

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Evaluación del Campamento Universitario Multidisciplinario de Investigación y Servicio 2016, Maniapure, Venezuela.



Balbino Jesús Brito-Catari¹, José Alejandro Coronado-Raniolo², Victoria Eugenia González-Gutiérrez³, Rony Antonio Maksoud-Sleiman¹, Carla Marisela Manzano-Vélez¹, Juan Alejandro Marcano Caraballo¹, Rebeca Beatriz Milne Espinoza³, Verónica Carolina Pérez Matos², Andrea Valentina Rivero González².

RESUMEN

La capacidad de las comunidades indígenas venezolanas de acceder a los servicios básicos, entre ellos un sistema de salud apto para cubrir sus necesidades, se encuentra severamente afectada. Esta situación condiciona una mayor incidencia de enfermedades. En agosto de 2016, se llevó a cabo el Campamento Universitario Multidisciplinario de Investigación y Servicio (CUMIS) por parte de la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (SOCIEM-UCV), de la región Maniapure, estado Bolívar, Venezuela; donde especialistas y estudiantes de medicina brindaron atención médica tanto en el Ambulatorio Rural tipo II “Centro la Milagrosa” como en las diversas comunidades criollas e indígenas que conforman Maniapure. Previo consentimiento de los consultantes, se obtuvieron los datos utilizados mediante la historia clínica, concluyendo así, un total de 352 pacientes atendidos, de los cuales el 57.10% pertenecían a la etnia Eñepá, el 53.97% eran adultos y 53.40% eran masculinos. A diferencia de estudios previos, donde el principal motivo de consulta fue diarrea, el de mayor incidencia fue la fiebre (34.37%) seguido de dolor abdominal (24.14%) y diarrea (21.31%). En conjunto con los hallazgos más frecuentes fueron lesiones dermatológicas (52%) y adenopatías (20%), y los diagnósticos tales como síndrome febril agudo (18,83%), parasitosis intestinal (12,67%) y síndrome diarreico agudo (12,67%) permiten demostrar en este trabajo la posible reincidencia de enfermedades tropicales características de la zona. De igual manera se atribuye la prevalencia de otras enfermedades al estilo de vida consecuente de la cultura, de la población en estudio.

Palabras clave: Historia clínica, población indígena, sistema de salud.

The capacity of the Venezuelan indigenous tribes to access basic services, such as a health system in capacity to cover the population necessities, is frankly affected. This situation conditions the growing incidence of diseases. In August 2016, the University Multidisciplinary Camp of Research and Service (CUMIS) a project by the Universidad Central de Venezuela's Scientific Society of Medicine Students (SOCIEM-UCV) took place in the region of Maniapure, state of Bolívar, Venezuela. In this period of time, medicine students and specialists provide medical service in the type II rural ambulatory “Centro la Milagrosa”, as well in several indigenous and creole communities of Maniapure. After signing the informed consent, the data was obtained using the medical record. A total of 352 patients were seen, 57,10% of that patients were part of the Eñepá indigenous tribe, the 53,97% were adults and the 53,40% were males. In contrast to previous research, where the main motive of medical consultation was intestinal parasites, the one with higher incidence was fever (34,37%) followed by abdominal pain (24,14%) and diarrhea (21,31%). During the physical examination the main findings were dermatological disorders (52%) and adenopathies (20%). The most common medical diagnosis was acute febrile syndrome (60%), followed by intestinal parasites and acute diarrhea syndrome (both 37%), this allows this research to prove the significant role of tropical diseases which are characteristic of this zone. In the other hand is also important to highlight the influence that the style of living and culture have over these population's morbidity.

Key words: Indigenous population, health system, medical records.

1. Estudiante de 6to año de pregrado de la Escuela de Medicina “Luis Razetti”, Universidad Central de Venezuela.
2. Estudiante de 5to año de pregrado de la Escuela de Medicina “Luis Razetti”, Universidad Central de Venezuela.
3. Estudiante de 4to año de pregrado de la Escuela de Medicina “Luis Razetti”, Universidad Central de Venezuela

El Paraiso, Caracas. Venezuela.

