

MORBILIDAD EN EL CAMPAMENTO UNIVERSITARIO MULTIDISCIPLINARIO DE INVESTIGACIÓN Y SERVICIO EN MANIAPURE, VENEZUELA 2017

L De Jesus¹, D De Oleira¹, A Figueroa¹, K Roa², J Zubilaga³.

1. Estudiante de Medicina, 5to año, Universidad Central de Venezuela
2. Estudiante de Medicina, 4to año, Universidad Central de Venezuela
3. Estudiante de Medicina, 3to año, Universidad Central de Venezuela

CIMEL 2019; 24(1) xx-xx

RESUMEN

Introducción: La población indígena, del estado Bolívar, habita en áreas rurales de difícil acceso y con muchas deficiencias en educación, alimentación y salud. El subregistro en la data epidemiológica limita la toma de decisiones conducentes a combatir y prevenir las enfermedades que afectan, con mayor frecuencia, a esta población. Se planteó evaluar la prevalencia de las principales afecciones que aquejan a la población criolla e indígena de la región de Maniapure, Municipio Cedeño, estado Bolívar - Venezuela. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal durante la jornada de atención médica en la población de Maniapure. Se recolectaron datos sociodemográficos (edad, sexo y raza), motivos de consulta, hallazgos al examen físico, impresiones diagnósticas y tratamientos indicados. Éstos fueron obtenidos, a través de la historia clínica y analizados, mediante frecuencias y porcentajes. **Resultados:** Se evaluó un total de 359 pacientes, de los cuales el 48.8% (n = 175) fueron adultos y el 51.2% (n = 184) niños. Además, el 51.2% (n = 184) correspondió a personas de raza Eñepá. La especialidad más requerida durante las jornadas fue medicina interna, con un 36.7% (n = 140) de las consultas. El principal motivo de consulta de los pacientes indígenas fue fiebre con el 62.5% (n = 115) de los casos; y de los pacientes criollos, fue la tos con un 28% (n = 49) de los casos. Asimismo, el hallazgo al examen físico más común fueron las lesiones de piel. Entre las impresiones diagnósticas, el 29.2% (n = 137) de los casos correspondieron al síndrome febril agudo, el 36.9% (n = 173) a enfermedades infecciosas, el 11.5% (n=45) a aquellos aparentemente sanos y el 22.4% (n = 114) a otras patologías. **Conclusiones:** En la población estudiada, se reporta como especialidad más requerida la de Medicina Interna. Además, las principales impresiones diagnósticas fueron el síndrome febril agudo, las parasitosis intestinales y la sospecha de malaria. Estos datos que deben ser considerados en una futura intervención.

Palabras clave: Población indígena, asistencia médica, epidemiología, prevención primaria. (Fuente: DeCS).

MORBIDITY IN THE MULTIDISCIPLINARY UNIVERSITY CAMP OF RESEARCH AND SERVICE IN MANIAPURE, 2017

ABSTRACT

Introduction: The indigenous population of the State of Bolivar lives in rural areas with difficult access and with many deficiencies in education, food and health. Under-recording in epidemiological data limits decision-making to combat and prevent the diseases that most frequently affect this population. It was proposed to evaluate the prevalence of the main diseases affecting the Creole and indigenous populations of the region of Maniapure, Municipality of Cedeño, State of Bolivar-Venezuela. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was carried out during the day of medical attention in the population of Maniapure. Sociodemographic data were collected (age, sex, race), reasons for consultation, findings on physical examination, diagnostic impressions and indicated treatments. These were obtained through the clinical history and analyzed through frequencies and percentages. **Results:** A total of 359 patients were evaluated, of whom 48.8% (n=175) were adults and 51.2% (n=184) children. The 51.2% (n=184) corresponded to Eñepá people. The specialty most required during the conference was internal medicine, with 36.7% (n=140) of the consultations. The main reason for consultation of indigenous patients was fever with 62.5% (n=115) of the cases; and of Creole patients, cough with 28% (n=49) of the cases. The most common physical examination was skin lesions. Among the diagnostic impressions, 29.2% (n=137) of the cases corresponded to acute febrile syndrome, 36.9% (n=173) to infectious diseases, 11.5% (n=45) to those apparently healthy and 22.4% (n=114) to other pathologies. **Conclusions:** In the population studied, Internal Medicine is reported as the most required specialty. In addition, the main diagnostic impressions were acute febrile syndrome, intestinal parasitosis and suspected malaria. Data that should be considered in a future intervention.

