

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Evaluación de Jornadas de Salud del Campamento Universitario Multidisciplinario de Investigación y Servicio 2014, Maniapure, Venezuela

Montero-Mentado JG^{1,2}, Moya-Fariñas D^{1,2}, Alvarez M^{1,2}, Cusati V^{2,3}, Ortiz B^{2,3}, Curiel A^{1,2}, Chacon J^{1,2}



RESUMEN

La Organización Panamericana de la Salud ha estimado aproximadamente 400 grupos indígenas distribuidos en América Latina, que han sido afectados por la inequidad en acceso a los sistemas de salud, distribución de recursos y políticas públicas. A consecuencia de ello sufren en forma creciente los rigores de la pobreza, desnutrición y enfermedades importadas. En Agosto de 2014, la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (SOCIEM-UCV) realizó el Campamento Universitario Multidisciplinario de Investigación y Servicio (CUMIS) en la región de Maniapure, Estado Bolívar, Venezuela, en donde estudiantes de medicina de diferentes universidades venezolanas brindaron servicio médico y odontológico a las comunidades del Guamal, Corozal, Colorado, Bizcochuelo, Chaviripa y Macanilla, así como en el ambulatorio tipo II “La Milagrosa”. Los datos fueron recolectados con las historias clínicas y registro de morbimortalidad utilizados durante las jornadas. Se contó con la participación de 504 pacientes, que abarcaban a la etnia indígena Panare y criollos. 49% de los pacientes fueron atendidos en las instalaciones del ambulatorio y 51% en las comunidades; siendo el motivo de consulta más frecuente dolor muscular con 13,1% de los pacientes, seguido de 11,9% malestar general y relacionados con el área de ginecología. En estudios previos realizados en la localidad se han obtenido mayor incidencia de otros motivos de consulta, como parasitosis, síndrome viral y anemia. En el ambulatorio, el 46,7% de los pacientes requirió consulta por el área de medicina interna; mientras que el mayor porcentaje en las comunidades rurales requirió consulta por pediatría.

Palabras clave: Asistencia sanitaria, Epidemiología, Servicios de Salud del Indígena.

¹Estudiante de pregrado de la Escuela “Luis Razetti”, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela.

²Miembro de la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

³Médico cirujano, Universidad Central de Venezuela.

Av. Orinoco, Valle Abajo,
Caracas, Venezuela, CP:1040.
E-mail: josegmonterom4@gmail.com

Recibido: 24/04/15.
Aceptado: 24/06/15.
Publicado: 18/07/15.

INTRODUCCIÓN

En Latinoamérica según estadísticas del año 2013, existen más de 400 grupos indígenas, con una población total entre 33 a 40 millones de personas. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) revela que existen grandes inequidades en resultados de salud para éstas poblaciones, cuando es comparada con el resto de la población [1].

Un obstáculo para el desarrollo de las comunidades ha sido el acceso a los sistemas de salud y educación. El interés y la voluntad de colaboración social en las comunidades vulnerables, ha sido siempre una preocupación de los sectores sanitario y educativo respectivamente, para generar condiciones de desarrollo. Es así como distintos entes en conjunto con la comunidad, han trabajado para resolver problemáticas de salud pública [1,2].

Es así, como mundialmente se realizan actividades para llevar a cabo dicho objetivo para la resolución de problemas de salud pública de comunidades vulnerables, que permitan garantizar los principios de igualdad de acceso a los sistemas de salud. Particularmente en Latinoamérica, se realiza actividades como la “Intervención Rural de Investigación y Saneamiento (IRIS)”, así como el “Campamento Universitario Multidisciplinario de Investigación y Servicio (CUMIS)”, las cuales son iniciativas promovidas por sociedades estudiantiles de diferentes universidades relacionadas con las ciencias de la salud e introducidas en 1998 en la Federación Latinoamericana de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina (FELSOCEM) [3,4].

En agosto de 2014, la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (SOCIEM-UCV), organizó el CUMIS Maniapure 2014, en la región de Maniapure, Estado Bolívar, Venezuela, que abarca la zona de influencia de atención

médico-social del Centro “La Milagrosa”. La región se encuentra delimitada en su borde norte-noreste por el río Orinoco. Por el noreste la serranía La Encaramada, que la separa del área de influencia de Caicara del Orinoco. El extremo Oeste lo representa la serranía de La Urbana y la costa este del río Suapure. El eje del área de influencia está dado por la carretera que hace el recorrido Caicara del Orinoco a la población de Los Pijiguaos, Estado Bolívar. El borde Sur-Este está dado por la serranía La Cerbatana. Esta región cubre una superficie cercana a los 1.500 kilómetros cuadrados, con una muy baja densidad de población. Los pobladores de la región se encuentran distribuidos en 40 caseríos o comunidades dispersas, de las cuales 33 son criollas y 7 indígenas de la étnia Panare, eñepa o eñepás, que pertenecen a la familia lingüística de los caribes. El 70% de la población está conformada por personas menores de 21 años [5,6].

