

ASPECTOS PATOLOGICOS EN EL NORORIENTE ECUATORIANO

Dr. Manuel AMUNARRIZ

Hospital "Franklin Tello". Nuevo Rocafuerte, Napo.

La patología en el nororiente ecuatoriano es aún escasamente conocida; participa de la confusión y lejanía con que se mira y se identifica a la selva amazónica.

En el punto más oriental de esta amplia zona cálida y húmeda, en la población de Nuevo Rocafuerte a las márgenes del río Napo, está ubicado el Hospital "Franklin Tello". En él reciben atención y tratamiento enfermos procedentes de muchos lugares, algunos tan distantes como los cantones de Aguarico y Orellana.

Los varios años transcurridos en contacto con tantos pacientes, participando de sus mismas condiciones ecológicas, ha hecho posible estructurar un cuadro general sobre las características patológicas de esta región. Es necesario, sin embargo, delimitar con claridad el ámbito de este informe con el fin de que se conozca desde su comienzo las limitaciones del mismo. Creo, no obstante, que estos datos pueden servir

de base para posteriores ampliaciones o reflexiones sobre el tema.

Se han seleccionado las historias clínicas de los pacientes atendidos en este hospital durante un período de cinco años: 1974-1978. Se ha descartado toda información procedente de la amplia consulta externa del Centro.

Cierta patología queda de esta forma mal estudiada, por ejemplo, la patología menor, la típicamente ambulatoria. Por otra parte, al delimitar a cinco años este análisis tratándose de un centro hospitalario pequeño, algunos casos patológicos que se presentan con poca frecuencia, pueden no estar incluidos.

Una tercera fuente de limitaciones brota de la misma naturaleza de este hospital y del equipo que en él trabaja. El hospital Franklin Tello es un pequeño centro, que permite realizar una aceptable labor asistencial. Pero, como es natural, no puede resolver muchos problemas complicados puesto que no dispone de todos los medios necesarios

para profundizar en las tareas de investigación diagnóstica y de tratamiento. En efecto, algunos casos no han sido suficientemente estudiados y esto obviamente, constituye otra limitación al presente análisis.

PROCEDENCIA Y DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES

La clasificación de los pacientes teniendo en cuenta su lugar de procedencia, se resume en la tabla I. Es necesario señalar que se ha dividido el área de los cantones Orellana y Aguarico de forma no completamente oficial, por parroquias, sino ateniéndonos a grupos humanos existentes en la región. Un análisis de los datos arriba señalados permite anotar algunas reflexiones sencillas pero ilustrativas.

Aunque este hospital recibe un caudal importante de pacientes de la población en la que se ubica, el distributivo geográfico señala una equitativa participación de las distintas áreas del río Napo y de la zona petrolera. La patología examinada es, por tanto, representativa de una amplia zona del nororiente ecuatoriano.

Globalmente el porcentaje de paciente indígenas, con ser importante, no permite asimilar la patología examinada a las características étnicas de sus habitantes. Más bien, en términos generales, la patología se relaciona con las condiciones ecológicas de la región. No obstante, cuando se hace referencia a algunos cuadros nosológicos, cuya fisiopatología involucra hábitos de conducta peculiares, v. g. la paragonimia-

sis, el porcentaje se inclina fuertemente a determinados grupos humanos. Pero, en definitiva, esta variación se realiza en función de conductas y no de condicionamientos étnicos.

La proporción global entre población indígena y no indígena debe considerarse con cierta reserva. Una parte de la población es difícil de encasillar. Se ha considerado como indígenas a quienes proceden por vía materna y paterna, sin ambigüedad, de los grupos considerados nativos en la región: quichuas, secuoyas, sionas, cofanes y huaranis. (Tabla I)

Si descartamos las poblaciones del Coca (Francisco de Orellana) de la zona petrolera, del Comando Militar de Tiputini y de Nuevo Rocafuerte, capital del cantón Aguarico, la población del río Napo, que en la actualidad incluye aproximadamente seis mil habitantes es, en su mayor parte, indígena quichua.