Keywords: Indigenous population, medical care, epidemiology, primary prevention.

Citar como: De Jesus L et al. Morbilidad en el Campamento Universitario Multidisciplinario De Investigación Y Servicio en Maniapure, 2017. CIMEL 2019; 24(1): xx-xx. DOI: <https://doi.org/10.23961/cimel.v24i1.1082>

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2007, estimó que existen 370 millones de indígenas en más de 70 países (1). En el 2013 se reportó que Latinoamérica alcanzaba cifras de 33 a 40 millones de indígenas, distribuidos en más de 400 grupos (2). De acuerdo al Instituto Nacional de estadística (INE), la población indígena en Venezuela para el 2011 era de 724.592, cifra que se observa en constante ascenso; para ese mismo año, la población indígena del estado Bolívar era de 54.686 individuos, la mayoría de los cuales se

localizaban en áreas rurales (3).

Se reporta que el difícil acceso de estos poblados a los servicios de salud, los cuales son deficientes e irregulares, genera un subregistro epidemiológico de la región (2). Dentro de las causas de muerte destacan enfermedades prevenibles y tratables como desnutrición e infecciones en general (4); además, otro factor determinante es la falta de personal sanitario, así como, de medios para visitar y trasladar pacientes (5,6). Globalmente, los indígenas son más propensos a experimentar discapacidad, menor calidad de vida y muerte a

menor edad (7).

Según el boletín epidemiológico N° 52 del año 2016, emitido por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, el estado Bolívar registra el 74.29% (2289 casos) de los casos de malaria totales, siendo la entidad federal con más casos en el país; a su vez, es el cuarto estado con más casos de mortalidad infantil (802 casos) y materna (58 casos); y se encuentra entre los primeros ocho con casos reportados de tos ferina, fiebre, dengue, sarampión, neumonía, meningitis, Chikungunya y diarrea (8).

En 2005 en un trabajo realizado por Villalón M., en las comunidades Eñepá se reportaron casos de escabiosis, tuberculosis, malaria, dengue y cuadros diarreicos; encontrándose que los dispensarios de salud tenían una dotación muy pobre o incluso inexistente, con una importante falta de personal (5). Toda esta situación, aunado a la dificultad del acceso a servicios de salud y educación de muchas comunidades, determina un subregistro de los datos epidemiológicos (4), los cuales constituyen la base para la elaboración de planes de salud pública adecuados, destinados al control de las enfermedades existentes.

La región de Maniapure está delimitada al norte por el Río Orinoco, al noreste por la serranía La Encaramada, al oeste por la serranía La Urbana y la rivera este del Río Suapure, y al sureste por la serranía La Cerbatana. Este territorio abarca alrededor de 1.500 km², encontrándose surcado por la carretera Caicara del Orinoco-Los Pijiguaos (9). Sus habitantes se dividen en 43 caseríos, de los cuales 37 no son comunidades aborígenes, sino personas se hacen llamar “criollos”, quienes se encuentran bajo el mismo contexto geográfico que se ha descrito para los indígenas, compartiendo, por lo tanto, los mismos problemas, inherentes a la zona y las 6 restantes, corresponden a pobladores oriundos de la etnia Panare (10,11). El 70% de los habitantes se disponen en grupos etarios menores de 21 años (11). La atención médica en esta región depende del centro de acción social “La Milagrosa”.

El objetivo principal de este estudio fue identificar las patologías presentes en personas criollas e indígenas, de la región de Maniapure; como objetivos específicos se planteó registrar la distribución demográfica de la población, según edad, sexo y etnia, así como, determinar los motivos de consulta más frecuentes de la comunidad atendida. Asimismo, describir los hallazgos al examen físico encontrados en los pacientes y los principales diagnósticos evidenciados durante las jornadas de salud, así como, enumerar los tratamientos más utilizados en las comunidades en donde se brinda atención.

MATERIALES Y MÉTODOS

La Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina UCV (SOCIEM-UCV) organizó un Campamento Universitario Médico de Investigación y Servicio (CUMIS) en el cual se llevaron a cabo jornadas de salud para atención de la población en el centro “La Milagrosa” y 6 comunidades de la región de Maniapure: Edo Bolívar, Venezuela: Coroza, El Guamal, Macanilla (indígenas) y La Emilia, Las Lagunas, El Zamuro, y El Palote (no indígenas), durante el período del 21 al 26 de agosto de 2017.

