

Análisis del proyecto de Cooperación Phileos en Quezon City (Filipinas), Julio de 2017

Analysis of Phileos cooperation project in Quezon City
(Philippines), July 2017

Autor/es

Sara Sánchez Casas

Director/es

Juan Ignacio Pérez Calvo
David Sánchez Fabra

Universidad de Zaragoza
Facultad de Medicina
Departamento de Medicina
2017-2018

ÍNDICE

1. RESUMEN/ABSTRACT	3-4
2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	5
3. OBJETIVOS	6
4. INTRODUCCIÓN	
4.1. Generalidades	7
4.2. Economía	8
4.3. Esperanza de vida en Filipinas	8
- Tuberculosis	9
- SIDA	10
- Malaria	11
4.4. Sistema sanitario Filipino	12
- PhilHealth	12
- Profesionales de la salud Filipina	13
4.5. Salud materno-Infantil	14
4.6. Cáncer en Filipinas	14
5. MATERIAL Y MÉTODOS	
5.1. Proyecto	16
5.2. La clínica	16
5.3. El hospital	17
5.4. Medicina General	18
5.5. Ginecología y obstetricia	19
5.6. Visita a los Barangays	19
5.7. Innovaciones introducidas en la misión 2017	20
- Fichas identificativas	20
- Telederma	21
- Programa de Riesgo Cardiovascular	21
- Docencia	22
- Nuevos lugares de acción	23
6. RESULTADOS	
6.1. Generalidades de la población	24
6.2. Clínica	26
6.3. Pruebas Complementarias	28
6.4. Tratamiento	29
6.5. Revisión	31
7. DISCUSIÓN	32
8. CONCLUSIONES	35
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

1. RESUMEN

Introducción: Tras la segunda misión llevada a cabo por la asociación Phileos en la ciudad de Quezon City, la ONG continúa evolucionando con nuevos proyectos en otras ciudades de Filipinas y con nuevos estudiantes de la Universidad de Zaragoza. En la misión de 2017 se llevaron a cabo medidas organizativas y docentes adicionales que se recogen y analizan en este trabajo con el fin de consolidar los proyectos que allí se llevan a cabo.

Objetivos: Este trabajo de fin de grado (TFG) realiza un análisis de la población atendida para conocer sus características y exponer las nuevas medidas docentes incorporadas en la misión.

Material y Métodos: Análisis descriptivo de los datos recogidos durante la misión de Julio de 2017 mediante el programa de análisis estadístico SPSS en las tres áreas médicas, especialmente en el apartado de Medicina General.

Resultados: La consulta de Ginecología y Obstetricia asistió a 101 pacientes y en el ámbito quirúrgico se llevaron a cabo 15 cirugías mayores y 20 menores. En el apartado de Medicina General se atendieron a 1081 pacientes. De los pacientes recogidos, el 66,2% fueron mujeres y el 34% menores de 10 años. Las enfermedades más consultadas por segundo año consecutivo fueron las relativas al aparato respiratorio con un 45,3%, predominando la patología mayoritariamente aguda. Las pruebas más realizadas fueron los análisis de sangre y las radiografías, y de todas ellas el 79% resultaron útiles para el diagnóstico. Los tratamientos más frecuentes fueron las multivitaminas, las medidas higiénico-dietéticas, los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), los analgésicos y los antibióticos, con un porcentaje del 1,4% de tratamiento antituberculoso.

Conclusiones: Un año más la misión resultó exitosa, con más pacientes atendidos y nuevos programas de prevención y docencia. Aun así, es necesario continuar evolucionando hacia nuevos protocolos de acción en el ámbito de la pediatría y trasladar la asistencia al hospital de Lagonoy, en el sureste de la isla de Luzón.

Palabras clave: Filipinas, Phileos, riesgo cardiovascular, cooperación, Quezon City, tuberculosis.

ABSTRACT

Background: After the second mission realized by association Phileos in the city of Quezon, the NGO continues evolving with new projects in other cities of the Philippines and with new students from the University of Zaragoza. In the 2017 mission, additional organizational and teaching measures were carried out, which are collected and analyzed in this project in order to consolidate the projects executed there.