E-mail:
vicky.eu15@gmail.com

Recibido: 19 mar 2017
Aceptado: 5 sep 2017

Para citar este artículo/For reference this article: Brito-Catari BJ, Coronado-Raniolo JA, González-Gutiérrez VE y col. Evaluación jornadas de salud del campamento universitario multidisciplinario de investigación y servicio 2016, Maniapure, Venezuela. Acta Cient Estud. 2017;12(1):6-11

En Venezuela según estadísticas del año 2015, se estima una población indígena de 724.592, de los cuales 54.686 se ubican en el estado Bolívar, distribuidos tanto en áreas rurales como urbanas [1]. En estos pueblos indígenas existe una mayor incidencia de pobreza, menor escolaridad, menor acceso a saneamiento, agua potable y acceso a sistemas de salud [1,2]. A partir del año 2010 se ha observado un retroceso de la agenda de salud indígena, lo cual se atribuye a cambios de las autoridades del área como ministros y alcaldes y la disminución de los presupuestos regionales [2], por otro lado, la escasez de medicinas y materiales médicos, genera dificultades para el acceso a los mismos, lo cual debilita las condiciones de salud de las comunidades indígenas [2,3]. Todos estos factores motivaron a los estudiantes de medicina de distintas universidades de Venezuela a que tomaran la iniciativa de organizar el Campamento Universitario Multidisciplinario de Investigación y Servicio Social “CUMIS”, para brindar servicios de salud en estas poblaciones afectadas y de difícil acceso, garantizando también su derecho a la misma.

En agosto del 2016, la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (SOCIEM-UCV) organizó la tercera edición del CUMIS 2016, en la región de Maniapure, ubicada en el estado Bolívar. El estado Bolívar es una de las 24 entidades federales de Venezuela ubicada al sureste del país, es el hogar de múltiples grupos étnicos. En este estado se ubica el municipio Cedeño, donde se encuentra la región de Maniapure, representada por una superficie cercana a los 1500 kilómetros cuadrados, ubicada entre Caicara del Orinoco y la población Pijiguaos al noroccidente del estado Bolívar. A su vez es la zona de influencia de la atención médico-social del Centro “La Milagrosa”, el cual brinda asistencia a los habitantes de 33 comunidades criollas y 7 indígenas de la etnia Eñepa [3,4]. En promedio en el centro se atiende aproximadamente 250 -320 consultas por cada mes, de los

cuales el 30% son pacientes de la etnia Eñepa y sus principales motivos de consulta son: fiebre, afecciones respiratorias, escabiosis e impétigo, tuberculosis, parasitosis intestinales y conjuntivitis [4]. Para el año 2015 en un estudio de esta misma población, las patologías con mayor incidencia que se evidenciaron fueron: rinofaringitis viral, síndrome diarreico, parasitosis intestinal [4].

El objetivo de este estudio es reconocer los principales motivos de consulta, signos al examen físicos y tratamiento administrado, así como determinar las variables de identificación y epidemiológicas de los pacientes atendidos en las jornadas realizadas en el CUMIS 2016. De esta forma brindar los datos necesarios para ser utilizados en futuras investigaciones, dando a conocer las principales afecciones de esta región, sin dejar de lado la importancia de realizar acciones sociales para estas comunidades las cuales presentan un difícil acceso a recursos y servicios de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo consiste en un estudio de corte transversal, de tipo descriptivo. Participaron como población los individuos que asistieron en condición de pacientes a las jornadas realizadas en la región de Maniapure, estado Bolívar, Venezuela, desarrolladas tanto en el Ambulatorio rural tipo II, Centro “La Milagrosa”, como en cada una de las comunidades visitadas durante el Campamento Multidisciplinario de Investigación y Servicio (CUMIS) 2016, durante el mes de agosto de dicho año.

Para este estudio fueron atendidos 190 pacientes adultos y 162 pacientes pediátricos (tomados en cuenta como pacientes pediátricos aquellos menores de 12 años), de los cuales 164 fueron del sexo femenino, 188 del sexo masculino, distribuidos en 8 comunidades (La Emilia, Las Lagunas, Corozal, Bizcochuelo, Bizcochuelo Criollo, El Guamal, Macanilla y El Palote). Todos los datos de esta investigación fueron obtenidos por estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (UCV)

y la Universidad del Zulia (LUZ), con un grado académico mayor a tercer año aprobado, entrenados previamente en el llenado correcto de las hojas de registro, que consistieron en un formato de historia clínica y registro de morbimortalidad, siguiendo un protocolo previamente discutido y aprobado por el comité de bioética del SENABI.