En la actualidad, muchas etnias indígenas han cambiado su régimen de vida, pasando de ser pueblos seminómadas a comunidades sedentarias, disminuyendo su nivel de independencia y pasando a depender en mayor medida del estado, así mismo, sufren en forma creciente los rigores de la pobreza, desnutrición y enfermedades importadas [2]. La etnia Panare, distribuida en la región de Maniapure, ha logrado conservar muchas de sus tradiciones a pesar de su cercanía a centros poblados, mineros e industriales. Hoy día tienen comunidades con asentamientos permanentes y se han incorporado activamente a la actividad comercial de Puerto Ayacucho en el estado Amazonas y en Caicara del Orinoco y Los Pijiguaos en el estado Bolívar, mediante la venta de sus artesanías y productos alimenticios, así como la compra de productos en el mercado tradicional criollo [6].

El Centro “La Milagrosa”, sede del CUMIS 2014, cuenta con un ambulatorio rural tipo II, laboratorio de bioanálisis, consultorio

odontológico, sala de parto, sala de rayos X, como también, computador con acceso a internet y dos pistas de aterrizaje cercanas [5,7]. El Centro “La Milagrosa” brinda habitualmente asistencia a los habitantes de 33 caseríos criollos y siete comunidades indígenas de la etnia eñapa o Panare: Wamana (El Guamal), Corozal, Chaviripa, Guaratarito, Colorado, Túriba y Caño Amarillo. Se estima que en el Centro se atiende un promedio de entre 250 y 320 consultas mensuales, correspondiendo a miembros de la comunidad eñapa un 30% y siendo los principales motivos de consulta fiebre y afecciones respiratorias, escabiosis e impétigo en niños, tuberculosis, parasitosis intestinales y conjuntivitis [5,7,8].

La presente investigación se desarrolló durante el “Campamento Universitario Multidisciplinario de Investigación y Servicio”, CUMIS 2014, en la comunidad de Maniapure, Municipio Cedeño, Estado Bolívar, República Bolivariana de Venezuela y fue organizado por la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (SOCIEM-UCV), con el fin de, mediante el análisis de cada una de las jornadas de salud desarrolladas durante el evento, aportar información epidemiológica de importancia que permita planear solución a los principales problemas de salud pública que fuesen detectados, así como pueda ser utilizado en la organización de próximas jornadas similares.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y analítico de corte transversal en el que participó la población que asistió como paciente a las jornadas de salud desarrolladas tanto en el Centro “La Milagrosa”, como en cada una de las comunidades visitadas durante el Campamento Multidisciplinario de Investigación y Servicio (CUMIS) 2014,

en la región de Maniapure, Estado Bolívar, Venezuela.

La información fue recolectada por los participantes del campamento, todos estudiantes de medicina 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.

Fueron tomados la totalidad de registros recolectados durante cada una de las jornadas de salud desarrolladas. Por su parte, la información fue analizada realizando tablas en el programa Microsoft Office Excel 2010 y realizando el análisis de las variables en la población en el programa SPSS 19.

Se tomaron los datos contenidos en las historias clínicas 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

RESULTADOS

Fueron atendidos 504 pacientes, de los cuales 250 (49%) fueron atendidos en el Ambulatorio La Milagrosa, mientras que el restante 51% (254 pacientes) fue atendido en las distintas comunidades indígenas, en donde la comunidad de Colorado representó un 12%, seguida de la comunidad de El Guamal con un 11%. (Fuente: Base de Datos del CUMIS 2014) (Ver: Gráfico 1).

Durante dos días consecutivos fueron realizadas las jornadas de salud en el Centro “La Milagrosa”, en donde participó en cada una de ellas la mitad de los estudiantes participantes. La jornada de salud fue publicitada con antelación en las distintas comunidades

aledañas al Ambulatorio y fue organizada de la siguiente forma: todos los pacientes llegaban a un área denominada “triaje”, en donde eran interrogados sus datos personales, como tomadas las medidas antropométricas.

De ahí, de acuerdo a su motivo de consulta y edad, eran distribuidos a las siguientes consultas: medicina interna, ginecología, pediatría y dermatología; contando con un médico especialista que estaba acompañado con al menos un estudiante de último año de la carrera de medicina, así como, de estudiantes asistentes de cuarto y quinto año.