DURACION DE HOSPITALIZACION M

En la fig. 1 se resume los períodos de hospitalización correspondiente a los 1.048 pacientes incluidos en este estudio. Puede observarse claramente que el mayor número de casos (559) permaneció en el hospital entre 2 y 8 días.

Al contrario de lo que sucede con otros hospitales que no llegan a cubrir la alta demanda de camas para pacientes que acuden a ellos, el hospital Franklin Tello, por la naturaleza misma de la población que acude en busca de atención si dispone de camas suficien-

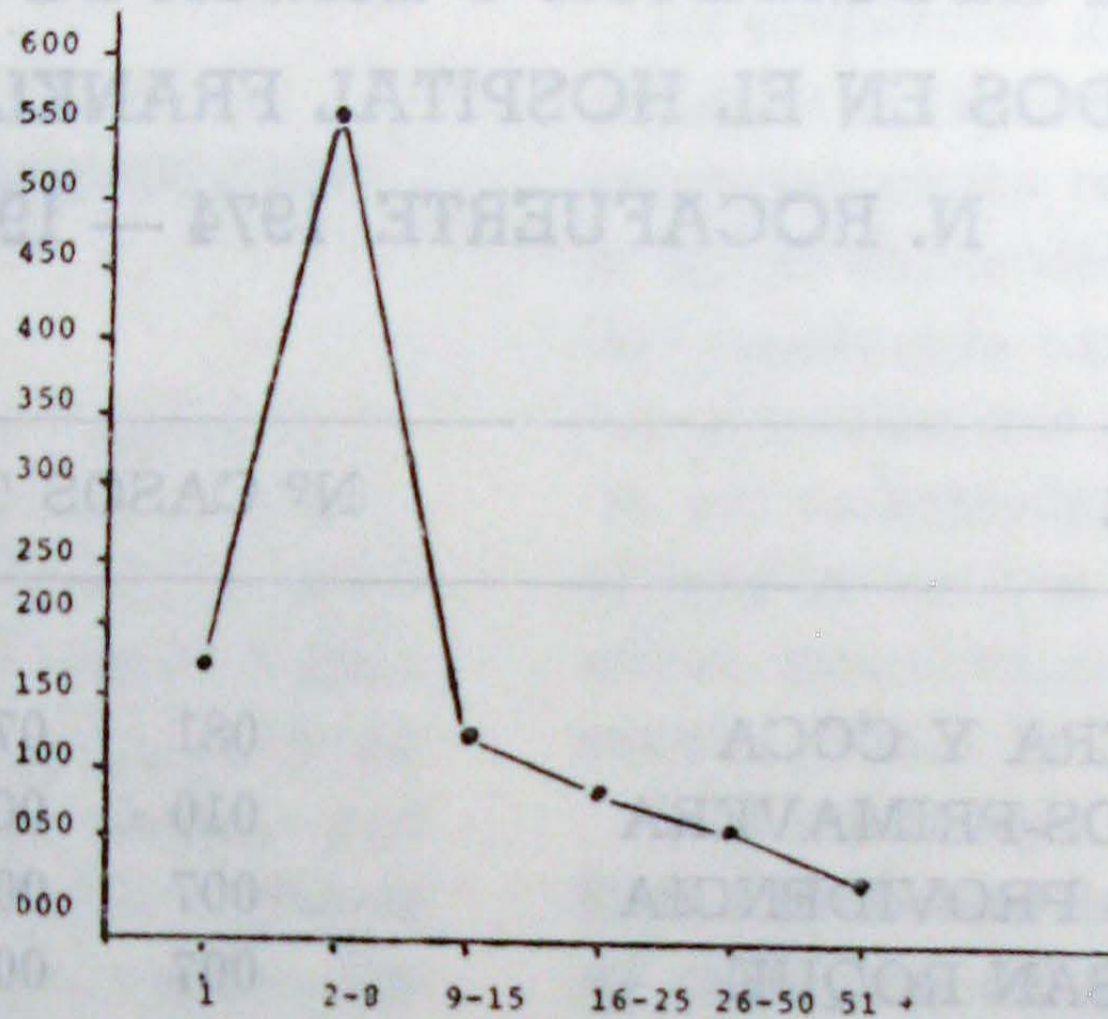
T A B L A I

PROCEDENCIA GEOGRAFICA Y ETNICA DE LOS PACIENTES
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL FRANKLIN TELLO.
N. ROCAFUERTE 1974 — 1978

L U G A R	Nº CASOS	%	INDIGENAS	%
1 Z. PETROLERA Y COCA	081	07,72	013	016,04
2 SAN CARLOS-PRIMAVERA	010	00,95	009	090,00
3 POMPEYA - PROVIDENCIA	007	00,66	005	071,42
4 AÑANGO - SAN ROQUE	007	00,66	007	100,00
5 PAÑACOCHA	024	02,29	012	050,00
6 YUTURI - SINCHICHICTA	045	04,29	029	064,44
7 HUIRIDIMA - PUERTO QUINCHE	102	09,73	085	083,33
8 TIPUTINI - COMANDO MILITAR	060	05,72	006	010,00
9 BOCA TIPUTINI - PTO. MIRANDA	058	05,53	055	094,82
10 NUEVA ARMENIA	036	03,43	030	083,33
11 FLORENCIA	116	11,06	105	090,56
12 N. ROCAFUERTE. Pob. ESTABLE	150	14,31	011	007,33
13 N. ROCAFUERTE. Pob. FLOTANTE	078	07,44	000	000,00
14 N. ROCAFUERTE. Pob. ESCOLAR	083	07,91	069	083,13
15 N. ROCAFUERTE. PERIFERIA	100	09,54	074	074,00
16 YASUNI	029	02,76	023	079,31
17 BALLESTEROS	019	01,81	001	005,26
18 RIO AGUARICO	024	02,29	015	062,50
19 OTRAS REGIONES DEL ECUADOR	005	00,47	000	000,00