La información fue recolectada por los participantes del campamento, se tomaron los datos contenidos en las historias omitiendo los datos de identificación de los pacientes a fin de mantener el anonimato. Se estableció al iniciar cada consulta que la participación en los estudios es voluntaria y destacando que de no desear participar no tendría repercusión en la atención, durante cada jornada de salud. El consentimiento informado fue firmado por el adulto atendido y en el caso de los pacientes pediátricos si eran menores de 7 años, como su representante legal o el capitán de la comunidad en su defecto, a los mayores de 7 años, se les leyó el consentimiento informado junto con el consentimiento de su representante.

Se utilizó un formato de historia clínica donde se registraron los datos de identificación antecedentes personales, examen físico sistemático, tratamiento administrado, diagnóstico presuntivo, comentarios y necesidad de referencia. La historia clínica fue realizada estudiantes de 4to, 5to y 6to año, de diversas escuelas de medicina de distintas universidades venezolanas. Los estudiantes fueron asesorados durante la recolección de datos por médicos especialistas en las áreas de medicina interna, pediatría y cirugía quienes confirmaron el motivo de consulta y posterior a la realización de la historia, indicaron la administración de tratamientos dentro de las jornadas o de forma ambulatoria el cual se registró decidían si cumplía criterios de referencia y firmaban el certificado de atención realizado para las jornadas.

Fueron tomados la totalidad de registros recolectados durante cada una de las jornadas de salud desarrolladas y fue analizada realizando tablas en el programa

Microsoft Office Excel 2010, también utilizado para calcular las frecuencias y porcentajes para describir las distintas variables.

En cuanto a los criterios de inclusión, tenemos a todo paciente que acudió a las jornadas de salud, que hubiera entendido y aceptado las condiciones leídas en el consentimiento y asentimiento informado, que se haya culminado la realización de la historia clínica. Como criterio de exclusión, todo paciente que rechazó las condiciones mencionadas o a la aportación de datos durante el interrogatorio así mismo la imposibilidad de completar la historia clínica por causas ajena o inherentes al paciente.

Como variables tenemos aquellas relacionadas a la caracterización de la persona como lo son: el sexo, la edad, etnia, comunidad de procedencia; Se evaluaron los síntomas y se extrajeron los 10 más frecuentes del mismo modo se realizó con los signos físicos evidenciados, los motivos de consulta encontrados y los diagnósticos presuntivos realizados. Durante el análisis de los datos se determinó la frecuencia de cada diagnóstico como variable independiente y se asociaron a una patología pertenecientes al CIE-10. En vista de la ausencia de pruebas paraclínicas, imagenológicas y diagnósticos definitivos se utilizaron códigos del CIE que representaran patologías no específicas o generales a excepción de aquellas enfermedades reconocibles a través del interrogatorio y examen físico confirmadas por los especialistas en el área. Para efectos de las jornadas el antecedente de expulsión de vermes a través de las heces, referido por los representantes o el paciente sin ingesta de tratamiento antiparasitario específico o de amplio espectro dentro de los últimos 30 días como criterio suficiente para realizar el diagnóstico de Parasitosis Intestinal (PI) y poder administrar tratamiento. Todo paciente al cual no se realizó diagnóstico posterior a su evaluación y que no se administró tratamiento se consideró como paciente sano. El acceso a medicamentos con y sin receta médica de las comunidades atendidas es limitado y se realiza a través del ambulatorio "La Milagrosa" y de la Fundación Maniapure a través de diferentes sistemas, de este modo se tuvo registro de las comunidades

con acceso a antiparasitarios u otro tratamiento etiológico de forma reciente.

RESULTADOS

Durante las diversas jornadas de salud llevadas a cabo en el marco de la tercera edición del Campamento Universitario de Investigación y Servicio (CUMIS) 2016 en la Comunidad de Maniapure del estado Bolívar de Venezuela, se atendieron 352 pacientes, de los cuales 53,40% (n=188) de los eran del sexo masculino, mientras que 46,59% (n=164) eran del sexo femenino. Aquellos menores de 18 años correspondieron al 46,02% (n=162), mientras que 53,97% (n=190) eran mayores de 18 años. Otro aspecto a resaltar es que 57,10% (n=201) de los pacientes atendidos en las jornadas de salud pertenecen a comunidades indígenas de la etnia Eñepá (Bizcochuelo, Coroza, El Guamal, Macanilla), mientras que 42,89% (n=151) fueron de comunidades criollas (Las Lagunas, La Emilia, Bizcochuelo criollo, El Palote)

En cuanto al motivo o síntoma principal que llevó a los pacientes a acudir a nuestra jornada de salud se esquematizan los 10 principales (Tabla 2). La fiebre como primer síntoma con 34,37% (n=121) seguido de dolor abdominal representando 24,14% (n=85) y diarrea 21,31% (n=75).