Siguiendo un protocolo, bajo los lineamientos propuestos en la declaración de Helsinki (12) y el Manual de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial (13), se llevó a cabo dentro del marco de dichas jornadas de atención un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por todos los habitantes de la región de Maniapure, municipio Cedeño, estado Bolívar, Venezuela, para el mes de agosto de 2017. La muestra fue escogida mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, estudiando todos aquellos individuos que cumplieron con los criterios de inclusión (ingreso voluntario al estudio y firma del consentimiento informado, por parte del representante legal presente el día de la jornada).

El grupo de evaluadores estuvo conformado por estudiantes de medicina con al menos tercer año académico aprobado, pertenecientes a la Universidad Central de Venezuela (UCV) y La Universidad del Zulia (LUZ), bajo la supervisión de médicos especialistas en el área de medicina interna, dermatología, infectología y cirugía durante la examinación del paciente, la impresión diagnóstica, informes médicos e indicaciones de tratamientos. Cabe destacar que la evaluación se realizó en idioma español con la excepción de ciertos términos específicos en el dialecto Eñepá.

El instrumento utilizado para la recolección de los datos fue un modelo de historia clínica (ver anexo 1) de la cual se omitieron los datos personales y de identificación, con el fin de mantener su anonimato; su llenado se basó en la anamnesis que se realizó al interrogatorio de manera verbal y en los hallazgos físicos encontrados por el evaluador (14–16).

Para el establecimiento de las Impresiones diagnósticas se conjugó la sintomatología referida por los pacientes con los hallazgos obtenidos al examen físico. El diagnóstico de parasitosis intestinal se realizó mediante la anamnesis: síntomas gastrointestinales, expulsión de vermes a través de las heces o sintomatología de prurito anal en niños; no se realizaron

exámenes coprológicos. Así mismo, el diagnóstico de sospecha de Malaria se realizó mediante la anamnesis, al referir fiebre, escalofríos o diaforesis, en conjunto con hallazgos característicos al examen físico, como hepatomegalia, esplenomegalia o ictericia, y la utilización de pruebas rápidas. El diagnóstico de lesiones cutáneas se realizó, a través de la observación directa de las mismas.

Para el procesamiento de la data se utilizaron las herramientas proporcionadas por el programa Microsoft Office Excel 2010. Se realizó un análisis descriptivo general de las frecuencias absolutas y porcentajes para las variables estudiadas.

RESULTADOS

Durante la realización de diversas jornadas de salud en CUMIS 2017, se atendió un total de 359 pacientes, de los cuales 48.8% (n = 175) fueron adultos y 51.3% (n = 184) niños. Al estratificar los datos de acuerdo al género, el 47.4% (n = 170) fue de sexo masculino y un 52.7% (n = 189) de sexo femenino; así mismo, el 51.3% (n = 184) de la población atendida correspondió a personas de raza Eñepá en las comunidades indígenas de Corozal, El Guamal y Macanilla; mientras que, un 48.8% (n = 175) correspondió a criollos en las comunidades de El Palote, La Emilia y Las Lagunas (Fuente: Base de datos del CUMIS 2017). (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Variables demográficas de edad, género y raza de los pacientes atendidos. CUMIS 2017, Maniapure, Estado Bolívar, Venezuela.

Variables demográficas		n	%
Grupo etario	Adulto	175	48,8
	Niño	184	51,2
Género	Masculino	170	47,6
	Femenino	189	52,7
Raza	Criollos	175	48,7
	Eñepá	184	51,3
	TOTAL	359	100,0

En cuanto a los síntomas que llevaron a los pacientes a acudir a la jornada de salud se esquematizan los 10 principales, encontrando fiebre como primer síntoma entre los pacientes de etnia Eñepá con un 62.5% (n = 115), seguido de cefalea con 36.4% (n = 67) y diarrea con 33.2% (n = 61).. En cuanto a los criollos, la tos fue el primer motivo de consulta con un 28% (n = 49), seguida de lesiones en la piel con un 27.43% (n = 48) y fiebre con 26.3% (n = 46) (ver gráfico 1) los anti-alérgicos (18.49%), las vitaminas (14.38%) y los antibióticos (4.11%) (Gráfico 1).