20 PERU	012	01,14	006	050,00
21 OTROS PAISES	002	00,19	000	000,00
.....				
TOTALES:	1048	100,00	555	052,96
.....				

tes para los pacientes que requieren internación. Por este motivo el tiempo de hospitalización es en promedio mas lar-

go que el de otros servicios similares en otras regiones.



HOSPITALIZACION POR SECCIONES

Es significativo observar la equitativa distribución de pacientes entre las cuatro clásicas secciones de un hospital general.

CLINICA GENERAL	269	(25.66 %)
CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA	233	(22.23 %)
PEDIATRIA	323	(30.82 %)
GINECO - OBSTETRICIA	223	(21.27 %)

El hecho de que el hospital Franklin Tello se encuentre tan distante de otros Centros especializados de Salud y las dificultades ingentes para el traslado de los pacientes, obliga a aceptar todos los casos que requieren hospitalización. Muy excepcionalmente y cuando los pacientes están en condiciones de hacerlo se aconseja su salida a los centros de Salud ubicados en las ciudades importantes del país.

SECCION "CLINICA GENERAL"

Los pacientes incluídos en esta sección quedan agrupados por orden de frecuencia de la siguiente manera:

Digestivo	88
Respiratorio	75
Cardio vascular	19
Neurología	19

Osteo articular	14
Uro genital	13
Dermatología	9
E. Carenciales	6
Oftalmología	5
Oncología	4
Varios	17
Total	269

SECCION "CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA"

En TRAUMATOLOGIA hemos incluido 141 casos distribuidos así:

Heridas simples	62
Fracturas	21
Heridas complejas y amputaciones	20
Cuerpos extraños, extracción	7
Quemaduras	7
Luxaciones y esguinces	4
Varios	20
Total	141

