brasileño que descubrió el parásito agente de una enfermedad, que ocasiona cardiopatías y lesiones intestinales, importantes y frecuentes en América Latina.

**Charapa:** tortuga de río, que pone sus huevos en los meses de noviembre y diciembre en las playas y que se consideran alimento exquisito entre los habitantes de la región.

**Chicta:** brazo del río entre dos islas o entre una isla y la tierra firme.

**Chicha:** bebida fermentada que se fabrica con productos de la región, preferentemente, con yuca o mandioca y que se considera alimento básico y, al mismo tiempo, la bebida que sirve para brindar en las reuniones de diverso signo de las comunidades indígenas.

**Chuma:** expresión de la región para designar la borrachera.

**Chuzo:** instrumento de pesca consistente en una vara de madera en cuyo extremo existen dos o tres terminales metálicos, en forma de arpón pequeño. Se emplea para picar y coger pescados pequeños.

**Huambros:** expresión familiar para designar a los muchachos jóvenes.

**Huangana:** cerdo o jabalí salvaje de la selva amazónica, en lengua quichua; denominado, por referencia a su nombre científico, «pécari».

**Huaorani:** pueblo indígena, habitante de la selva amazónica del Ecuador y que ha sido considerado como muy primitivo y aislado de los demás grupos humanos.

**Guanta:** roedor grande, de carne exquisita, sumamente valorada en la dieta de los habitantes de la amazonía.

**Maquisapa:** mono de extremidades largas, correspondiente al llamado «mono araña», muy apreciado como alimento entre los quichuas.

**Minga:** trabajo comunitario que se realiza de forma gratuita en favor de la comunidad o de miembros de la misma.

**Naporuna:** literalmente significa «hombre del Napo» y designa a la comunidad quichua de esta amplia región.

**Quilla:** pequeña embarcación de madera, obtenida por vaciamiento de un tronco de árbol, que se emplea como transporte personal en el río Napo.

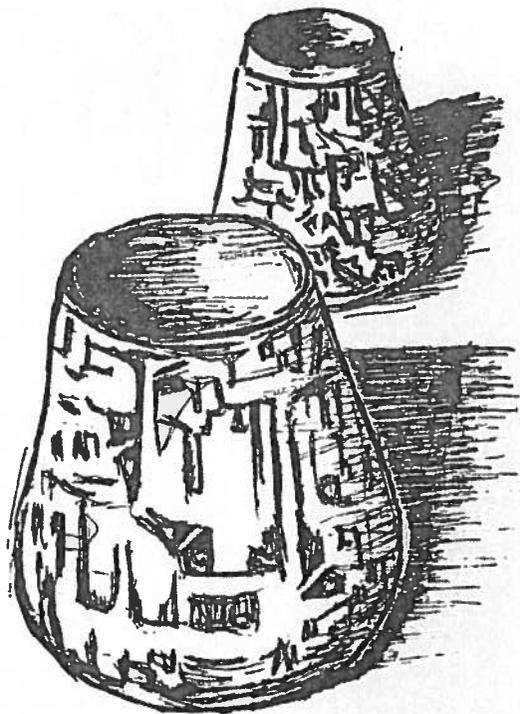
**Sacha huarmi:** literalmente «mujer de la selva». Figura mitológica, de naturaleza protectora, que habita en la selva.

**Taita:** se dice de los varones ancianos, como expresión cariñosa y de respeto.

**Tambo:** pequeña construcción fabricada con materiales de selva, generalmente de naturaleza provisional y que sustituye temporalmente a la vivienda normal de los pueblos indígenas amazónicos.

**Yachac:** literalmente, «sabio» en la lengua quichua. Apelativo con que se designa a los doctores o curanderos quichuas

**Yuca:** o mandioca, tubérculo rico en hidratos de carbono, que se emplea como alimento básico de la dieta amazónica y que sirve también para elaborar una bebida fermentada, denominada chicha.



## INDICE

Presentación .....	7
Una selva húmeda y cálida .....	9
Una anemia que mata .....	11
Un tétanos que nos llena de alegría .....	12
La angustia de una espera .....	13
Un parto entre las aguas .....	15
Una especial capacidad ante el dolor .....	16
Un árbol atractivo, pero lleno de peligros .....	17
Unas transfusiones de sangre oportunas .....	20
Los riesgos de una marcha por la selva .....	21
Una falsa enfermedad renal .....	23
¡Unos tratamientos absurdos! .....	24
Hacia un encuentro desconocido .....	25
Una interpretación mágica de un cuadro bacteriano .....	28
Un estado de desesperación .....	30
El misterio de las parálisis juveniles .....	31
¿Quién se comerá mis botas de goma? .....	34
Los caminos misteriosos de una curación .....	35
Una fractura maravillosa .....	37
El canero, ¡un pececillo entrometido! .....	38
La sabiduría aprendida en la selva .....	42
Problemas tras una fiesta entre compadres .....	43
Nunca segundas partes fueron buenas .....	46
Una visita inesperada .....	48
El triste final de una fantasía .....	49
Una cirugía estética entre los Huaorani .....	53
Una parasitosis extremadamente precoz .....	54
Un riñón hipertensivo .....	56

Perforación intestinal por áscaris .....	57
Perforación intestinal por raya .....	59
¡Ah, mi pobre hijo! .....	61
Una explosión de vida intraauricular .....	63
Operar a la luz de las candelas .....	64
Un parásito que carcome los pulmones .....	65
No siempre que se intenta se consigue .....	68
Las características de	
una anestesia singular .....	69
Una terapéutica mortal .....	70
Las angustias de un parto imposible .....	72
Un parásito que destruye la mente humana .....	73
Perdidos en la selva .....	75
Un tumor misterioso en el abdomen .....	77
Un drama obstétrico en Pucapeña, Aguarico .....	79
Un parto entre convulsiones .....	82
Un viaje interminable, sin retorno .....	83
¡Dios mío, qué me ha pasado! .....	86
El cólera nos visita .....	87
Una falsa apendicitis .....	90
Un viaje al Aguarico lleno de trastornos .....	91
Glosario .....	95

**Crónicas desde el Hospital  
FRANKLIN TELLO  
Nuevo Rocafuerte - Río Napo**