Purpose: This end-of-grade Project (FDP) carries out an analysis of the population attended in order to know its characteristics and present the new teaching measures incorporated in this mission.

Methods: Descriptive analysis of the data collected during the July 2017 mission through the statistical analysis program SPSS in the three medical areas, especially in the General Medicine section.

Results: The gynecology and obstetrics consultation assisted 101 patients and in the surgical field, 15 major and 20 minor surgeries were performed. In the General Medicine section, 1081 patients were attended. Of the patients collected, 66.2% were women and 34% were under 10 years old. The most consulted system for the second consecutive year was the respiratory one with 45.3%, predominantly with acute pathology. The tests carried out most by the team were blood tests and chest x rays, and 79% of them were useful for the diagnosis. The most prescribed treatments were multivitamins, hygienic-dietetic measures, non-steroidal anti-inflammatories (NSAIDs), analgesics and antibiotics, with a percentage of 1.4% of antituberculous treatment.

Conclusions: One more year the mission was successful, with more patients attended and new prevention and teaching programs. Even so, it is necessary to continue evolving towards new protocols of action in the field of pediatrics and transfer this assistance to the hospital o Lagonoy, in the southeast of the island of Luzon.

Key Words: Philipines, Phileos, Cardiovascular risk, cooperation, Quezon City, tuberculosis.

2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

La asociación Phileos es principalmente una ONG que concentra toda su actividad en la atención sanitaria de poblaciones desfavorecidas, en este caso en la ciudad de Quezon, parte de Metro-Manila, Filipinas.

Siendo este el segundo año que Phileos lleva a cabo una misión humanitaria en la ciudad de Quezon, y donde estudiantes de la Universidad de Zaragoza estamos involucrados en el proyecto, se hace necesario el análisis de aquello que ha cambiado con respecto a la misión anterior.

Aunque el modelo asistencial de cooperación ha sido siempre igual, en cuanto a que esta comprende atención primaria básica, cirugía general y atención ginecológica, el modo en que estas se han organizado y cómo se han recogido los datos ha variado desde que empezó este proyecto.

En este trabajo se intentará recoger, no solo el análisis de la casuística durante las dos semanas de misión, sino también todos aquellos cambios que se han ido instaurando de un año a otro, así como posibles innovaciones que se puedan intentar introducir en próximas misiones.

Además de las novedades en cuanto a asistencia sanitaria, también ha sido fundamental en esta última misión la función docente impartida a las hermanas de la Comunidad de Siervas de María, que son las encargadas de que el centro *Birhen de la Salud Medical and Diagnostic Centre* funcione diariamente ante cualquier problema o urgencia que surja en la comunidad, con o sin ayuda de un médico.

Por último, la toma de datos de todos los pacientes atendidos en la clínica permitirá realizar el análisis de la asistencia proporcionada por la misión y los campos más importantes dentro de las enfermedades vistas, los tratamientos proporcionados o las pruebas realizadas, entre otros.

La asistencia sanitaria en Filipinas es mayoritariamente privada, de modo que misiones humanitarias como estas se hacen necesarias para aquella gente que no tiene casi para vivir y que además padece de enfermedades que necesitan un tratamiento crónico que no se pueden costear. Es por esto por lo que Phileos trabaja día a día con el fin de mejorar en cuanto a calidad y cantidad de la asistencia, aumentando la frecuencia de las misiones y extendiendo su acción a otros lugares de Filipinas.

3. OBJETIVOS

1. Conocer las características de la población atendida en la misión 2017
2. Explicar las diferentes actuaciones docentes llevadas a cabo
3. Exponer los diferentes proyectos surgidos a partir de la misión
4. Comparar la misión actual con la del pasado año 2016
5. Definir las próximas actuaciones para expandir o consolidar la cooperación a nivel de Filipinas

4. INTRODUCCIÓN

4.1.Generalidades

El archipiélago de las Islas Filipinas se localiza en el Sudeste Asiático ubicado en el Océano Pacífico. Está separado de la isla de Taiwán por el estrecho de Luzón, al oeste encontramos Vietnam, al suroeste la isla de Borneo y al sur las otras islas de Indonesia, separadas por el mar de Célebes.