En CIRUGIA GENERAL los 92 casos se distribuyen de esta forma:

Drenajes de abscesos	29
Herniografías	19
Fibromas y quistectomias	15
Apendicectomias	13
Cesáreas	3
Histerectomias	3
Cirugía estética	4
Cirugía oftalmológica (Pterigium)	4
Varios	2
Total	92

SECCION "GINECO OBSTETRICA"

Excluidos los casos quirúrgicos, que han sido incluidos en su sección correspondiente, he aquí la distribución de los casos gineco obstétricos:

Abortos (Curetajes, 30)	44
Partos, normales	124
prematuros	5
distócicos	14
generales	1
Prenatales	18
Ginecología	17
Total	223

SECCION "PEDIATRIA"

Digestivo	99
Respiratorio	76
Infecto contagiosas	63
Neurología	9
Dermatología	7
S. Linfático	7
Osteo articular	6
Recién nacidos patológicos	4
Otorrinolaringología	4
Nefrología	28
Fiebre inespecífica	17
Varios	17
Total	323

EPIDEMIAS

A lo largo de los cinco años se pudo detectar, a través de los pacientes hospitalizados, epidemias de Sarampión, Varicela y Tosferina. Quedan descartados los cuadros virales no especificados.

Brotos epidémicos de **SARAMPIÓN** aparecen en los años 1974 y 1977, durante los meses de abril a junio. El primero (16 casos) localizado en la zona más oriental del cantón Aguarico, con un fallecimiento. El segundo (17 casos) más extenso en cuanto a su localización geográfica y sin decesos hospitalarios.

Se detectó también dos brotes de **VARICELA**; el primero, a continuación del de Sarampión de 1974, con 8 casos y localización geográfica similar, y un segundo, en setiembre de 1976, con un sólo caso hospitalario, proveniente de la zona más occidental del cantón.

Casos de **TOSFERINA** fueron diagnosticados desde junio de 1977 y aparecieron casos aislados desde diciembre del mismo año hasta febrero de 1978.

Es interesante señalar, como observación general en el tema de las epidemias el muy bajo porcentaje de fallecimientos, no solamente entre los hospitalizados sino también entre la población infantil que ha padecido estos cua-

un alto porcentaje de pacientes acude al hospital para tratamiento de sus complicaciones. Pero, aún entre quienes no llegan al control hospitalario, los índices letales no alcanzan el nivel medio asignado a estos cuadros epidémicos por las estadísticas internacionales. El nivel de higiene y nutrición juegan un papel positivo con seguridad.

PALUDISMO

De alguna manera el paludismo o malaria puede incluirse entre las enfermedades epidémicas, aunque sus vías de contagio y el curso evolutivo de la misma le dan una configuración especial.

Esta enfermedad ha evolucionado a lo largo de estos últimos años de forma muy particular. En el año 1970 el paludismo se consideraba erradicado del bajo Napo. Los primeros casos surgieron a los pocos meses de instalados los campamentos petroleros, en los que dros patológicos. No cabe duda de que convivieron indígenas de la región con habitantes procedentes de zonas palúdicas en actividad. Desde entonces el paludismo se diseminó en forma progresiva y constante a lo largo del Napo.

Las pautas de trabajo del equipo de erradicación de la malaria en esta época resultaron ineficaces, tanto la dedetización, cuya eficacia hoy es ampliamente discutida, como el tratamiento exclusivo de los casos diagnosticados.

Este criterio terapéutico impedía el control de los casos en incubación, que se convierten en reservorios de futuras reinfecciones. El equipo antimalárico decidió, cuando el nivel epidémico se elevó considerablemente, iniciar tratamientos masivos a toda la población. Como resultado de esta medida la incidencia disminuyó considerablemente.

Durante los nueve últimos años (1971-1980) se han observado tres brotes palúdicos, adecuadamente controlados por las campañas masivas anti-maláricas. Si los sistemas vigentes de control se mantienen y aplican con periodicidad regular el paludismo podría mantenerse alejado de la zona.