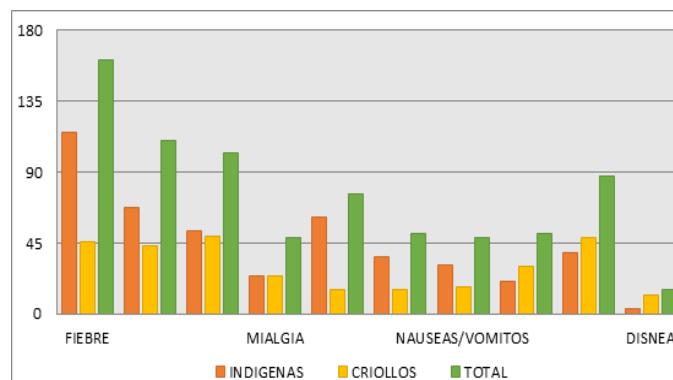


Gráfico 1. Principales motivos de consulta, divididos por etnias. CUMIS 2017, Maniapure, Estado Bolívar, Venezuela.

Con respecto a la distribución entre las distintas especialidades de los pacientes atendidos en las jornadas médicas realizadas en las distintas comunidades de la población de Maniapure, de mayor a menor se tiene: el 36.7% (n = 140) de pacientes requerían atención especializada de Medicina Interna, el 29.4% (n = 112) de Pediatría; mientras que el 19.1% (n = 73) de Dermatología, el 3.1% (n = 12) de Nutrición, así como, el 2.9% (n = 11) de Reumatología, el 2.9% (n = 11) de Otorrinolaringología; además, el 1.6% (n = 6) de Gastroenterología, el 1.3% (n = 5) de Cirugía. Asimismo, el 1.1% (n = 4) de Ginecología, el 1.1% (n = 4) de Odontología y el 0.8% (n = 3) de Obstetricia (ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución de pacientes atendidos por especialidad. CUMIS 2017, Maniapure, Estado Bolívar, Venezuela.

Variables	n	%
Medicina interna	140	36,7
Pediatría	112	29,4
Dermatología	73	19,1
Nutrición	12	3,1
Reumatología	11	2,9
Otorrinolaringología	11	2,9
Gastroenterología	6	1,6
Cirugía	5	1,3
Ginecología	4	1,1
Odontología	4	1,1
Obstetricia	3	0,8
TOTAL	359	100,0

Los principales hallazgos al examen físico durante estas jornadas consistieron en lesiones dermatológicas en un 22.7% (n = 85), seguido por dolor a la palpación abdominal en un 11.2% (n = 42) y adenopatías en un 4.8% (n = 18). En 51.7% (n = 194) de los pacientes, no hubo hallazgos (ver tabla 3).

Tabla 3. Principales hallazgos al examen físico. CUMIS 2017, Maniapure, Estado Bolívar, Venezuela.

Variables	n	%
Lesiones de piel	85	22,7
Dolor abdominal	42	11,2
Adenopatías	18	4,8
Aumento de la circunferencia abdominal	11	2,9
Eritema/dolor/secreción en Conducto Auditivo Externo	11	2,9
Otros	14	3,8
Sin hallazgos	194	51,7
TOTAL	375	100,0

La impresión diagnóstica más frecuente obtenida fue Síndrome Febril Agudo con un 29.2% (n = 137), seguida de Parasitosis con un 13.4% (n = 63) y Sospecha de Malaria con un 11.5% (n = 54). Los pacientes, aparentemente, sanos correspondieron al 11.5% (n = 54) (ver tabla 4).

Tabla 4. Impresiones diagnósticas más comunes de la consulta. CUMIS 2017, Maniapure, Estado Bolívar, Venezuela.

Variables	n	%
Síndrome Febril Agudo	137	29,2
Parasitosis intestinal	63	13,4
Sospecha de Malaria	54	11,5
Aparentemente sano	54	11,5
Escabiosis	39	8,3
Micosis	17	3,7
Desnutrición	12	2,6
Lumbalgia	8	1,7
Hipertensión arterial	8	1,7
Impétigo	7	1,4
Otros	70	17
TOTAL	469	100,0

Finalmente, tratamientos utilizados con mayor frecuencia en pacientes pediátricos fueron Acetaminofén (23.6%, n = 39), Cetirizina (10.9%, n = 18) y Crema azufrada (10.9%, n = 18); mientras que, en los pacientes adultos fueron Acetaminofén (34.9%, n = 53), Ibuprofeno (10.5%, n = 16) y Mebendazol (7.2%, n = 11) (ver tabla 5).