Se encuentra conformado por más de 7000 islas diferentes, las cuales se organizan geográficamente en 3 grupos: la isla de Luzón, el grupo de las Bisayas y la isla de Mindanao. Su población estimada es de casi 103 millones de habitantes, con una densidad de población de 330 habitantes por metro cuadrado ¹.

Su capital, Manila, se encuentra en la isla de Luzón en la costa oriental de la bahía de Manila. Es la segunda ciudad más poblada del país siguiendo a la ciudad de Quezón, donde la misión de Phileos tiene lugar.

Metro Manila o Región de la Capital Nacional se refiere al área de la región metropolitana de Manila y se trata de la designación oficial del Gobierno de Filipinas para las 17 ciudades que constituyen el núcleo urbano de la misma. Las 17 ciudades son: Caloocan, Las Piñas, Makati, Malabón, Mandaluyong, Manila, Marikina, Muntinlupa, Navotas, Parañaque, Pasay, Pasig, Pateros, Ciudad de Quezón, San Juan, Taguig y Valenzuela.

Por su parte, la ciudad de Manila consta de 15 distritos, los cuales se organizan a su vez en los llamados barangays o barrios. Los distritos son: Binondo, Ermita, Intramuros, Malate, Pandacán, Quiapo, Sampaloc, San Andrés, San Fernando de Paco, San Miguel, Santa Ana, Santa Cruz, Santa Mesa y Tondó.

Filipinas es un país muy rico en recursos naturales y es considerado una de las lugares con mayor biodiversidad del mundo.

Cuenta con un clima tropical ², de modo que las temperaturas siempre oscilan entre los 20°C y los 38°C, manteniendo un constantemente elevado nivel de humedad. Podemos encontrar dos estaciones bien diferenciadas: la temporada de lluvias y la estación seca. Mientras que la seca comprende los meses de Diciembre a Febrero y



trae poca lluvia y temperaturas más bajas, la húmeda, debido a su localización en el cinturón del Pacífico Oeste, se caracteriza por frecuentes lluvias torrenciales y por ser época de tifones de Junio a Noviembre.

Además, el país también se encuentra en el llamado “Anillo de Fuego del Pacífico”, donde se producen un gran número de terremotos y erupciones volcánicas. Esta combinación hace de las Filipinas uno de los lugares más propensos a padecer desastres naturales de toda la tierra.

Aunque se estima que existen alrededor de 175 idiomas hablados, clasificados como lenguas malayo-polinesias, desde 1973 y hasta ahora el filipino o tagalog y el inglés son las lenguas más comunes y oficiales del país. El español constó como idioma oficial mientras el país estuvo bajo su dominio colonial pero su uso fue disminuyendo con el paso del tiempo tras ser ocupado por Estados Unidos, de tal modo que el chabacano es el único vestigio que queda del español como idioma en las Filipinas actualmente.

En cuanto a religión, Filipinas es el único país cristiano de Asia, creencia profesada por más del 90% de la población. El 80% pertenece a la Iglesia Católica, mientras que el 10% restante pertenece a otras denominaciones como la Iglesia Filipina Independiente, la Iglesia ni Cristo, la Iglesia Ortodoxa...Tras el cristianismo, el grupo religioso minoritario más numeroso es el musulmán, viviendo su mayoría en la isla de Mindanao y el archipiélago de Sulú. Aunque en mucha menor medida también existen religiones tradicionales de grupos indígenas, budismo, taoísmo o bahaismo.

Las Islas Filipinas son una república presidencialista y están administradas como un Estado unitario a excepción de la Región Autónoma de Mindanao. El actual presidente, Rodrigo Duterte, es Jefe de Estado, jefe de gobierno y Comandante de las fuerzas armadas y se le conoce en todo el mundo debido a su dura política frente al narcotráfico y la delincuencia.

4.2.Economía

En lo correspondiente a la economía, si bien es cierto que el país presenta unos datos envidiables: crecimiento económico alto y sólido ³, bajos niveles de deuda, fuerza laboral amplia y joven... Filipinas es sin duda un país de contrastes económicos. A pesar de tenerlo todo a su favor para convertirse en una gran potencia, la brecha de la desigualdad todavía es demasiado grande y una cuarta parte de la población del país se encuentra por debajo del umbral de pobreza.