MEDICINA TROPICAL

Los límites nosológicos de la Medicina Tropical no son fáciles de delimitar; algunas enfermedades se consideran exclusivas de los climas tropicales; otras, tienen cierta preponderancia y, otras adquieren, como consecuencia de las condiciones ambientales, una fisonomía peculiar.

El nororiente ecuatoriano se encuentra realmente incluído en la zona geográfica tropical: clima cálido y húmedo de la gran cuenca amazónica. Toda la patología de la región se reviste de las peculiaridades tropicales de su habitat. Las PARASITOSIS INTESTINALES arrojan 67 casos hospitalizados en estos cinco años. Todas ellas son ca-

sos graves; la mayoría, poliparasitosis, con participación primordial del Anquilostoma duodenal y Necator americanus, y en las que el grado de anemia crónica arroja cifras alrededor de los 2 g. de Hb.

Hemos tenido 18 casos de PARAGONIMIASIS pulmonar. La localización geográfica de los casos y la información adquirida de las pautas alimentarias de los moradores de la región permiten concluir que esta enfermedad puede considerarse endémica en la región.

Casos de Leishmaniasis Cutáneas y Mucutáneas han sido diagnosticados en 8 ocasiones. Otras muchas DERMATOPATIAS, que con seguridad tienen etiología condicionada al medio tropical, no han podido ser etiquetadas con seguridad.

La TUBERCULOSIS PULMONAR es considerada una enfermedad endémica en la región, aunque no se la puede considerar exclusiva del trópico. Hemos hospitalizado en estos cinco años 42 casos, en la mayoría como primera etapa de su tratamiento.

Un solo caso de LEPRA fue diagnosticado, pero el enfermo no procedía de la región, sino de la provincia de Bolívar. Queda anotado en otro apartado los casos de PALUDISMO y las características epidemiológicas de este proceso en la región.

En este mismo apartado y como padecimiento preponderante de climas tropicales podemos señalar las **MORDEDURAS DE CULEBRAS**, de las que hemos tenido 23 casos hospitalizados. Muchos de estos casos fueron catalogados como muy graves, aunque venturosamente sin ningún fallecimiento. Los medios terapéuticos empleados han permitido su recuperación total. En el mismo grupo se incluyen las **PICADURAS DE RAYA**, frecuente en el río Napo. Cinco casos han sido hospitalizados por este motivo.

Como puede verse tras esta breve enumeración, la proporción de casos propios de una patología tropical que se encuentra en el total de hospitalizados no es preponderante: 207 casos; 19,75%. No obstante, el clima y las características del habitat condicionan fuertemente la patología de la región, por lo que el conocimiento de la amplia gama de enfermedades tropicales puede considerarse imprescindible para facilitar acertados enfoques diagnósticos y terapéuticos.

NIVEL DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD

En ningún momento hemos realizado estadísticas sobre morbilidad y mortalidad en la región, pero sí hemos recogido una impresión global sobre el tema.

En algunas patologías el porcentaje de morbilidad es muy alto, v.g., en el caso de las parasitosis intestinales:

prácticamente la totalidad de la población se encuentra afectada, aunque muchos habitantes soportan estas afecciones con un sentido de admirable equilibrio biológico, de forma que les permite llevar un nivel de vida activa, prácticamente normal.

Este equilibrio biológico puede explicarse gracias a la intervención de los siguientes factores: el nivel nutricional para muchas familias es bueno; alternan en su dieta los productos de sus chacras, la caza y la pesca; el nivel de higiene, muy aceptable, está favorecido por el clima. Los hábitos de vida libre, en contacto íntimo con la naturaleza que, para quienes habitamos en la región, en modo alguno participa de la inhospitalidad y alto nivel nocivo descrito en una abundante literatura folclorista y que, por el contrario, estimulan el desarrollo de las defensas orgánicas.

