

SER MÉDICO EN EL PERÚ

(Vivencias y algo más)

DR. CIRO MAGUIÑA VARGAS

2005



Dr. Ciro Maguiña en Kuelap CHACHAPOYAS

SER MÉDICO EN EL PERÚ
(Vivencias y algo más)

DR. CIRO MAGUIÑA VARGAS

2005

SER MEDICO EN EL PERU
2da. Edición - Octubre 2005
DIJAES SRL - 043 426914 / 422139
HUARAZ - ANCASH - PERU

AGRADECIMIENTO

- * A mis padres: Teófilo Maguiña y Maria Vargas.
- * A mis hermanos: Rodolfo, Dante, Mirtha, Alejandro, Fátima.
- * A mi compadre: José Rospigliosi.
- * A mi esposa: Sonia Lazo Chong.
- * A mis hijos: Pamela, Karin, Denisse, Jonathan.
- * A mi nieta: Angela.
- * A Adriana Casas y Maria Teresa Corpancho por sus aportes y comentarios.
- * A mi pueblo San Marcos “Paraiso de las Magnolias”, Ancash.
- * A la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- * A mis pacientes.
- * A Cristo.
- * A mi Patria.

INDICE

- Semblanza	9
- Comentarios de una lectora sobre “Ser Médico en el Perú”	13
- Introducción	17
- Historia de las Civilizaciones en América y la Importancia del Clima y la Ecología en la Salud	28
- Los Retos del Servicio Civil de Graduados (SECIGRA)	39
- La Curandera y el Cuy	43
- “Shunku Wata” y la importancia del Quechua	47
- Síndrome de las “TRES CH” y el desconocido Aguaymanto o tomatito andino	52
- Los Tíos	56
- El ultimo viaje de don Hugo Lumbreras a la comunidad de Huayopampa (Huaral, 1985)	61
- Hugo y Huguito: Historia de la Dermatología Tropical	65
- Historia del primer caso del SIDA y su situación actual	69
- Historia del Cólera y la Selva Peruana, atraso y abandono del estado	76
- La Madre Sagrario y una cesarea en la selva	82
- Brote de una enfermedad desconocida en los Aguarunas de la selva peruana	87
- Veinticinco años y el reencuentro de la promoción innominada en 2003	94
- Hacia una medicina integral	101

SEMBLANZA

Del Dr. Ciro Peregrino MAGUIÑA VARGAS

Es otro destacado heredero del gran profesor Dr Hugo Lumbreras y hoy en día forma parte del importante grupo de médicos de la nueva generación de infectólogos y tropicalistas del Perú. Es natural de San Marcos(Huari), departamento de Ancash, premio de excelencia de la GUE Ricardo Bentín, realizó con éxito sus estudios de pregrado y posgrado en la Universidad Peruana Cayetano Heredia y desde la época de estudiante destacó su papel como dirigente estudiantil, y luego como médico investigador y docente universitario. Perteneció a la 16 promoción de la UPCH, la que el 2003 cumplió 25 años.

Actualmente es Profesor Principal de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, desde 1997 es Director Asociado del Instituto de Medicina Tropical “Alexander Von Humboldt”.

Es Médico Asistente del Departamento de Enfermedades Infecciosas, Tropicales y Dermatológicas del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Durante ocho años fue Médico investigador del Centro de Investigación “Hugo Lumbreras Cruz” del Instituto Nacional de Salud.

Ha realizado cursos de Posgrado en el Campo de la Infectología y Medicina Tropical en Japón y Brasil. Participa activamente como ponente y asistente en diversos cursos, congresos y eventos en USA, Brasil, Argentina, Chile, Ecuador, Bolivia, México, Colombia, Guatemala, etc.

Entre sus principales contribuciones al campo de la medicina están sus valiosas e importantes investigaciones en la enfermedad de Carrión y las nuevas Bartonellas. En relación de la enfermedad de Carrión describió nuevas zonas de la enfermedad, nuevas altitudes y regiones (Selva alta),

describió por primera vez en la fase aguda, nuevas super infecciones como toxoplasmosis, neumocystosis, histoplasmosis, entre otras; definió mejor el período de incubación, detectó nuevas complicaciones cardiovasculares (miocarditis, pericarditis, taponamiento cardiaco), empleó nuevas terapias para la fase aguda y eruptiva, estudió nuevos métodos serológicos (Western Blot) y junto con otros médicos y biólogos describió los primeros casos de arañazo de gato y angiomatosis bacilar producidos por las nuevas especies de Bartonella: Bartonella Henselae y Bartonella Clarridgiae. Ello le hizo merecedor de dos importante premios de Medicina: Rousell en Medicina (1993) e Hipolito Unánue (1998) por la mejor edición científica en el campo de la Medicina. Ha recibido otras condecoraciones como son: Hijo ilustre del distrito de San Marcos, Diploma de Honor del Club Ancash, Médico del año de la Revista Gente, Premio Askorn de la Sociedad de Oftalmología, Premio Nacional de la Sociedad de Medicina Interna, etc.

Otras importantes investigaciones que realiza son sobre animales ponzoñosos (arañas, serpientes); describió los primeros casos de Larva migrans visceral y son valiosos los estudios en Toxocariasis, Blastocystosis y Carbunco.

Junto con los Drs. Falconí y Legua trabajaron en el Control de la Lepra en la Amazonía peruana, lo que permitió el control de la misma entre 1988 a 1994.

También es un estudioso de la historia de la medicina peruana y de las medicinas alternativas o complementarias.

Es autor de dos importantes Libros, destacando especialmente el Libro titulado “Bartonellosis o Enfermedad de Carrión nuevos aspectos de una vieja enfermedad”, el cual constituye una contribución al conocimiento actualizado de nuestra ancestral enfermedad y texto de consulta necesario.

Ha escrito 12 capítulos de Libros, destacando los publicados en el famoso texto de Medicina Interna de Oxford of Medicine de Inglaterra, en el Libro Tropical Infectious Diseases de los doctores Guerrant, Walker, Weller de USA, en el Libro de Pediatría del Dr. Meneghelo de Chile y Libro de Infectología Pediátrica del Dr. Banfi de Chile, entre otros.

Ha escrito 110 trabajos científicos en importantes revistas internacionales tales como: Clinical infectious Diseases, Clínicas Médicas de Norteamérica, Journal Infectious Diseases, Revista de Medicina Tropical de Sao Paulo y otras nacionales: Diagnóstico, Revista de la Sociedad de Medicina Interna, Revista de la Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Revista Medica Herediana, Revista Gastroenterología del Peru, Folia Dermatológica, Revista Peruana de Dermatología, etc, sobre diversos tópicos de infectología, medicina tropical, dermatología, parasitología, historia de medicina, docencia médica y medicina alternativa, etc.

Es miembro de 12 Sociedades Científicas Nacionales e Internacionales, tales como: Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Sociedad Peruana de Medicina Interna, Sociedad Peruana de Epidemiología, Sociedad de Parasitología, Academia Peruana de Salud, Asociación Daniel Alcides Carrión, American Board of Microbiology, etc: Miembro Honorario de la Sociedad Chilena de Infectología y de la Sociedad de Infectología de Córdoba (Argentina), Miembro Titular de la Asociación Panamericana de Infectología.

Entre 1993-1994 fue Presidente de la Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales.

Es un destacado conferencista en temas de infectología, medicina tropical y dermatología tanto a nivel nacional e internacional. Por ello se le ha condecorado con el título de Profesor Honorario en las Facultades de Medicina de la Universidad Nacional del Centro, de la Universidad Particular Antenor Orrego de Trujillo (UPAO) y últimamente como Profesor Honorario de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, de Huaraz.

Por sus dotes docentes y de investigador la promoción 35 de la Facultad de Medicina de la UPCH lleva el nombre de Ciro Maguiña Vargas.

Es miembro titular de diversos Comités del Colegio Médico, SPEIT, MINSA, etc.

Actualmente es miembro titular del Comité de Enfermedades Transmisibles del Consejo Nacional de Salud. Desde 1996 es asesor científico de la corporación Abefe Bristol Myers Squibb. El año 2004 ha sido incorporado como miembro titular del Consejo Consultivo de la Fundación Hipólito Unánue.

Los Editores 2005



*Dr. **Ciro Maguiña Vargas**, Dr. **Carlos Vidal** (ex Rector UPCH) Dr. **Eduardo Gotuzzo** (Director Ints. Medicina Tropical Alexander Von Humboldt)*

COMENTARIOS DE UNA LECTORA SOBRE “SER MEDICO EN EL PERÚ”

El solo título de este importante libro “ser médico en el Perú”, lo conduce a uno a meditar, a “reflexionar que se trata de enfrentar un reto realmente difícil, complejo, “sui generis”, pero al mismo tiempo hondamente conmovedor, y, que en una entrega sacrificada compromete no sólo la preparación científica del galeno, sino el alma y todo su corazón humanista.

Habiendo tratado al Dr. *Ciro Peregrino Maguiña Vargas* uno va describiendo gradualmente no sólo su capacidad médica, sino su riqueza Cristiana y su hondo cargazón espiritual. Su lenguaje es sencillo, pero al mismo tiempo cálido, diáfano y muy envolvente para el lector. El orgullo que muestra por su terruño conmueve y el hecho de hablar el “runa simi” crea entre él y sus pacientes una comunicación, un enlace, que solo se logra a través del cáliz del lenguaje propio.

Es bien conocido el rigor académico y las exigencias de la Universidad Peruana Cayetano Heredia “Alma Mater” del Dr. *Ciro Maguiña*, pero habiendo tenido el privilegio de haber conocido a sus fundadores: Dr. *Honorio Delgado* y *Alberto Hurtado*, es lógico pensar que así sea. Mas a fondo cuando era yo muy joven hablé algunas veces con el doctor *Honorio Delgado*, un académico a carta cabal. Serio, circunspecto y sobrio. Así también era en sus apasionamiento literario, sobrio y delicado. Poseía una biblioteca extraordinaria en la que aparte de los libros de medicina, primaba los de literatura, así como los de historia del Arte. Aparentemente no demostraba mucha apertura humana, pues no era tan locuaz como su esposa de raza germana (*Doña Helene*).

Todos comentaban que el Dr. *Delgado* parecía “El Alemán” y ella la arequipeña “La Characata”. Aunque no hablo alemán observé que la biblioteca poseía una colección magnífica del epistolario que había mantenido con el Dr. *Freud*.

Celebro con particular entusiasmo que el Dr. Maguiña confiesa que sus escritos que sí tenía conocimiento del lugar de procedencia de Cayetano Heredia (Catacaos Piura), ante pregunta que se formuló en clase. Con Cayetano Heredia siento un vínculo histórico y emocional al llevar la sangre de quien fuera Manuel Nicolás Corpancho, Patrono de la Diplomacia del Ochocientos, integrante de la generación de los Románticos en el Perú, pero por sobre todo Médico de profesión. Fue Cayetano Heredia su jefe, cuando Corpancho realizó su internado en San Fernando.

Recuerdo de los nombres mencionados por el Dr. Maguiña al Dr. Hugo Pesce, gran amigo de mi padre y quien me enviara el día que nací un par de topacios para las orejitas. Pesce era un hombre muy inteligente, muy versado, un espíritu fino y un sabio según comentaba mi padre. De los maestros del Dr. Maguiña, traté muy de cerca con los profesores Leopoldo Chiappo y Luis León Herrera, por intermedio de una tía carnal mía, Rosa Corpancho O'Donnell, y con quien yo viví desde que nací prácticamente y que me enseñó a amar vividamente las letras, que eran su pasión.

Chiappo no solo fue un buen psicólogo sino un erudito y un apasionado del Dante. Además un gran musicólogo. Lucho León Herrera, un espíritu exquisito, devoto de la literatura, cultor de la poesía y quien nos regalara tantos años escribiendo en el dominical de “El Comercio”, también un fino musicólogo. Cuando lo veo le pregunto ¿y cómo está Gerardo Diego? En alusión a una conferencia de antología que dictara una vez en la biblioteca de Miraflores sobre el mencionado escritor español.

El capítulo dedicado a los tíos me pareció sumamente enternecedor. Esos tíos pintados con pinceladas muy vividas, muy tiernas y que nos demuestran la importancia de los que nos aventajan en años y que nos transmiten su ternura, sus enseñanzas y su cariño.

Tremendamente conmovedor y dramático el caso de “El Cólera y el Barco Madre Selva”, y como este sigue navegando ¡que tal aventura vivida y el milagro que se logró con el señor Payma!.

Todo un reto la enfermedad que amenazó a los aguarunas y lo peor es que no se

sabía a ciencia cierta a qué enfermedad se estaba enfrentando. La ayuda del profesor aguaruna pone énfasis a la importancia del bilingüismo. La geografía del Perú a través del viaje, todo un desafío temerario que solo algunas veces se vive en este Perú profundo, tan lleno de problemas, de posibilidades pero también de esperanzas importantes el hecho de que después de analizar las pruebas obtenidas se encontró la presencia de la fiebre de la oroya o enfermedad de Carrión, en la Selva Peruana.

Es muy acucioso el énfasis que pone el Dr. Maguiña entre las mal llamadas medicinas alternativas, entre ellas nuestra milenaria medicina tradicional andina y amazónica, y de cómo nace el interés por estudiar y comparar nuestra medicina occidental con las otras medicinas. Es destacable el esclarecimiento de la medicina tradicional o folklórica como una rama de la medicina muy antigua que se ha desarrollado en el contexto social y económico de las antiguas civilizaciones. Es importante que muchas de las plantas que usamos hoy procedan de las canteras de la medicina tradicional. Es de primordial importancia la mundialmente famosa quinina, conocida con diversos nombres como el polvo de los Jesuitas, polvo de la condesa, polvos peruanos, etc. El Dr. Maguiña hace acotación de que la medicina precolombina no tuvo un pensamiento médico ni científico pues fue empírica y se desarrolló en un ambiente mágico, religioso y místico, enseñándose a curar en forma secreta. Cabe resaltar que lo admirable de los curanderos fue el extremado conocimiento que tenían de la ecología y el clima, empleando muchas veces, el masaje y la succión. Es resaltante mencionar como el Dr. Maguiña explica que durante muchos años los médicos formados en las principales escuelas médicas no tenían muchos recursos de diagnóstico y de terapia. Venían a ser unos auténticos “curanderos ilustrados y cultos”. Los hombres que aspiren a ser médicos integrales, señala el Dr. Maguiña, deben rescatar uno de los aspectos positivos que poseen muchos curanderos, es decir, saber “tratar y entender al paciente”, tener una relación horizontal, ser amigo del paciente.

Muy conmovedor y pleno de tesitura humana la alusión que el Dr. Maguiña hace de la madre Sagrario “Motor Humano”, como la califica, y todas sus características de desprendimiento humano y de catarsis, entendido con el solo fin de hacer el bien y practicar el amor.

Un tema apasionante es el abordado sobre el idioma quechua, el Dr Maguiña presenta algunas pinceladas sobre este idioma, la importancia en el origen del Pisco y la gran utilidad en la relación médico-paciente.

Aún más conmovedora es la lucha por salvar quizás no una vida sino dos, constituía por la proeza de la cesárea. El hecho que el Dr. Maguiña, señalara que se persigó tres veces, creyendo definitivamente en el “Ariel” de Rodó “que mientras haya dos maderos cruzados habrá esperanzas”. El médico cuajado de fe repitió el acto tres veces, en dos días la madre estaba en franca recuperación y no sólo por el milagro de la ciencia sino por el de la esperanza.

Emotiva y sabia la repetición del maestro de la Universidad Cayetano Heredia. Don Armando Sillicani, quien cuando hablaba con sus alumnos les repetía hasta el cansancio: “primero sean buenos médicos, luego mejores médicos generales, excelentes médicos internistas y finalmente destacados especialistas”.

Relevante y destacado es recordar el papel que cumplen los religiosos misioneros en nuestra basta y compleja amazonía acentuando la creencia en un gran Hacedor. Homenaje desde la distancia al cristianismo de la Madre Sagrario y Homenaje al Dr. Maguiña en él un compendio de experiencia, trasluce su grandeza de alma y su fibra y nervio de bondad y, que camina como un verdadero “Peregrino”, honrando su nombre, al extender la mano al necesitado, barbechando el terreno para despertar cuantas vocaciones auténticas y fervientes en su místico caminar.

María Teresa Corpancho Pardo
HISTORIADORA

INTRODUCCION

Este libro es un testimonio personal de algunas de mis vivencias de médico, sea como médico rural en mi pueblo natal San Marcos (Huari), Ancash, o como médico residente en el Hospital Nacional Cayetano Heredia o como especialista en enfermedades infecciosas y tropicales, trabajando e investigando en la bella y fascinante amazonia loreтана, entre otros momentos.

Nací en el bello distrito andino de San Marcos, conocido como “paraíso de las magnolias”, mis primeros cinco años de mi vida los pasé en este hermoso rincón serrano de los andes tropicales y junto con otros cuatro hermanos mis padres se trasladaron a Lima y toda mi etapa escolar primaria y secundaria lo pase en el distrito del Rímac, barrio criollo y popular. Desde joven escolar fui socio e hinchista fanático del Sporting Cristal (en ese tiempo el 2% de la hinchada nacional), mi barrio tenía fama de tener jugadores de calidad como Eloy Campos, Luis Rubiños, Germán Albujar, José Huapaya, Cesar Cueto, etc, muchos de ellos fueron integrantes de las grandes selecciones nacionales y algunos son ídolos nacionales por siempre y en ese tiempo los jóvenes de mi barrio y de mi entorno soñaban con imitarlos, pero mi pensamiento iba por otro lado, yo me consideraba un tipo intelectual y buscaba ser un profesional (ingeniero, arqueólogo, periodista, médico, etc), pero reconozco que mi decisión profesional futura tuvo influencia los sabios consejos de mi recordado padre, Teófilo Maguiña, él era todo un personaje, gran poeta, excelente profesor, historiador, intelectual, humanista, etc.; muy estimado y considerado por los profesores y los intelectuales de mi país. ¿Cómo me nació el interés por la carrera médica?, realmente no recuerdo el momento ni la fecha, pero en 1965 mi padre estaba realizando estudios de postgrado en España y cuando estuvo en Italia se acordó de mi persona y me trajo como regalo un pequeño microscopio de luz, el cual me lo entregó en Lima en 1966, estaba estudiando secundaria en la Gran Unidad Escolar del Rímac “Ricardo Bentín” y al tenerlo me sentí el hombre más feliz del mundo y lo primero que

hice fue agarrar las patas de una mosca y comencé a investigar en el microscopio, tal vez allí nació mis deseos de estudiar la biología y al hombre y creo fue un punto a favor para decidirme a estudiar la futura carrera médica.

La G.U.E Ricardo Bentín, fue un gran centro de enseñanza secundaria, y competía con colegios tales como Guadalupe, Melitón Carvajal, Alfonso Ugarte, etc. En ese tiempo poseían excelentes profesores como: Gárate, Lavado, Acorazao, algunos de ellos eran además médicos, abogados, militares, etc, muchos de ellos nos transmitieron su sapiencia y contribuyeron a nuestra formación integral. En este importante colegio conocí a sencillos estudiantes rimenses, tales como Emilio y Manuel Vidal, Rodolfo Sosa, Víctor Cataño, Orlando Barreto, Jorge Vigo, José Calvo, Daniel Aguirre, René Acosta, Alfredo Izaguirre, Héctor Zevallos, Jorge Yataco, Pinedo, Sánchez, Alva, Fox, Paredes, León, entre otros; hoy todos ellos son destacados profesionales, militares y hombres de bien.

Culminado mis estudios secundarios con éxito, luego de pensar y cavilar un poco, y recibir diversos consejos de los familiares, decidí postular a la carrera de medicina y pensaba hacerlo en la antigua y tradicional Universidad Nacional Mayor de San Marcos, pero fue mi hermano mayor, el profesor Rodolfo Maguiña, quien me animó y matriculó a la Universidad Peruana Cayetano Heredia; en ese tiempo mi visión de la Universidad Peruana Cayetano Heredia era equivocada, pensaba que solo los hijos de los “pitucos” o ricos podían entrar y estudiar en esta entidad, estaba prejuiciado y desinformado, luego de los exámenes correspondientes y los habituales temores de joven postulante, logré ingresar en 1971 a la novel y prestigiosa Universidad de Ciencias Médicas. Ingresar a la UPCH, fue un cambio total de mi vida, soy sincero, fue ir a un lugar distinto y diferente al que nunca imaginé llegar.

Los ingresantes a la UPCH fuimos 120 alumnos provenientes de los diferentes estratos de la sociedad limeña, había de las clases alta, media, baja, algunos provincianos, muchos cachimbos de Lima procedían de importantes Colegios Particulares como: Markham, Carmelitas, Nuestra Señora de la Inmaculada, León Pinelo, Maristas del Callao, y la minoría de colegios

nacionales, como Guadalupe, Alfonso Ugarte, Ricardo Bentín, Ricardo Palma, Mercedes Cabello, etc.

Entre los primeros amigos que encontré estaban Víctor Machuca, que era vecino del Rímac, la guapa pucallpina Lili Garcia (fallecida en el vuelo de Lansa de 1971) y el parco chino Loo de Ica, que falleció lamentablemente en un accidente el año siguiente. Fue mi primera “mancha o coyera”, luego conocí a otros amigos, uno en especial José Rospigliosi, que con el tiempo se convirtió en mi mejor amigo y hoy es mi compadre, los cachimbos lo conocíamos como Pochito y era conocido por su sencillez, colaboración y ser un gran matemático.

Uno de los momentos que más recuerdo fue el primer día de clase universitaria desarrollada en el aula de facilidades docentes, vinieron las autoridades de la UPCH con los usuales saludos de bienvenida y el Rector Dr. Enrique Fernández, hizo una pregunta de cultura general y preguntó en voz alzada a todos los cachimbos, ¿dónde nació Cayetano Heredia?, felizmente mi mente se iluminó y recordé haber leído un libro de la biblioteca de mi padre que Cayetano Heredia nació en Catacaos, Piura; inmediatamente levanté mi mano y le contesté, el Dr. Fernández me felicitó y me puse muy contento, ya que era el primer día en la UPCH, no conocía a nadie y sentí haber superado un primer reto.

La exigencia era muy fuerte, las clases de matemática, física, química, biología, etc, nos obligó a tener una mayor dedicación. Allí comenzó la “jaladera”, tuve que estudiar fuerte y pude pasar los cursos, el siguiente ciclo fue más fuerte con cursos como: física II, fisicoquímica, matemática II, etc y los desaprobados aumentaron. En ese tiempo un Reglamento obsoleto en la UPCH hizo que casi un tercio de mis colegas salgan desaprobados y otro tercio salieran expulsados, ello me pareció una injusticia y desde allí conocí por primera vez la Asociación de Estudiantes de Cayetano Heredia (AECH), entidad gremial que comenzó a luchar contra algunos de los injustos reglamentos de la UPCH, conocí a los dirigentes de esa época, alumnos como Germán Benito, Aldo Rondinel, Paúl Alfaro, Pedro Brito, César Lip, Carlos Herz, Pedro Arévalo, entre otros, los cuales tuvieron que enfrentarse a algunas

autoridades, ello obligó a que muchos padres de los alumnos desaprobados o expulsados se reunieran en vacaciones. Gracias a la lucha de la AECH, algunos estudiantes pudieron ser repuestos y regresaron a estudiar, pero el polémico y famoso artículo fue eliminado un año después. De los 120 cachimbos, solo 28 pasamos al primer año de medicina, el resto se quedó en la otra promoción y otro fue expulsado. Esos dos primeros años me acercaron al gremio estudiantil y así pude conocer de cerca a la AECH, a sus dirigentes, a otros alumnos interesados en aspectos sociales, deportivos, culturales, científicos.

En ese tiempo la UPCH, estaba en gran parte financiada por el Estado peruano, gracias a ello las pensiones estudiantiles no eran caras y permitió que muchos estudiantes con pocos recursos pudieran culminar sus estudios y además existía un lema en la Universidad, “Nadie se queda sin estudiar si no tiene dinero”, había muchos becados y semibecados, mi padre me costeo la pensión correspondiente, pero para ayudarlo desde el primer año de medicina dicté clases en la Academia de preparación de postulantes Cayetano Heredia gracias a la invitación de un amigo Paúl Alfaro Fernández.

Cuando postulé e ingresé a la universidad; mi meta era solo estudiar y ser un buen profesional, no conocía ni me interesaba la política. Esta Universidad ofrecía un ambiente adecuado para ello, pero reconozco autocriticamente que estaba equivocado. Haber estudiado ocho años en mi Universidad me permitió cambiar esa concepción pasiva y conservadora que mantenían y mantienen hasta hoy muchos estudiantes universitarios. En mi tiempo la mayoría de los “cachimbos” de la UPCH, calificábamos a la AECH como sinónimo de estudiantes “politizados e izquierdistas”, pero la realidad era otra, la AECH fue y es un ente gremial y desde su fundación jugó un rol importante en el desarrollo estudiantil y la vida universitaria en la UPCH (la historia de este gremio está por escribirse). Si bien en muchos de los dirigentes predominaban la influencia izquierdista, esta posición política era la predominante en la gran mayoría de la universidades del mundo y muchas peruanas (estatales y privadas). La forma de trabajo era democrática, progresista, de acercarse a la problemática estudiantil, participar y conocer la realidad nacional, por ello realizaba muchos viajes de atención de salud a comunidades rurales de Piura,

Apurímac, Cuzco etc. Otra virtud de sus dirigentes es que no eran los clásicos estudiantes “politiqueros” de otras universidades, la gran mayoría eran alumnos destacados y estudiosos, ello le daba seriedad y categoría al Gremio, tal fue la relación que adquirí con la AECH y su círculo político, el CEAS (Círculo de Estudios y Acción Social), que con el pasar del tiempo me convertí en Secretario General de la AECH y posteriormente en un reconocido líder estudiantil en la conservadora Universidad Peruana Cayetano Heredia; durante varios años colaboré a su desarrollo, pude conocer otras facultades de Medicina, a sus dirigentes de los Centros de Estudiantes como la de San Fernando (Universidad Nacional Mayor de San Marcos), Federico Villareal, Universidad Nacional de Trujillo, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, San Luis Gonzaga de Ica (muchos de ellos hoy en día autoridades de salud o académicas), además me permitió salir de Lima y conocer otras realidades sociales y sanitarias de la Oroya, Huancayo, Cerro de Pasco, Huaral, Cañete, Ancash, Querocotillo, etc.; esos viajes comunitarios promovidos por la AECH y algunos profesores de la UPCH, fueron de gran motivación y valor, nos permitió romper la visión tubular academicista y científicista que teníamos de la Medicina, mi pensamiento, visión y perspectiva profesional cambiaron radicalmente. Ello sirvió además para cuestionarme hacia donde iba a desarrollarme, así mi opción por quedarme en el Perú se reforzó y consolidó. Me tocó vivir el gobierno del militar nacionalista General Juan Velazco Alvarado, período políticamente muy convulsionado, como estudiante y dirigente juvenil participé en muchas reuniones gremiales y algunas de protesta contra el gobierno militar reinante, en especial las que organizaba la opositora Federación de Estudiantes del Perú; conocí a líderes estudiantiles de todas las tendencias y que luego de un tiempo fueron y son hoy diputados de diversos partidos políticos del Congreso Nacional de la República.