Está considerado como un país de renta media baja y su actividad económica mayoritaria continúa siendo la agricultura, con el arroz y el pescado como principales productos de consumo local.

4.3.Esperanza de vida en Filipinas

Como en muchos otros países del mundo, las mujeres viven más años que los hombres, alrededor de 5 más aproximadamente. Para ambos sexos, la esperanza de vida al nacer se calculaba en torno a unos 72 en el año 2007 ⁴.

Aquí es importante las diferencias que existen entre unas zonas y otras, ya que dependiendo de en qué isla o población nos encontremos, las esperanzas de vida de sus habitantes varían significativamente.

De este modo, mientras que en las zonas más desarrolladas como podría ser la misma Manila y las áreas urbanas, la esperanza de vida llega a alcanzar los 69 para hombres y los 74 años para las mujeres, en la Región Autónoma Musulmana de Mindanao esta disminuye hasta los 58 años para hombres y 62 para mujeres.

Esto es debido en gran medida a que en este último lugar la pobreza y la peor calidad de la asistencia sanitaria son más marcadas a causa de los numerosos conflictos armados que allí tienen lugar.

La principal causa de muerte en las Islas Filipinas son las afecciones cardiacas, seguidas de las enfermedades vasculares y las neoplasias ⁴. Es importante conocer de la sociedad filipina en cuanto a este hecho que, a pesar de tener una renta tan baja, los riesgos de tipo cardiovascular como son el consumo de alcohol, el tabaquismo y la obesidad están muy presentes en ella, lo cual favorece la aparición de este tipo de patologías.

Su pirámide poblacional tiene la típica forma de aquellas poblaciones en vías de desarrollo como se puede observar en la imagen 1. Recibe el nombre de pirámide expansiva o progresiva y se caracteriza por su forma triangular debida a que cuenta con una gran base constituida por la gente joven

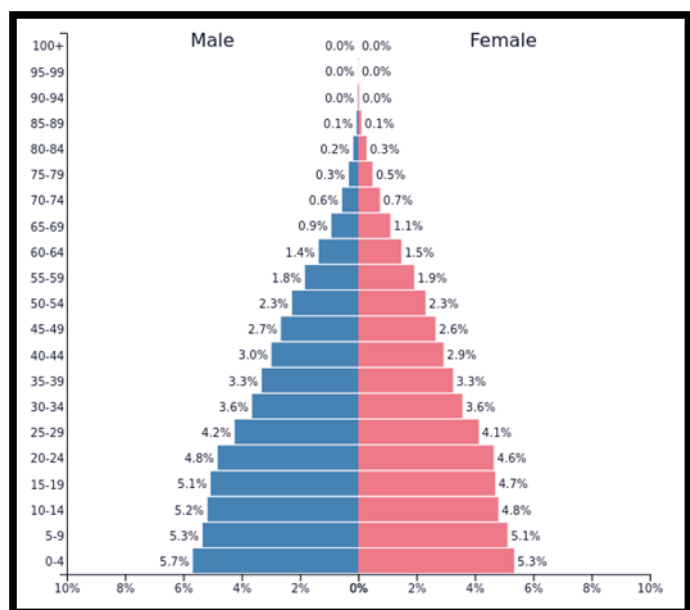


Imagen 1: Pirámide poblacional de Filipinas en 2017 ⁵

También merecen un comentario especial las enfermedades transmisibles como pueden ser la tuberculosis, la malaria o el SIDA.

- **TUBERCULOSIS**

La tuberculosis es la novena causa mundial de muerte y la primera por enfermedades infecciosas, por encima del VIH/sida, y a día de hoy continúa siendo un problema de salud de alta incidencia dentro de la comunidad filipina ⁶. Con aproximadamente 322 afectados por cada 100.000 personas en 2015, se trata de una enfermedad que afecta tanto a personas de las zonas menos favorecidas como de la misma capital. A pesar de que su incidencia y su mortalidad han ido disminuyendo en los últimos años, tanto a nivel mundial como dentro de Filipinas, la existencia de cepas multirresistentes hace que cada vez sea más difícil de tratar, ralentizando así su erradicación.