	Variables	n	%
Pediátricos	Acetaminofén	39	23,6
	Cetirizina	18	10,9
	Crema azufrada	18	10,9
	Mebendazol	11	6,7
	Ivermectina	9	5,5
	Otros	70	42,4
	TOTAL	165	100
Adultos	Acetaminofén	53	34,9
	Ibuprofeno	16	10,5
	Mebendazol	11	7,2
	Crema azufrada	9	5,9
	Diclofenaco	7	4,6
	Cetirizina	7	4,6
	Otros	49	32,3
	TOTAL	152	100,0

DISCUSIÓN

Durante la realización de las jornadas CUMIS 2017, se atendió a un número de pacientes superior al reportado en jornadas previas del campamento, con un total de 359 individuos. La distribución por sexo, edad y etnia fue equitativa, con ligero predominio de pacientes de sexo femenino, niños y de etnia E'ñepá, dichos resultados son similares a los obtenidos en jornadas previas; sin embargo, en cuanto a la distribución por sexo, difieren de la jornada realizada en 2016 donde hubo predominio de pacientes de sexo masculino (17). Además de ello, a pesar de que el porcentaje de pacientes indígenas fue superior, la cantidad de pacientes criollos ascendió respecto a cifras previas (17,11), lo que podría ser explicado como una respuesta positiva por parte de estas comunidades ante el proyecto, a lo largo del tiempo.

En cuanto a los motivos de consulta, cabe resaltar que, tanto en las comunidades indígenas como en las criollas, coincidieron los diez principales síntomas; sin embargo, variaba la proporción en la frecuencia de cada uno, teniendo como los tres primeros, para los indígenas: fiebre, cefalea y diarrea; para los criollos: tos, lesiones de piel y fiebre.

Esta es la primera vez que se analizan los motivos de con-

sulta, según la etnia del paciente y es interesante el hecho de que entre los pacientes E'ñepá, hubo ciertos síntomas que se presentaron en una proporción muy alta con respecto a los pacientes criollos, como: la fiebre, la diarrea y el dolor abdominal, principalmente. De acuerdo a lo anterior, se puede inferir que estos últimos síntomas son motivos de consulta que se deben a infecciones gastrointestinales, las cuales podrían ser mayores entre los aborígenes, por técnicas ineficientes de lavado y manejo de alimentos y/o potabilización del agua, en comparación con los criollos que manifestaron síntomas que se pueden atribuir a infecciones de piel o a cuadros virales.

Con respecto a la distribución por especialidades, se puede apreciar que se repite el patrón de años pasados, en el cual se daba como principales especialidades requeridas en la consulta la medicina interna y la pediatría, que en conjunto atendieron al 66.1% de los pacientes, seguidas de dermatología como tercer gran pilar de la consulta, que representó 19.1% de la consulta. Al examen físico las lesiones de piel fueron el principal hallazgo, seguido de dolor abdominal y adenopatías, desplazando los hallazgos en conducto auditivo externo (CAE) de tercer a quinto lugar con respecto al 2016 (17); por otro lado, el 51.6% de los exámenes fueron anodinos, lo que probablemente, se pueda explicar gracias a la gran cantidad de personas que asistió a la jornada con motivo de un chequeo médico de rutina. El alto porcentaje de exámenes físicos que resultó dentro de los límites normales, se contrasta con el relativamente bajo porcentaje de diagnósticos que fue denominado "aparentemente sano" (11.5%), por lo que se infiere que muchos diagnósticos se debieron hacer mediante la herramienta de la anamnesis, destacando la importancia de una historia médica completa en la consulta.