Estando por culminar mi internado de medicina en 1978 en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, fui invitado al Cuzco Imperial. En ese Congreso Nacional fui elegido en la Junta Directiva de la Federación de Estudiantes del Perú; era la primera vez que un estudiante de la UPCH asumía tan importante cargo gremial.

Los primeros años de estudios generales, de preclínica y clínica fueron muy valiosos y motivadores, recuerdo las sabias enseñanzas de mis maestros y profesores como: Sr. Luis León Herrera (Literatura) Dr. Leopoldo Chiappo (Hombre y Sociedad), Ing Hildebrando Luque (Física), Dr. Nuñez y Sr Juan Jiménez (Química), Dra. Emma Rubin de Celis (Problemas Sociales del Perú), Dr. Alberto Cazorla (Bioquímica), Dr. Fernando Porturas (Histología), Dr. Romulo Puga (Anatomía), Dr. Rufo Postigo (Semiología), Dr. German Luy, Dr. Carlos Subuaste, (Medicina Interna), Dr. Victor Baracco (Cirugía), Dr. Eduardo Barboza (Cirugía), Dr. Manuel Gonzáles del Riego (Ginecología), Dr. José Luis Calderón (Medicina Interna), Dr. José Galvez (Hematología), Drs. Luna, Lindo (Pediatria), entre otros etc. La Universidad no tenía suficientes aulas, por ello nuestra promoción decidió apoyar la construcción de las barracas (aulas de madera prefabricada), limpiando el terral, cargando piedras, pintando las maderas, etc, fue una forma de colaborar con nuestra formación y creo que esta actitud contribuyó a entender el llamado y denominado espíritu herediano.

Mi Internado de Medicina lo realicé en el moderno Hospital Universitario Nacional Cayetano Heredia, ubicado en el populoso distrito de San Martín de Porres, a pesar de lo pequeño que era, gozaba de fama por sus médicos que hacían una verdadera docencia en servicio.

Esos ocho años fueron de un gran aprendizaje al lado de los enfermos de los Hospitales de Salud como son el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Arzobispo Loayza, Dos de Mayo, Hospital del Niño, Maternidad de Lima, Víctor Larco Herrera, etc. En esos Hospitales observé y valoré el trabajo sacrificado de los externos e internos de medicina, de los Médicos Residentes (post grado), de los Médicos asistentes, otros profesionales y técnicos de salud, quienes me transmitieron su experiencia, sapiencia y paciencia para diagnosticar, curar, aliviar, compensar a los enfermos. También entendí por primera vez la importancia de la vida y de la muerte.

Durante los ocho años que duró mi formación de Médico Cirujano, se dio un gran dilema quedarme o irme del país, debido a mi convicción personal, familiar y política decidí hacer patria y quedarme en mi país.

Recuerdo con agrado los importantes consejos de mi tío el Dr. Alvaro Espinoza Alfaro, Médico de la familia, me orientó y me señaló que al atender a los pacientes siempre lo haga siempre con humildad y sencillez, nunca poner el tiempo por delante. Todo ello me sirvió mucho en mi trato con los pacientes, tanto en mi terruño natal como en otras partes del Perú.

Lo aprendido en mi Internado Médico, me sirvió para resolver con éxito muchas y diversas emergencias médicas-quirúrgicas, pero la triste realidad sanitaria de las zonas rurales me abrió mejor los ojos a otras realidades médicas y sanitarias del Perú profundo y que hoy día lo entiendo mejor.

Culminado mi Internado de medicina, me gradué de Médico Cirujano en 1979. Me tocaba realizar el SECIGRA (Servicio Civil de Graduandos); a la UPCH le habían asignado enviar los Secigristas a la Selva Central o Loreto. Pero recordé que de adolescente hice una promesa a mis paisanos de mi pueblo natal, de retornar a trabajar cuando me haga profesional, así lo hice, ese año que trabajé en los caseríos y distritos de los distritos de San Marcos, Chavín y Huántar, ello me permitió conocer las otras medicinas alternativas, conocer otras costumbres culturales, nutritivas, conocer mejor a mis familiares, a los campesinos y sus males, valoré la Epidemiología y la Salud Pública, volví a hablar y practiqué el maravilloso quechua con mis pacientes; en fin , una serie de vivencias y experiencias que han sido de gran valor para mi formación de médico. Fruto de ello fue que las autoridades municipales de San Marcos, me declararan hijo predilecto de la ciudad, por lo cual siempre llevo con orgullo dicha distinción. Ese año de trabajo de médico rural, fue muy valioso el apoyo y la compañía de mi madre María Vargas, conocida como “mama mía”, quien era muy querida en mi pueblo por su bondad y entrega a los lugareños y campesinos, especialmente los pobres, ella conocía bien el valor de muchas plantas medicinales y el saber popular. Luego que yo terminaba mi atención médica de los pacientes a quienes recetaba las clásicas medicinas occidentales (aspirina, penicilinas, amoxicilinas, sulfas, diclofenaco, etc), ella sabiamente les hablaba en quechua y les decía que para curar sus males combinen los medicamentos con algunas plantas como la escorzonera, el molle, llantén, huamanpinta, flor de romero, ajengo, mullaca, hierba santa, etc; ello me permitió un mejor acercamiento y aceptación de mis pacientes; pasados los años muchos pacientes recordaban esta buena mezcla de la medicina occidental y la tradicional andina.



Dr. Ciro Maguiña con promotores de salud en Ancash 1979

Al término de mi servicio médico rural en 1980, escribí en el informe final:” Frente a esta realidad he cosechado valiosas experiencias. La salida al campo, más que una obligación, deviene en una acción personal del Médico joven, quien, comprometido con su realidad, llega a ese Perú profundo, casi mágico y primitivo y aporta lo mejor de sus conocimientos en beneficio de esos pueblos olvidados, a la vez que aprecia in-situ las necesidades y problemas más íntimos de los grupos nacionales menos privilegiados. Si bien me correspondía salir a zonas de menor desarrollo, escogí mi pueblo natal, el distrito de San Marcos, provincia de Huari, Ancash, rompiendo con este mito, que hace que muchos jóvenes profesionales no regresen por ideas equivocadas o por prejuicios, como aquello de “nadie es profeta en su pueblo”. Ahora puedo confesarlo sin falsa modestia, para mí fue un reto, y lo acepté, con entereza. Volver al terruño, donde hace cien años pasaba el ejército patriota del Coronel Leoncio Prado rumbo a Huamachuco y donde una bisabuela mi tía (Doña Elvira Castro) en compañía de otros familiares, tuvo el honor y privilegio de recibirle, era como volver a la Historia. A pesar de las dificultades que es tratar con familiares y personas amigas, puedo decir

que mi labor ha tenido éxito y que el ambiente no es lo que determina al hombre, sino el hombre es el que guía el curso de la historia, en cualquier lugar que se encuentre. En una palabra estoy contento de haber iniciado mi vida profesional en uno de los distritos más bellos del mundo, como es la tierra de mis mayores y la mía. La formación académica, además del aspecto científico, debe complementarse con la sabiduría del pueblo, tan interesante y jútíl!. Un profesional joven, al salir al campo parece despertar a otra realidad. En un año de experiencia he comprobado que mi formación no fue integral. No se me dijo palabra alguna sobre la Medicina Folklórica, o sobre el Quechua o “runa-simi”, tan expresivo y agradable, etc. Y ahora sí, puedo afirmar, que gracias al hecho de comenzar a trabajar en mi pueblo he asimilado ciertas verdades, que estoy seguro me servirán en el futuro.....”.

Posteriormente de regreso a Lima en 1980, estaba convencido de hacer un post grado y no dudé en escoger la especialidad en enfermedades infecciosas y tropicales, debido a la importancia que tiene para nuestro país .

Durante los cuatro años de post grado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia y en la UPCH, tuve el valioso apoyo docente-asisitencial, de grandes maestros como los Drs.: José Luis Calderón, Dr. Amador Carcelén (“El Gran Maestro”), Dr. Armando Silicani, Dr. César Torres, Dr. Oswaldo Zegarra, Dr. Régulo Agusti, Dr. Fernando Tapia, Dra. Graciela Solis, Dr. Renato Alarcón, Dr. Hugo Lumbreras, Dr. Humberto Alvarez, Dr. Jorge Berrios, Dr. Sixto Recavarren, Dr. Carlos Monge, Dr. Juan Cabrera, Dr. Raúl León Barúa, Dr. Alberto Ramirez, Dr. Raúl Tello, Dr. Humberto Guerra, Dra. Angélica Terashima, Dr. César Jordan, Dr. Oscar Situ, Dr. Bernabé Herrera, el apoyo de médicos jóvenes de gran prestigio como el Dr. Eduardo Gotuzzo, Dr. Jorge Guerra, Dr. Jorge Casas, Dr. H. Hernandez, Dr. Emilio Crosby, Dr. Marín Arana, Dr. Raúl Cantella, Dr. R. Patrucco, Dr. E. Salazar, Dr. L. Caravedo, además de otros.

Una anécdota que influyó para escribir y publicar este libro es la siguiente: cursaba el primer año de post grado en Medicina Interna en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, y un día me encontré con el famoso y sencillo médico Dr. don Hugo Lumbreras, director del prestigioso Instituto de Medicina Tropical “Alexander Von Humboldt”, el me reconoció y me dijo: “Dr. Maguiña Ud. va a ser tropicalista y habrá leído el libro “Latitudes del Silencio” del Dr. Pesce”, y yo le contesté: “francamente que NO”, no sabía

que su autor era el Dr. Hugo Pesce, por ello don Hugo tuvo la gentileza de darme su libro original, lo fotocopí, leí raudamente con gran interés y descubrí lo profundo de la obra de Pesce y a partir de ahí pensé que el verdadero tropicalista, no debe ser exclusivamente un médico de un Hospital, sino que debería ser un médico de campo, aventurero y arriesgado; creo fue una verdadera fuente de inspiración para mis futuras investigaciones y creo también que me ha servido para escribir este libro. Todos los profesionales de la Salud deberían leer ese libro.

Estoy casado con la Sra. Sonia Lazo Chong, y tengo 4 hijos: Tania, Karin, Denisse y Jonathan. Tania mi hija mayor es Ingeniera Informática graduada en la UPCH; además tengo una linda nieta llamada Angela.

En los siguientes años he conocido numerosos maestros de la medicina peruana tales como: Drs. Pedro Weiss, Hector Colichón, Fernando Cabieses, Uriel García, J. Arias Stella, A Herrer, Oscar Trelles, Esteban Roca, Augusto Yi , Roger Guera-García, Homero Silva, Carlos Subuaste, Rolando Calderón, Meliton Arce, Raul Gamboa, Guillermo Quiroz, Manuel Cuadra, Dr. Hernan Miranda, Dr. Julio Lopera, Dr. César Naquira, Vicente Carrasco, Fausto Garmendía, Zuño Burstein, Olga Palacios, Luis Solano, Dr. José Neyra, Dr. Carlos Lanfranco, Dr. Guillermo Contreras, Dr. Abelardo Tejada, Dr. Hugo Vizcarra, Dr. J.M. Guevara-Duncán, entre otros lo que me ha permitido ampliar mis conocimientos. De los numerosos e importantes colegas y amigos médicos extranjeros, señalo a la Dra. Valeria Prado, de Chile, la que me motivo a escribir algunas de las anécdotas del libro; a los Drs. Raúl Isturiz y Jaime Torres, de Venezuela, con quienes tenemos varios años de profunda amistad, los que colaboran al éxito importante del Curso Internacional de TROPICAL GORGAS COURSE, desarrollado desde hace más de diez años en Lima y finalmente al Dr. David Warrell de Inglaterra, por su sapiencia, humildad y dotes de gran maestro de la medicina tropical mundial .

El año, 2004, cumpla 26 años de haber culminado mi internado de medicina y 24 años de médico, por ello, dedico especialmente este libro, a los humildes y sufridos pacientes de los hospitales de salud, de las comunidades rurales andinas y selváticas, de los cuales aprendí mucho, con ellos descubrí el difícil arte de la medicina. Gracias a ellos puedo ejercer la medicina y asimismo comprender el sufrimiento y la muerte de ellos, aprendí a tener paciencia y a tomar decisiones, especialmente entender en forma integral la relación médico paciente.

Lima Diciembre 2004

Un agradecimiento muy especial a mi gran amigo el Dr. Eduardo Gotuzzo, por su invaluable y valioso apoyo a todo nivel en mi desarrollo y formación profesional en todos estos años.

*Dr. Ciro Maguiña
recibiendo en 1999 el
Premio HIPOLITO UNANUE
1998 al ocupar el primer
Lugar a la mejor edición en
Ciencias de Salud de manos
del Dr. Andres Solidoro.*



Dr. Gutiérrez R., Dr. Tickson (Inglaterra), Dr. Ciro Maguiña, Dr. Warrell (Inglaterra)



Paciente con Fiebre de la Oroya - Lima 2003.

HISTORIA DE LAS CIVILIZACIONES EN AMERICA Y LA IMPORTANCIA DEL CLIMA Y LA ECOLOGÍA EN LA SALUD

El hombre en su afán desmedido de progreso y desarrollo ha ido agrediendo permanentemente a la naturaleza, a través de talas masivas e irracionales de árboles, construcción de carreteras en reservas naturales, quema e incendio de plantas, caza excesiva de animales, uso y contaminación con sustancias químicas en diversas extracciones, migraciones de numerosas personas a reservas protegidas, etc; generando diversos cambios en el medio ambiente, lo que se ha sumado a los propios y naturales cambios de la naturaleza, tales como el calentamiento de la tierra, incremento de la capa de ozono, fenómeno de desglaciación, etc Ello ha propiciado diversos cambios peligrosos en la tierra que produce sequías, aparición de nuevas zonas áridas, desaparición de muchas especies animales y vegetales, aparición de nuevas enfermedades o la reemergencia de otras, ejemplo de ello son los nuevos virus hemorrágicos como el virus Lassavirus, virus Ebóla, Virus hemorrágico del Valle del Rift en el Africa, o el VIH.

Gracias a los modernos estudios científicos paleontológicos, antropológicos, geológicos, biológicos y moleculares, sabemos que el desarrollo del ser humano ha estado y está supeditado a las condiciones favorables o desfavorables del medio ambiente.

La geografía es una barrera favorable o desfavorable para la existencia de la fauna y la flora, las que a su vez conforman un ambiente especial donde pudieran desarrollarse insectos o vectores que, sumados al clima, permitirán la aparición de diversas enfermedades transmisibles, parasitológicas, tropicales e infectocontagiosas.

Con la aparición en el África de los primeros homínidos (Australopithecus Afarensis) hace más de cuatro millones de años y, posteriormente, con la aparición del hombre moderno (Homo sapiens sapiens) hace más de doscientos mil años, muchos fenómenos biológicos y antropológicos se han

producido. La adaptación del hombre a la naturaleza le ha costado miles o tal vez millones de víctimas; producto de las enfermedades, del consumo de una fruta venenosa o al comer un animal infectado, etc. En este proceso de aciertos y errores se han ido forjando los seres humanos, quienes han sobrevivido han tenido como aliado a su propia inmunidad natural o la adquirida a lo largo del tiempo, lo cual ha llevado posteriormente al florecimiento de pequeñas y grandes civilizaciones que han tenido que enfrentar plagas, enfermedades, epidemias.

Se ha estimado que el estrecho de Berhing el cual une el continente americano con el asiático tuvo dos puentes de tierra y hielo, el primero hace 28,000 años y el segundo entre 20,000 a 12,000 años; se plantea que en esos años se produjo las grandes migraciones de los habitantes del Asia hacia América, por ello se calcula que el primer periodo de asentamiento y desarrollo del hombre en el Nuevo Mundo empezó hace 25,000 años y duro hasta el 6,000 antes de nuestra era. En esos años las poblaciones prehistóricas fueron cazadoras, pescadoras y recolectoras, luego de un lento proceso descubrieron la agricultura, lo que le permitió la vida en pequeños poblados y el posterior desarrollo de las culturas, reinos e Imperios.

Uno de los grandes hallazgos arqueológicos realizados en el Perú, fue el descubrimiento realizado por el Dr. Richard Mac Neish, quién encontró la presencia humana en la cueva de Pikimachay (Ayacucho) a 2,740 msnm. Otro hallazgo notable en los Andes fue el descubrimiento en la cueva Guitarrero del Callejón de Huaylas de una ocupación humana de 12,500 años, allí se encontró alimentos como la papa, frejol, etc.

Por todo ello y otros hallazgos similares, muchos investigadores han calculado que hace más de 20,000 años arribaron al territorio del Perú los primeros cazadores y recolectores que luego migraron a los diversos territorios de América.

Nuevos estudios señalan que en la tierra hace más de 10,000 años las condiciones climáticas cambiaron, así se inició un lento proceso de desertización, los grandes animales se extendieron y la costa peruana se convirtió en una de las regiones más secas del planeta, paralelamente los Andes se configuraban en los diversos pisos ecológicos actuales. Felizmente la corriente fría de Humboldt que irriga parte de nuestra costa permitió que tengamos hasta hoy una de las biomasas más ricas de la Tierra. Hace 4,000

años fueron apareciendo lugares como las Aldas en Casma, Aspero en Supe, Chao y Alto Salaverry; probablemente sean ellos los primeros asentamientos poblados del Perú; el actual descubrimiento de las pirámides de Caral, con cerca de 5,000 años de antigüedad corrobora estos datos y plantea que las primeras civilizaciones se asentaron en muchos valles costeros como el de Supe.

En los diversos valles los antiguos recolectores y cazadores tuvieron que cambiar en forma lenta y progresiva hacia la revolucionaria técnica de la agricultura, sembrando una gran variedad de productos tales como el maíz, frejol, papa, algodón, paca, calabaza, entre otros.

En esas condiciones ambientales, antes de la conquista de América, florecieron diversas civilizaciones a la largo de América, algunas tuvieron un pobre desarrollo y otras en cambio alcanzaron grandes logros sociales, organizativos, culturales tales como los Incas y Aztecas. Estas importantes civilizaciones de Sudamérica y Mesoamérica tuvieron millones de personas, las cuales estaban adaptadas a los diversos climas y fenómenos naturales.

¿Cuál era la situación de las culturas y poblaciones en la América precolombina?.

Un breve resumen histórico de las principales civilizaciones en Mesoamérica nos revela la existencia desde los 1300 años a.c de poblaciones antiguas en el importante Valle de Oaxaca (tierra alta de México), la cual estuvo dedicada a la agricultura, posteriormente aparecen en el año 1200 a.c otros grupos humanos en San José de Mogote. Luego entre los años 1150 a 900 a.c. aparecen los Olmecas, en la costa del Golfo, estos destacaron por el trabajo de grandes masas de piedra (monolitos gigantes).

En otras zonas de Guatemala, Belice, México surgió la imponente e importante cultura de los Mayas, ellos tuvieron su máximo desarrollo entre los años 300 a 900 años d.c. Construyeron imponentes ciudades tales como Tikal, Palenque, Copán, Seibal, Calakmul, Uaxactum, Uxmal, Chichen Itza, etc.

Posteriormente surgen las clásicas poblaciones de México entre los años 300 a 900 d.c., destacando las poblaciones del Valle de Oaxaca, los indios zapotecas en el Monte Alban y en Tajin. Luego aparece la enigmática ciudad de Teotihuacan, entre los 200 a 750 años d.c.; se calcula que en el siglo VI esta ciudad tuvo una población aproximada de 200,000 habitantes.

Posteriormente aparecen nuevas etnias y diversas culturas como los Mixtecas, Toltecas que construyen su imponente capital en la fabulosa Tula, luego viene la invasión del valle de México por los Chichimecas y por último aparece la tribu de los Aztecas, quienes finalmente toman el poder fundando la capital de Tenochtitlán, edificándola sobre los restos del Lago Texcoco, actual ciudad de México, ubicado a 3,000 msnm..

En el Perú han existido numerosas e importantes civilizaciones precolombinas en diversas zonas de la Costa, Sierra y Selva Alta.

En la Costa destacan nítidamente la recientemente descubierta civilización de Caral (Supe) considerada la ciudad más antigua de América de una antigüedad de más de 2500 años a.c.; otros restos arqueológicos son las de la Pampa de las Llamas-Moxeke (1800 años a.c.) Aldas y Sechin Alto (Casma, Ancash), de 1,600 años a.c., el templo de Garagay (Lima), de 1,400 años a.c. Otros restos son las de Cupisnique, desarrollado entre los años 900 a 200 a.c., Salinar (valle de Chicama), Viru, Gallinazo y luego los Moche, desarrollados entre 100 a 800 años d.c. quienes poseen diversos e imponentes templos en los valles de Moche (Templo del Sol y la Luna), Chicama (Cao Viejo), Cerro Mayal, Jequetepeque (San José de Moro), valle de Lambayeque (Sipan), valle de Piura (Loma Negra), valle de Santa (pampa de los Incas, Choloque) y valle de Nepeña (Pañamarca).

Finalmente la cultura Chimú, desarrollada en las cercanías de la ciudad de Trujillo entre los 1200 a 1450 años d.c. la cual cuenta con su imponente ciudadela de ChanChan, considerada la ciudad de barro más grande del mundo.

En el norte tenemos a la enigmática cultura de Vicus (Piura), surgida en los años 100 a 400 años d.c.

La cultura Lima surgida entre los 100 a 500 años d., tuvo templos como: Huaca Pucllana, Cajamarquilla, Cerro Culebra, Copacabana, etc. Otra cultura importante fue la Chancay surgida entre los 1,000 a 1200 años d.c.

Al Sur de Lima, destacan las ruinas de Topara (Paracas Necrópolis), Paracas propiamente y Nazca en sus diversos estadios: Temprano y Tardío, surgidas entre los 100 a 700 años d. c y la cultura Chincha surgida entre 1100 a 1440 años d.c. Todas ellas tuvieron un importante desarrollo local o regional, pero no tuvieron impacto nacional; en cambio otras culturas procedentes

básicamente de los Andes (Chavín, Tiahuanaco, Wari) si tuvieron presencia nacional, ya sea a través de la conquista de dichas zonas o el intercambio de productos.

La pregunta es ¿por qué estas civilizaciones tuvieron tal grado de desarrollo y por qué escogieron los sitios andinos, altos y “sagrados”?

En el caso de América, muchos de estos lugares andinos “sagrados” coincidentemente están ubicados en zonas de la región Quechua, de mediana altitud, es decir entre los 1,500 a 3,500 msnm. y no en las zonas selváticas.

¿Estos lugares fueron escogidos por simple casualidad?, no lo creemos; el hombre andino y de Mesoamérica buscaron lugares con condiciones ideales y adecuadas que le permitieran su desarrollo y supervivencia.

En el Perú, los primeros asentamientos humanos se ubicaron en zonas altas andinas tales como: Ayacucho, Ancash. Huánuco hace más de 20,000 años. Posteriormente se desarrolla la cultura Chavín, considerada la cuna de la civilización andina y peruana, ubicada en el Callejón de Conchucos (Ancash) a 3,200 msnm, ésta se expandió a gran parte del Perú y surgió hace 1500 años a.c. y perduró hasta 200 años a.c.. Otra cultura de origen andino es la cultura Recuay (poco conocida), desarrollada entre 400 a 800 años d.c, presenta templos imponentes como Pashash, Balcón de Judas, Osku (Callejón de Huaylas y Conchucos), ubicados entre los 3,100 a 3500 msnm.

En Huánuco destacan varias culturas ancestrales como Kotosh de 4,000 años de antigüedad. Los Yaros o Yarowilcas, surgidos entre 100 a 800 años d.c., estos se expandieron a Pasco y Junín, esta cultura posee templos imponentes e impresionantes de varios pisos como los de Tantamayo (Susupillo, Selmin Castillo, Piruru), los que están ubicados a 3,400 msnm.; otras ruinas son las de Singa y Jircán (Huamalíes). El templo de Tinyash ubicado a 4,080 msnm. es el sitio arqueológico andino ubicado a mayor altitud. En el mismo Huánuco surgió la cultura de los Huánucos, con su capital de Huanucomarka o Huánuco Pampa, ubicada a 4,000 msnm. (Dos de Mayo).

En otras regiones de Lima surgieron otras etnias como los Yauyos, Huarochirís y Cantas. Los curacas de Canta construyeron templos en las alturas tal como el de Cantamarca a 3,660 msnm, en las alturas del Chillón y los Atavillos en la sierra de Huaraz, tal como los restos de Huayopampa. En el centro del Perú destaca la cultura de los Wankas (Huancayo) ubicado a 2,800 msnm. y al

Sureste los aguerridos Chancas en Apurímac.

En el norte del Perú, destaca la cultura de los Cajamarca, desarrollada entre 200 a 1300 años d.c., la cual presenta importantes ruinas como Pacopampa (Chota) ubicada a 2140 msnm y Kuntur Wasi (San Pablo, Cajamarca), otras ruinas de esta son los templos de Chiguirip, Llapa, Chocta, Muyoc Chico, Yanacancha (4,000 msnm) ubicada en el cerro Sombrero.