La mortalidad infantil es con seguridad netamente inferior a la que describe como promedio en el Ecuador, como aparece con claridad en el curso de los brotes epidémicos.

NIVEL PREVENTIVO

Un aspecto importante en el estudio de la patología en el Nororiente ecuatoriano es el de los diversos niveles en los que se realizan las tareas preventivas. He aquí algunos aspectos a tenerse en cuenta.

1. El sistema de **VACUNACIONES** no ha sido hasta el presente sufi-

cientemente organizado. Todas las campañas se realizan a partir de un sólo centro organizativo, localizado en la capital de la provincia, Tena, muy distante de la amplia zona que estudiamos. Por este motivo, entre otros, su realización es esporádica, incompleta y mal racionalizada. Solamente algunas campañas de vacunación, como la referente a Tuberculosis y Fiebre amarilla, alcanzaron a un porcentaje importante de la población dispersa de la zona.

Estimamos que deberían constituirse centros más cercanos, que se responsabilizaran de campañas regulares y bien programadas, bajo supervisión adecuada y que al mismo tiempo dispusieran de una gama de vacunas para la cobertura de los casos individuales.

2. La **LABOR EDUCATIVA** acerca de las pautas de vida y conductas de la población nativa no se ha realizado por parte del hospital de forma sistemática y programada; nuestro equipo humano no ha podido atender a estas necesidades. Pero hemos podido comprobar con satisfacción, cambios netos en algunas actitudes frente a problemas de salud.

3. Desde hace pocos años, en el bajo Napo, se llevan a cabo cursos de **PROMOTORES DE SALUD**, organizados por voluntarios alemanes, en colaboración con la Jefatura Provincial del Napo. Representantes de las diversas Comunidades del Napo han realizado

cursos y puede considerarse este Programa en fase avanzada de desarrollo. De esta manera habitantes nativos de la región van a disponer de un acervo de conocimientos y medios terapéuticos y van a estar en condiciones de realizar, a nivel cercano y suficiente, una primera tarea sanitaria.

4. Queda por señalar como faceta importante en este nivel preventivo el trabajo sacrificado del equipo de erradicación de la Malaria; pues, a pesar de las limitaciones para realizar su trabajo en base a esfuerzo han alcanzado un nivel verdaderamente positivo.

NIVEL TERAPEUTICO

No podemos acercarnos al tema terapéutico sin contemplar con sumo respeto lo que podemos llamar **MEDICINA NATIVA**. Muchas de sus concepciones y técnicas terapéuticas escapan a nuestra comprensión; pero, a parte de su influjo en las más profundas raíces de los pueblos nativos, algunos de sus éxitos deben reconocerse con admiración. El factor psíquico en el origen, evolución y curación de los procesos patológicos es especialmente estimado.

Frente a esta concepción de la salud y enfermedad nosotros hemos adoptado una actitud de respeto y, al mismo tiempo, hemos procedido en tal forma que nuestra interpretación de la enfermedad y de las pautas de curación quede claramente visible. De esta manera damos oportunidad a un intercambio cultural y a un enriquecimien-

to mutuo. También a través de esta conducta, respetuosa y sincera, el nativo enjuicia sus concepciones ancestrales y evoluciona hacia una concepción de la salud y enfermedad en la que integra conocimientos procedentes de otras culturas con las que necesariamente tiene que convivir.

La medicina nativa, desde antiguo en la región, ha empleado frente a métodos propios, elementos de terapéuticas foráneas, como el uso de antibióticos. Muchos de sus habitantes poseen en sus casas medios suficientes para realizar una terapéutica parenteral y habitualmente la aplican en forma adecuada. Es cierto que sus criterios a la hora de señalar las pautas concretas son muy elementales y podrían discutirse científicamente, pero, muchos casos infecciosos han sido curados en lugares donde no existe acceso a los profesionales de la salud.