Los principales hallazgos al examen físico durante estas jornadas fueron lesiones dermatológicas (52%) seguido por adenopatías (20%) y hallazgos de cuerpos extraños en conductos auditivos externos en 12% de los pacientes (Gráfico 1).

Dentro de los primeros 10 diagnósticos más frecuentes se encontró que el

Etnia	Grupo etario	Masculino	Femenino	Total
Criollo	Adulto	28	51	79
	Niño	40	42	82
Eñepá	Adulto	73	38	111
	Niño	50	30	80
Total	Adulto	100	89	190
	Niño	90	72	162
	--	190	161	352

Tabla 1. Variables demográficas de edad, género y raza de los pacientes atendidos. CUMIS 2016, Maniapure, estado Bolívar, Venezuela.

Síntomas	Número de pacientes	%
Fiebre	121	34,37
Dolor abdominal	85	24,14
Diarrea	75	21,31
Tos	60	17,04
Prurito en piel	53	15,05
Pérdida de peso	48	13,63
Hiporexia	44	12,5
Rinorrea	22	6,25
Náuseas/vómitos	22	6,25
Diaforésis	22	6,25

Tabla 2. Principales 10 motivos de consulta de los pacientes atendidos. Nota: del total de pacientes, 31,53% (n=111) presentaron un (1) solo motivo de consulta y 68,46% (n=241) presentaron 2 o más motivos de consulta.

17,04% (n=60) se trataban de pacientes aparentemente sanos y 82,95% (n=292) fueron diagnosticados con alguna patología, entre ellas: síndrome febril agudo fue el principal diagnóstico en un 18,83% (n=55) seguido por diversas parasitosis intestinales y síndrome diarreico agudo cada uno con 12,67% (n=37) (Gráfico 2).

Finalmente, los principales tratamientos que fueron recetados a los pacientes de acuerdo con el diagnóstico realizado, fueron acetaminofén en un 28% (n=88), seguido de albendazol en un 13% (n=42) y loratadina 6% (n=20) (Gráfico 3)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A lo largo de la semana se pudo evidenciar un aumento en el número de pacientes atendidos en las comunidades (352)

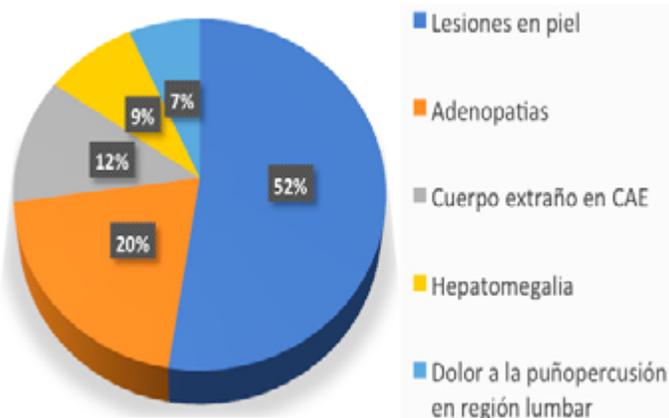


Gráfico 1. Principales 5 hallazgos al examen físico en los pacientes atendidos. CUMIS 2016, Maniapure, estado Bolívar, Venezuela. (Abreviaciones: CAE: Conducto Auditivo Externo)

en total, respecto a cifras manejadas en ediciones previas del CUMIS. Igualmente, respecto a la edición de 2015 hay que recalcar un cambio en la proporción de hombres y mujeres que vinieron a atenderse, precisando un aumento en la asistencia a la consulta por parte de los pacientes de género masculino, en un 5.53%, situación que se observó tanto en las comunidades indígenas como criollas [4]. Podría ser explicado, ya sea por la forma en la que se encuentran estructuradas estas comunidades esencialmente patriarcales o