Otra interesante cultura norteña importante fueron los Bracamoros o Pacamoros, gente guerrera y valiente que se desarrolló entre Bagua y Jaén.

En la Libertad, en la parte serrana destaca la ruina de Markawamachuco.

En los andes amazónicos y ceja de Selva, surgieron una de las culturas más enigmáticas y poderosas: Los Sachapoyas o Chachapoyas, surgidas entre los 600 a 1,400 años d.c. Cuentan con imponentes templos como: Olan, Congon, Gran Pajatén, Purunllacta (Monte Peruvia) y el enigmático y fabuloso Kuélap, ubicado a 3,000 msnm, esta ruina es considerada por algunos investigadores como un centro de administración de la producción agrícola de los alimentos. Otros lugares importantes son el mausoleo de Revash, los sarcófagos de Carajía (Luya), y la imponente laguna de las Momias y ciudadela de Cochabamba (2800 msnm).

Al Sur, en Ayacucho surgió en el año 100 d.c la antigua cultura de los Warpas con sus ruinas de Ñahuinpukyo, ellos tuvieron como idioma el Aru, hoy extinguida. Los guerreros Chancas en Ayacucho construyeron la imponente ruina de Vilcashuaman. Entre los años 500 a 1100 d.c la gran cultura Wari, ellos poseen imponentes ciudades tales como: Wari y Conchopata en Ayacucho, ubicada a 2,700 msnm, Pikillacta a 3,200 msnm en Cuzco, Wuilcahuain en Huaraz a 3,300 msnm, Wariwilca en Huancayo a 3,000 msnm, Cajamarquilla en Lima. Los Wari tuvieron una gran presencia e influencia en todo el Perú, por ello se la considera una importante cultura.

Finalmente el Incanato con sus numerosos templos todos ellos ubicados entre los 1800 a 3500 msnm. como: Saksayhuaman, Kenko Pukapukara, Tambomachay, Pisak, Chincheros, Moray, Ollantaytambo, Raqchi y su imponente templo del dios “Wiracocha” (3,460 msnm), Machupichu (2,400 msnm.), Choquejirau, Cuzco imperial (3,300 msnm.), Huanucopampa (Huanuco), Huaytara (Huancavelica), Cajamarca, Quito y Tomebamba en Ecuador.

Entre Bolivia y Perú entre los años 200 a 500 años d.c. surgió la importante cultura del Tiahuanaco, ésta posee muchos templos ubicados a 3,800 msnm, tales como Kalasasaya, Pucara y Qeya; esta cultura tuvo gran influencia en muchas culturas locales o regionales del Perú y Bolivia y se la consideran una de las más grandes e influyentes tanto o igual como Chavín, Wari y los Incas.

En otros continentes como en el Asia, surgieron grandes civilizaciones orientales tanto en la China como en el Tibet, muchas de sus diversas culturas se asentaron en lugares de una mediana latitud, para defenderse de los invasores bárbaros construyeron 9,000 km de la fabulosa Gran Muralla China, la que surcan muchas montañas.

En el Japón medieval, sus gobernantes construyeron muchas ciudades religiosas y políticas en zonas montañosas, tal como ocurrió en la impresionante ciudad sagrada de Kyoto.

En cambio, importantes civilizaciones que se asentaron en zonas de la selva desaparecieron, ejemplos son la cultura oriental que construyó los templos de los Angkor (Camboya), impresionante ciudadela de piedra, construida como un centro hidrológico para incrementar la fertilidad de la tierra, o los enigmáticos y fabulosos descendientes de los Mayas (México, Guatemala, Honduras, Bélize) que construyeron fabulosos e imponentes templos de piedra en plena selva que desaparecieron misteriosamente.

¿Fueron las enfermedades infecciosas como la arbovirosis, la malaria u otras fenómenos (cambios climáticos, hambruna, sobrepoblación, etc.) las que hicieron desaparecer a estas civilizaciones?

Un ejemplo de cómo las enfermedades infecciosas jugaron un rol importante en la conquista de América, fueron los agentes infecciosos que acompañaron a la invasión de los europeos, muchos investigadores consideran ello como un primer ejemplo de guerra bacteriológica, estos conquistadores trajeron enfermedades como la Viruela, Sarampión, Influenza, Lepra, etc, ello causó una tremenda morbilidad y mortalidad de los nativos americanos, se calcula en millones las muertes producidas por estas epidemias originarias de Europa y Asia, ello a su vez permitió que la conquista haya sido una empresa más fácil, y de esa manera desaparecieran numerosas tribus y etnias, en especial las que contaban con poblaciones no numerosos; en cambio las incaicas y aztecas se diezmaron en forma significativa, así por ejemplo, se estima que antes de la

llegada de los españoles al Perú existían cerca de 16 millones de indígenas, con la conquista y las epidemias surgidas con ella, se estima que en el siglo 17 quedaron aproximadamente solo un millón de habitantes. En conclusión, gracias a algunos gérmenes traídos desde el viejo continente se pudo conquistar el nuevo continente.

Paso a analizar las razones por las que grandes e importantes civilizaciones decidieron vivir en zonas montañosas y altas.

1. Ubicación geográfica

En América, las zonas del Norte y Centro del Caribe se caracterizaron por poseer climas muy duros y cambiantes con presencia de huracanes, tifones y tornados. En diversas épocas del año son cubiertas por enormes masas de hielo, sobre todo en Canadá y Estados Unidos. Ello generó que las tribus recolectoras y cazadoras como los Anazasis (900 años d.c.), Mogollón, Modelo Missisipi, Fremont, Hohokam, Cochise, Sioux, Cheyenne, Dakotas, etc. fueran errantes y migrantes. Muchos historiadores señalan que se formaron pueblos pero no ciudades, por ello no hubo un lugar estable para el normal desarrollo de estas tribus norteamericanas, lo contrario ocurrió en una parte del Perú y de México. Por ello en Canadá y los Estados Unidos de Norteamérica existen pocos restos de estas civilizaciones, como son las construcciones pétreas de Mesa Verde o del cañón del Chaco de la tribu Anazasis.

En el Perú muchas culturas locales e importantes de la Costa padecieron del agua, pero los notables moches destacaron por crear diversos sistemas de irrigación para alimentar a sus miles de habitantes, ejemplo de ello es el reservorio de Ascope; pero sus construcciones sucumbieron cuando se produjeron severos fenómenos del niño, que afectaron sus canales y campos de cultivo, por ello se postula que una terrible sequía que duró varios años (siglo siete), originó el colapso de la sociedad Moche.

América fue poblada hace más de veinte mil años, sus pobladores tuvieron que pasar de una condición de cazadores y recolectores a la de agricultores para alcanzar más adelante su desarrollo tecnológico, científico y cultural, logrando establecerse en lugares montañosos y fijos, ello sucedió en el Cuzco y en México, permitiendo el desarrollo de los dos imperios precolombinos más importantes como fueron el Incaico y el Azteca.

2. *La existencia de una ecología especial con su fauna y flora.*

El Perú es uno de los países más privilegiados del mundo, posee 87 de las 104 zonas de vida identificadas en la Tierra y está ubicada en el selecto grupo de países con mayor megadiversidad; es el cuarto país en superficie boscosa del mundo. Posee 1,800 especies de aves, alberga el 20% de las especies del globo, cuenta con 461 especies de mamíferos, 692 tipos de reptiles y anfibios y más de 1800 especies de peces. Posee entre 20 y 30 mil especies de plantas, más de 3,000 tipos de orquídeas, 1,000 de helechos .

El parque de Manú en Madre de Dios posee el record mundial de mariposas, con 1,300 variedades, y solo en la reserva de Tambopata se han hallado 650 especies de escarabajos.

El Perú ocupa el primer lugar en la producción de recursos genéticos para la agricultura, con las diversas variedades nativas de papa maíz, tomate, camote, yuca y frutales.

Para poder vivir en estas zonas andinas tales como Arequipa, Cajamarca, Ayacucho, Cusco, Huaraz, Chavín, Huancayo, Valle del Colca (Arequipa) Chachapoyas (sierra de Amazonas), La Paz (Bolivia), Cuenca y Quito (Ecuador), México, los habitantes descubrieron que muchos alimentos se conservan mejor en los lugares altos, particularmente los andes medios, evitando así las hambrunas, ellos guardaban muchos alimentos en las alturas donde construyeron miles de colpas tales como existen hoy en día en Raqchí en Cuzco, Arhuaturo en Huancayo y otras en Huánuco.

Las diversas culturas preincas e Inca domesticaron la maravillosa papa, considerada el fruto sagrado de los Andes, la que cuenta actualmente con más de 4,000 especies; esta resiste a muchos cambios climáticos y se adapta a los diversos nichos ecológicos de la costa sierra y selva. La domesticación de la papa, olluco, oca, quinua, tarwi entre otras plantas andinas fue a nuestro entender una de los grandes logros de los habitantes del ande peruano, ello permitió florecer y desarrollar las diversas culturas y civilizaciones tales como Chavín, Wari, Tiahuanaco, Yarovilcas, Recuay, Cajamarca, Inca, etc. Los subproductos de la papa como el chuño, la papa seca, entre otros, además de alimentar a los ejércitos y al pueblo sirvieron para curar enfermedades, la supervivencia en las épocas de sequía, etc. Los Incas como los Aztecas también cultivaron y desarrollaron el maíz en forma paralela, esta planta crece mejor en los valles cálidos de la

costa y zonas bajas de los andes; junto a estas dos plantas importantes, hubo el maní, el frejol, el zapallo, el cacao, la kiwicha, la maca, mashua, yacón, chirimoya, tumbo, lúcuma, palta, el ají, tomate, cayhua, sauco, aguaymanto, etc. lo que mejoró los requerimientos nutritivos de estas civilizaciones.

Igualmente, la existencia y domesticación de animales como la llama, el guanaco, la alpaca, el cuy, el cobayo, el pato, la vizcacha, etc. utilizados no sólo como medio de transporte sino también como alimento. Sabemos que estos auquénidos no viven en la costa ni en la selva, su hábitat habitual es la sierra, especialmente en las laderas de los cerros.

En cambio muchos productos de la selva, tales como las variadas y diversas frutas tropicales que podrían ser alimentos importantes para los habitantes de los andes son productos perecibles, que no se pueden almacenar y esa es una de las poderosas razones por las cuales las antiguas civilizaciones no buscaron desarrollarse en la agreste y difícil selva amazónica.

3. *Las enfermedades infecciosas y tropicales*

Las enfermedades infecciosas y tropicales han existido desde hace miles de años tales como la malaria, fiebre amarilla, el dengue, la verruga peruana, la leishmaniasis, fiebre tifoidea, las arbovirosis, etc. Se desarrollan en determinados lugares ecológicos, especialmente en climas templados y cálidos. Así, en las quebradas costeñas y en los valles interandinos se conocía típicamente que había malaria, leishmaniasis y verruga peruana; por eso, en estas quebradas, los antiguos peruanos no pusieron sus mejores cimientos o edificios porque sabían de la existencia de estas enfermedades que diezmaban o mataban a los que vivían o pernoctaban en ellas; no se expusieron ni padecieron de ellas, prefirieron irse a las zonas más altas y seguras. De esta manera evitaban exponerse a los huaycos periódicos, a las sequías que se produce en estos valles interandinos y se protegían de estas enfermedades llamadas “fiebres telúricas”, “tercianas”. Los Incas y los Aztecas llegaron a conquistar muchas zonas de la selva centroamericana o de la selva amazónica; pero no permanecieron en dichas zonas porque sabían de las numerosas enfermedades peligrosas que abundaban en esta “jungla”, como las arbovirosis, el dengue, fiebre amarilla u otras a las que evitaron exponerse, sobrevivir en la jungla es muy difícil, salvo para los nativos amazónicos;

los foráneos mueren o enferman fácilmente.

Asimismo, es bueno recordar que nuestros antiguos habitantes prefirieron no vivir en las grandes alturas, porque sabían de la existencia del “soroche” (“mal de Monge”) y evitaron lugares como Cerro de Pasco y las cumbres de las montañas. Pero sigue siendo un misterio cómo los collas del Altiplano sí se adaptaron a grandes altitudes mayores de los 3,800 msnm. En cambio, hoy en día el hombre moderno para crear riquezas se asienta en los cerros de estas altas montañas y padece los males que hemos comentado. Las grandes montañas como el Huascarán, Yerupaja, Ausangate, Waytapallana, Ampato, Coropuna, Misti, etc, eran consagradas por los preincas e incas como sus apus o dioses, son consideradas lugares de peregrinación y culto, como hasta ahora se realiza con el Señor de Q’oyllor Ryti (Cusco).

En nuestro tiempo, la contaminación de las grandes ciudades costeras como Lima, Callao, producen diversos males respiratorios, de piel, diversas alergias, etc. Si no se hace nada para controlar esta terrible polución, estas ciudades y otras van a ser inhabitables en los próximos años. Es por eso que los Andes, particularmente la región Quechua: Sus hermosos valles con sus montañas y lagos no son sólo lugares para hacer turismo, sino sitios para el descanso, tranquilidad y paz; allí la sabia naturaleza nos ofrece una linda ecología que permite un auténtico bienestar físico y mental, es por ello que en estas áreas la salud permite tener una mayor longevidad. No es casualidad ver y conversar con los gerontes en Vilcabamba (Ecuador) o los viejos notables de los andes peruanos del callejón de Huaylas y Conchucos (Ancash), Huanuco, Cajamarca, Ayacucho, Cusco, etc.

Cuidemos nuestro país, su ambiente, visitemos los bellos y hermosos rincones a lo largo de la Costa, Sierra y Selva y así tendremos una vida más sana y duradera.

Octubre 2003

*HUACO PARAMONGA
“YOGA PERUANO”
Colección: Teófilo Maguiña*



LOS RETOS DEL SERVICIO CIVIL DE GRADUANDOS (SECIGRA)

Entre 1979-1980 me tocó realizar el Servicio Civil de Graduandos (SECIGRA SALUD), actualmente denominado como Servicio Rural de Medicina (SERUM), en el Centro de Salud del distrito de San Marcos, Ancash. El año transcurrido fue una de las mejores experiencias vividas como profesional de salud, no sólo por haberme enfrentado a la verdadera realidad sanitaria, sino por haber comprobado “in situ” la importancia de la salud en estas áreas alejadas de nuestro país.

Al salir a realizar el Secigra, se presentan diversos retos, algunos al parecer insalvables y difíciles. ¿Cuáles son esos retos?

- * El reto administrativo o gerencial
- * El reto preventivo promocional
- * El reto del trabajo individual
- * El reto del trabajo comunitario

EL RETO ADMINISTRATIVO

La mayoría de los profesionales de la Salud, hemos sido formados para tratar individuos, atender a pacientes o enfermos, nuestro aprendizaje se ha realizado básicamente en los Hospitales o consultorios del MINSA, o de ESSalud (Seguro Social). Esta formación asistencial si bien es útil, no es la única ni la más importante, tal como lo comprobaremos en el Secigra. Nuestra formación en aspectos administrativos ha sido muy teórica en los “aburridos” cursos de Salud Pública. Al ser enviados a laborar a un Centro o Puesto de Salud, el primer reto que tendremos que afrontar es asumir la Dirección o la Jefatura de algún establecimiento, a partir de ello, organizar, planificar las diferentes actividades que se realizan (campañas de vacunación, pago del personal, compra de medicinas, materiales, llenado de fichas e informes

mensuales y trimestrales, coordinaciones con autoridades, etc.).

Al inicio suena a “Chino”, parece complejo y difícil, pero en realidad, es relativamente sencillo, por ello recomiendo cuando uno empieza a dirigir el Centro de Salud, debe pensar que está en su casa. La labor gerencial que a uno le toca desempeñar debe hacerlo con paciencia y tranquilidad; primero debe organizar sus actividades y luego a realizar un cronograma de las mismas, todo lo actuado deberá siempre informarlo oportunamente y a tiempo, siempre deberá supervisar y evaluar lo planificado. Para una buena gestión no deberá nunca improvisar ni suponer, ni dejar las cosas para al final del Secigra.

Es fundamental trabajar en forma horizontal con los trabajadores de los establecimientos de Salud (técnicos y auxiliares de salud etc.) para el mejor logro de lo planeado.

EL RETO DE LA MEDICINA PREVENTIVA

En las zonas rurales de nuestro país, las malas condiciones sanitarias y la falta de recursos económicos hacen que las diferentes actividades preventiva-promocionales sean una de las actividades más prioritarias de los programas de salud, por ello los profesionales del Secigra deberán desde un inicio participar en forma muy activa en esta actividad (por ejemplo, en las diversas campañas de vacunación).

Todos los profesionales de la Salud serán los grandes responsables del éxito o fracaso, por ello en las diversas campañas de control de la enfermedad diarreica aguda, IRA, control de la Tuberculosis, etc; deberán ser trabajados en equipos multidisciplinarios. Para ello saldremos en brigadas de campo en “canoas”, “pequepeques”, en burro, en caballo o a pie, con nuestros impermeables, ponchos, mochilas, linternas, botas. Los brotes de enfermedades desconocidas o conocidas también nos movilizarán, no importando la hora o el día, esos son los retos del campo. Al final de la campaña de vacunación o de la evaluación del brote, luego de agotadores días, de malas noches, de largas caminatas o de malas comidas; el haber realizado estas medidas preventivas, será una labor gratificante, al recordar a los cientos de habitantes vacunados que recibieron el apoyo de un Médico y Odontólogo, de la Enfermera, etc.

EL RETO DEL TRABAJO COMUNITARIO

Al comienzo, la comunidad suena a un ente “amorfo, extraño, raro”, pero a medida que pasen los días o semanas, verá que la comunidad donde nos toque trabajar, es un ente dinámico, activo, que siempre buscará apoyar al nuevo profesional de salud. La comunidad estará atenta al nuevo “doctito”, por ello el Serumista identificará a las autoridades y a los líderes, con los que tendrá que trabajar.

En el trabajo diario conocerá a los curanderos, parteras y hueseros de la comunidad. Deberá informarse de la otra medicina denominada “popular o folklórica”, a la que no deberá despreciar, al contrario, buscará aprender muchas cosas valiosas de la misma y también deberá difundir los nuevos conocimientos científicos que lleva y los compartirá con los curanderos y los sanitarios.

Cuando realicemos las charlas educativas, deberá pedir el apoyo de los dirigentes del club de madres, del vaso de leche, del comedor popular, etc.

Trabajar en la comunidad será una valiosa lección. Conocer sus costumbres, creencias, alimentos, fiestas, etc. será algo inolvidable y que nunca más volverá.

EL RETO DEL TRABAJO INDIVIDUAL

Al salir a trabajar al campo, el profesional especialmente médico, tendrá que asumir en muchas ocasiones varias especialidades médicas; será a la vez el cirujano, pediatra, ginecólogo, internista, traumatólogo, neurocirujano, etc.

Se enfrentará a diversos problemas de salud, que tendrá que resolverlo solo, ya no tendrá la ayuda de los asistentes, especialistas o residentes. Tendrá que operar sólo una apendicitis, una cesárea, un parto difícil. En dichos lugares distantes, no podrá “evacuar”, tendrá que actuar, de lo contrario el paciente fallecerá. En todo ese trabajo tendrá siempre la valiosa ayuda de los sanitarios, que poseen una vasta experiencia y sapiencia; ellos serán los grandes ayudantes y en ocasiones su “maestro”.

Este trabajo demostrará nuestra capacidad de enfrentar muchos problemas de salud, con pocos recursos técnicos y materiales.

Al final del Secigra, estos retos y otros nos habrán hecho madurar y diremos que valió la pena trabajar para los más necesitados de nuestro país; la comunidad y el pueblo rural que nos vio trabajar, agradecerá al “doctito” al Serumista y si Ud. hizo un buen trabajo rural, los pobladores siempre lo recordarán y cuando lo necesiten lo buscarán en Lima u otra Capital departamental.

!Vale la pena hacer el Secigra, el pueblo peruano se lo agradecerá!

Octubre 1982



Dr. Ciro Maguiña en viaje de trabajo a una comunidad de San Marcos, Huari (1980)

LA CURANDERA Y EL CUY

Era agosto de 1979 un grupo de alumnos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, constituido por estudiantes de medicina (Luz León), Odontología (Victor Huanambal), Enfermería (Rosa María Valle), Psicología (Sonia Lazo y Ramiro Gutiérrez) y el suscrito fuimos invitados a hacer una actividad comunitaria en la antigua comunidad llamada Acopara, ubicada en el distrito de Huántar, departamento de Ancash, a ésta nos acompañó el promotor de salud de dicho caserío Sr. Manuel Nexer.

Los estudiantes hicieron un interesante trabajo de diagnóstico situacional de las principales enfermedades de dicha comunidad; así mismo, comenzaron a atender diversas molestias, especialmente el futuro Odontólogo Sr. Victor Huanambal apoyó con la extracción de dientes de numerosos pacientes campesinos, así como en otros procedimientos, le faltaron manos para ayudar a estos humildes campesinos, ante el agotamiento de la anestesia, a muchos de los pacientes se les extrajo algunas piezas dentarias, para mitigar el dolor los campesinos usaban el masticado de la coca “chacchado”, lo que permitió tener “in situ” un anestésico tópico local.

Durante esos días tuvimos ocasión de visitar otras comunidades como Yurac-Yacu, Chucos, Uranchacra, etc.. Constatamos como estos campesinos tenían diversas costumbres muy antiguas heredadas de las antiguas tradiciones culturas de culturas como los Chavín, Yaros, Recuay, Huaylas, Pincush, etc, como son las jornadas comunitarias agrícolas, las asambleas comunales para la toma de decisión, el uso de plantas medicinales ancestrales, etc.

En la encuesta del diagnóstico situacional de salud detectamos los problemas usuales de las poblaciones pobres de las comunidades rurales; tales como enfermedades respiratorias agudas, diarreicas, parasitarias, etc. Vimos casos ocasionales de la verruga peruana en niños procedentes del caserío de Olayán, lo cual nos llamó la atención por ser de una zona de más de 3,000 metros de altura.

Atendiendo a los pacientes, tuvimos ocasión de ser solicitados a atender a un enfermo especial, era el hijo de una persona muy cuestionada en esa comunidad, dicha señora de 50 años era una “curandera bruja”, quien acudió y conversó con nosotros. En su quechua nativo, ella nos comunicó que su hijo de 18 años estaba hace meses enfermo, con baja de peso, fiebre, bultos en el cuello (adenopatías o ganglios) “tosía” sangre viva y con los remedios caseros que ella le había administrado no mejoraba. La evaluación clínica realizada nos planteó como probable diagnóstico que éste padecía de tuberculosis pulmonar y ganglionar, por ello le indicamos a su madre que requería tratamiento médico.

Se sorprendió de este diagnóstico y murmurando sola decía que su hijo tenía una enfermedad de “brujería o de daño” causada por las malas gentes de su comunidad. Ante dicho problema y para que la madre pudiera entenderme mejor, le puse mi estetoscopio en sus oídos para que escuchara los ruidos y soplos del pulmón del enfermo. Al escuchar dichos “raros ruidos”, la curandera bruja cambió sorpresivamente de actitud, nos comunicó que lo que había “escuchado” en nuestro estetoscopio quería verlo en el cuy. Todo el grupo de estudiantes y el suscrito fuimos a su casa de campo, ubicado a 30 minutos de la comunidad y observamos en silencio la famosa técnica de la “Soba del cuy”, esta procede de la medicina tradicional incaica. Primero mandó pedir un cuy negro adulto, luego en forma simbólica pasó suavemente el cuy por todo el cuerpo, tórax anterior, posterior luego de 25 minutos sacrificó al cuy y comenzó a disecar lentamente con sus manos al animal muerto. Todo el grupo de estudiantes junto conmigo nos sorprendimos al ver que en los dos pulmones del cuy existían lesiones hemorrágicas y sangrantes, como si estuvieran dañados.

Para mí fue una sorpresa los hallazgos del cuy muerto y hasta hoy en día sigue siendo un misterio, no tengo una manera científica de explicarlo. Durante los 25 minutos que hizo la soba del cuy, la curandera no hizo ninguna maniobra de trauma o golpe sobre dicho animal.

La curandera al ver los hallazgos en el cuy, dijo en quechua, usted doctor tiene razón, mi hijo está enfermo del pulmón, tal como escuché en su aparato.

Concluido el acto, la curandera aceptó que su hijo sea tratado con medicamentos antituberculosos que teníamos en el Centro de Salud de San Marcos, así lo hicimos durante los ocho meses posteriores y su hijo mejoró con la terapia instalada.

Ese día y esa noche todo el grupo de estudiantes y nosotros conversamos y especulamos ansiosos el fenómeno vivido ¿¿como era posible que el cuy haya servido como diagnóstico de la enfermedad del paciente??. En realidad, los curanderos incas tenían razón al usar esta terapia?, fue una casualidad?, coincidencia?, fue una manipulación de la curandera para engañarnos?; en realidad, no tenemos una explicación de este suceso. Solo la ciencia y los avances de la medicina podrán explicar esta famosa “cura o soba del cuy”.

Las distintas y diversas culturas pre incas e Inca poseían una medicina, la cual era empírica, con un fuerte componente mágico religioso, no poseía base científica, tal como ocurrió con otras importantes medicinas antiguas como la China, Egiptia e Hindú. Pero en algunos aspectos tuvo un mayor desarrollo que la medicina europea que trajeron los conquistadores, entre ellas tenemos : las técnicas de aseo e higiene, las trepanaciones, el uso de plantas medicinales como el árbol de la quina (quinina) para tratar las fiebres, la coca, uña de gato, la ipecacuana (emetina) para la disentería, el san pedro, etc; el desarrollo de los hueseros, de los psicoterapeutas andinos. Entre las técnicas empíricas usadas por los “curanderos” incas existen métodos como la ancestral “soba del cuy”, que hasta hoy sobreviven en muchas comunidades rurales de la Costa y de la Sierra.