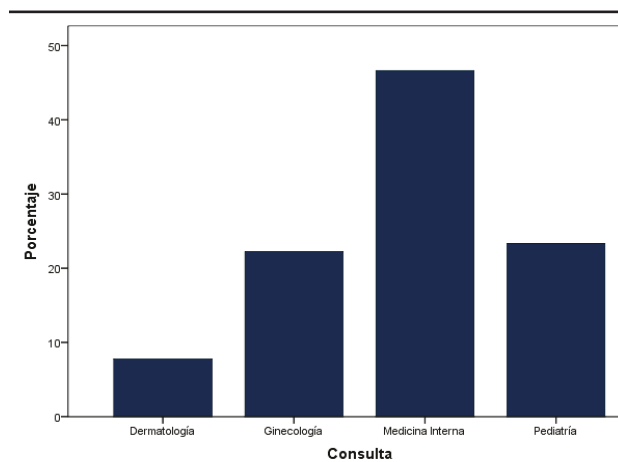
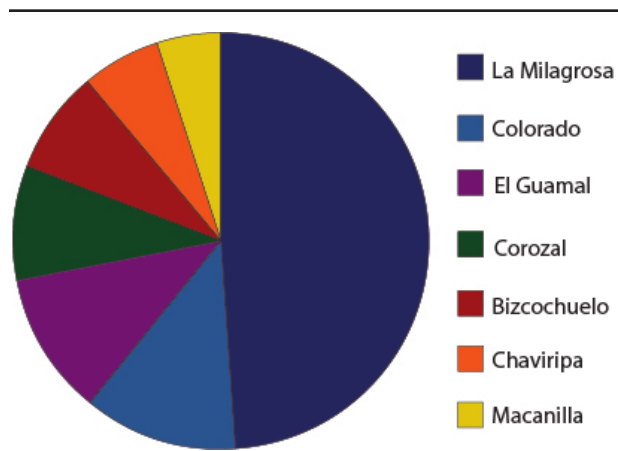


Gráfico 1. Estimado de pacientes atendidos, CUMIS, Maniapure, Edo. Bolívar, 2014.
Gráfico 2. Distribución de pacientes por consulta médica. CUMIS 2014, Ambulatorio “La Milagrosa”, Maniapure, Edo. Bolívar, Venezuela.

En las jornadas realizadas en el Ambulatorio Rural tipo II, “La Milagrosa”, el 37,8% de los pacientes eran del sexo masculino, mientras que un 62,2% era del sexo femenino. Además se encontró que de los pacientes atendidos, el 46,7% requirió consulta por el área de medicina interna, 23,3% de pediatría, 22,2% de ginecología y obstetricia, mientras que sólo un 7,8% requirió consulta con el especialista en dermatología (Fuente: Base de datos del CUMIS 2014) (Ver Gráfico 2)

Se realizaron visitas a las siguientes comunidades indígenas: El Guamal, Corozal, Colorado, Bizcochuelo, Chaviripa y Macanilla. En éstas comunidades se encontró un predominio de pacientes de sexo femenino que acudió a la jornada de salud con respecto al sexo masculino, representado en un 58,6% y 41,4% respectivamente. En cada una de las comunidades, los participantes estuvieron liderados por un médico cirujano (general), residente de postgrado, y un estudiante del último año de la carrera de medicina. Se encontró en los motivos de consulta que un 44,3% de los pacientes debían ser atendidos por el área de pediatría, seguidos de 32,8% en medicina interna, 18,6% en dermatología y 4,3% en el área de ginecología y obstetricia (Fuente: Base de datos del CUMIS 2014).

Con respecto al motivo de consulta de los pacientes atendidos (ver Gráfico 3), se encontró como el más frecuente dolor muscular con 13,1% de los pacientes, seguido de 11,9% malestar general y relacionados con el área de ginecología. Es de hacer notar que por falta de instrumentos diagnósticos adecuados e insumos suficientes, la impresión diagnóstica por el interrogatorio y examen físico fueron los únicos datos que se pudieron registrar.