Los 3 principales diagnósticos realizados fueron: síndrome febril agudo, parasitosis intestinales y sospecha de malaria. Se ha descrito que las parasitosis intestinales son las principales afecciones de las comunidades indígenas (18); sin embargo, las enteroparasitosis representaron el 13.4% de las impresiones diagnósticas, mientras que el síndrome febril agudo duplicó esta cifra, con casi un 30% del total. Por otra parte, la sospecha de malaria, con 11.5%, representó una alerta epidemiológica importante debido al brote actual que existe en el país (18). La Sociedad Venezolana de Salud Pública reportó para el 2015, un record histórico en la incidencia acumulada de casos de malaria, cifra que para la semana 33, del año siguiente, fue superada en un 72.2% (20); particularmente, el estado Bolívar ha presentado las mayores cifras de afectados, con 12.000 niños menores de 10 años infectados en el 2016 (19). La deficiencia en condiciones sanitarias que se presenta Venezuela, se señala como responsable del repunte de enfer-

medades infecciosas emergentes y reemergentes (19).

Al evaluar los tratamientos más utilizados, el principal para ambos grupos etarios (pediátricos y adultos) fue el acetaminofén, abarcando un cuarto de los medicamentos seleccionados en la población total de pacientes. Otra observación importante es el uso predominante de antiparasitarios (mebendazol, ivermectina y cremas azufradas) en la consulta, representando en conjunto, el segundo tipo de medicación más utilizada, tanto de adultos como pediátrica; patrón también observado en las jornadas del 2016 (17).

Un aspecto importante a resaltar es el hecho de que muchos resultados, como el número de síntomas en motivos de consulta, las consultas por especialidades, los diagnósticos o los hallazgos, al examen físico, sean mayores al total de pacientes; esto sucede debido a que a cada individuo se le podía atribuir más de una variable en cada uno de los indicadores, es decir, una sola persona podía presentar más de un síntoma como motivo de consulta, acudir a más de un tipo de especialista, tener múltiples diagnósticos o manifestar varios signos visibles durante la examinación. Para la comprensión de la distribución de la morbilidad en esta población, es preciso resaltar los hábitos que predominan en ella, como higiene deficiente, ausencia masiva de servicios básicos, dificultad de acceso a alimentos, etc. Por otra parte, en la zona se presenta variabilidad climática invierno-verano, lo cual también es un factor influyente en la morbilidad (21).

Como principal limitación, se tuvo el sesgo de información que se pudo presentar durante la recolección de datos por el suministro de la misma por parte del paciente. Es importante mencionar que no se puede establecer una relación causal entre variables, puesto que no es posible conocer si fue anterior la existencia del factor de riesgo o lo fue la enfermedad, por tanto, no se puede obtener un cálculo real de la incidencia. De igual manera, el presente estudio no es útil para enfermedades de corta duración o poco frecuentes, así como, tampoco es factible obtener un estimador de riesgo (OR) como medida epidemiológica específica

CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación se pudo observar que durante el Campamento Universitario Multidisciplinario de Investigación y Servicio (CUMIS) Maniapure 2017, la consulta médica que más se requirió fue medicina interna, tanto en las comunidades indígenas como las no indígenas, la cual es repetida como en investigaciones pasadas.

Igualmente, los primeros 10 motivos de consulta durante las jornadas realizadas tuvieron el mismo comportamiento que en investigaciones pasadas con el detalle que en las comunidades indígenas el motivo con mayor número de consultas fue fiebre, mientras que las comunidades no criollas, se observó mayor cantidad de consultas por tos. En cuanto a la impresión diagnóstica, de mayor frecuencia en consultas durante las jornadas realizadas, fue síndrome febril agudo con 38.2% de los pacientes, seguida de parasitosis intestinales y sospecha de malaria, lo cual indica una alerta epidemiológica en la zona y el país.

RECOMENDACIONES

Considerar los resultados obtenidos para próximas jornadas a realizar en el lugar, dirigiendo recursos y medicamentos a cubrir estas áreas, además de los cuidados a tener en la zona.

Exigir a las autoridades pertinentes, apoyo y respuesta para el cuidado adecuado para las patologías más frecuentes, encontradas en el sitio y de emergencia epidemiológica (malaria).