Muchos escritores han hablado de esta técnica de “soba del cuy” practicada por los curanderos y han mencionado de su uso, tanto como para el diagnóstico como para la terapia de muchos males, pero sólo son referencias verbales anecdóticas y siguen siendo todo un misterio para los que creemos en la medicina tradicional peruana.

Estando en Huaraz, conversamos con otro colega médico, que nos relató otro caso de un paciente con un dolor abdominal severo y en el que otro curandero

de dicha zona aplicando el cuy pudo diagnosticar un cuadro obstructivo intestinal que se corroboró cuando el paciente fue operado en el Hospital de Huaraz.

Esta experiencia vivida con los estudiantes de la Universidad Peruana Cayetano Heredia nos sirvió para reflexionar cuán compleja e interesante son las comunidades indígenas de nuestros andes peruanos, lo valioso e interesante del saber popular y los remedios caseros.

Comprobamos los límites que tiene nuestra ciencia occidental y la necesidad de profundizar con mucha mayor acuciosidad los diversos fenómenos que se emplean en las diversas terapias de las medicinas alternativas, lo importante es tener una mente abierta a todos los procesos de la vida y no encerrarnos solo sobre nuestra ciencia moderna.

El dogmatismo a todo nivel: político, ideológico, cultural, científico es muy negativo, por ello los diversos procesos como: la soba del cuy, el shukake (especie de Jaqueca), el mal de ojo o el ojeado, la terapia de ayahuasca y otros fenómenos deben ser estudiados a mayor profundidad.

Mayo 1987

“SHUNKU WATA” Y LA IMPORTANCIA DEL QUECHUA

Tuvieron que pasar muchos años para reconocer la importancia que tiene nuestro ancestral y andino idioma, el Quechua, éste es hablado por cerca de cinco millones de personas en el Perú y otras tres millones más en Bolivia, Chile, Colombia, Argentina.

En una radio peruana, contaba una Obstetriz natural de Lima, que a raíz del terremoto de 1970 en el departamento de Ancash, en el cual murieron más de 70,000 personas, acudió a colaborar como voluntaria a la zona del desastre, particularmente al Callejón de Huaylas. Estando ayudando y trabajando en una de sus visitas de campo, observó a un niño pequeño campesino, huérfano, llorar desconsoladamente, éste le pedía y repetía insistentemente en quechua “tantata, tantata, tantata”. La Obstetriz estaba sola y no había personas que pudieran traducir lo que pedía el infante. Ella se deseseperaaba ante tanto llanto, le alcanzó agua y algunos chocolates que trajo desde Lima, pero no bastó, el llanto proseguía, finalmente llegó un campesino que tradujo el pedido, lo que solicitaba el niño era “mi pan, mi pan, mi pan”. La Obstetriz quedó impactada por este hecho y lo comentó en la radio y planteó que los peruanos deberíamos conocer algo más de nuestro idioma, especialmente cuando salgamos a las zonas rurales de la serranía donde se habla habitualmente.

Estando de guardia como Médico Residente del tercer año en el Hospital Cayetano Heredia, observé en el tópico de emergencia a un interno de medicina, quien atendía a muchos pacientes que hablaban castellano y relegaba de la atención a una anciana quechua-hablante, (por no entenderla), por lo que me acerqué a ella y le hablé en el idioma quechua: “Warmi, wiyamay, imanollataa kaykanki, shamuy”; traducido es “señora, escúchame, cómo se encuentra, pase”, la paciente me miró con una tremenda alegría y elevando sus manos al cielo, decía en quechua “taitito yanapaykamay” (señor,

ayúdame). Luego de escucharla, la examiné y le diagnosticué una probable pielonefritis aguda (infección urinaria alta), la que se confirmó con los análisis respectivos, fue internada y tratada. Culminada la atención de emergencia, llamé la atención al interno y le dije que un verdadero médico atiende a cualquier paciente, en cualquier lugar, circunstancia, sea sordo, ciego, mudo, quechuable o no, y que él actuó equivocadamente, que pudo realizar el examen clínico y sospechar de la dolencia de la paciente y no debió hacer esperarla por el solo hecho de no entender el idioma quechua. Este alumno, ya médico emigró al extranjero y probablemente recuerde esta anécdota como una enseñanza en su formación.

Estando en Chile en una reunión de la Sociedad Chilena de Infectología, un destacado grupo de amigos médicos chilenos me invitó a beber su pisco chileno, antes de ello, les propuse una apuesta; de perderlo yo tomaba su pisco sin chistar, de lo contrario, solo tomaría alguno de sus deliciosos vinos.

La pregunta que les hice fue: ¿me explicarán el origen, etimología e historia del origen del pisco?; todos se miraron y ninguno contestó y otra vez gracias a conocer el idioma quechua, me permitió responder a las interrogantes planteadas.

Dije: “Al sur de Lima, se encuentra una antigua y famosa bahía, conocido como Paracas, ubicado en la Provincia de Pisco, Departamento de Ica. En esta Bahía existen numerosas y variadas especies de aves, lobos marinos, pingüinos, focas, etc. A esta zona cada cierto tiempo migran todo tipo de aves de muchos lugares del Perú y del Mundo y por ello los antiguos indígenas peruanos usando el idioma Quechua hablaban así: “Pishgukuna Shamuykayan” (ya vienen los pájaros); por ello desde tiempos inmemoriales se conoció a dicha área como bahía de los pájaros. Los españoles al querer pronunciar la palabra pishgu, lo fueron modificando, pishcu, piscuu, piscu, piscoo, hasta quedar con la palabra definitiva de PISCO, desde ahí quedó la bahía con ese nombre. Luego continué explicando” esta zona es calurosa y posee un excelente clima que permite el desarrollo de muchos árboles frutales y por ello los españoles durante la Colonia trajeron la vid de España, esta planta floreció en gran cantidad y calidad, lo que permitió la producción de

diversos vinos y de una nueva bebida, este era un aguardiente muy claro y especial, al que lo denominaron como Pisco. Con el correr de los años este aguardiente se convirtió en uno de los tragos símbolos del Perú, por ello estimados colegas Uds. están tomando un “pájaro sour”..... Todos sonrieron y aceptaron mis comentarios y por ello sólo bebí su vino chileno.

En muchos lugares del Perú se cuentan varias historias sobre el origen del Pisco, pero solo pocos vinculan el origen de la palabra al idioma quechua, la historia relatada lo escuché hace años varios a un colega de Ica. Por ello nuestro ancestral idioma quechua es otra razón más para la identificación del Pisco como bebida propia del Perú.

En 1550 el cronista español Pedro Cieza de León escribió “... Piscos, que es nombre de pájaros ...” Y luego hoy numerosos textos y referencias sobre el PISCO su ubicación geográfica, el licor, etc. Así Ricardo Palma en 1896 dice “... Una copa de aguardiente de Pisco, provincia del Perú que produce un delicioso aguardiente de uva ...”

Hace unas semanas llegué de visita a la ciudad de Moyabamba, hermosa y antigua capital del departamento de San Martín, el nombre es quechua (Muyo = círculo y Bamba = pampa) y significa lugar circular; ello es debido a estar ubicado en un lugar alto de la selva alta de forma semicircular al lado del río Mayo. En esa ciudad revisando algunos textos, encontré una interesante referencia sobre el Pisco. En dicho departamento desde hace muchos años existe un pueblo conocido como Piscoyacu (agua de los pájaros) y en el vecino departamento de Amazonas existe una montaña denominada Pishcohuaña (donde mueren los pájaros). Estos nuevos datos reafirman el origen peruano y quechua de la palabra Pisco.

Según algunos investigadores de la Lengua, el Quechua en el Perú de hoy tiene cinco variedades, siendo el del norte, el protoquechua, el más antiguo y el del sur, el moderno; ejemplo de esta variación, lo tenemos en la numeración; la palabra cuatro en la forma norteña se habla Chusku, en cambio en el sur (Cuzco) se dice Tawa, de ahí la palabra Tawantinsuyo, que el gran Inca Pachacútec lo denominó para los cuatro suyos del Imperio Incaico.

Mi madre María Vargas siempre usaba y resaltaba el idioma quechua en sus conversaciones, nunca sintió vergüenza hablarlo en Lima y gracias a ella pude practicarlo y recordarlo, en especial cuando fui a trabajar durante un año a la sierra de Ancash. Felizmente hasta hoy lo practico con los pacientes que atiendo en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, al cual acuden muchos pacientes procedentes de Ancash, Huánuco, etc.

Mi madre repetía una frase a mis hijos, era una palabra muy dulce, “mis nietos” son mi “SHUNKU WATA”, ello literalmente quiere decir: AMARRE DE MI CORAZON”. Una frase realmente filosófica; hoy día a mi primera nieta Angela, siempre le repito esa frase: eres mi “Shunku Wata”.

La Selva constituye más del 60% del territorio del Perú. Se ha pensado que en esta zona la presencia del quechua es inexistente, pero ello no es cierto, así el quechua está presente en muchos lugares, ríos, platos típicos, costumbres, cuentos, fiestas, etc. Un ejemplo es la palabra del departamento de Pucallpa, que significa tierra roja debido a que la palabra “Puka” (rojo) y “Allpa” (tierra). Efectivamente la tierra de este departamento es arcillosa y de color rojizo. Muchos ríos son denominados en quechua: Yanayacu (río negro), Cachiyacu (río salado). Mayu (río), Ahuashiyacu, Shilluyacu, muchos lagos llevan el nombre quechua de “Cocha” (Lago), ejemplos de ellos tenemos: Moronacocha, Quistococcha, Yanacocha, Pomachoca, Caballo cocha, Yarinacocha. A los niños le llaman “Wambrillo” (Wambra en quechua significa niño o niña). Hay un plato típico selvático llamado “Inchigcapi”, es una sopa deliciosa de maní con gallina, la sorpresa vino hacia mí, cuando me enteré hace un año, que la palabra maní es de origen Nahual (Centroamérica), siendo el verdadero nombre quechua del maní el INCHIG. Otros nombres populares en la selva de origen andino son la planta medicinal de nombre Ayahuasca (aya=muerto, huasca=soga), Mayurunas (hombres de río), Huambra ishpa (orina de criatura).

Por todo lo anteriormente señalado, debemos rescatar nuestra identidad no solo recordando nuestra música, comida, bailes, sino especialmente difundiendo el conocimiento del idioma quechua; éste debería ser enseñado en forma obligatoria en todos los colegios, y así todos los peruanos nos sentiríamos orgullosos de ello, tal como sucede con paraguayos y mejicanos.

Diciembre 2004



Familia Maguiña Lazo: Jonathan, Tania, Denisse, Angela(nieta), Karin, Sonia y Ciro

SÍNDROME DE LAS “TRES CH” Y EL DESCONOCIDO AGUAYMANTO O TOMATITO ANDINO

En las comunidades rurales andinas del Perú, incluyendo la sierra de Ancash, es habitual que los habitantes de toda la comunidad celebren sus fiestas patronales varios días, entre las actividades están: El desfile de los santos, quema de castillos, corridas de toros, danzantes de fiestas costumbristas y las infaltables ingestas de abundante comida y bebidas como cerveza, chicha de jora, aguardiente, entre otros alimentos.

En las comunidades rurales de Conchucos (San Marcos, Chavín, Huántar, etc) entre las costumbres culinarias está el consumo frecuente de carne de carnero, de chanco, trucha, papa, oca, olluco, maíz, habas, quinua, tarwi o chocho, etc.

Estando trabajando como Médico en mi pueblo natal de San Marcos, Ancash, observé que acudían frecuentemente muchos pacientes con molestias gastrointestinales como dolores y cólicos abdominales, a veces severos y, cuando les preguntaba a los pacientes que habían consumido, ellos en forma reiterativa señalaban que habían comido “chocho”, bastante chicharrón y abundante chicha; ello nos llamó la atención, por ello, comenzamos a indagar esta costumbre, así descubrimos que durante los días sábados y domingos, los campesinos bajan de las comunidades rurales a la capital del distrito, luego de hacer sus actividades habituales beben altas cantidades de chicha y para contrarrestar el efecto del alcohol comen el “chocho” o lupino más la carne de chanco (en forma de jamón o chicharrón).

A partir de allí, denominé el síndrome de las “TRES CH” para referirme al cólico vesicular que produce el consumo frecuente de estos tres componentes.

La explicación del por qué causan cólico, es que al comer la carne de chanco,

que contiene abundante grasa, al sumarse el consumo del chocho, que también posee grasa, van a desencadenar severos cólicos abdominales, especialmente de tipo vesicular.

A través de los promotores y técnicos sanitarios de la zona recomendamos no emplear esta terapia peligrosa para la salud de las personas. Pero muchas costumbres arraigadas por décadas son muy difíciles de eliminar; cada vez que regreso de visita a mi tierra, siempre observé que muchos habitantes del campo siguen prácticamente ese consumo peligroso.

Pero no todo es malo en la chicha de jora, revisando algunas publicaciones científicas, me enteré que la fresca chicha de jora de maíz tiene entre alguno de sus componentes al *Lactobacillus plantarum*, el cual es un conocido probiótico, muy importante para la salud y la nutrición. Hoy día conocemos que el yogurt, el queso y otros alimentos tienen entre sus componentes a los *Lactobacillus*, lo cual lo hace muy útil para la salud del ser humano.

Entre las muchas aventuras de niño en San Marcos era el salir con mis amigos y parientes a jugar en los cerros, chacras aledañas, en búsqueda de la aventura, meterse entre los matorrales y chacras a coger las deliciosas tunas, trepar al árbol de capulí y probar su deliciosa fruta roja, pequeña y dulcete; escarbar la tierra en búsqueda del blanco y jugoso yacón y si teníamos suerte buscar y coger de un pequeño arbusto silvestre a una fruta conocida como “mullaca o panga mullaca”, una especie de tomatito andino, que medía entre 1 a 2 cm, de color anaranjado y de sabor agridulce. En ocasiones comíamos alguna de estas frutas verdes o inmaduras, por ello sufrimos diversos males estomacales que nos postraba en cama.

Ya de médico en una de las ocasiones al viajar al Cuzco imperial a dictar unas conferencias científicas, me llamó la atención ver en las tiendas de algunos comerciantes del aeropuerto un frasco de vidrio que parecía contener unas fresas amarillas envasadas, me pareció algo novedoso y al preguntar el nombre de esta mermelada, los vendedores me decían es el “Aguaymanto”. En mis 43 años de existencia nunca había escuchado ese nombre, lo llevé a Lima y al probarlo con toda mi familia, también les llamó la atención esa mermelada

serrana, lo comí con agrado y preocupado de ese nombre fui a averiguar a una enciclopedia peruana y con gran sorpresa descubrí que esa fruta envasada en el Cuzco, era una de las plantas más representativas del Perú, su nombre científico es “*Physalis Peruviana*”. Al ver la figura y frutos de esa planta, ví con asombro que era igual a la recordada “panca mullaca” comida en mi infancia. En realidad, era lo mismo, tal como sucede con muchas plantas, tenía y tiene otras denominaciones; cuál fue la primera o la última, no lo se, lo importante es haberme enterado de la existencia de esa maravillosa planta andina.

En otro viaje al Cuzco, preguntando a algunos amigos, me contaron que el “aguaymanto” era una planta casi desconocida en esa ciudad, hasta que un europeo lo redescubrió visitando el hermoso valle de Urubamba, la cultivo con éxito y motivó que muchos agricultores volvieran sus ojos hacia esta milenaria planta. Luego de algunas pruebas empezó a producir mermeladas y comenzó a exportarlo en distintas formas a otros países de América y Europa.

En el reencuentro de mi promoción un grupo de colegas y sus esposas asistimos a cenar en el renombrado restaurante Gastón y Astrid de Miraflores, antes de empezar la cena nos trajeron un trago novedoso “Aguaymanto Sour”, con gran alegría observé que en la copa de esa bebida, estaba el rico y agrídulce tomatito andino de mi niñez, al preguntar a mis colegas, ellos no lo conocían y tuve que contarles la historia referida en este texto y me sentí muy orgulloso porque el restaurante número uno de comida peruana rescate a este pequeño fruto andino, que taxonómicamente tiene la palabra peruana.

Hoy día el Aguaymanto está siendo más considerado en muchos platos de la comida peruana a la que la denominan “novandina”. Tiene varios nombres a nivel mundial: uchuva (Colombia), amor en bolsa, tomate silvestre, uvilla, camapú, grosella do Perú, herva noiva do Perú, sacabuche, capulí, topotopo, yuyo de ojas, golden berry, Cape gooseberry (South Africa, U.K.) giant groundcherry, Peruvian groundcherry (U.S.A), jam fruti (India), coqueret du Perou, coquerelle, alkékéngé du Pérou, Poha (Hawai).

Lamentablemente muchas personas todavía no lo conocen, se señala que el

Aguaymanto fue descrita por primera vez por Linnaeus en 1753, ha sido cultivado en los Andes desde tiempos muy antiguos y es originario de Sudamérica, distribuido desde Venezuela hasta Chile, prefiere las zonas Yunga y Quechua hasta los 3,200 msnm; puede soportar bajas temperaturas pero sufre daño por debajo de 0°C., requiere luz y agua y crece en suelos pobres, con bajos requerimientos de fertilización. Se la cultiva también en la India, Australia, y Africa del Sur y del Este. Es una planta anual, de 0.5 a 1.5 m de altura. Presenta flores amarillas en forma de campanas, con corolas campanuladas de color morado marrón. Los frutos son bayas de color naranja amarillo de forma globosa y de 1.5- 2 cm de diámetro, de sabor agridulce.

100 gramos de frutas frescas contienen 2.2 g de proteínas, 12 g de carbohidratos digeribles, 1.3 g. de grasa, 2.9 g. de fibra, y gran cantidad de minerales y vitaminas. Su contenido de vitamina A (3000 I.E/100 g.) y vitamina C (30 mg/100 g.) es muy alto. Por ello son consumidos frescos o procesados en forma de mermeladas o conservas. Tiene propiedades diuréticas, sedativas y antirreumáticas.

Abril 1999

LOS TIOS

Es muy tradicional que en todos los hogares católicos occidentales y tradicionales se recuerde a la madre, al padre, los hijos y los abuelos, poco se mencionan a los tíos.

En esta nota, quiero rendir homenaje a muchos tíos (abuelos y otros) a quienes tuve la suerte de conocer y disfrutar en mi niñez, ya que no tuve la oportunidad de tener a ningún abuelo vivo.

En algunos lugares de los andes peruanos, muchas personas viven muchos años y los gerontes son un orgullo de muchas comunidades andinas. Siendo la familia la célula importante de la sociedad, clásicamente está compuesta por los padres, los hijos, pero en algunos lugares también se incluyen a los abuelos, sobrinos y en muchas poblaciones rurales del campo constituye un todo. Esta familia integrada, participa en la cosecha, en las fiestas, en las costumbres, en los deportes, en la muerte, etc.

Durante mis primeros años infantiles y luego en la adolescencia conocí a muchos parientes en el distrito de San Marcos, Ancash; debo distinguir un grupo de parientes que fueron muy importantes en mi formación y que me han servido de base en mi desarrollo personal y familiar.

Así pues, quiero recordar a la tía Juana Alfaro, hermana de mi abuela materna. Era una típica representante de la tradicional familia ALFARO.

Mi tía Juana, poseía una antigua casa grande, a la cual visitábamos frecuentemente durante mis vacaciones en mi niñez, juventud y en los descansos escolares. La mamá Juanita era una mujer muy querendona, nos engreía como a sus nietos y tenía la sana costumbre de matar carneros cada semana y cuando atendía a sus hijos y familiares lo hacía con tal cariño y dulzura, gozaba al vernos en la mesa y comer en familia, ella se sentaba al

costado de la mesa y como una gran “cheff” ordenaba a las mujeres a servir platos para toda la familia reunida. Cuando nos sentábamos en la mesa gozábamos de sus bizcochos, rosquitas, panes y otros manjares de la sierra. Su esposo mi tío Pancho Peña, un gran hombre, muy trabajador, disciplinado y ordenado, era mas hosco y muchos le teníamos miedo, era bueno a su manera. Pero mi recordada tía Juanita tuvo la triste desgracia de perder a dos hijas en el terrible aluvión de Yungay, (Ancash) en mayo de 1970 y desde la desaparición de sus hijas no fue la de antes, se deprimió mucho, la diabetes que padecía se agravó y murió un 21 de diciembre de 1979. Ella para muchos de sus sobrinos fue una verdadera abuela, a la que rindo homenaje. Muchos de los familiares siempre lo recordamos porque fue una verdadera matrona, que unía a la familia, primos, sobrinos, tíos, etc. Tenía un don de convocatoria, al lado de su amplia mesa, con su tradicional horno de barro.

Otro tío muy querido, es el tío Torcuato Vargas, llamado popularmente como el tío “Tullcu”, fue hermano de mi abuelo paterno. Poseía una amplia casa de campo en el barrio de Lucmapampa, en cuyos jardines sembraba flores, criaba patos, gansos, conejos, cuyes, poseía varios caballos, mulas, burros, para las diversas actividades agrícolas. Era un geronte muy conversador, nos contaba cuentos e historias de sus viajes, de sus aventuras, era un viejo agricultor, tenía su escopeta, y gustaba de tocar su guitarra. Recuerdo con nostalgia los días y las noches que pasábamos los sobrinos al lado del viejo trovador. Cuando contaba sus numerosas aventuras en la sierra de Ancash y Huánuco lo hacía con tal gusto, me parecía recordar al viejo Aureliano de los 100 años de soledad. Fue un tío abuelo muy querido, un hombre muy trabajador que tuvo sus defectos, como todo ser humano, pero me enseñó a valorar numerosas costumbres andinas de nuestros pueblos serranos.

Un tío especial, muy longevo, es mi tío Maglorio Maguiña, le decían “Macucho”, heredero de la familia Maguiña, escribano y Juez de Paz eterno, era un hombre que conocía las leyes, muy culto y conocía bien las letras y la escritura, a pesar de su humildad, fue todo un caballero; me recordaba por su talla y su facha al viejo Don Quijote de la Mancha, él murió muy viejo. Con él conversábamos poco, pero era famoso porque no se bañaba, parecía un francés, le temía al agua.

En una calle del barrio de Cayán, San Marcos, había una casa que visitábamos, frecuentemente era de los tíos “Canticho” Maguiña e Irene Maguiña Cueva, a nosotros sus sobrinos provenientes de la metrópoli, nos acogían siempre con mucho cariño, amor y placer. Tenían una linda huerta de frutales de naranjas, lima, melocotón, manzana.

Otra tía abuela muy querida por mi madre María Vargas y nosotros, fue la tía Aurora Vargas, otra gran mujer de costumbres muy antiguas, de buen poder económico, que tenía su huerta, sus joyas y sus recuerdos de sus ancestros, era una mujer muy conservadora que cuidaba mucho a sus sobrinos, que no abría la puerta a nadie y cuando nosotros llegábamos de Lima, siempre nos recibía con consejos y melocotones. La tía Aurora, uraña, de voz ronca, paraba mucho en su casa y cuarto, salía poco a la calle, cuando uno conversaba con ella siempre aparecían sus sabios consejos de mujer vieja, pero creo exageraba mucho por su posición conservadora católica algo “cucufata”. Era diferente a la mamá Juanita y siempre tuvo la virtud de aconsejarnos de los males de la sociedad moderna, era conocida como “tacaña” pero, nunca la sentimos como tal.

“Guapo del pueblo”, era el logo de un viejo camión Scania propiedad de otro querido tío, don Rubén Alfaro Guardia, primo hermano de mi madre, era alto, corpulento, de tez blanca mestiza, barbudo, poseía un vozarrón especial, era polifacético, agricultor, deportista; desde chico apreció especialmente su faceta de chofer y luego propietario de algunos camiones y buses que hacían los agotadores y peligrosos viajes interprovinciales desde Huari, Huántar, San Marcos, Chavín, tanto a Huaraz como a Lima, llevando encomiendas y pasajeros; en esos viajes apreció una virtud muy especial de él, su gran capacidad de servicio para todos, en especial para sus paisanos; él nunca decía no a los pobres, humildes y a la familia. Nunca le vi cobrar, era un hombre muy generoso, por ello fue muy querido no solo en San Marcos, sino en toda la región de Conchucos, Huaraz, etc. Debido a su cariño y amor por su tierra fue varias veces Alcalde de San Marcos y realizó importantes obras comunales, pero debido a su porte marcial, actitud extrovertida, peleador, se ganó el mote de “guapo del pueblo” y esta linda chapa fue puesta con orgullo en su poderoso y vetusto camión. Desde joven militó en Acción Popular, ello le motivó serios

roces y desencuentros con amigos y familiares que eran del partido Aprista. Pero cuando se trataba de la familia, él se olvidaba de la política, del partido; siempre decía que primero estaba la “sangre” y la herencia. Fue en realidad un hombre bueno, sano y noble, muy cariñoso y de gran entrega para los suyos, pero lamentablemente cuando llegaron algunas bandas subversivas terroristas en 1980 fue amenazado constantemente y asesinado cobardemente, murió en su ley, fiel a su personalidad, él nunca se escapó de San Marcos, permaneció en su terruño y tal como dice una película él tuvo un “Corazón Valiente”.

Un tío muy especial no sólo por ser doble pariente era don Luis Alfaro Cueva, Alfaro por mi madre y Cueva por mi padre; era todo un personaje por ser un hombre, cariñoso, querendón, hombre de familia, adoraba San Marcos, Ancash y el Perú; aprista de la vieja guardia, culto y luchador; cada vez que llegábamos de Lima de vacaciones, no faltaba un pequeño regalo que nos enviaba (papas, maíz, harinas) a la casa de Lucmapampa y cuando nos invitaba a toda la familia a “tomar solo un lonchecito”, era en realidad todo un banquete que se acompañaba de ricos panes, bizcochos, roscas, jamón, miel, chicharrón, etc, gracias a las dotes culinarias de su esposa, mi querida Tía Hermelinda Huerta. Gran conversador y siempre nos recordaba sus años mozos en Huaraz cuando estudió junto a mi Padre Teófilo y otros parientes, era grato escucharlo contado sus anécdotas, sueños, consejos, etc. Lamentaba mucho la pérdida de su hermano el ex diputado aprista por Ancash, mi tío Arcadio Alfaro Huerta. Tuvo diez hijos, alguno de los cuales nos acompañaron a gozar nuestras gratas vacaciones de verano, sea jugando fútbol, carnaval, fiestas, paseos; hoy todos son destacados profesionales, trabajan en Lima, Trujillo y Suecia y entre ellas destaca la reciente elección de su hija Maruja Alfaro Huerta, joven y diputada nacional del Congreso de la República. Mi tío se sentía muy orgulloso por ello.