Aunque no es el momento de señalar las pautas terapéuticas del Hospital, es necesario señalar dos puntos. Existen en el Ecuador algunas pautas terapéuticas bien estandarizadas como en el caso del Paludismo y de la Tuberculosis; nosotros hemos procurado seguirlas. Para este fin hemos tenido una gran colaboración de los organismos correspondientes.

En otro aspecto, nuestras pautas terapéuticas las hemos simplificado de forma que sean fácilmente comprendidas por los pacientes y puedan continuarse a domicilio.

El acervo terapéutico que manejan los profesionales de la salud es muy amplio en el momento actual; pero, en

esta región puede reducirse a un número pequeño de medicamentos básicos. Es necesario, disponer de algunos fármacos que son selectivos para el tratamiento de procesos frecuentes en la región y que, por desgracia, es poco menos que imposible adquirirlos en el Ecuador. Entre ellos señalamos:

BITIN, para la Paragonimiasis; GLUCANTIME, para Leishmaniasis mucocutáneas; SUEROS ANTIOFIDICOS, para mordeduras de culebras; FUA-DIN, para Leishmaniasis cutáneas, etc. Sería muy conveniente que el Ministerio de Salud cuidara este aspecto de la tarea sanitaria.

NIVEL ORGANIZATIVO

La Organización de la Salud en el Nororiente Ecuatoriano tiene que tener muy en cuenta algunas características de la región: ésta es lejana, mal comunicada, dispersa en su población, carente de un mínimo de estímulos adecuados para una permanencia duradera de los profesionales médicos. Además, parte importante de la población, dadas sus características establecen contacto lentamente con los centros más desarrollados; esto hace que la experiencia, requisito importante de éxito terapéutico, requiere de tiempo y dedicación. Los recursos terapéuticos deben estar disponibles en todo momento y los equipos humanos responsables, deben estar dotados de los medios instrumentales adecuados para realizar una medicina eficaz.

De una manera quizás excesivamente simple podríamos esquematizar la

organización de la salud en los siguientes planos:

1. **ATENCIÓN PRIMARIA:** a través de Promotores de Salud, pertenecientes a las mismas comunidades, quienes realizarían un primer diagnóstico elemental y una terapéutica de primeros auxilios. Al mismo tiempo, podrían responsabilizarse parcialmente del control de casos patológicos sistematizados, como Tuberculosis y Paludismo. Este plano está ya en fase avanzada de organización en el bajo Napo.
2. **PLANO PREVENTIVO:** a través de profesionales que en forma periódica deberían realizar campañas de vacunación. El equipo de erradicación de la malaria podría integrarse en este plano.
3. **PLANO AMBULANTE:** en el que se realizaría un control periódico del nivel de salud con el objeto de descubrir casos para posibles hospitalizaciones. Al mismo tiempo pueden llevar a cabo una asesoría y control de los Promotores de salud.
4. **PLANO HOSPITALARIO:** deben existir en las cabeceras cantonales (Centros-Hospitalarios de Salud suficientemente organizados, de forma que puedan realizar una me-

dicina eficaz y resolver los casos clínicos y quirúrgicos que involucren cierto grado de complejidad. Esta labor resulta prácticamente imposible si los responsables fundamentales de estos equipos no son suficientemente estables y disponen de la agilidad económica y organizativa correspondiente. Deben ser equipos reducidos en número y en lo posible bien entrenados, con estímulos económicos suficientes a fin de asegurar su permanencia en la región por tiempos mas o menos prolongados.

Pero, insistimos, importa no solamente señalar cifras, no sólo indicar cuántos, sino puntualizar cuáles, y recordar que la que determina estas cifras de patología es básicamente la clase popular (el proletario y el subproletario de la ciudad y, principalmente, el campesino pobre).

Estos son algunos de los elementos con los que debemos iniciar el estudio de la salud mental de nuestro pueblo, pueblo del que un investigador se lamenta no hallar "indígenas en condiciones de normalidad" que pudiera servir de patrones de comparación en el estudio del niño campesino enfermo de lo que él denomina "Subdesarrollo Biológico".