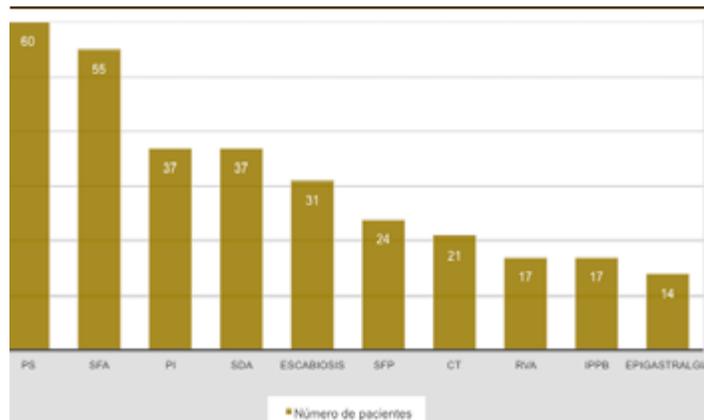


Gráfico 2. Principales 10 diagnósticos realizados en los pacientes atendidos. CUMIS 2016, Maniapure, estado Bolívar, Venezuela. (Abreviaciones y códigos: PS: paciente sano. Paciente que teme estar enfermo a quien no se realiza ningún diagnóstico (CIE Z71). SFA: Síndrome febril agudo, fiebre con escalofríos (R500). PI: parasitosis intestinal (B829). SDA: síndrome diarreico agudo. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (A09). Escabiosis (B86). SFP: síndrome febril prolongado, fiebre persistente (R501). CT: cefalea (R51). RA: rinofaringitis aguda (J00). ILPTS: Infección Local de la piel y tejido subcutáneo no especificada (Lo89), epigastralgia. Dolor abdominal localizado en la parte superior (R101).

por una respuesta que la comunidad a lo largo del tiempo está mostrando ante el proyecto y la labor social que este representa [4,5]

Durante el período de aplicación de las consultas médicas integrales que se llevaron a cabo, se encontró que los 3 principales diagnósticos realizados fueron síndrome febril agudo, parasitosis intestinales y síndrome diarreico agudo (ver gráfica 2). Las enteroparasitosis han sido descritas en estudios anteriores como las enfermedades que más comúnmente afectan a las comunidades indígenas en Venezuela [5,6], no obstante, en esta jornada del campamento se encontró la fiebre como principal motivo

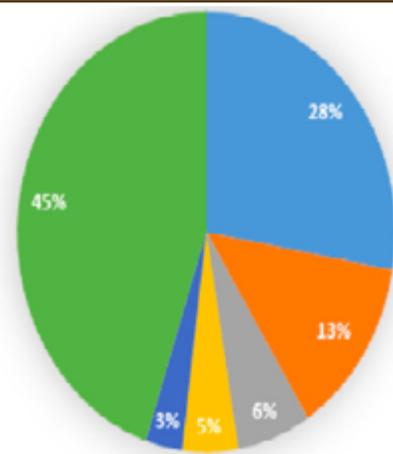


Gráfico 3. Principales 5 tratamientos recetados a los pacientes atendidos. CUMIS 2016, Maniapure, estado Bolívar, Venezuela. (Otros: ampicilina, clotrimazol, ibuprofeno, tramadol, mupirocina, farbicil, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, sulfadiazina de plata, crema azufrada, sulfato ferroso, ranitidina, terbinafina, salbutamol, sumatriptan)

de consulta por los pacientes, representando así el 34% de los motivos por los cuales los indígenas acudían al proyecto de salud a diferencia de cómo se evidenció en los previos CUMIS realizados en 2014 y 2015.

Este aumento en el número de casos del síndrome febril prolongado podría estar explicada entre otras causas por un déficit en las políticas de prevención contra enfermedades tropicales características de la zona [7,8], principalmente la malaria, de los cuales el síntoma común que comparten es la fiebre [9]. Seguidamente, en orden, los motivos de consulta frecuentes fueron el dolor abdominal, diarrea, tos y lesiones dermatológicas. Siendo el estado Bolívar, una zona endémica para las distintas parasitosis existentes en el país [9], es de esperar que estas fueran las causas del dolor abdominal, diarrea, pérdida de sueño y apetito en la población indígena estudiada [9,10].