Quiero rendir homenaje a otros queridos tios, Felipa Maguiña Borda (la historiadora de la familia), Virgilio Vargas Lavado, Flavio Vargas Lavado, Elgivia Burga, Firpo Vargas, Cosme Vargas, Antuco Vargas, Julio Vargas, Favio Vásquez Caicedo, Oscar Alva, Braulio Alfaro, Alvaro Espinoza, etc.

Estas breves letras sirvan para recordar que la familia no sólo es el papá, mamá

e hijos, abuelos, sino que incluye a muchos viejos miembros, como mis recordados tíos y tías, de los cuales aprendí muchas cosas valiosas de la vida, que no pudieron darnos mis queridos y recordados padres y, por eso, un homenaje muy especial a mis tíos abuelos y otros viejos sabios de la vida.

Esta experiencia vivida a nivel comunitario, en un bello rincón, como es mi tierra San Marcos, con personas mayores, lamentablemente se ha ido perdiendo en las sociedades modernas, en los países ricos existen muchos viejos pero tienen como compañía a gatos y perros; en la Lima moderna y compleja de hoy las actuales parejas quieren estar solas, independientes, postergando a estos tíos, que pueden y deben enseñarnos otros valores que la vida moderna no nos enseña.

Setiembre 2002

EL ULTIMO VIAJE DE DON HUGO LUMBRERAS A LA COMUNIDAD DE HUAYOPAMPA (HUARAL, 1985)

- Una mañana de 1985, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, se presentó el Sr. Víctor De la Cruz, con lesiones típicas de la Verruga Peruana, era natural de la comunidad campesina de la sierra de Huayopampa (Huaral), venía a ser atendido de un mal que padecía, le practicamos una biopsia dérmica y confirmamos que se trataba de la clásica enfermedad de Carrión en su fase crónica y empezamos la terapia a base del antibiótico rifampicina (RFP), lo que permitió una buena respuesta clínica. Era un personaje especial, amable, educado y colaborador, nos informó del lugar donde vivía, de las condiciones ecológicas y la cercanía a Lima (tres horas) y nos invitó a investigar otros pacientes que además de la Verruga, presentaban la temida “UTA”. Dicha invitación le comuniqué al Dr. Hugo Lumbreras e inmediatamente se interesó en ir al lugar y estudiar dichos males. Así, en agosto de 1985, partimos a esa comunidad de la sierra de Huaral. El Dr. Hugo Lumbreras, el Dr. Raúl Tello (Parasitólogo) Dr. Alejandro Llanos (Médico tropicalista), Dra. Maria Cruz (Médica Residente de Tropicales) Sr. Juan Canales (chofer y técnico de campo) y el suscrito (Ver foto).
- Nos trasladamos en una camioneta Toyota cuatro por cuatro, salimos muy temprano de Lima hacia la ciudad costeña de Huaral, famosa antiguamente por su gran producción de las deliciosas naranjas y mandarinas sin pepa “Huando”, luego emprendimos el viaje a la serranía de Huaral, este nuevo trayecto era afirmado, en muchos lugares estaba en pésimo estado de conservación, a lo largo del viaje observamos una gran cantidad de terrenos agrícolas; estaban sembrados de productos de pan llevar y diversos árboles frutales, al ascender observamos los cerros con pobre vegetación, los cuales estaban cubiertos de cientos de mangueras, parecían enormes “serpientes gigantes” enroscadas en piedras, lo cual nos llamó poderosamente la atención, nuestro guía nos indicó, que ello se debía a la poca cantidad de

agua en la zona, para no desperdiciarla ésta se distribuía en las diversas “chacras” en forma equitativa, este método de las mangueras, me pareció algo ingenioso, muy característico del peruano; asimismo en el camino observamos gran número de viejos carros de la década de 1940 y 1950, de marcas tipo: Peugeot, Pontiac, Chevrolet, Ford, etc. que llevaban numerosos pasajeros a las diversas comunidades aledañas, ello demostraba la gran calidad y durabilidad de estas “moles de fierro y acero”. Luego de tres horas arribamos al distrito de Huayopampa.

- Huayopampa es un antiguo pueblo agrícola y dentro de su área posee uno de los restos arqueológicos más antiguos e importantes de la sierra de Lima, perteneciente a la cultura precolombina de Atavillos Bajo. Desde hace mucho tiempo, su funcionamiento se basa en la organización comunitaria, por ello la denominan Comunidad de Huayopampa, ésta posee sus propias tierras, dos buses grandes para el transporte de personal y un camión para el traslado de sus productos. Los principales lugares públicos como el Local Comunal, Colegio Secundario, Centro Salud, etc, han sido construidos con fondos de la comunidad. Su economía se basa en la agricultura, especialmente de la venta y exportación de manzanas tipo delicia, melocotones conocido como “blanquillos”, entre otros, en cambio la papa, maíz, trigo solo se producen en pequeña cantidad y son para el autoconsumo. Hasta 1970 ellos solo producían papa, maíz, cebada, etc, pero debido al buen clima y las propiedades de sus tierras comenzó a producirse en buena cantidad y calidad diversas frutas variadas como manzana, pera, naranja, etc, que los obligó a un cambio de giro y desde esa fecha, éstos son el principal sustento económico de esta y otras comunidades aledañas. Una vez en Huayopampa, nos recibieron amablemente el Alcalde, Teniente Gobernador, Presidente de la Comunidad, personal del Centro de Salud y otras autoridades y luego del recibimiento formal, le explicamos el motivo de nuestra presencia y junto con el Dr. Lumbreras empezamos a hacer las diversas investigaciones: diagnóstico situacional de la Verruga Peruana y la Leishmaniasis andina (“Uta”), análisis clínico y de laboratorio de los pacientes, estudios parasitológicos, etc. Junto con los Drs. Tello, Llanos, Cruz, visitamos las casas y luego de entrevistar a los pacientes, le invitamos a asistir a la Posta de Salud, para la evaluación clínica. En estas visitas detectamos numerosos casos de “Uta” en muchos niños de las comunidades de Huayopampa y La

Perla y escasos pacientes con la Verruga Peruana.

- El Dr. Hugo Lumbreras padecía desde hace años de un tumor de ganglios (Linfoma) estaba en tratamiento a base de quimioterapia; antes de viajar recibió un ciclo y estaba con las defensas disminuidas, a pesar de lo cual, decidió viajar y comandar la expedición a la sierra de Huaral, era increíble, a pesar de su palidez importante y su edad, era muy activo, alegre, parecía ser su primer viaje de exploración, ello nos motivaba a todos, desde que llegamos no descansaba, era una hormiguita, distribuyendo el trabajo, conversando con los comuneros, trabajando en el laboratorio, atendiendo pacientes, escribiendo en clave en su pequeña libretita; en fin, verlo trabajar era muy gratificante y motivador. Ese día trabajamos sin descansar y no pudimos almorzar y llegado la noche disfrutamos de las ricas frutas que nos obsequiaron los comuneros. Ya en la noche me puse a conversar con él, de sus maestros como el Dr. Hugo Pesce, Dr. Alberto Hurtado, Dr. Honorio Delgado, etc, de los problemas no resueltos en las enfermedades tropicales, del futuro del Instituto, entre otros temas, pasaron las horas y ya era las tres de la mañana, mientras conversábamos ingerimos numerosas naranjas y deliciosos melocotones, debido a ello, tanto a él y como a mi nos produjo una severa distensión abdominal y numerosos gases lo que nos impidió conciliar el sueño. Durante la tertulia nocturna, recibí sabios e importantes consejos, descubrí por primera vez al hombre humano, franco y sincero, esa noche quedó grabada en mi memoria y por ello escribo este artículo; el Dr. Lumbreras sabía que estaba mal y quería que su esfuerzo por desarrollar la Medicina Tropical no se trunque, él siempre nos instaba a continuar su obra realizada con tanto esfuerzo.
- Luego de culminada las tareas de investigación en Huayopampa y la Perla, regresamos a Lima, muy contentos de haber tenido una nueva vivencia, de haber descubierto la importancia que tiene la organización comunal en la vida de los comuneros y la salud, de ver numerosos niños y adultos afectados por la “Uta”, y especialmente de haber ganado a muchos amigos comuneros, como los Sres. De la Cruz, Vega, entre otros, los cuales siempre mantuvieron el vínculo con el Instituto.
- A nuestro regreso, debido al informe detallado que presentamos, la Universidad Peruana Cayetano Heredia, envió a los internos de medicina a

realizar su rotación rural de tres meses en dicha comunidad, actividad que fue muy valorada por los habitantes de la comunidad de Huayopampa, ello permitió conocer e investigar algunas enfermedades tropicales como la Leishmaniasis andina. A su vez nosotros capacitamos al personal técnico del Centro de Salud, en diversos aspectos de laboratorio y luego ellos regresaron a laborar a su comunidad.

- Cuatro meses después del viaje, en diciembre 1985, el Dr. Hugo Lumbreras debido a su enfermedad de fondo, fallece de una sepsis; fue una gran pérdida para la medicina peruana, la Universidad y el Perú. Hoy en día sus cenizas descansan en paz junto al de su esposa, en el campus de la UPCH, debajo de un árbol de manzano, tal como fue su deseo in vivo.
- Tuve la suerte, junto con otros colegas del Instituto, de haber realizado el último viaje de investigación de campo del profesor Lumbreras y fruto de ello es este testimonio personal.

Huayopampa es uno de los tantos y hermosos lugares de nuestra serranía que sigue luchando por salir adelante, pero las dificultades climáticas, sociales, económicas, que hemos vivido en las últimas dos décadas lo han afectado, pero el espíritu comunitario y solidario todavía se mantiene en esta ancestral comunidad serrana de Lima.



HUGO Y HUGUITO: HISTORIA DE LA DERMATOLOGÍA TROPICAL

Esta nota histórica, tiene como objetivo rendir un homenaje a dos importantes médicos: Dr. Hugo Pesce y Dr. Hugo Lumbreras, porque ambos trabajaron en forma importante en el campo de la medicina tropical y la salud pública peruana, ayudando al conocimiento y al control de muchas de esas dolencias. Dentro de éstas destaca el trabajo realizado por ellos sobre la Lepra, una enfermedad bíblica, muy antigua, despreciada y olvidada por la gran mayoría de los profesionales de la salud en nuestro país.

La Lepra, es una enfermedad muy antigua, durante muchos siglos fue considerada como una de las más peligrosas y contagiosas; hoy en día, a la luz de los conocimientos actuales, esto no es cierto. Hasta 1980 la Lepra era una enfermedad que afecta diversos países pobres y se estimaba que afectaba cerca de 12 millones de habitantes en el mundo, siendo el continente de la India el más afectado. En América, los países de mayor tasa de prevalencia son: Brasil, México, República Dominicana, Argentina, Venezuela, Colombia, Perú, etc.

Desde 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) planificó una nueva estrategia de control de la Lepra, implementando un nuevo programa de búsqueda activa de pacientes y una nueva terapia múltiple. Esa estrategia comenzó a difundirse a nivel mundial y en Brasil se trabajó con un programa pionero denominado “dermatología sanitaria” que consistía en realizar encuestas domiciliarias en lugares más distantes, a fin de captar pacientes vírgenes, pacientes no tratados o pacientes sin control. Esta estrategia posteriormente sirvió de modelo para atender pacientes con Lepra en el Perú. Para 2001 la nueva estrategia de la OMS ha permitido controlar en forma importante esta enfermedad y actualmente se calcula en cinco millones los afectados a nivel mundial.

El Dr. Hugo Lumberas, gran maestro de la Medicina Tropical, motivó a sus alumnos y a los médicos residentes a estudiar e investigar males tropicales, como las Enteroparasitosis, Leishmaniasis, Cisticercosis, Verruga Peruana y la Lepra. Esta última enfermedad, la Lepra, despreciada, olvidada, marginada, fue estudiada e investigada en años anteriores por destacados médicos como el Dr. Hugo Pesce (padre de la Leprología), Dr. José Neyra, Dr. David Alfaro, Dr. Noria, Dr. Montoya, Dr. Cuba Caparó, Dr. Zuño Burstein, entre otros .

En 1988, en la Provincia del Alto Amazonas (Yurimaguas) se empezó a desarrollar un nuevo protocolo de investigación operativo para el control de la lepra en la Amazonía, el cual estaba dirigido por el Dr. Eduardo Falconí (Médico Tropicalista) y contaba con la participación del Dr. Pedro Legua (Médico Tropicalista), Dr. *Ciro Maguiña* (Médico Tropicalista) Dr. Manuel Quimper (Médico Epidemiólogo) y la Sra.enfermera Gilma Ruíz.

Este proyecto del Instituto de Medicina Tropical “Alexander von Humboldt” de la Universidad Peruana Cayetano Heredia contaba con el valioso apoyo financiero de Red Barnet (Dinamarca).

El objetivo de esta investigación era permitir a contribuir al control de la enfermedad de Hansen en el Alto Amazonas, para ello, se coordinó con la Región de Salud de Loreto, las autoridades locales, religiosas y se empezó primero capacitando a médicos, enfermeras, técnicos de salud, personal de laboratorio, etc. Para la ejecución del proyecto, se tenía que comprar diversos materiales como, deslizadores, botes de madera, medicinas, etc.

Una vez diseñado el proyecto, se comenzó a ejecutar las actividades en los diversos puestos y centros de Salud de la Provincia de Alto Amazonas El proyecto “Control de la Lepra” , adquirió dos botes de madera, a los cuales se les denominó “Hugo” y “Huguito”. La pregunta es ¿por qué “Hugo” y “Huguito”? La respuesta es que el Dr. Hugo Pesce fue un destacado médico tropicalista, fue el pionero de la Lepra en el Perú, fue un profesional muy destacado a nivel internacional, gracias a su trabajo de investigación permitió conocer mejor la geografía de la Lepra en el Perú, sus estudios permitieron una nueva clasificación clínica de la Lepra a nivel internacional. Al primer bote lo denominamos “Hugo”.

Este brillante médico tropicalista tuvo entre sus discípulos, más conspicuos, al Dr. Hugo Lumbreras, fundador y director del Instituto de Medicina Tropical “Alexander Von Humboldt” y destacado parasitólogo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, por ello, el segundo bote recibió el nombre de “Huguito”.

El suscrito, gracias a la invitación del Dr. Eduardo Falconí y del Dr. Pedro Legua, se incorporó al equipo de trabajo y junto al personal de enfermería participó en múltiples actividades de capacitación y supervisión de la Provincia de Alto Amazonas, así, pudimos viajar con ambos botes a diversos poblados alejados de la capital y comprobamos que la estrategia de dermatología sanitaria, era la correcta y adecuada, detectando pacientes vírgenes, sin tratamiento, y para que esta estrategia pudiera tener éxito, los técnicos sanitarios junto con las enfermeras y los médicos, necesitamos no solo realizar las visitas domiciliarias en las diversas comunidades de toda la extensa Provincia de Alto Amazonas, sino supervisarlas periódicamente. En estos viajes, de días o semanas, se encuestó entre 1988 a 1992 acerca de 70,000 pobladores, detectándose diversas patologías dermatológicas infecciosas (lepra, pénfigo foliáceo, micosis superficial, acarosis, piodermitis, piedra negra, piedra blanca, etc.) y no infecciosas (eccemátides, vitiligo, urticaria, dermatitis actínica, etc.) pero este enorme trabajo no hubiera sido posible sino fuera por la valiosa e importante actividad de los técnicos locales que trabajaron directamente en el Proyecto “Control de Lepra”, así recordamos con mucha gratitud a la Sra. Juanita Vela, al Sr. Horlán Pereyra, al Sr. Haroldo Galo y otros trabajadores que fueron entrenados como “dermatólogos de campo” los cuales fueron pilares importantes en el trabajo de detección de los pacientes a nivel rural.

El viajar en estos botes ligeros de madera a lo largo de los ríos: Huallaga, Marañón, Pastaza, Morona, Tigre; fue una valiosa y extraordinaria experiencia. Los botes “Hugo” y “Huguito” sirvieron de gran ayuda para el desplazamiento a los lugares más alejados, ello permitió descubrir y detectar nuevos pacientes con Lepra, los cuales fueron tratados gratuitamente, controlados periódicamente y dados de alta luego de varios años de supervisión.

Culminando el proyecto “Control de la Lepra” en la Provincia de Alto Amazonas, y con la gran experiencia adquirida y habiendo demostrado el valor de la estrategia de dermatología sanitaria en esta zona, se logró ampliar la investigación a otras tres extensas Provincias de Loreto: Maynas, Requena y Contamana, con lo cual se logró ampliar la cobertura para el mejor control de la lepra en la Amazonía. Lamentablemente los botes “Hugo” y “Huguito”, ya estaban viejos y fueron dados de baja.

Esta experiencia valiosa de trabajo integrado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, el Instituto de Medicina Tropical “Alexander von Humboldt”, la Región de Salud Loreto, las autoridades cívicas, locales, religiosas y militares sirvieron, posteriormente, para desarrollar otro programa denominado “Atención Primaria en la Región Loreto” que continuó desarrollándose en la Amazonía, a partir de 1992 hasta 1997 y en la que se abarcó otros componentes prioritarios de salud que fueron el binomio Madre-Niño, enfermedades transmisibles etc. y que también tuvo gran éxito en el control de algunas enfermedades transmisibles de la Región Loreto.

*Dr. Ciro Maguiña,
Horlan Pereyra
(Técnico Sanitario)
y pacientes con Lepra,
Provincia de Requena,
Loreto - 1991*



HISTORIA DEL PRIMER CASO DEL SIDA Y SU SITUACION ACTUAL

La aparición del virus humano de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) causante de la enfermedad conocida como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en 1981, causó uno de los mayores impactos de todos los tiempos tanto a nivel médico como en la humanidad, esta nueva enfermedad se ha diseminado a nivel mundial, pero ello también permitió que se obtengan notables avances en la virología, inmunología, terapia antiretroviral, etc; por esto se hace necesario conocer algunos aspectos de la historia de esta nueva enfermedad tanto en el Perú como a nivel mundial .

En mayo de 1983 en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) se detectó el primer caso de SIDA, en forma coincidente, en el mismo mes y año en Francia, el Dr. Luc Montagneir descubrió el agente viral del SIDA, de una muestra procedente de un ganglio de un paciente infectado con esta nueva enfermedad.

La historia del virus VIH y el SIDA está por escribirse, de los datos publicados, se sabe que el primer caso humano se describió en la ciudad de Kinshasa (Zaire) en 1959, posteriores estudios de sueros procedentes de Uganda revelaron la existencia de la infección en pacientes asintomáticos en dicho país.

Antes de la epidemia se ha documentado un caso de un marino Noruega que murió en 1976.

Numerosas investigaciones realizadas en animales, descubrieron que una variedad del VIH (subtipo1) evolucionó de algunas especies de chimpancés , sin embargo, teniendo en cuenta que este virus no enferma a este animal; el modo más probable de cómo pasó el virus del chimpancé al humano, no se conoce; se postula que pudo haber ocurrido a través de heridas contaminadas

de personas que se contagian con sangre de un chimpancé infectado, u otra posibilidad es al ser consumido como alimento. En Africa este animal es un alimento tradicional al sur de Sahara.

El primer caso de Sida descrito en los Estados Unidos de Norteamérica, no se inició en 1981, sino más bien en 1969, se trató de una mujer de 15 años, que falleció debido a la existencia de el tumor sangrante conocido como Sarkoma de Kaposi más una infección diseminada por clamydia.

A nivel mundial el primer impacto científico ocurre en Junio de 1981, cuando el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta publica el primer reporte sobre una neumonía rara producida por el agente infeccioso *Neumocystis Carinii* (PCP) en cinco jóvenes, todos homosexuales, para agosto 1981, aumentan a 11 casos similares posteriormente, aparecen nuevos casos en personas drogadictas endovenosas, haitianos, hemofílicos, pacientes transfundidos, hijos de madres infectadas, parejas heterosexuales y trabajadores de Salud. La mayoría de los afectados vivían en Nueva York, Los Angeles y algunos consumían estimulantes sexuales (amilonitrados).

En Francia, en el Hospital de la Pitie, en 1983, el profesor Rozenbaum extirpa un ganglio cervical del paciente afectado por esta nueva enfermedad, 33 años, el Dr. Montagner examina el ganglio y descubre un nuevo retrovirus, al que lo denomina virus LAV y postula ser el causante de esta nueva enfermedad.

El 20 de mayo 1983 la revista "Science" publica este notable descubrimiento de Montagner y lo denomina como virus LAV, pero la comunidad científica no le dio crédito a este investigador desconocido. En 1984 el destacado investigador médico, Dr. Gallo, del Instituto Nacional de Cáncer de EE.UU. (INH) anuncia el descubrimiento del virus HTLV3 como causante del Sida. Ello generó una gran controversia de quién era el autor y descubridor del virus de esta nueva enfermedad; hasta que en 1986 las dos denominaciones se unifican en una sola y a partir de ello se la denominó como VIH.

En 1985 se usa por primera vez con éxito la prueba de sangre conocida como ELISA, lo que permitió mejorar y ampliar los diagnósticos a nivel clínico y epidemiológico.

En 1986, se descubre otro retrovirus menos agresivo, el tipo VIH(2) que también provoca el Sida., para esa fecha ya se habían detectado 57,372 casos de Sida a nivel mundial. Ese año el CDC de Atlanta aprueba la definición de SIDA.

En marzo de 1987 la F.D.A aprueba el valor terapéutico del AZT zidovudina, primer medicamento antivih, el AZT, en 1991 se descubre el derivado conocido como DDI o Videx, con lo cual se inicia la terapia antirretroviral combinada, hoy en día se cuentan con 21 potentes medicamentos, los cuales se combinan de diferentes formas (TARGA o HAART)..

A partir de 1991, se decide denominar a esta nueva enfermedad con el nombre de Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA o Aids.).

Para el 2004 el Sida es una gran pandemia mundial, 22 millones han fallecido y 40 millones de personas están viviendo con VIH, el 90% de los pacientes están en los países pobres, se producen 16,000 nuevas infecciones diarias por VIH, 9,000 son mujeres. El 60% de los casos son menores de 20 años. En el África subsahariana la epidemia es más evidente, donde el 57% de los adultos infectados son mujeres y el 75% de los jóvenes VIH positivos son muchachas. En los últimos años la pandemia se ha desplazado a la India China y algunas repúblicas de la ex Unión Soviética. El SIDA es la causa infecciosa más importante de mortalidad adulta en el mundo. El VIH/SIDA mata casi 5000 hombres y mujeres y a casi 1000 de sus hijos cada 24 horas en el Africa subsahauina.

Habiendo pasado más de 20 años de la detección del primer paciente de SIDA en el Perú, decidimos escribir todo lo que vivimos y lo que aconteció y que hizo posible dicho descubrimiento.

En agosto de 1982 siendo médico Residente de Infecciosas y Tropicales en el HNCH, nos tocó revisar el tema de las Enfermedades Transmitidas Sexualmente (gonorrea, sífilis, etc.). Al revisar la literatura médica, especialmente en las revistas científicas médicas tales como el New England Journal of medicine (NEJM), Lancet, MMWWR, Annals Internals of Medicine, encontramos la descripción de una nueva enfermedad descrita a

partir de junio 1981, de gran inquietud en la comunidad científica, denominada “Sarcoma de Kaposi e Infecciones oportunistas”. En ese tiempo se desconocía el agente o la causa de infección. Encontramos numerosas publicaciones y decidimos abordar esta nueva enfermedad como tema de presentación para tópicos selectos.

Este tema lo presentamos en la revisión usual que hacemos los médicos residentes del Hospital Nacional Cayetano Heredia; recuerdo que participamos con el tema de ETS, los médicos residentes, Drs. Armando Calvo, Juan Miyahira y el suscrito.

Nos tocó presentar esta nueva enfermedad de origen desconocido, según los primeros estudios realizados en 1981, en esta nueva enfermedad se producían severas deficiencias a nivel de la inmunidad celular, las que se mantenían en forma persistente. Los doctores Amador Carcelén y Armando Silicani, destacados profesores y maestros nuestros comentaron lo interesante de esta nueva enfermedad.

Luego de la presentación, a pedido del Dr. Raúl Patrucco, le alcanzamos algunas publicaciones y éste se mostró interesado por el tema, y posteriormente continuó estudiando otros nuevos pacientes afectados por el VIH, por ello se le designó y fue el primer responsable del programa de VIH que se estableció en el Perú, pero lamentablemente en 1985 falleció repentinamente este joven y destacado investigador.

El 12 de mayo de 1983, estando en emergencia, como Jefe de Guardia (residente del tercer año de medicina), a las 7:00 p.m. en el tópico de Medicina, observamos un paciente que nos llamó la atención, era un paciente nacido en el Perú, de 37 años, natural del Callao, procedente de Lima, que había vivido en los Estados Unidos de Norteamérica desde los 18 años hasta setiembre de 1982, en el que retorna a Lima debido a su enfermedad. Entre sus antecedentes personales destacaba el haber sido drogadicto en los últimos 6 años, había consumido anfetamina, diazepam, marihuana, cocaína, etc. El tiempo de enfermedad era de un año. Las molestias más importantes eran: tos con expectoración purulenta, gran malestar general, hiporexia, pérdida de peso

marcada, diarreas líquidas y fiebre; lucía pálido, disneico, crónicamente enfermo, muy adelgazado, desnutrido. De los análisis realizados destacaron: anemia moderada (hematocrito 29), leucopenia y linfopenia, leve elevación de las pruebas hepáticas, hipoalbuminemia. La radiografía de tórax presentaba un patrón de neumonitis intersticial bilateral.