Sin embargo, y a pesar de que la tuberculosis se puede prevenir mediante el diagnóstico precoz con la técnica de Mantoux y un tratamiento profiláctico que se encuentra en expansión ahora mismo, sobre todo en los dos grupos de riesgo prioritarios (infectados por el VIH y menores de 5 años), la mayoría de los candidatos a dicho tratamiento no están teniendo acceso a él ⁷.

Según el Informe Mundial sobre la Tuberculosis de la OMS, un conjunto de encuestas realizadas en varios de los países considerados de gran carga de TBC, entre los que se encontraba Filipinas, sobre los costos que supone esta enfermedad para los pacientes y sus familias mostraron que en otros países la TBC supone una elevada carga económica y financiera.

Manila cuenta con la *Tropical Disease Foundation*, una organización privada sin ánimo de lucro en el *Research Institute for Tropical Medicine*. Esta se encarga de proporcionar servicios gratuitos a pacientes con tuberculosis multirresistente en el Centro Internacional contra la Tuberculosis. En ella se realizan numerosos estudios sobre la tuberculosis en Filipinas, se estudia e investiga sobre nuevos fármacos y se atiende a los pacientes sin cobrarles.

Por parte de Phileos, la tuberculosis está muy presente en la misión. Los médicos, alumnos y gente que ayuda en la clínica ha de llevar siempre mascarillas de protección frente a la exposición, y haberse realizado la prueba del Mantoux antes y después de la asistencia en Quezon.

En cuanto a su diagnóstico, toda tos no filiada, sobre todo en niños y gente joven, es subsidiaria de placa de tórax financiada por la organización para descartar la presencia de Tuberculosis cuanto antes.

En caso de diagnosticar algún nuevo paciente, la clínica cuenta con tratamiento antituberculoso prescrito por nosotros, donde las hermanas se encargan de proporcionarlo y controlarlo durante todo el proceso.

- SIDA ⁸

Los casos de SIDA han experimentado un marcado aumento en los últimos años en Filipinas, lo cual ha hecho saltar las alarmas a nivel mundial, llegando a que la situación se haya calificado como de nueva epidemia.

La gran mayoría de los afectados son hombres que han mantenido relaciones sexuales con otros hombres o con personas transgénero, pero debido a la estigmatización y discriminación que este colectivo recibe, la protección de estos de la contracción del virus es difícil e insuficiente.

El gobierno filipino todavía no ha encontrado una medida que sea realmente útil a la hora de disminuir el número de casos nuevos y a esto se unen otros factores poco favorecedores como la inexistencia de venta comercial de condones o la dificultad para acceder a una serología de VIH (sobre todo en los menores de 18 años que precisan de autorización paterna). A todo esto se suman las creencias religiosas, ya que al ser la mayor parte de la población católica, el uso de anticonceptivos no termina de ser del todo aceptado.

ONUSIDA es una organización cuyo objetivo es el de poner fin a la epidemia de SIDA mundial, y por ende también lucha contra la misma en las Filipinas, además de en muchos otros países más.

Iniciada en 1996, ONUSIDA ayuda a todas aquellas personas afectadas por esta enfermedad dándoles voz en las decisiones y en los programas que se llevan a cabo para el eliminar las barreras en la respuesta al sida.

Su misión es sobre todo la de promover la prevención mundial y nacional del VIH y que se pongan en marcha aquellos programas que sean eficaces para cada tipo de población, especialmente para los jóvenes y adolescentes en países con alta prevalencia y para los grupos de población clave.

Su acción se extiende hasta Quezon City, la cual está liderando el plan de aplicación de Acción acelerada de ONUSIDA en zonas urbanas de Filipinas. Quezon fue la primera ciudad del país en abrir una clínica (2012) que proporciona servicios sanitarios sobre todo a personas transgénero y a hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres. La clínica cuenta con 10 empleados y 4 educadores y juntos se encargan de realizar pruebas de VIH gratuitas, asesorar sobre el tratamiento VIH y por supuesto, de tratar con tranquilidad y aceptación a todo aquel que acude a su clínica.

Las personas que son diagnosticadas VIH positivo reciben información sobre medicamentos antirretrovirales y son acompañadas por el personal durante sus primeros meses de tratamiento del VIH, que es gratuito en Filipinas.