En esta investigación, la frecuencia y distribución de las enfermedades se explica por los determinantes sociales y ambientales de la población de la zona. Es importante tener en cuenta que las principales causas de morbilidad por la cual consultan los habitantes de estas comunidades vienen dadas por patologías consecuentes de diversos factores

propios de la zona y de su cultura, donde la variabilidad climática que va de drásticos inviernos a veranos, la mala higiene personal, y la inadecuada manipulación de los alimentos y con el consumo de agua, así como la falta de servicios sanitarios adecuados, convivencia con animales y el desuso del calzado por parte de la raza indígena [11,12,13], conllevan a que estas personas presenten las diferentes patologías antes expuestas, lo que nos da de cierta forma la idea de que aunque varios pueblos del oriente y del occidente venezolano han cambiado su cultura y estilo de vida

en 16 años [14], aunado al advenimiento de epidemias y nuevas enfermedades la comunidad de Maniapure [15], se ha mantenido sin modificaciones de su conducta en pro de una mejor salud sanitaria, lo que conlleva a que los motivos de consulta se repitan año tras año y éstos varíen según la época del año en la que se esté.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Referencias

- Vinding D, Mikkelsen C. Mundo indígena 2016. Copenhague, Dinamarca: IWGIA, Grupo internacional de trabajo sobre asuntos indígenas;2016.
- Arevalo-Cuntrera MA, Arévalo-Rojas NM, Álvarez-Hoppert J, Guerra-Bello D, Fragachán-Khalil, CL, Lodeiro A, Marrero JA, Milne R, Prospero A, García-Morante DA. Evaluación de Jornadas de Salud: Campamento Universitario Multidisciplinario de Investigación y Servicio 2015, Maniapure, Venezuela. Material no publicado
- Villalón ME. Los E'ñapa. En Freire GN, Tillet A. Salud Indígena en Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la salud de la República Bolivariana de Venezuela. 2007; 1(3): 15-63.
- Montero-Mentado JG, Moya-Fariñas D, Alvarez M, Cusati V, Ortiz B, Curiel A, Chacon J. Evaluación de Jornadas de Salud del Campamento Universitario Multidisciplinario de investigación y Servicio 2014, Maniapure, Venezuela. ACE 2015; 10(1): 5-11.
- Dobson, A . Carper E. Infectious diseases and human population history, BioScience 46 1996: 115-126.
- Batista, O y Álvarez, Z. Parasitismo intestinal en niños mayores de 5 años de Ciudad Bolívar. MEDISAN, 2013, 17(4), 585-591.
- Montenegro, R. y C. Stephens. Indigenous health in Latin America and the Caribbean, The Lancet. 2006. 367: 1859-69.
- United Nations Inter-Agency Support Group (IASG). The health of indigenous peoples. 2014. de <http://www.un.org>
- Osborn F. H., Rubio-Palis Y., Herrera M., Figuera A. & Moreno J. E. (2004). Caracterización ecoregional de los vectores de malaria de Venezuela. Bol. Mal. Salud Amb. 44: 77-92.
- Añanguren M, Ibarra C, Pocater L, Berti Z, Correa I, Levesque T, Sanabria T. Reporte y seguimiento de un programa comunitario médico-social: Proyecto Maniapure año 2000. Gac Méd Caracas 2001; 109(1): 73-81.
- Toro, M. Diagnóstico económico del dispositivo sanitario en el estado Amazonas. Hacia una socialización de la medicina hipocrática, en M. Perera (ed.) Salud y Ambiente. Caracas:Universidad Central de Venezuela. 2006. 10 (1): 45-60.
- Sanabria T, Pocater L. Conceptos y programas de atención médica primaria y social en las comunidades rurales del área de Maniapure, Estado Bolívar. Gac Méd Caracas 1997; 105(3): 340-345.
- Campo-Betancourt CF, Mondragón-Cardona A, Moreno-Gutiérrez PA, Jiménez-Cañizalez CE, Tobón-García D, Martínez JW. Identificación de factores de riesgo cardiovascular a través del Campamento Universitario Multidisciplinario de Investigación y Servicios (CUMIS). Acta Cient Estud 2010; 8(3): 56-60.
- Solar, O. A conceptual framework for action on the social determinants of health, Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice). World Health Organization. 2010.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud [MPPS]. Boletín Epidemiológico. (Semana epidemiológica N° 52). Caracas, 2015.