A raíz de la revisión bibliográfica y de las características clínicas del paciente, en la historia de emergencia, entre los diagnosticados escribimos y planteamos por primera vez en el Perú un caso probable de “AIDS e Infecciones oportunistas” (tal como se le conocía en esa fecha). Esa noche, el paciente fue internado en el Servicio de Medicina A y, tanto en la historia clínica de hospitalización como en la nota de ingreso, los médicos no plantearon el diagnóstico de SIDA. Es por la evolución tórpida, la no respuesta a la terapia antituberculosa y la presencia en forma persistente de linfopenia absoluta con disminución de Otk4 (Cd4) y elevación Otk8 (CD8) (realizado por Dr. Patrucco) y la prueba de la tuberculina (PPD) (-), que los médicos de piso retomaron el diagnóstico de SIDA.

La evolución del paciente fue mala, persistió febril, con dificultad respiratoria progresiva, las diarreas persistieron, presentó ileo paralítico y anuria, falleciendo el 29 de mayo de 1983.

A pesar de ello se le trató con terapia antituberculosa y cotrimoxazol, debido a la negativa de la familia, no se le pudo practicar la autopsia.

En ese tiempo no se contaba con métodos de ELISA y Western Blot para el virus del VIH y sólo la sospecha clínica con el cuadro clínico hicieron posible el diagnóstico del primer caso clínico de SIDA en el Perú. Los criterios que se empleaban para el diagnóstico de esta nueva enfermedad eran los que se emplean en EE.UU.

Posteriormente conversando con el Dr. Patrucco, nos enteramos que tal paciente había sido diagnosticado de dicho mal en EE.UU. y vino a Lima a fallecer.

Ese paciente causó todo un gran debate y permitió a los médicos del Servicio

de Tropicales a empezar a investigar esta fascinante y nueva enfermedad, posteriormente con la aparición de nuevos casos sospechosos de esta enfermedad en Lima, se generó una gran discusión de cómo evitar la transmisión y contagio, existía mucho miedo del personal de salud, alumnos y familiares a ser contagiado por estos pacientes. La sala de hospitalización de Tropicales del Hospital Nacional Cayetano Heredia comenzó a recibir poco a poco a estos pacientes, se convirtió en un centro de referencia nacional. En dicho lugar los trabajadores usaban máscaras, guantes, se aislaban y quemaban las sábanas de los pacientes, etc. Guardando las distancias parecíamos volver a la época del trato a los enfermos de la Peste (mal llamado “apestados”) de la edad media. Incluso hubo muchos reclamos laborales, algunas personas (trabajadores, alumnos, médicos, etc) no deseaban trabajar, rotar o estudiar en este ambiente. En las clínicas privadas de Lima, los pacientes sospechosos eran prohibido de hospitalizarse, algunos eran derivados a los Hospitales de Salud y Seguridad Social. Felizmente con el correr del tiempo, las aguas se calmaron y aquietaron, los sufridos pacientes y sus familiares con Sida fueron aceptados. Se conocieron mejor los mecanismos de transmisión y se dejaron de lado los aislamientos absurdos de los primeros años de aparición del mal.

Actualmente para diciembre del 2004, los casos de SIDA en el Perú pasan los 17000 y la tendencia es al incremento, hoy en día, casi todos los médicos en el Perú sospechan de esta enfermedad; hace más de 20 años fue un reto haberlo planteado.

Mi homenaje al Dr. Raúl Patrucco por haber sido el pionero en emplear técnicas modernas en los estudios de inmunidad Celular y Humoral de muchas enfermedades tropicales e infecciosas, mucho antes que otros países.

Hoy en día el SIDA es considerada una enfermedad crónica, que tiene diversos patrones clínicos, que requiere tratamiento largo y prolongado, de por vida, gracias a la terapia HAART o TARGA (terapia triple) la mortalidad y las complicaciones infecciosas han disminuido en forma importante y espectacular, pero para ello hay que garantizar la adherencia a esta terapia prolongada.

En mayo de 2004 se dió el inicio de la TARGA en el Hospital Cayetano Heredia y se estima que el 2006 el MINSA esta tratando gratuitamente a 5000 pacientes, ojala ello se mantenga y se sostenga.

Agosto 2004

HISTORIA DEL CÓLERA Y LA SELVA PERUANA, ATRASO Y ABANDONO DEL ESTADO

Desde 1988 trabajando e investigando la enfermedad de la Lepra por más de seis años en la región amazónica de Loreto, tuve la gran suerte de conocer su amplia y variada geografía, su espectacular flora y fauna, la belleza exótica, sus valientes y luchadores habitantes, y también sus carencias y miserias, ello me obligó a escribir un artículo sobre esta valiosa experiencia. Pero cada año que regreso por fines docentes entre a Loreto, veo y constato que la situación social (educativa, salud, etc.) y económica de esta zona se mantiene casi igual o peor, ello se demuestra cuando las mayores tasas en el Perú de mortalidad materna, mortalidad infantil, se dan en esta región amazónica. Pero felizmente la “temida” Lepra está en fase de control desde hace varios años y son pocos los casos nuevos que aparecen en estas área, pero lamentablemente el exitoso programa de control ya no existe más y parece estar desactivado; de seguir este descuido reemergerá esta bíblica dolencia que tanto esfuerzo costó a las autoridades locales y regionales, y la participación de los promotores de salud, técnicos de enfermería, profesores, religiosos, médicos, enfermeras, ONGS (Danida, Red Barnet), Universidades (UPCH, IMT Avon Humboldt), etc.

Otra enfermedad reflejo de nuestro atraso y subdesarrollo es y fue el Cólera, enfermedad muy temida que en el Perú y América Latina, reemergió en forma importante en 1990, pero gracias al esfuerzo del Estado, de sus organizaciones, de los habitantes, de los trabajadores y los profesionales de la salud, se pudo controlar en forma efectiva y para el 2003 son escasos los casos nuevos, ya nadie recuerda lo vivido e incluso en la Selva no hay casos hoy en día. Para recordar lo sucedido, este artículo busca llamar la atención a los lectores de lo importante que es trabajar juntos y unidos para controlar nuestros males y dolencias.

En el año 1991, se desató la peor epidemia del Cólera en el Perú y como

consecuencia de ello, la enfermedad se instaló definitivamente en el Perú extendiéndose a toda América. La epidemia empezó en los primeros meses de 1991 en la costa peruana, a los pocos meses se extendió a la sierra y selva de todo el Perú. Durante todo el año 1991 se tuvo más de 300,000 casos de Cólera en los diversos servicios de salud del Perú, felizmente hoy en día son escasos los casos .

Esta epidemia fue disminuyendo en los años posteriores y en su tiempo se la consideró como un logro de la salud pública del Perú, en promedio, la letalidad fue menos del 1% (la más baja del mundo). En algunas áreas de la sierra del Perú (Cajamarca) y en algunas zonas de la Amazonía de Loreto se tuvo las mayores tasas de mortalidad.

El Perú posee un 60% de su territorio en la región amazónica, ésta se caracteriza por ser una gran área hermosa y misteriosa, con grandes recursos hidráulicos, variada y extensa fauna y flora, pero tiene muchas carencias y deficiencias a nivel de salud, educación, vivienda, agricultura, etc., por ello se la considera una de las zonas más atrasadas de nuestro país. Ello explica que tenga las más altas tasas de mortalidad infantil, mortalidad materna, mayor tasa de fecundidad, mayor prevalencia de desnutrición y alta prevalencia de enfermedades transmisibles, como Malaria, Leishmania, Dengue, Hepatitis viral, Enteroparasitosis, Tuberculosis, Lepra, enfermedad diarreica aguda, disentería, etc.

La Lepra es una vieja enfermedad, su sola mención genera pánico, “temor” al contagio, no atenderlo , aislar al paciente, “mandar internar al leprosorio”. Hoy sabemos que para el contagio de esta enfermedad se requieren tener muchas condiciones: vivir en pobreza, hacinamiento, no tener defensas para el bacilo, etc. Por ello esta enfermedad no es de fácil contagio, requiere vivir años con un paciente no tratado.

Con la mejora de las condiciones sanitarias y económicas, la Lepra se controló y desapareció en muchos países de Europa, muchos años antes de la aparición de los primeros antibióticos.

Hasta 1980 la atención de los leprosos estaba confinada a los leprosorios (San

Pablo en Loreto, Hospital de Guía en Lima) y solo se contaba para la terapia con un antibiótico, la vieja DDS o Sulfona; la OMS a partir de 1985 modificó el programa de control combinando tres antibióticos, lo que permitió mejorar y controlar la enfermedad y con ello dar lugar a la desaparición de los vetustos y horribles leprosorios. Esta importante estrategia desarrollada con éxito a fines de los 80 y toda la década del 90 ha permitido una drástica reducción de la enfermedad en la India, Blangadesh, Brasil, Perú, etc. Por ello el programa de control desarrollado por el grupo de colegas del IMT junto a la autoridades y personal de salud de la región Loreto se encaminó a este objetivo de la OMS y con satisfacción contribuimos a dicho control.

Viajar a los diversos lugares de la amazonía peruana no es fácil, los viajes en barcos, deslizadores, peque peque, etc, demoran días, semanas. Hay escasez de los mismos, muchos son obsoletos y muy antiguos y la gran mayoría no tiene las mínimas condiciones de seguridad y de comunicación.

Para viajar a las diversas regiones de Iquitos, como las provincias, distritos y pueblos de Yurimaguas, Requena, Maynas, Contamana, El Estrecho, Putumayo, Caballococha, se requiere usar los barcos (no nos queda otra) de fierro antiguos y obsoletos (llamados FERRIS), yo los denominaría “CHATARRAS DE LA SELVA” debido a que son construcciones de fierro y madera oxidadas, en que los pasajeros viajan hacinados entre hamacas, alimentos, gallinas y otras cosas, así por ejemplo para viajar desde Pucallpa a Iquitos demora en promedio seis largos y agotadores días, viajar a la ciudad de Requena demora en promedio 20 horas de trasladarse (de Iquitos a Requena) y viajar en esas chatarras era y es un peligro de transmisión de muchas enfermedades, como el Cólera, Acarosis (“rasca rasca”), enfermedades gastrointestinales, etc.

Durante la investigación operativa desarrollada por un grupo de investigadores del Instituto de Medicina Tropical Alexander Von Humboldt para el Control de la Lepra iniciada en 1988 y el posterior proyecto de “Atención Primaria de la Salud”, en la misma área, en uno de los viajes a Iquitos en los primeros meses de 1991, tuvimos la oportunidad de tener noticias de un primer caso autóctono de Cólera en la ciudad de Iquitos,

reportado por el médico epidemiólogo Dr. Javier Aramburú.

Era marzo de 1991, nos tocaba supervisar a los pacientes con Lepra en la ciudad de Requena, preocupados por la aparición del primer caso de Cólera en Iquitos, advertimos al Sr. Pesheta, dueño del barco “Madre Selva” que adquiriera ácido clorhídrico para el insalubre baño de su barco, el cual tenía una capacidad para 250 pasajeros y, además, que comprara medicamentos como antibióticos, sueros fisiológicos, jeringas, etc, para un eventual caso de Cólera; dado que suponíamos que el Cólera viajaría necesariamente por este tipo de transporte. Nos embarcamos en este vetusto barco y luego de 22 horas de viaje, llegamos a la ciudad de Requena, luego de cumplir con la evaluación de los pacientes en dicha ciudad decidimos retornar al día siguiente a la ciudad de Iquitos, tomando el mismo barco.

Siendo las 03:00 a.m. del 30 de marzo de 1991, el Capitán del barco “Madre Selva”, el Sr. Pesheta, tocó la puerta de mi camarote y nos solicitó auxilio inmediato porque uno de sus técnicos (que estaba manejando el barco), estaba muy grave; salimos presurosos y efectivamente observamos que el técnico Paima tenía todos los síntomas de un Cólera severo (diarrea acuosa abundante, tipo arroz blanco, vómitos, calambres, estaba chocado o hipotenso, etc) inmediatamente lo llevamos al camarote y al solicitarle al Capitán sus medicamentos, éste nos dijo que no había comprado nada, lo cual nos encolerizó y actuamos rápidamente. Le hicimos una flebotomía (abrir las venas) de emergencia y le administramos rápidamente tres litros de suero salino, que yo llevaba para los casos de emergencia, además le administré cuatro sobres de suero oral. El momento que sucedió ello era de madrugada y el barco Madre Selva era sometido a una intensa lluvia torrencial en el río Amazonas, los minutos me parecían horas y las horas nos parecían días; a pesar del tratamiento agresivo el paciente seguía presentando numerosas diarreas acuosas, vómitos, lo que contaminó nuestras ropas, pero en ese momento el objetivo era salvar la vida del paciente, seguíamos hidratándolo oralmente y el paciente seguía grave. Amanecía, era cerca de las 06:00 a.m. y el paciente estaba somnoliento, pálido y con poco volumen de orina; por lo tanto ya había daño renal, y temía lo peor, por ello nos apresuramos para llegar al embarcadero de Iquitos y tratando de ganar tiempo, antes de que vengan los comerciantes que vienen a comprar productos de la selva que traían en el

barco, nos paramos en la Proa, y como Moisés, abrimos paso y gritamos “tenemos un caso de Cólera en el barco”, inmediatamente todos los habitantes del Puerto de Iquitos se abrieron paso y de esta manera, en una camilla adaptada se pudo evacuar rápidamente al señor Paima al Seguro Social de Iquitos, donde fue hospitalizado y felizmente no falleció.

Esta experiencia vivida, fue terrible y dramática, esas tres horas con el paciente, son inenarrables, tuvimos que atender a un paciente grave, temíamos su muerte y el pánico de los 300 pasajeros que venían de regreso a Iquitos, por ello decidimos no AVISAR, porque hubiera sido terrible comunicar esa enfermedad. NO HABIA LAS CONDICIONES MINIMAS NI ERA EL MOMENTO. El pánico que se hubiera producido hubiera sido fatal para la travesía, felizmente ello no sucedió.

Esta vivencia negativa de los barcos mal equipados, sin recursos logísticos y humanos, sin materiales de salud, nos permitió informar y alertar a todas las autoridades para evitar más casos y muertes. Estos barcos, mejor diría “sardinas o chatarras de metal” no eran ni son los más adecuados para transportar seres humanos, ya que el viaje era más de animales que de personas.

Pero solo se corrigieron algunas cosas y luego que pasó el Cólera la situación volvió a esa normalidad absurda de lo informal, de lo ilegal; hoy en día el Cólera es otra enfermedad endémica del Perú y ya no es temida como en 1991. Nuestra pobreza e ignorancia oculta muchas verdades, esos inservibles barcos siguen surcando los diversos y lejanos ríos de la selva y los pobres habitantes de nuestra amazonía siguen arriesgando sus vidas, la pobreza no tiene compasión ni leyes que la amparen.

Debemos hacer una campaña para que las autoridades de navegación, policiales, civiles, etc obliguen a estos mercaderes de transportes a dar un trato digno a los pasajeros que viajan horas, días o semanas a los lugares más apartados de la región amazónica.

El barco “Madre Selva”, todavía sigue navegando, está vivito y coleando, cada día mas viejo y más hacinado, al observarlo en el embarcadero del puerto del “huequito” de Iquitos, recuerdo con nostalgia la aventura vivida, recuerdo al

señor Paima que sobrevivió al terrible cólera y sigo pensando en los miles de enfermos que mueren en este bello edén amazónico por enfermedades fácilmente prevenibles y controlables.

Trabajar en la amazonía sigue siendo un gran reto y dilema para enfrentar los diversos problemas que presenta, especialmente en el campo de la salud pública y la educación. Las actuales autoridades políticas y regionales de salud deberían priorizar y apoyar esta zona.

Sirva esta nota de prensa para llamar la atención de que las enfermedades endémicas y epidémicas en nuestro país, como la Malaria, Cólera, Tuberculosis, siguen siendo enfermedades importantes que diezman las poblaciones más olvidadas del Perú profundo.

La Región Amazónica, es el Pulmón del Mundo, posee la mayor cantidad de insectos, mariposas del planeta, su ecología es fuente de inmensos recursos naturales; defenderla, ayudar a su progreso es tarea de todos.

Octubre 2000



Foto del Barco MADRE SELVA: Dr. Ciro Maguiña

LA MADRE SAGRARIO Y UNA CESAREA EN LA SELVA

En 1991, el Instituto de Medicina Tropical “Alexander Von Humboldt” de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) en convenio con la ONG DANIDA (de Dinamarca) y la Región de Salud de Loreto, se habían propuesto implementar el valioso proyecto de investigación operativa “Atención Primaria de la Salud en la Región Loreto”. El equipo gestor estaba conformado por el Dr. Eduardo Falconí, Dr. Pedro Legua, Dr. *Ciro Maguiña*, Dr. Manuel Quimper, Sra Gilma Ruiz (enfermera). Me designaron apoyar la capacitación de los técnicos y promotores de salud ligados al Centro de Salud de San Lorenzo, ubicado en el distrito de Barranca, provincia de Alto Amazonas.

- Yurimaguas, capital de la provincia de Alto Amazonas, fundada en 1713, es uno de los lugares más antiguos, hermoso y pintoresco de la Amazonía, está ubicada a 182 m.s.n.m, se ubica en la confluencia de los ríos Huallaga Shanuzi y Paranapura, es conocido como “La Perla del Huallaga”. Antes de partir a la capacitación, sucedió un serio percance, al pequeño bote de madera denominado “Hugo” había “ingresado” una serpiente, denominada popularmente como “jergón”, que corresponde a la principal especie venenosa causante del más del 95% de los accidentes por ofidios. Felizmente un técnico del proyecto la observó entre las cosas y la mató, al observarla constatamos que se trataba de la especie *Bothrops atrox* (nombre científico). ¿Como pudo suceder ello? . La época del viaje, era de abundante lluvias, ello permite que muchas serpientes venenosas y no venenosas de hábitos terrestres, caigan al río, ello a su vez las obliga a buscar lugares firmes como nuestro bote.
- Desde el puerto de Yurimaguas partimos hacia el Centro de Salud de San Lorenzo, primero nos desplazamos por el río Huallaga, luego de algunas horas de viaje pasamos por el antiguo distrito de Lagunas. De allí

empalmamos al caudaloso y peligroso río Marañon, el paisaje era bello, mágico, típico de la selva. Una hora antes de llegar nos detuvimos en un pequeño caserío a visitar algunos pacientes, era la comunidad de San Antonio, nos recibió el jefe “Apu”, el cual con toda naturalidad nos contaba que padecía desde hace años paludismo crónico, en su comunidad la gran mayoría padecía de dicho mal, le obsequiamos algunas medicinas para la malaria y le informamos del motivo de nuestra presencia.

- Luego de dos días de viaje arribamos al pintoresco pueblo de San Lorenzo (capital del distrito de Barranca), en el bote viajamos, el Dr. Herminio Hernández, destacado médico pediatra del HNCH y profesor universitario de la UPOCH, su esposa, sus dos menores hijos (Toño y Renán), la enfermera Gilma Ruiz y el suscrito; nuestra meta era el dictado de un curso materno infantil para los promotores y técnicos de las diversas comunidades.
- A pesar que estaba muy alejado de las principales urbes de Loreto, el Centro de Salud de San Lorenzo era un sitio destacado famoso y conocido especialmente por sus importantes actividades de prevención y cuidado de la salud de sus habitantes, allí acudían pacientes que venían desde lugares muy alejados de los ríos Pastaza, Morona, Huituyacu, Huasaga, Lago Rimachi o Musha Carusha, viajaban semanas y días, la mayoría eran procedentes de las etnias nativas: Aguarunas, Huambisas, Ashuares o Achuales, Kandoshi (origen jíbaro), Shapras, Quichuas, etc.
- Este Centro de Salud cuenta generalmente con un Médico Serumista rural (en esa fecha, estaba de vacaciones), una enfermera y tres técnicos y la madre Sagrario. La religiosa de origen español, laboraba hace más de quince años y gracias a sus contactos, empuje y dinámica había logrado impulsar y desarrollar el Centro de Salud y el pueblo de San Lorenzo.
- ¿Quién era y es la famosa madre Sagrario? Ella es una monja católica natural de España, que decidió dedicarse a apoyar a las comunidades olvidadas de nuestra amazonía, por ello escogió este lugar como centro de su trabajo .
- Con amor y entrega a los más humildes dedicó sus mejores años en

beneficio de las comunidades nativas de Alto Amazonas; varios años antes la conocí cuando venía al Instituto de Medicina Tropical a solicitar apoyo logístico y humano. Suerte o no, varios años después la encontramos trabajando sin descanso en San Lorenzo. Ella es muy querida por todos los habitantes, lo consideran un ángel venido del cielo, bendicen su presencia y realmente ella es un gran “motor humano” de la selva. ¡Cómo quisiéramos tener muchas madres Sagrarios en todo el Perú y el mundo!.

- Una vez instalados en las casas típicas de los nativos, planificamos la capacitación de los promotores, era diez de la mañana, cuando en forma sorpresiva la madre Sagrario nos llamó a los dos médicos y nos comunicó que había llegado una enferma nativa de una comunidad en trabajo de parto complicado, al evaluarla observamos entre sus piernas, el brazo morado (cianótico) del futuro neonato, al escuchar el abdomen no detectamos latido fetal, supusimos que estaba muerto; sin demora, había que hacer una sola cosa, operarla a través de la cesárea, por ello le dije al Dr. Herminio Hernández que procediera a realizarla, pero él, me informó que nunca había hecho una cesárea y dejaba en mis manos la operación, yo solo había hecho una cesárea en 1978, siendo interno de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, pero apoyado por varios médicos; me persigné tres veces e invoqué a Dios a que me ayudara a salvar una o tal vez las dos vidas, nuestro ayudante era un joven técnico sanitario, muy hábil, quien nos prestó un viejo Libro de Obstetricia, con una linterna de mano nos alumbró la operación; la madre Sagrario, nos alcanzó un pequeño equipo descartable de parto (que había traído de España), le aplicamos el anestésico Ketalar, obtenido de mi maletín de emergencia; una vez dormida la paciente procedí a realizar la cesárea con mucho miedo, temor, temblando y sudando, luego de abrir el abdomen, observamos al neonato muerto, lo extrajimos y luego de una hora y media de trabajo culminamos la operación, estábamos completamente exhaustos, empapados como nunca, pero contentos de haber realizado una operación de emergencia y salvado una vida, pero confiábamos en la recuperación de la paciente. Esa noche no pudimos dormir, preocupados por las complicaciones inmediatas que podían presentarse, pero felizmente la recuperación fue rápida y luego de dos días de observación, la paciente se recuperó rápidamente. Culminada nuestra misión de

capacitación, nos despedimos de la paciente, de la madre Sagrario, de sus habitantes, de los técnicos y promotores de salud y retornamos a Yurimaguas. Posteriormente en San Lorenzo pasadas unas tres semanas la evaluó un médico residente de tropicales. El Dr. Pablo Campos, quien nos comunicó la recuperación completa de la paciente .

- Un detalle a recordar es que yo soy zurdo de nacimiento y según cifras mundiales somos menos del 10% de la humanidad, para nosotros los mal llamados “siniestros” o zurdos la cirugía es algo complicada, ya que las salas y equipos de operaciones están preparados y adaptados para los diestros, pero cuando realicé el primer corte en la paciente me olvidé de mi condición de zurdo, estaba en juego la vida de la paciente.
- Mientras surcaba nuevamente el río Marañón de regreso a Yurimaguas, una pregunta que me hice es acerca de la formación que debe tener un médico en el Perú . Me reafirmo y sostengo que un médico debe de saber lo básico. Por ello agradezco a todos los médicos que me prepararon y formaron durante toda mi carrera, especialmente durante mi externado médico (penúltimo año de estudios) internado y durante mi servicio de médico rural. De no haber realizado algunos procedimientos médicos y quirúrgicos básicos no me hubiera aventado a realizar la cesárea .
- Todo lo anterior me trae a la memoria a mi profesor y colega el gran profesor ya fallecido, don Armando Silicani, quien me orientó cuando yo era alumno y residente, siempre nos repetía hasta el cansancio la siguiente frase “primero sean buenos médicos, luego mejores médicos generales, excelentes médicos internistas y finalmente destacados especialistas”.
- Esta experiencia vivida en San Lorenzo tiene como uno de sus mensajes, que uno debe saber aprender de todo un poco y aprenderlo bien, de no haber realizado alguna vez una cesárea en mi formación médica, yo no hubiera sido capaz de realizarla.

Ya en Lima, nos preguntamos varias veces, cuan arriesgada fue nuestra acción de la operación, ya que honestamente, no estábamos preparados para hacer ese tipo de operación, por los largos años transcurridos y las malas condiciones imperantes en la selva, pero de no hacerlo, tal vez la

paciente hubiera fallecido, ella procedía de un lugar muy alejado, pobre, múltipara, sin recursos para evacuarla. Felizmente la operación practicada pudo salvarla, de lo contrario otra hubiera sido la situación.

- En esta alejada región amazónica, la mortalidad materno infantil es muy alta debido al atraso y miseria en que viven históricamente los habitantes de muchas de estas comunidades de la Selva .

Otra lección observada en este y otros viajes realizados por la extensa región selvática, es el gran papel que cumplen los religiosos misioneros en nuestra amazonía, realmente desempeñan una gran y fundamental labor, no solo evangelizadora, sino de servicio a la comunidad, especialmente de los más necesitados, un ejemplo destacado de ello es la labor de la Madre Sagrario de San Lorenzo, a la que rindo homenaje en estas breves letras, actualmente ella está viva y delicada de salud, sigue laborando en la Selva y su gran trabajo realizado quedará siempre grabado en la retina y en la memoria de los “charapas” de San Lorenzo y Loreto.

Mayo 1995

*Madre Sagrario
Dr. Herminio Hernandez y
familia y Dr. C. Maguiña
En el Caserio de San
Lorenzo(Alto Amazonas)
Loreto - 1991*



BROTE DE UNA ENFERMEDAD DESCONOCIDA EN LOS AGUARUNAS DE LA SELVA PERUANA

El Organismo Regional de la Comunidad Aguaruna de San Ignacio (ORASI) reportó en mayo 1993 al Sistema de Defensa Civil del Perú, la existencia de una “enfermedad desconocida” que estaba afectando a varias comunidades nativas Aguarunas de los Naranjos, distrito de San José de Lourdes, Provincia de San Ignacio, Cajamarca, se caracterizaba por la presencia de diarrea, vómitos, cefalea, fiebre y muerte.