- MALARIA

En caso de viajar a Filipinas, la toma de la profilaxis para la Malaria variará en dependencia de la zona que visitemos ya que, mientras que en núcleos urbanos como la misma Manila esta no es necesaria, en las zonas de ambiente más rural como la isla de Palawan sí que lo es.

Los microorganismos que con más frecuencia la producen son el *Plasmodium Falciparum* y *Vivax*, su transmisión se produce por la picadura del mosquito Anopheles y la posibilidad de contagio existe a lo largo de todo el año.

Existe riesgo moderado de contagio sobre todo en las zonas rurales de menos de 600 metros de altura de las islas de Basilu, Luzon, Mindanao, Mindoro, Palawan, Sulu y Tawi-Tawi. Las provincias de Lanao del Norte y Davao Oriental fueron declaradas libres de Malaria desde 2016.

Para la población autóctona, el gobierno invierte sobre todo en profilaxis de tipo repelente para mosquitos e ITN (*Insecticide-treated bed nets*) ⁹ como se ve en la imagen 2. Estas consisten en mosquiteras rociadas de repelente y han demostrado disminuir la tasa de contagios y enfermedad significativamente.

Para los viajeros la profilaxis consistirá en mefloquina, doxiciclina ó atovacuona-proguanil dependiendo del lugar concreto a visitar y se habrá de tomar antes, durante y después de la exposición ¹⁰.

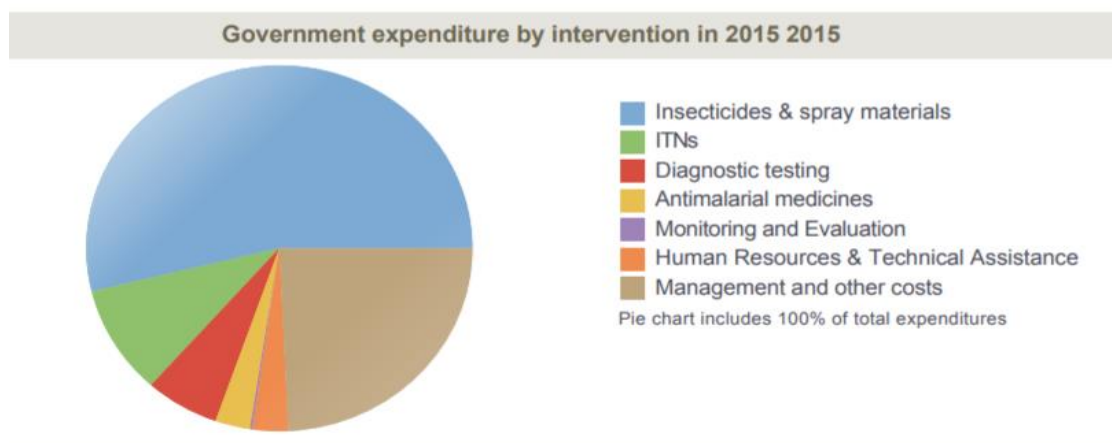


Imagen 2: Medidas preventivas más utilizadas contra la Malaria en el año 2015 ¹¹

4.4.Sistema Sanitario Filipino

Lamentablemente, el problema que presenta mayor peso a la hora de hablar de salud en Filipinas es, sin duda, la dificultad para el acceso a los servicios sanitarios que esta población afronta y es ahí donde Phileos actúa para ayudar a la mayor cantidad de población posible.

- **PHILHEALTH**

Fundado en 1995, PhilHealth (*Philippine Health Insurance Corporation*) es un sistema de pago único cuyo objetivo inicial consistía en proporcionar cobertura sanitaria universal a la comunidad filipina para el año 2010.

Pero, a pesar de que esta medida parecía ofrecer una revolución en la sanidad filipina, la presencia predominante de la sanidad privada frente a la pública hace que esto no haya sido posible aún.

Como consecuencia, encontramos una gran diferencia entre la asistencia sanitaria que reciben los núcleos urbanos con la que encontramos en las zonas rurales y más empobrecidas, y que necesitarían aún más este tipo de medidas para acercar la medicina a sus poblaciones.