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuente de financiamiento: Autofinanciado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Health of indigenous peoples [Internet]. Media centre. 2007. Fact sheet 326. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/en/#.Wu922bJNv3U>.
2. Gobierno Bolivariano de Venezuela. Censo Nacional de población y vivienda. Empadronamiento de la Población Indígena de Venezuela. 2011. Available from: <http://www.minpi.gob.ve/assets/pdf/Libro%20Censo%20Nacional%20Indígena%20Final.pdf>
3. Instituto Nacional de Estadística. Censo Nacional de población y vivienda. 2011. Available from: <http://www.ine.gov.ve/documentos/Demografia/CensodePoblacionyVivienda/pdf/ResultadosBasicos.pdf>
4. Scaramelli F, Tarble K, Zent EL, Zent S, Perrin M, Hill JD, et al. Perspectivas en salud indígena: cosmovisión, enfermedad y políticas públicas. 1ed. Freire G, editor. 2011.
5. Freire G, Tillett A. Salud indígena en Venezuela. Vol I. Dirección de Salud Indígena del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela; 2007.
6. Grupo Internacional de (IWGIA) Trabajo sobre Asuntos Indígenas. EL MUNDO INDIGENA 2016. Mikkelsen C, editor. Copenhague; 2016.
7. Inter-Agency Support Group. The Health of Indigenous Peoples. 2014. Available from: [http://www.un.org/en/ga/president/68/pdf/wcip/IASG Thematic Paper - Health - rev1.pdf](http://www.un.org/en/ga/president/68/pdf/wcip/IASG%20Thematic%20Paper%20-%20Health%20-%20rev1.pdf)
8. Gobierno Bolivariano de Venezuela. Boletín Epidemiológico Semana Epidemiológica N°52.2016. Available from: <https://www.ovsalud.org/publicaciones/documentos-oficiales/boletin-epidemiologico-2016.pdf>
9. Fundación Proyecto Maniapure. PROYECTO MANIAPURE [Internet]. 2018. Available from: <http://www.maniapure.org/proyecto-maniapure/>
10. Añanguren MA, Ibarra C, Pocater L, Berti Z, Correa I, Levesque T, et al. Reporte y seguimiento de un programa comunitario médico-social: Proyecto Maniapure año 2000. Gac Méd Caracas. 2001;109(1):73-81.
11. Montero-Gentado J, Moya-Fariñas D, Alvares M, Cusati V, Ortiz B, Curiel A, et al. Evaluación de Jornadas de Salud del Campamento Universitario Multidisciplinario de investigación y Servicio 2014, Maniapure, Venezuela. ACTA Cient Estud. 2015.
12. Asociación Médica Mundial. DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA AMM – PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LAS INVESTIGACIONES MÉDICAS EN SERES HUMANOS [Internet]. 2019. Available from: <https://www.wma.net/es/policiespost/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigacionesmedicas-en-seres-humanos/>
13. Asociación Médica Mundial. Manual de Ética Médica [Internet]. 2015. Available from: https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_es.pdf
14. Gazitua R. La Historia Clínica. Manual de Semiología 2007. Available from: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/ManualSemiologia/indice.html>
15. Agüero MA, Román YN, Guerra IC, Rondón AMM, Coello JM. La historia clínica: un documento básico para el personal médico. MEDISAN. 2010;14(7).
16. Novás JD, Machado BG, González AL. El diagnóstico médico: Bases y procedimientos. Rev Cuba Med Gen Integ. 2006;22(1).
17. Brito-catari BJ, Coronado-raniolo JA, González-gutiérrez VE, Maksoud-sleiman RA, Manzano-vélez CM, Alejandro J, et al. Evaluación del Campamento Universitario Multidisciplinario de Investigación y Servicio 2016, Maniapure, Venezuela. ACTA Cient Estud. 2017;12(1):6-11.
18. Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. The Lancet. 2006;367(9525):1859-69.
19. Landaeta, Eugenia M. Enfermedades emergentes y reemergentes: Zika, Malaria y Chagas. Trib del Investig [Internet]. 2017 [cited 2018 May 6];17(2). Available from: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ti/article/view/12611
20. Oletta JF. Tips epidemiológicos. Sociedad Venezolana de Salud Pública, Red Defendamos la Epidemiología. [cited 2018 May 6];17(2). Available from: <https://docplayer.es/64495640-Sociedad-venezolana-de-salud-publica-reddefendamos-la-epidemiologia-tips-epidemiologicos.html>
21. Sanabria DTJ, Pocater L. Conceptos y programa de atención médica primaria y social en las comunidades Rurales del área de Maniapure, Estado Bolívar. 1997;105(3):1997.

Correspondencia:

Autor: Juan Enrique Zubillaga Gutierrez

Correo: jenriquezg96@gmail.com

Recibido: 18/06/18

Aprobado: 25/04/19