Era mayo de 1993, estaba atendiendo en el consultorio de medicina tropical del Hospital Nacional Cayetano Heredia y recibí una llamada del despacho del Ministro de Salud, Sr. Victor Paredes, se me solicitaba ser parte de una comisión de alto nivel para investigar esta enfermedad desconocida que estaba “matando” a muchos nativos en la zona fronteriza con Ecuador, provincia de San Ignacio. La orden era viajar al día siguiente. La noticia de la causa en los fallecidos era confusa, no se tenían muchos datos, los pocos síntomas mencionados a través de la radiofonía eran fiebre, diarrea, palidez, convulsiones, sangrado de órganos internos y muerte.

¿La pregunta que me hice en ese momento es? ¿que si dichos pacientes afectados vivían en una zona de selva baja, a pocos km. de Ecuador, los probables agentes podrían ser: hepatitis viral fulminante tipo B (más hepatitis Delta), fiebre amarilla selvática, malaria maligna por *plasmodium falciparum*, encefalitis viral, fiebre tifoidea, rabia, enfermedad por hantavirus o tal vez una nueva y desconocida enfermedad?, tal como ocurrió con las últimas fiebres hemorrágicas aparecidas en la selva brasileña o el virus hemorrágico Guanarito en Venezuela.

Era la primera vez que una misión de salud iba a llegar a un lugar conocido con el nombre de la Comunidad Aguaruna de los Naranjos de San José.

El equipo lo componíamos un epidemiólogo de la Oficina General de Epidemiología (OGE), Dr. Luis Gómez, el Dr. José Paz, médico del sistema de Defensa Nacional (médico serumista), un Virólogo del INS, Sr. Miguel Cobos y el suscrito.

El 13 de mayo nos trasladamos desde Lima en un viejo avión ruso Antonov junto con el Ministro de Salud, discutimos los probables agentes y/o causas y deberíamos trabajar lo más rápido posible. El estaba muy preocupado de las numerosas muertes y luego de aterrizar en la ciudad de Bagua, nos trasladamos en un vetusto helicóptero del Ejército, al distrito de San José de Lourdes, luego de una hora de viaje entre cerros, neblina y abundante maleza, aterrizamos en plena lluvia, nos recibió el sanitario de la humilde y desabastecida Posta de Salud, don Joaquín, viejo sanitario de gran experiencia; allí todos juntos planificamos el viaje a las comunidades aguarunas ubicadas en la quebrada del río Miraflores, el 14 de mayo iniciamos la visita a las comunidades

El Director de la Subregión de Salud, El Director de Epidemiología de la Región Nororiental del Marañón y el Jefe del Centro Salud de San Ignacio, responsable del área problema, desconocían el número de los muertos en los Naranjos y no tenían notificación oficial .

El personal encargado de evaluar el brote procedíamos de formación y experiencia variada; así, el Dr. José Paz de Defensa Nacional, era un joven médico recién graduado, muy voluntarioso, bonachón, pero inexperto en viajes de campo e incluso como anécdota no trajo materiales básicos de emergencia, ésta fue su primera experiencia comunitaria; en cambio el Dr. Luis Gómez, procedente de la OGE era un médico de vasta experiencia en el Departamento de Puno y como epidemiólogo contribuyó de manera importante al estudio. El biólogo Miguel Cobos del Instituto Nacional de Salud, poseía amplia experiencia en la toma de análisis biológicos y era un experto en virus (virólogo). El Dr. Huatuco, médico jefe del Centro Salud de San Ignacio, era un buen médico general, con varios años de trabajo en esta zona y era la primera vez que iba a visitar las comunidades problemas. Yo como médico Infectólogo y Tropicalista, tenía experiencia en trabajos de investigación de campo en la sierra peruana y selva baja, pero nunca había trabajado en esta región remota de la frontera peruano-ecuatoriana.

Lo confieso, al salir tuvimos temor, los lugares a visitar eran desconocidos, inhóspitos, allí a lo largo de la ruta existían pueblos olvidados y lo peor, no sabíamos a que enfermedad nos estábamos enfrentando; el Sr. Joaquín trajo mulas y burros, luego de comprar algunos materiales y víveres iniciamos la travesía, el recorrido fue a pie y a veces montado en las mulas, provistos con machetes, pisando barro, cortando malezas, durmiendo en el monte, y comiendo naranjas, galletas, fue emocionante y a la vez agotador, pero el deseo de investigar y tratar de ayudar a los afectados, analizar lo más pronto posible las probables causas de la muerte de nuestros hermanos Aguarunas, hizo que avanzáramos lo más rápido posible, tuvimos el apoyo de algunos guías nativos, entre ellos al joven profesor Alberto, que hablaba bien el idioma nativo Aguaruna y el Castellano. Al viajar hacia las comunidades, a medida que avanzábamos, notamos un cambio importante en la geografía, de un típico valle interandino a una región característica de Selva alta, con abundante vegetación que cubre muchos cerros pequeños. Fueron largas y agotadoras horas, el primer día pernoctamos en un caserío y algunos comuneros de ese lugar pensaron que “éramos terrucos” (subversivos), no nos alojaron y nos evitaron, fue un susto tremendo, ya repuestos de ello, continuamos caminando y luego de otras ocho horas llegamos al día siguiente a esta hermosa comunidad nativa. Estaba organizada, tenía varias casas dispersas, algunas construidas con material de la zona y otras de barro, la sede comunal poseía un equipo de radiofonía recientemente donada por una ONG, luego de presentarnos y conversar con las autoridades, el jefe APU (Jefe tribal) entre otros, empezamos el trabajo de investigación, visitamos casa por casa, entrevistamos a los habitantes y familiares de los fallecidos, realizamos varios análisis de agua y sangre para ser procesados en Lima.

Según nos informaron los comuneros, a raíz del conflicto armado con el Ecuador en 1942, algunos nativos aguarunas del lado peruano decidieron colonizar estas bellas y ricas tierras amazónicas y posteriormente las fuerzas armadas del Perú establecieron algunas bases en esta importante zona fronteriza.

Las condiciones de las viviendas eran precarias, las casas de adobe, paja, madera, etc, no poseían agua potable, luz ni desagüe, no existían silos, los pisos eran de tierra. La población en su mayoría estaba constituida por niños y

jóvenes, prácticamente no habían personas adultas ancianas y las tasas de mortalidad infantil y materna eran altas.

La evaluación “in situ” comprobó efectivamente que hubo una importante mortalidad en las comunidades Aguarunas de los Naranjos entre octubre 1992 a abril 1993, el cuadro clínico de los fallecidos sugería una enfermedad infecciosa, transmitida por agua y alimentos contaminados (de tipo enteral). Podría ser una fiebre tifoidea u otra dolencia parecida, de fácil transmisión intradomiciliaria y de alta mortalidad en los no tratados, no parecía ser dengue, fiebre amarilla, rabia, leptospirosis, cólera ni la malaria maligna. La fiebre de la Oroya o enfermedad de Carrión no fue nuestra primera posibilidad, porque hasta esa fecha no se había reportado esta dolencia en alguna zona de la selva peruana. Se evaluaron un total de 80 nativos, entre sanos y enfermos, procedentes de dos comunidades cercanas: Los Naranjos y Yamaquey, allí encontramos varios pacientes afectados con un proceso infeccioso agudo, y otras personas con otras molestias como malestar, decaimiento, palidez, hiporexia, etc. Se tomaron algunos análisis sanguíneos de los habitantes y otras muestras de agua del lugar y luego de concluir esta investigación, decidimos retornar, pero lamentablemente el helicóptero que nos trasladó nunca regresó y tuvimos que usar nuevamente nuestros pies para retornar a San José de Lourdes y pasar al distrito de San Ignacio, de allí vía terrestre volver a Lima. Como comprenderán el trabajo fue intenso y el cansancio lo dejamos atrás, el deber de buscar las causas o agentes de la epidemia mortal era lo más importante. El apoyo del técnico de enfermería, Sr. Joaquín, fue notable e importante, a él lo conocían muchos nativos, era muy “acertado” en su trabajo, muy querido en el distrito de San José de Lourdes y era muy considerado por todas las autoridades locales, era un “viejo técnico bueno, ducho, seguro y valiente”. Porque hay que tener no solo valor, sino mucho cariño y amor para trabajar por los más necesitados en estas lejanas tierras peruanas.

En el Instituto Nacional de Salud de Lima se procesaron 19 sueros sanguíneos para dengue, fiebre amarilla, salmonellas, y hepatitis B, todos los cuales fueron negativos, 5 eran de familiares de los fallecidos. Las muestras de agua que consumían los nativos (obtenidas de algunas quebradas y acequias), fueron tomadas en medios especiales estériles del tipo Cary Blair, en ellas no

se aisló ningún germen tipo vibrio cholerae, salmonellas, shigellas. En tres de las 24 láminas y frotices sanguíneos se detectó plasmodium vivax, enfermedad muy común de la región. Estos frotices fueron estudiados en el Instituto de Medicina Tropical Alexander Von Humboldt de la UPCH, y se detectaron en forma sorpresiva siete frotices positivos para Bartonella bacilliformis.

Luego de analizar las muestras obtenidas y procesar la información obtenida, presentamos un extenso informe al Ministro de Salud y alertamos de la presencia por primera vez de la fiebre de la Oroya o enfermedad de Carrión en la Selva peruana; por ello las diversas autoridades de salud regional y nacional realizaron diversas acciones para tratar de controlar dicho brote y evitar la extensión y diseminación de esta enfermedad a otros lugares, por ello enviaron inmediatamente personal de salud a dichas comunidades y dotaron de diversos insumos y medicinas, para prevenir y controlar dicha dolencia .

Culminada esta investigación, escribimos en una revista científica lo siguiente:

“Al haber documentado en algunos pacientes microorganismos de Bartonella bacilliformis (aunque con poco parasitismo en los glóbulos rojos) amerita tenerla en cuenta, ya que sabemos desde 1954 que la bartonellosis en su fase aguda se complica en forma importante con salmonellas no tíficas y tífica, y cuando ésta coexiste la letalidad es bien alta, esto podría haber ocurrido en el presente brote de los habitantes de los Naranjos.....y luego continuaba...Este hallazgo clínico bacteriológico merece confirmarse y estudiarse, ya que revela la extensión de la enfermedad de Carrión a áreas nunca antes sospechadas.....”.

Pero algunos colegas científicos y amigos dudaron de nuestras observaciones

¿Como era posible de la existencia de la enfermedad de Carrión en la Selva?. Nosotros mismos no teníamos claro cómo se produjo y cómo llegó esta vieja enfermedad a esta zona, pero el tiempo es la mejor arma para decantar, aclarar o corregir las concepciones. En 1994 el Dr. Loja, médico del Hospital Nacional Arzobispo Loayza publicaba en otra revista científica un caso fatal de la fiebre de la Oroya, en un paciente nativo de la Selva de Quillabamba, del

Cuzco, ello corroboró nuestra anterior investigación y se demostraba una vez más que la enfermedad de Carrión se estaba extendiendo a nuevas zonas de la Selva alta del Perú, posteriormente desde 1996 han aparecido diversos brotes de la enfermedad de Carrión en otras zonas selváticas de Amazonas, Cajamarca, Cuzco, Loreto, Junín, lo que confirma nuestra primera observación relatada en esta nota.

Lo ocurrido en esta parte de la Selva nos trajo a la memoria la terrible y trágica muerte de los 7,000 trabajadores que fallecieron de la desconocida “fiebre de la Oroya” al construirse el ferrocarril de Lima a la Oroya en 1870, en ese tiempo muchos médicos también pensaron que los fallecidos eran debido a la fiebre amarilla o la malaria, o eran debido a las emanaciones de los metales o la existencia de las llamadas “miasmas” (sustancias tóxicas ambientales) que se producían en estas zonas. En la Historia de la Infectología y la Medicina Tropical han existido otras epidemias mortales, tales como los 20,000 muertos en 1886 al construirse parte del Canal de Panamá, o los miles de muertos al construirse el Canal de Suez.

La historia se repite y por ello debemos estar siempre alertas y dejar de ser dogmáticos y pensar siempre que las enfermedades no tienen un solo lugar, encerrado en una zona geográfica típica, hoy en día debido a los bruscos y constantes cambios ambientales, ecológicos, migraciones, entre otros factores aparecen nuevas enfermedades, como las fiebres hemorrágicas mortales producidos por diversos virus: Lassavirus, Ebola, Savia, Guanarito, Fiebre del Valle Rift, otras enfermedades “viajan” y se desplazan a nuevas áreas no clásicas, un ejemplo es la actual epidemia de Encefalitis del Nilo (enfermedad típica tropical del África) que afecta a miles de pacientes procedentes de 33 estados de los Estados Unidos de Norteamérica.

Siempre se presentarán epidemias y brotes en muchos lugares del planeta, lo importante es que estemos preparados para diagnosticarlo, enfrentarlo, tratarlo y prevenirlo. El brote de los “aguarunas de los Naranjos y Yamaguey” fue un ejemplo de ello.

30 de noviembre 2004



Dr. Ciro, Sr Joaquín, Dr. Paz en viaje de investigación del brote



*Dr. Maguiña, Dr. Gomez (OGE) el APU(Sombrero)
y nativos aguarunas de San Ignacio (Cajamarca)*

VEINTICINCO AÑOS Y EL REENCUENTRO DE LA PROMOCION INNOMINADA EN 2003

Era febrero de 1979 los integrantes de la XVI promoción de la facultad de medicina de la UPCH, veníamos realizando nuestro internado de medicina, faltaban ocho semanas para culminarlo, debido a los serios problemas económicos y laborales, los médicos residentes de todos los hospitales del Perú, estaban para iniciar una paralización en protesta por la demora en la solución de sus demandas y en un acto de solidaridad, los internos de medicina decidimos apoyarles con un día de paro, pero manteniendo la atención de los pacientes de emergencia y los hospitalizados; dicha decisión llegó a oídos de la Decana de la Facultad, Dra. Susy Rodenbeck, quien luego de discutir el asunto con las autoridades respectivas de la facultad y de la UPCH, decidió sancionarnos en forma “EJEMPLAR”, siendo la sanción prolongar por más semanas nuestro internado médico, como es lógico, ello generó en toda la promoción incomodidad, amargura y descontento; a pesar de todas las gestiones que hicimos los delegados para aminorar la sanción, ella impuso su autoridad y tuvimos que acatar esa injusta decisión.

La Dra. Rodenbeck, Médica Pediatra, además de decana, era Jefe del Servicio de Neurología del Hospital del Niño, los que rotamos por su servicio, conocimos a una profesora dedicada, responsable, muy dominante, poco permeable al diálogo y a la crítica, además ella denotaba una formación muy conservadora; también en la UPCH era conocida por su poca flexibilidad y su posición algo “dictatorial”.

Como faltaban pocas semanas para la graduación oficial en la Universidad, la promoción no tenía nombre, ni padrino y debido a la sanción que nos impusieron, en una asamblea de urgencia, decidimos como una forma de protesta no asistir a la tradicional ceremonia de graduación de abril 1979, ello creó serios conflictos en toda la promoción, algunos deseaban asistir pero la gran mayoría no lo deseábamos. Por primera vez en una ceremonia oficial de

inicio y clausura de un año académico en la UPCH, los graduandos de la facultad de medicina no asistieron y la contenta que le correspondía al colega del primer lugar de la promoción tampoco fue entregada. Luego en forma individual cada uno de nosotros recibimos nuestro grado de bachiller en medicina y la gran mayoría nos preparamos para iniciar nuestro servicio médico rural (Secigra) y otros para salir al extranjero a realizar su postgrado.

En esta decisión primó nuestra rebeldía e ímpetu juvenil, fuimos muy principistas, pero lamentablemente nosotros y nuestra familia no gozamos de nuestra graduación formal, solo el tiempo juzgaría lo correcto o no de esta decisión. A pesar de todo lo anteriormente señalado, creo que fue justo y adecuada a la situación vivida.

Cada uno de nosotros trazó su propio camino, la gran mayoría nos quedamos en el Perú a hacer patria y otros se fueron al extranjero en búsqueda de nuevos retos. Pasaron muchos años sin vernos ni juntarnos, solo algunos que realizamos labor docente en la UPCH, nos veíamos de vez en cuando, sea en las elecciones del Colegio Médico, en algunos congresos médicos y en ocasiones cuando venía alguien del extranjero o en eventos científicos en el extranjero.

El 2002 nos enteramos a través de las autoridades de la facultad de medicina que en setiembre del 2003 nos tocaba celebrar los 25 años de inicio de internado, por ello en octubre del 2002 se formó una comisión presidida por la Dra. Poli Guisti, e integrada por la Dra. Doris Guzmán, Dr. Guillermo Guibovich, Dra. Tati Herrera, Dra. Lourdes Agüero, Dr. Luis Tobaru, Dra Josefina García, Dr. José Mori, Dr. Francisco Cazorla y el suscrito, poco a poco se comenzó a buscar a todos los compañeros, se creo un directorio en internet, así nos reunimos numerosas veces en la casa de Poli, luego en la casa de Tati, en algunos chifas o restaurantes y cada uno fue aportando lo suyo y poco a poco sentíamos que el ansiado reencuentro se iba a dar. Luego de tener el directorio, se decidió consultar el epónimo de la promoción. Debido a sus cualidades personales, docentes, humanas, entre otras virtudes, llegamos al consenso de poner como nombre de la promoción al Dr. Jose Luis Calderón, destacado profesor de la UPCH, a quien le comunicamos esta designación y él se sintió muy contento, emocionado y agradecido por dicha nominación;

luego escogimos al profesor de Literatura Dr. Luis León Herrera como el encargado de realizar nuestra clase de recuerdo.

Todo iba bien y comenzaron a aparecer los problemas, Guillermo Guibovich, funcionario de la OPS en Lima pasaba a trabajar a Honduras y nos dejaba, luego Poli Guisti que desde el inicio estuvo muy dedicada al trabajo de la promoción, ganó una beca a los USA y viajaba en junio 2003, y finalmente Pancho Cazorla tenía que viajar a laborar fuera de Lima, felizmente los que quedamos asumimos las tareas planeadas, se integraron otros colegas como Paco Chavéz, Javier Noriega, Carlos Muñoz, Teresa Gaviria y con el apoyo de los colegas que trabajan en los Estados Unidos de Norteamérica Carlos Mayo, Juan Luis Peschiera, Pololo Sanchez y César Peña se pudo culminar con todas las actividades planificadas. También agradecemos a otros colegas que en forma anónima y voluntaria contribuyeron al éxito de lo señalado.

Asistieron en total 53 médicos de los 66 hábiles de la Promoción, procedentes de Estados Unidos de Norte América, Canadá, Argentina, Honduras, Chile, Cajamarca, Sullana y Tacna. Dentro de la Promoción hay once docentes que laboran en la UPCH y otros colegas que laboran en Universidades Extranjeras. Fue muy emotivo el reencuentro de los colegas y las actividades fueron:

El día 18 de Julio se realizó a primera hora la visita a las nuevas instalaciones de la UPCH, actividad dirigida por el Dr. Herver Kruger. Luego siguió la Clase del Recuerdo a cargo del Profesor Emérito Luis León Herrera, sobre literatura, que fue muy celebrada por lo instructiva, interesante y jocosa. Luego continuó las palabras del epónimo de la Promoción el profesor Dr. José Luis Calderón, de quien merecidamente lleva su nombre nuestra Promoción. El Dr. Calderón hizo una reflexión sobre la salud y la medicina, de gran contenido filosófico y conceptual. Finalmente el Padre Witch realizó una paraliturgia por la promoción y en recuerdo de dos colegas médicas fallecidas, la Dra. Ana Chong y Haydee Inomata. Al medio día se develó la placa de la promoción en el Frontis de la UPCH, la cual fue donada por el Dr. Luis Tobaru, profesor de Oftalmología de la UPCH, asistieron el Dr. Luis Caravedo nuestro Decano de la facultad y acompañó a la Ceremonia la Vicerrectora de Investigación Dra. Fabiola León Velarde. A las 12 a.m. del 18 de Julio, se realizó la ceremonia central de la Facultad con motivo de los 25 años, en el que participaron todas

las autoridades, la Vicerrectora de Investigación, Profesores invitados, como el Dr. Fernando Porturas, Amador Carcelén, Raúl Ishiyama, Juan Jiménez, Humberto Guerra, Eduardo Gotuzzo, Jaime Haro, Hildebrando Luque entre otros, así como familiares y amigos.

El decano de la Facultad de Medicina obsequió a cada uno de nosotros el libro de los 40 años de la UPCH y a nombre de la Promoción habló el Dr. Guillermo Guibovich, señaló entre muchas cosas “..... tener grabado en su memoria la admiración por sus maestros de los primeros años de su carrera y el reconocimiento a ellos en los años finales de su formación”. Recordó que años después de egresado,” una compañera le comentó que a los graduados de Cayetano Heredia se le podía reconocer “al vuelo”, y le preguntó por qué, y ella le respondió “ porque parece que siempre están buscando la perfección”, esta frase lo llevó a recordar, en el discurso de bienvenida a los cachimbos que dio el Señor Rector Enrique Fernández, quien dijo “ustedes son los mejores cerebros del Perú”, que forma más provocadora de inflamar nuestras almas adolescentes. Estas fueron razones para contestar con orgullo ante la pregunta de amigos ¿en qué universidad has estudiado?, ¡en la Cayetano Heredia!. Hoy que volvemos a nuestra querida Alma Mater a renovar nuestro espíritu herediano, decimos con orgullo “seguimos siendo de Cayetano”. Luego a nombre de la promoción se entregó un equipo de multimedia y un ecran como una contribución a nuestra Universidad. Finalmente el Dr. Luis Caravedo hizo un balance de la situación de la Universidad y sus perspectivas e informó que de nuestra promoción, un 65% se quedó en el Perú y el 35 % labora fuera. La cual ha aportado en distintos aspectos en el desarrollo, progreso y prestigio, hecho que nos llenó de orgullo. Se culminó el evento con la participación de la Tuna Universitaria. El Dr. Javier Noriega entregó un presente de plata a todos los colegas de la Promoción. El almuerzo de camaradería cortesía del Laboratorio Abeefe Bristol Myers Squibb se realizó en la casa de la Dra. Josefina García, en dicha reunión nos acompañó el Dr. Jose Luis Calderón, el Ing. Hildebrando Luque y luego en plena fiesta presentamos el CD de la promoción (álbum virtual) el cual fue realizado por mi hija Tania y por mi persona. Este CD fue obsequiado a todos los asistentes.

El día 19 de Julio, gracias a la gentil colaboración de los Drs. Carlos Mayo, Cesar Peña y Luis Sánchez se realizó la fiesta de gala. La Dra. Teresa Gaviria

donó una hermosa torta por los 25 años, nos acompañaron el Dr. Luis Caravedo y su esposa, Dr. Oscar Vidarte y su esposa, el Dr. José Luis Calderón; el maestro Dr. Amador Carcelen y su esposa y el Ingeniero Dr. Hildebrando Luque. Cada uno de los miembros de la Promoción expresaron unas palabras muy emocionantes que impactaron a todos los presentes e igualmente fueron muy cálidas las palabras del Dr. Luis Caravedo, del Dr. José Luis Calderón, Dr. Amador Carcelen, y del Ing. Hildebrando Luque. Se puede calificar a la fiesta como inolvidable. El día 20 de Julio, se culminó las actividades con un almuerzo de camaradería en Cieneguilla.

Pudimos concluir que la celebración de los 25 años de la Promoción “José Luis Calderón” ha marcado un hito en la UPCH, y esperamos que este acto de solidaridad y colaboración desinteresada sea un ejemplo para otras promociones. Actualmente estamos llenando el padrón de graduados de la UPCH, para que de esta manera todos los que han terminado sus estudios de medicina sigan participando en la vida de la universidad.

El 18 de setiembre del 2003 la UPCH celebró los 42 años de su fundación y un grupo de colegas de Lima, asistimos a la ceremonia formal de nuestros 25 años; el Dr. José Mori, a nombre de toda la promoción pronunció unas emocionantes palabras que paso a transcribir:

Chiappo, Fernández, Jiménez, Luque, León Herrera, Castro de la Matta, Cazorla, Puga, Porturas y otros profesores de gran calidad, nos dieron las primeras enseñanzas en este mundo de la medicina que creíamos conocer un poco desde las aulas escolares, para luego darnos cuenta que era mucho más complejo de lo que pensábamos. No era sólo aprender a diagnosticar las enfermedades y luego dar una receta cuasi mágica o recurrir al acto de la cirugía para devolverle la sonrisa a un paciente y su familia. No, teníamos que aprender primero derivadas e integrales, el ciclo de vida de la *Drosophila melanogaster* y el origen de los coacervados, como escribir correctamente las sobreestrújulas y qué era el Teatro Pánico, por qué se redujo el número de mashiguengas y que impacto tiene en la sociedad la migración del hombre del campo a las urbes, cuáles eran los pares craneales y dónde estaba el ligamento redondo, qué era la mórula y cómo teñir células con hematoxilina-eosina.

Cuando dejamos atrás estos primeros años e imbuidos en nuestros mandiles blancos y estetoscopio al cuello ingresamos a los hospitales, una nueva etapa arribó a nuestras vidas. En el día, aprendíamos las historias clínicas, las evaluaciones radiológicas, las lecturas de EKG o practicábamos suturas en las Emergencias. En las noches estudiábamos con ahínco hasta muy tarde acompañados de la música de Chicago, Carole King o Stevie Wonder. Los años pasaban, la camaradería y la amistad se incrementaban. Las reuniones en la casa de Poli Giusti eran casi obligatorias. También se organizaban fiestas y comenzamos a ver la formalización de algunas parejas e incluso tuvimos un matrimonio muy precoz como el de Enrique Whittwell.