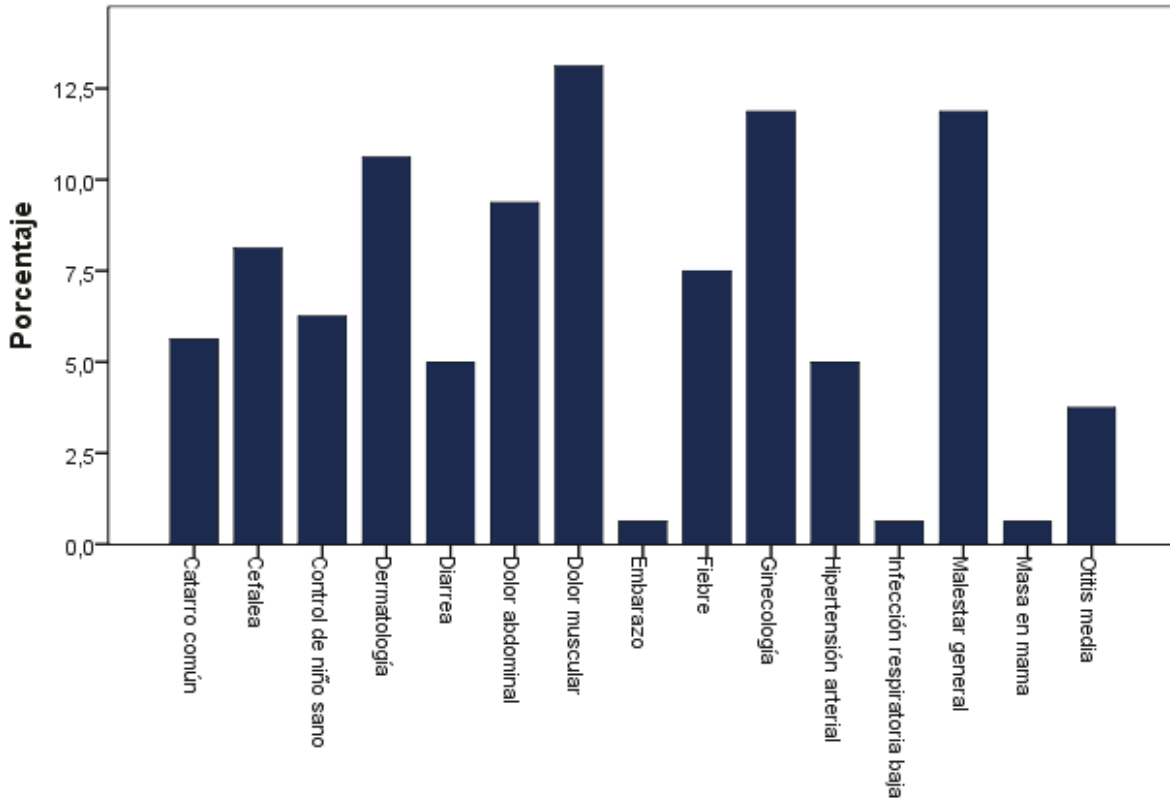


Gráfico 3. Motivo de consulta de los pacientes atendidos. CUMIS 2014, Maniapure, Edo. Bolívar, Venezuela.

DISCUSIÓN

En términos generales, se evidenció una mayor asistencia de pacientes de sexo femenino durante las jornadas evaluadas. Es de hacer notar que en la comunidad indígena eñepá, la mujer representa el centro de la familia, sobrellevando la mayor carga laboral y de responsabilidad, así como, tiene limitaciones con respecto a su esposo en aspectos como la alimentación. Sin embargo para ésta cultura, la mujer debe ser resguardada por su marido, cumpliendo él con las necesidades que ésta requiera [6,7]. Es así como se puede inferir que el contexto cultural de la comunidad indígena interfiere en la necesidad de búsqueda de asistencia médica de la población.

Se ha reportado la influencia en la región de Maniapure de otros centros asistenciales como el Hospital de Corporación Venezolana de Guayana-Bauxilum, así como el Hospital de Caicara del Orinoco, los cuales evalúan diariamente una cantidad importante de pacientes. Se ha reportado en éstos centros un porcentaje destacado de asistencia médica en el área de ginecología y obstetricia, pediatría y odontología [6]. En las jornadas evaluadas, no se registraron datos de pacientes que requiriesen consulta por odontología, presentándose como el servicio especializado más requerido el de medicina interna. Es de hacer notar que éste resultado fue influenciado en que corresponde a una jornada de salud que fue publicitada con antelación y no a la asistencia habitual al Centro “La Milagrosa”.

Al evaluar los motivos de consulta más referidos por los pacientes, el dolor muscular con 13,1% fue el más frecuente, sin embargo ha sido descrito en múltiples trabajos que entre las enfermedades que comúnmente afectan a las comunidades indígenas, destacan las enteroparasitosis [7,8].

Batista y Álvarez estudiaron 320 pacientes de comunidades indígenas en el Edo Bolívar, donde se observó el dolor abdominal como motivo de consulta más frecuente, seguido del prurito anal, anemia y lesiones dermatológicas.