Los deportes no se quedaban atrás, el fulbito y el ajedrez nos acompañaron por un buen trecho de nuestra carrera. ¿Y que decir de la música?. Indudablemente que teníamos un grupo con mucho talento. Probablemente más de la mitad de los integrantes de la Tuna de Cayetano Heredia de aquella época eran de nuestra promoción. Desfilan frente a nuestros ojos las famosas veladas, y no olvidamos la capacidad creativa e histriónica de varios que representaban hilarantes sketches en el Teatro Segura. Cuando concluimos los estudios nos fuimos separando por aquellos rumbos que nos obliga la vida. Algunos nos quedamos en el Perú y otros fuimos al extranjero. La especialización era otra etapa. Hoy, 25 años después, tenemos profesionales muy destacados realizando investigación, docencia y labor asistencial. Pero, todos ellos con un sello inconfundible, aquel que nos dio nuestra Alma Mater. Esa característica de buscar lo mejor para el paciente, para la institución y lo mejor para la comunidad.

Han transcurrido 25 años y nos reunimos con un abrazo fraterno, largo y sostenido. Con la nostalgia del tiempo transcurrido y con la tristeza de no tener entre nosotros a las queridas Haydee Inomata y Anita Chong. Queremos decirle a nuestra Universidad gracias por habernos guiado y formado, Gracias porque hoy día ejercemos una de las profesiones más nobles, gracias también por habernos permitido celebrar nuestras Bodas de Plata en Julio de este año haciendo una excepción a la norma. Agradecemos también al Dr. José Luis Calderón Viacava por su cariño y dedicación hacia nosotros. Finalmente, queremos agradecer al más grande de todos,..... a Dios. A ese ser divino que nos permite estar aquí hoy día y que nos dio los instrumentos para hacer lo que

más nos gusta: servir a los demás. “Muchas gracias”

En mayo del 2004 lamentamos la desaparición prematura de otro colega, el Dr. Francisco Cazorla (Pancho), hombre jovial, con su clásica risa, él estuvo colaborando activamente en la comisión organizadora y por razones de trabajo no pudo acompañarnos en los días de la celebración, posteriormente en una reunión social le alcancé los recuerdos y su CD.

Recordar es vivir y por ello he recogido algunas letras de algunos momentos vividos en nuestra celebración de las bodas de plata.

Concluyo señalando que la tan conocida promoción innominada tiene hoy un nombre porque sentirse orgullosa, y que guía nuestro cotidiano trabajo y nuestra vida.

Viva la promoción “José Luis Calderón”

Diciembre 2003



LA PROMOCION EN LA FIESTA Y CENA DE GALA JULIO 2003

HACIA UNA MEDICINA INTEGRAL

La medicina occidental que practicamos hoy en día muchos médicos en el Perú y el mundo ha realizado grandes avances en la salud de las personas.

Todos los días muchas emergencias médico-quirúrgicas tratadas en forma adecuada permiten salvar miles de vidas, muchas infecciones mortales y ancestrales de siglos pasados se previenen, controlan y se curan; lo mismo ocurre con algunos cánceres detectados precozmente. Nuestra medicina en pocas décadas cuenta con numerosas y rápidas técnicas de diagnóstico, vacunas de todo tipo, potentes medicamentos como son los antibióticos, antiinflamatorios, drogas inmunosupresores, etc. En este nuevo milenio asistimos al desarrollo sostenido y rápido de la biología molecular, la genética, la robótica. Todo lo cual ha permitido que la población en muchos países desarrollados tenga una mayor longevidad y calidad de vida. Pero lamentablemente la gran mayoría de la población mundial vive en países en vías de desarrollo, donde estos avances de la medicina occidental no llegan a las grandes mayorías.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que un 65-80% de la población mundial utiliza diversas prácticas de la medicina tradicional. En los últimos años en países desarrollados como Inglaterra y Estados Unidos de Norteamérica cada día aumenta el uso de las plantas y otras terapias alternativas.

Pero en ese proceso de rápido e importante desarrollo científico, nuestra medicina occidental en algunos aspectos se ha deshumanizado, burocratizado, mercantilizado. Al ser individualista y fría se ha deteriorado de manera importante la antigua relación médico-paciente y para colmo de males el uso de diversas sustancias y medicamentos ha producido reacciones adversas secundarias que han causado miles de muertes de los enfermos, lo que ha agravado el problema. A raíz de ello y otros problemas surgieron diversas

corrientes críticas y autocríticas, una de las más difundidas es la corriente conocida como bioética, ésta ha sido definida como una amalgama de prácticas, métodos y contenidos relacionados con el impacto de la tecnociencia en la vida y la salud humana.

La ciencia moderna es más estricta y exige hoy que las todas las terapias a ser usadas en el ser humano tengan adecuados estudios que estén basados en la ética, sean prospectivos, controlados, etc., generando el nuevo concepto de la medicina basada en evidencias, poniendo en cuestionamiento muchas terapias clásicas que hoy se siguen usando, ellas se han basado en estudios abiertos, no controlados, opinión de expertos, etc. Este nuevo concepto si bien es riguroso, no debemos caer en el dogmatismo, la verdad no es absoluta, muchos dogmas en medicina han caído y nuevamente han resurgido, otras en cambio persisten y otros han desaparecido.

En muchas regiones del mundo persistieron muchas milenarias y antiguas medicinas como la china, hindú; surgieron nuevas terapias como la homeopatía, la quiropráctica, yoga, magnetoterapia, etc., que a muchos médicos occidentales les ha enfrentado y creado conflictos. Nosotros creemos que todas las medicinas viejas y nuevas, la occidental y las alternativas tienen puntos de unidad y deben ser integradas. Por ello en esta revisión presentaremos la evolución histórica de las mismas.

La medicina tradicional o folklórica es una rama de la medicina muy antigua, que se ha desarrollado en el contexto social y económico de las antiguas civilizaciones y se han perpetuado a lo largo de los siglos, ejemplo de dicha medicina son: la milenaria y prodigiosa medicina china, la hindú (ayurveda, siddha y unani), sumeria, asiria, egipcia, babilonia, iraní, masai, polinesia, maya, azteca, aymara, quechua, inca, aguaruna, etc. Todas ellas y otras más se han mantenido a lo largo de varios miles de años en forma oral y/o escrita., y con el conocimiento científico actual se han validado o desechado muchas concepciones.

Los curanderos sumerios 30 siglos antes de Cristo, usaron el sauce, la leche fermentada y el azufre para aliviar muchas molestias usuales como los dolores

y las fiebres, hoy día sabemos que el uso del sauce para los dolores tiene como fundamento la presencia, del ácido acetil salicílico.

Para su desarrollo y aceptación han tenido que transcurrir miles de años de aciertos y errores, en ese proceso los curanderos y shamanes han aprendido a conocer bien las plantas medicinales, minerales, y otras sustancias; incluso, muchas de las medicinas que usamos hoy en día proceden de las canteras de la medicina tradicional.

De nuestra milenaria cultura andina y amazónica, los diversos curanderos conocidos como: "Hampi Camayoc, Ichuris, Guacaues, Laycas, Wishas, Allcos", en sus diversas terapias descubrieron y usaron muchas plantas medicinales, entre ellas tenemos a la mundialmente famosa QUININA conocida con diversos nombres como el polvo de los jesuitas, polvo de la condesa, polvos peruanos, etc., la cual es proveniente del árbol de la quina (*Cinchona officinalis*); esta cascarilla aliviaba diversas fiebres y "tercianias" de los hombres andinos, actualmente la quinina, es una importante medicina para el tratamiento de la malaria producida por la especie *falciparum* (forma maligna).

Esta cascarilla de la quinina, se usó durante más de doscientos años en todo el mundo y salvó la vida a millones de habitantes, a pesar que no se conocía el principio activo. Recién en 1942 se descubre la cloroquina para el tratamiento del paludismo por *plasmodium vivax*.

Actualmente este árbol de la quina está en fase de extinción en el Perú, sólo existe en una pequeña área de la reserva natural del departamento de San Martín.

Según algunos escritores europeos, el uso exitoso de la quinina en el tratamiento de la malaria en Europa, permitió y ayudó a conquistar el continente africano, ya que antes del uso de la quinina, muchas expediciones y misiones de los ingleses, holandeses, belgas, fracasaron debido a la alta mortalidad que producía la malaria en el África.

Además de la quinina, han existido numerosas plantas y vegetales

precolombinas que hoy en día son de gran consumo mundial, algunas de ellas son incluso consideradas como sustancias antioxidantes, entre ellas tenemos: La Papa (*Solanum tuberosum*) que posee más de 4,000 variedades, el Camote (*Ipomea batata*), Yuca (*Manihot esculenta*), Maíz (*zea mays*), Amaranto (*Amaranthus caudatus*), Quinoa (*Chenopodium quinoa*), Arracacha, Yacón, Olluco, Tarwi o chocho, Mashua, Oca, Cañihua, Maca, Tomate (antigüedad de 9,000 años), Palta, Guayaba, Chirimoya (*Annona cherimelia*), Pacae, Lúcumá, Aguaymanto, Granadilla, Pepino, Ciruela, Tumbo, Mito, Cocona, Camu camu, Coca (*erythroxican coca*), San Pedro (*Trichocereus pachanos*), Pasuchaca, Choquetarpo, Cayhua, Huito (gebnipa americano), Catahua (*hura crepitans*), Paico o amush (*Chenopodium ambrosoides*), Toronjil (*Melissa officinalis*), Sangre de grado (*crotón salugataris*), etc.

La medicina precolombina no tuvo un pensamiento médico ni científico, fue empírica y se desarrolló en un ambiente mágico religioso y místico, las prácticas eran desorganizadas y los métodos de aprendizaje eran individuales y se aprendía el arte de curar en forma secreta.

Pero lo notable de los curanderos fue el gran conocimiento que tenían de la ecología y el clima, y su relación con algunas enfermedades. Entre las diversas técnicas emplearon el masaje y la succión ("para extraer la enfermedad"), baños medicinales, enemas y sangrías. Se usó como anestésico la chicha de jora sola o mezclada con otras plantas, incluso hay evidencia de su uso en personas con prótesis metálicas en dientes malogrados.

La milenaria cultura china, con más de cinco mil años de antigüedad, posee una de las más grandes tradiciones mundiales de medicina popular, entre sus numerosas plantas medicinales destaca la planta *Artemisia* (*Artemisia annua*) conocida popularmente como "Qingashou", la cual fue usada durante miles de años para diversas dolencias e incluso para calmar muchas fiebres rebeldes, se la considera una de las hierbas milagrosas. Hoy sabemos por qué, ya que se descubrió a fines de 1960, que contenía una serie de sustancias entre ellas el *Arthemeter*, que es activa para el tratamiento de las formas graves de paludismo (cepas resistentes de malaria *falciparum*), lo cual ha permitido usarla con éxito en el África, Asia y América. De no existir esta milagrosa

planta china habrían miles de muertos por esta grave epidemia mundial.

La medicina occidental, de influencia grecorromana, tuvo también el aporte de la medicina tradicional, así su dios Esculapio o Asclepio curaba con plantas medicinales que fueron enseñadas por su centauro Kiron.

En el tiempo de Galeno (200 d.c.) era muy popular la Triaca, que era una mezcla de más de 70 sustancias vegetales, animales, entre ellas la carne de víbora. Esta "triacaca" conocida con el nombre de "bestia salvaje" se usaba para todo tipo de mal y este medicamento fue traído al Perú durante la conquista.

Nuestra medicina occidental, luego de la influencia grecorromana, tuvo también el aporte de la escuela médica árabe, posteriormente de la alemana, española, inglesa, francesa (de gran influencia) y finalmente en las últimas décadas de la norteamericana.

Durante muchos años los médicos formados en las principales escuelas médicas no tenían muchos recursos de diagnóstico y de terapia y hasta hace poco, usaban su sabiduría, su paciencia y a lo más contaban con numerosos productos galénicos provenientes de las plantas y animales, gracias a lo cual muchos pacientes mejoraban y curaban y otros sobrevivían gracias a su inmunidad y a la fe y confianza que tenían en su médico. Los médicos en ese tiempo tenían pocas medicinas, no había antibióticos, vacunas, insulina, corticoides, etc. En realidad yo les llamaría "curanderos ilustrados y cultos".

Son cientos y miles los medicamentos provenientes de la medicina tradicional, que se usan hoy en día, así tenemos: La belladona obtenida de la planta *rawolfia serpentina* (usados por los sumerios e indios como tranquilizante), aloe, colchico, genciana, canela, aceite de ricino, aceite de olivo (usado por los egipcios), la Digitoxina, (obtenida de las hojas verdes de la deladera) (*digitalis purpurea*, 1785), la Efedrina (*Efedra cónica*), Tubocurarina (obtenida del curare, planta de sudamérica), Emetina (*Cephalis ipecacuana*), Reserpina (usado por los hindúes como tranquilizante y problemas psiquiátricos), aspirina (sauce), Opio, Hiosciamina (*Hyoscyamus Níger*), Pilocarpina (*pilocarpus jaborandi*), Codeína (*Papaver somniferum*), Cafeína (*Camelia sinensis*), Morfina (*Papaver somniferum*), Atropina (*atropa belladona*), cocaína (*Erithorotoxilum*

coca), Mentol (*Mentha* spp), Levodopa (*Mucuna deringiana*), Teofilina (*Camelia sinensis*), Podofilina (*Podophyllum peltatum*), Colcicina (*Colchicum aulumnale*), Vincristina y Vinblastina (obtenida de la vinca rosea "*Catharanthus roseus*" en 1958), Taxol (obtenida de la corteza de *Taxus brevifolia*, 1994), estas últimas potentes drogas antineoplásicas.

Hoy en día siguen apareciendo más plantas como la Uña de gato (*Uncaria tomentosa*), Ayahuasca (*Banisteriopsis caapi*), Ginkgo (*gingko biloba*), Sangre de grado, Maca (*Lepidium meyenii*), Hibogaína (alucínogeno africano), Marihuana (*Cannabis saliva* cuyo compuesto es el tetrahydrocannabinol), Hierba de San Juan (hypericina), la Equinacia usado para tratar gripe y herpes (actúa a través de la activación de los fagocitos) etc., que concitan el interés científico mundial e incluso se venden en cantidades importantes en todo el mundo, a pesar que todavía no se conocen bien las sustancias químicas implicadas en la buena respuesta terapéutica. Por ello el Dr. Blumberg, premio Nobel de medicina por ser el descubridor del agente de la hepatitis viral tipo B, escribió el 2000: " ... Necesitamos escuchar a la naturaleza sin descartar todas las ventajas de la ciencia; desde luego, la ciencia debe mostrarse abierta a todo esto... " .

Actualmente se estima que cerca de dos tercios de los habitantes del mundo usan plantas curativas, según la OPS, cerca de un 20 a 25% de los medicamentos recetados en los Estados Unidos de Norteamérica contienen principios activos de las plantas y su Instituto Nacional de Cáncer tiene un depósito de 22,000 muestras de productos naturales, principalmente botánicos, al cual se añaden cerca de 6,000 especímenes nuevos cada año. Otras sustancias de moda hoy en día, son la manzana, la fresa, el chocolate, el vino tinto porque todas ellas contienen elementos importantes para la producción de los medicamentos llamados "antioxidantes", que tienen un gran valor en la conservación de las células y por lo tanto de la vida, así se ha encontrado que la uva, la mora y el maní contienen la sustancia resveratrol, con potente poder antioxidante.

La OMS en 1999, publica un importante libro sobre una monografía selecta de 26 plantas medicinales y de las descripciones hechas tomamos como ejemplo

algunas: La Cebolla (*Bulbus Allii Cepae*) diversos estudios en animales demuestran que no es mutagénico, su uso clínico ha demostrado ser útil como hipolipemiente, bajando el nivel de colesterol, en cambio no se ha demostrado su efecto antihelmíntico, afrodisiaco, para el tratamiento de la bronquitis, etc.

Ajo (*Bulbus Allii Sativi*) los estudios clínicos han demostrado su utilidad en el manejo de la hiperlipidemia (baja los lípidos) y en la prevención de la aterosclerosis y en el tratamiento moderado de la hipertensión arterial pero no hay evidencia experimental ni clínica como antipirético, diurético, expectorante, sedativo, antiasmático. Una última publicación del 2000 reporta que el ajoene extracto organosulfurado del ajo, es un potente fungicida para tratar las dermatomicosis, muy similar a la terbinafina.

La Manzanilla (*Matricaria chamomilla*, *Flos Chasmomillae*), los estudios clínicos demuestran su utilidad sintomática de la dispepsia, del balonamiento abdominal y del cólico de gases y en el tratamiento del insomnio, su uso externo para disminuir la inflamación e irritación de la piel y la mucosa, en el tratamiento sintomático de las hemorroides, pero no se ha comprobado su utilidad como agente antiviral, antibacteriano antidiarreico, etc.

Valeriana (*Radix Valerianae*), se le ha probado con éxito como un agente sedativo moderado, espasmolítico, para el tratamiento sintomático de la colitis espástica, en cambio no se ha demostrado valor como antiepiléptico, para la cefalea, para el tratamiento de los desórdenes urinarios.

Un último estudio publicado durante 2004 en la importante revista científica *Archivos de Medicina Interna* sobre el TAICHI, señalan la existencia de 743 estudios entre 1966 al 2003 en diversas partes del mundo, 9 de ellos randomizados y 23 estudios controlados no randomizados, realizados en China y Estados Unidos, se concluye “que existen beneficios a nivel cardiovascular, función respiratoria en pacientes con daño coronario, insuficiencia cardiaca, hipertensión arterial, igualmente beneficios en calmar el dolor, stress y ansiedad, beneficio psicológico y social en los adultos mayores y con enfermedades crónicas”.

Esa "fe" o confianza que tiene la gente por el curandero le permite muchas

veces curar su mal, ya que muchos males son de origen psicosomático (cefalea, jaqueca, úlcera estomacal, gastritis, asma, neurodermatitis, hipertensión arterial, etc.). También sabemos hoy que una fe, una oración, una confianza a sanar, estimula y mejora la inmunidad y ésta a su vez puede mejorar y contribuir a curar el mal o la enfermedad. Hay estudios científicos en problemas cardiacos, con cáncer, etc. que han demostrado el valor terapéutico de la oración.

No quiero ni es mi deseo pontificar a la medicina tradicional, ni a las otras medicinas alternativas, el mal uso de las plantas o el desconocimiento de muchas "hierbas", ha llevado a causar muertes, ejemplo de ello son los reportes informados en los Estados Unidos de Norteamérica sobre la toxicidad de algunas hierbas Chinas y del Oriente, así se ha encontrado mercurio en cantidades tóxicas, hierbas como el "Shong Gan Ling" que causa aplasia medular de la serie blanca. En un último reporte de junio 2000, el Dr. Nortier publica la presencia de Carcinoma uroepitelial de la vejiga asociado al uso de la planta china (*Aristolochia fang chi*) que además es nefrotóxica.

Con el uso cada vez más frecuente de las plantas medicinales y la terapia de la medicina occidental se están conociendo nuevas interacciones que pueden ser muy peligrosas en los pacientes. La planta antidepresiva de Sant John, produce diversos trastornos gastrointestinales, alergia, fatiga, mareos, confusión, fotosensibilidad, el vasodilatador *Gingko Biloba*, causa sangrado en diversos órganos, la *Kava* produce sedación, disquinesias, etc. Por ello hay que tener mucho cuidado con la interacción de los fármacos con las plantas; en el caso del *Gingko Biloba*, ésta interactúa con la aspirina, warfarina, coumadina, clopidogate (plavix), dipiridamol. el Sant John interactúa con los antidepresivos, la *Efedra* con la cafeína y descongestionantes. el *Ginseng* con la warfarina. La *Kava* con los sedativos y antipsicóticos.

Desde hace años en el Perú conocemos como el exceso del uso del OJE (planta selvática antiparasitaria) produce severos efectos extrapiramidales y daños renales. También se han descrito para otras plantas medicinales hepatotoxicidad, un ejemplo último es la hepatitis asociado al exceso del consumo de la uña del gato.

Si bien nuestra medicina de tipo occidental ha dado importantes y notables avances científicos y probablemente en los próximos años con el desarrollo de la biología molecular y el genoma se produzcan nuevos aportes, creo, que particularmente en nuestro país debería enseñarse en forma obligatoria las otras medicinas durante la formación médica y las de otros profesionales de la salud. Ello va a servir para motivar más a los profesionales de la salud y de esta manera lograr poder rescatar e integrar muchos aspectos positivos de nuestra milenaria medicina tradicional peruana, y a su vez estudiar e investigar las propiedades curativas de muchas plantas medicinales. A propósito de ello, el Perú, es uno de los 12 países con mayor biodiversidad del planeta. Se calcula que existen alrededor de 250,000 plantas medicinales en los bosques tropicales, 2,000 de los cuales se encuentran en nuestra región amazónica (60% del territorio) y que requieren ser estudiadas.

Desde hace algunos años hay un interés cada vez más creciente de muchos científicos y universidades del mundo para investigar y entender mejor a las otras medicinas existentes: La medicina tradicional, la medicina homeopática, la terapia floral de Bach (bioenergética), Laserterapia, Acupuntura, Shiatsu (presión continua de las manos), Aromaterapia (en base de aceites esenciales), Magnetoterapia, Fitoterapia, Chikung (ejercicios físicos mentales); a todas ellas debemos tratar de conocerlas y entenderlas y no desecharlas de primer plano, tal como lo hacemos lamentablemente frecuentemente la mayoría de los médicos.

Así por ejemplo la Homeopatía es una rama antigua de la medicina, que cura las enfermedades de un modo natural, estimulando la capacidad de regeneración y curación que todo organismo posee, estimula el sistema inmunológico y otros mecanismos fisiológicos para conseguir la armonía energética entre nuestro cuerpo y nuestra mente.

Otro ejemplo de terapia médica complementaria es la musicoterapia, cuyo origen se remonta en Inglaterra en 1729, fue descrito por primera vez por el médico Richard Brown; estudios modernos han demostrado que la música tiene la capacidad de reducir la ansiedad y la sensación del dolor. Recientemente se ha estado empleando la musicoterapia como un medio de

aliviar la ansiedad de pacientes que han de ser sometidos a algún procedimiento quirúrgico. Se ha encontrado que los que escuchan música antes, durante y después de su cirugía sienten menos dolor y ansiedad, requieren menos medicamentos y se recuperan con mayor rapidez. En un estudio en la sala de operaciones se encontró que por medio de la música se logró una reducción de un 50% en la cantidad de sedantes; en otro estudio se estimó que la música es tan efectiva como 2.5mg de Valium. Se ha encontrado que la música puede ayudar a mejorar su calidad de vida a personas que padecen estados depresivos, esquizofrénicos e incluso en la enfermedad de Alzheimer.

Lo que sí debemos criticar y desechar es el llamado "charlatanismo" de los falsos curanderos y de algunos malos médicos y otros profesionales de la salud, que usando medios vedados y prohibitivos, engañan y hacen daño a sus pacientes a costo de su lucro personal.

La profesión médica debe seguir siendo una noble profesión, muy humana y de servicio, que debe abrir puertas a todas las opiniones, a fin de resolver y aliviar los males de nuestros pacientes.

Soy uno de los convencidos de que es el momento para el encuentro de nuestra medicina con las otras, a fin no sólo de intercambiar experiencias, sino de contribuir a su desarrollo y progreso. Los próximos años son de profundos cambios en la medicina, muchos aspectos del conocimiento humano desconocidos como los fenómenos "sobrenaturales", "de las curas milagrosas", o "de las curas de cánceres terminales", están siendo estudiados a profundidad por diversos biólogos, neurólogos, neurofisiólogos, psiquiatras y otros científicos. Por ello los que creen verdaderamente en la ciencia tienen que ser flexibles a los nuevos enfoques y explicaciones que se desarrollan en todas las medicinas existentes.

Enero 2005



PLANTAS MEDICINALES (TARAPOTO, SAN MARTIN)

Esta obra se terminó de imprimir
en los talleres gráficos de:
DIJAES SRL
RUC: 20364692693
Telf. 043 426914 / 422139
Jr. Simon Bolivar # 765
HUARAZ - ANCASH - PERU

AUSPICIADOR:



Asesores & Consultores S.C.D.
Salud - Cultura - Desarrollo



El Dr. Ciro Maguiña Vargas, es natural de San Marcos, Huari, Ancash, Médico Cirujano graduado en la Universidad Peruana Cayetano Heredia(UPCH), posee los grados académicos de Maestría y Doctorado en Medicina de la UPCH. Es especialista en Enfermedades Infecciosas y Tropicales y de Dermatología. Ha realizado cursos de postgrado en Brasil y Japón. Profesor Principal en la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano

Heredia. Desde 1997 es Director Asociado del Instituto de Medicina Tropical “Alexander Von Humboldt”. Es profesor Honorario de la facultad de medicina de la UPAO (Trujillo), U.N. Centro y de la U.N. Santiago Antúnez de Mayolo de Ancash, es miembro fundador y directivo actual de la ONG Asesores y Consultores en Arequipa. Es Médico del Hospital Nacional Cayetano Heredia. miembro de 12 Sociedades Médicas Científicas Nacionales e Internacionales, ha publicado 110 artículos científicos y ha escrito dos Libros. Entre sus principales aportes científicos son los realizados en la Enfermedad de Carrión, otros aportes son en el estudio de los animales ponzoñosos, Toxocariosis, Blastocystosis, Carbucho, Historia de la medicina, etc. Tiene varias condecoraciones destacando el primer lugar en el Premio Rousell en Medicina 1993 y el de la Fundación Hipólito Unánue de 1998. Past Presidente de la Sociedad Peruana de enfermedades infecciosas y miembro titular de la Asociación Panamericana de Infectología. Asesor Científico de la corporación Abeeffe Bristol Myers Squibb y Miembro Titular del Comité de Enfermedades Transmisibles del Consejo Nacional de Salud. Casado con Sonia Lazo Chong, sus hijos son Pamela, Karin, Dennise y Jonathan y su única nieta Angela. Su actividad privada la realiza en las Clinicas Javier Prado, Tezza y Clinica Médica de la UPCH.

Lima 7 de marzo 2005