Entre los principales hábitos encontrados en dicha investigación, que explicarían la secuencia de historia natural de la enfermedad, fueron: mantenerse descalzos, mantener los dedos dentro de la boca, no lavarse las manos antes de comer ni posterior a defecar, no tener acceso a agua potable, así como el incorrecto lavado de los alimentos [8].

Es de hacer notar que todos estos factores fueron evidenciados en la comunidad de Maniapure, sin embargo, las enteroparasitosis no se presentaron dentro de los motivos de consulta más señalados en el período evaluado.

Estudios previos para el año 2000, reportaron en la región, dentro de los primeros diez motivos de consulta helmintiasis (21,7%), seguido de síndrome viral (15%), representando mialgias un 5,1%.

Sin embargo es de hacer notar los principales motivos de consulta se han mantenido constantes, en diferente cuantía en estudios previos [7] (Ver Tabla 1).

Hay que considerar que las primeras causas de morbilidad por la cual consulta la población de la región, viene enmarcada en patologías que son consecuencia de varios factores como: pirámide poblacional de base ancha, clima (invierno – verano extremos), higiene personal deficiente, falta de servicios sanitarios básicos masivos (letrina, acueducto, recolección de basura, mala disposición de excretas, ausencia de aguas tratadas e intradomiciliaria) ausencia del uso del calzado, convivencia con diferentes animales y otros [6].

RECOMENDACIONES

-Considerar resultados obtenidos para próximas jornadas a realizar en el lugar, dirigiendo recursos y medicamentos a cubrir éstas áreas.

-Diseñar un instrumento de recolección de datos sencillo y dirigido a detectar necesidades específicas de la población.

CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación se pudo observar que durante el CUMIS Maniapure 2014, la consulta médica que más se requirió fue Medicina Interna, tanto en el Centro “La Milagrosa”, como en las comunidades rurales visitadas.

Tabla 1. Primeras diez causas de consulta. Ambulatorio Rural-II “La Milagrosa”. Programa Maniapure 2000.

Causas de consulta	Total	%
Helmintiasis	174	21,7
Síndrome viral	120	15
Anemia	49	6,1
Fiebre	49	6,1
Mialgia	41	5,1
Asma	29	3,6
Dermatitis	29	3,6
Heridas	28	3,5

Tomado de: Añanguren M, Ibarra C, Pocaterri 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

Igualmente, la causa de mayor frecuencia de consulta en las jornadas de salud realizadas, fue el dolor muscular con 13,1% de los pacientes, siendo esto diferente a estudios previos realizados en la zona, donde las parasitosis fueron el primer motivo de consulta, sin embargo dichas patologías también se encontraron presentes en los pacientes que consultaron, por lo que se observa un patrón en cuanto a las enfermedades presentadas en la zona que resulta importante tomar en cuenta en jornadas similares.

AGRADECIMIENTOS

-Instituciones: Universidad Central de Venezuela, Fundación Proyecto Maniapure, Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

-Dr. Tomás Sanabria, Marta Maal.

-Sociedades científicas de estudiantes de medicina de la Universidad de Oriente, Universidad de los Andes, Universidad de Carabobo, La Universidad del Zulia y Universidad Nacional Experimental “Rómulo Gallegos”.

CONFLICTO DE INTERESES

Algunos autores del artículo son miembros del equipo editorial de Acta Científica Estudiantil, se comunicó desde el inicio del proceso editorial con el fin de garantizar equidad y que éstos no tuvieran oportunidad de participar en ninguna parte del mismo.

Referencias bibliográfica

1. Sánchez, J. Guadalupe, “La Percepción del Sistema de Salud intercultural y la Generación de una nueva Discriminación: Estudio de los Centros de Medicina Mapuche en Nueva Imperial y Puerto Saavedra con Población Adulta” (2013). Independent Study Project (ISP) Collection. Paper 1613.
2. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 2007; 21 (2/3)
3. Rivas-Nieto AC, Curioso WH, Guillén C. Participación estudiantil en proyectos de intervención rural en salud: la experiencia Iris-X en Perú. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 2009; 26(3): 387-94.
4. Campo-Betancourt CF, Modragón-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.
5. Fundación Proyecto Maniapure, A.C. www.maniapure.org
6. 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.
7. Añanguren M, Ibarra C, Pocaterra 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
8. Sanabria T, Pocaterra 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.
9. Batista, O y Álvarez, Z. Parasitismo intestinal en niñas y niños mayores de 5 años de Ciudad Bolívar. MEDISAN. 2013, 17 (4), 585-591.