La necesidad de tener que pagar previamente durante 6 meses para poder acceder a las ayudas sanitarias de PhilHealth hace que gran parte de la población no pueda acceder a este recurso ¹².

En 2015 el crecimiento económico del país fue del 6%, pero el 23,6% de los filipinos vivían todavía por debajo del límite de la pobreza, que según la *Philippine Statistics Authority* comprende a toda aquella población con la renta en el límite para poder permitirse cubrir las necesidades básicas, incluida la comida. Pero incluso más alarmante es el hecho de que el 12,1% se encontraban en extrema pobreza, es decir, incapaces ni tan siquiera de permitirse tres comidas al día ¹³.

Esto pone en evidencia como la pobreza es un factor fundamental de la salud, y junto a ella, también se suman en la comunidad filipina otros como los desastres naturales, la exclusión social, el desempleo, la contaminación ambiental, el aislamiento geográfico de los habitantes de las islas...

- Profesionales de la Salud filipina

Para conseguir la carrera de Medicina en Filipinas, los estudiantes han de completar 4 años de carrera en la escuela médica. Una vez acabados, han de estar un año más como internos en un hospital para completar así sus estudios y poder acceder al examen de licenciatura. Estos 5 años de carrera los capacitan para ejercer de médicos generales y para comenzar la especialización como cirujanos, médicos internistas, pediatras o ginecólogos.

Las enfermeras por su parte han de llevar a cabo también 4 años de enfermería general y especializada, sobre todo en enfermería de atención primaria pero también en asistencia hospitalaria básica.

Dentro de todas las profesiones de la Salud, los grupos de enfermería y matronas son los más numerosos en este país, sobre todo debido a la demanda internacional. Sin embargo, debido a la gran demanda y escasa oferta que Filipinas proporciona, tanto en la enfermería como en la medicina, muchos profesionales se ven obligados a emigrar a otros países. Junto a esta causa se suman muchas otras como la posibilidad de evolucionar y avanzar profesionalmente a mayor escala o el poder conseguir un mayor nivel de vida.

De este modo, los pocos médicos que Filipinas produce, junto con el hecho de que muchos de ellos no se ven atraídos por las zonas rurales, ya sea por tener que trabajar individualmente, o por su aislamiento del resto de compañeros de profesión hace que, a pesar de que haya muchos puestos públicos vacantes en estas zonas tan necesitadas, estas no sean cubiertas.

En consecuencia, los médicos jóvenes comienzan su trabajo mayoritariamente en hospitales privados y clínicas, dejando una vez más sin posibilidad de acceder a la asistencia sanitaria a aquellas personas del ámbito rural por un lado, y a las menos favorecidas de las zonas urbanas por otro.

Por todo esto, a pesar de que se ha observado que con el paso del tiempo la inversión del gobierno filipino en el gasto sanitario ha ido aumentando, la poca eficiencia a la hora de usar ese dinero y el poco uso de PhilHealth hacen pensar que el problema no está realmente en un presupuesto insuficiente, sino más bien en la pésima optimización de los recursos que existen.

4. 5.Salud Materno-Infantil

Otro ámbito de la sanidad filipina que necesita todavía mucho apoyo y evolución es el de la salud materno-infantil.

Aunque la tasa de mortalidad materna ha caído de 170 muertes por cada 100.000 partos en 2003 a 114 en 2015 y continúa disminuyendo lentamente con el paso de los años, todavía sigue siendo inaceptablemente elevada en la actualidad ¹⁴.

Para mejorar esta tasa de mortalidad, la sanidad filipina ha centrado su esfuerzo en aumentar el seguimiento y control del embarazo, así como de la asistencia de la embarazada durante el acto del parto. Pero como siempre el bajo nivel de servicios sanitarios que se ofrecen a las mujeres que acaban de dar a luz, actúa sin duda como factor favorecedor del mantenimiento de esta elevada tasa de mortalidad ya que el parto se realiza frecuentemente en sus propias casas. En 2013, un 38% de las embarazadas no recibieron asistencia sanitaria en el primer trimestre, un 15% tuvo menos de 4 visitas antes de dar a luz, el 40% de los partos fue en casa, 27% no fueron atendidos por profesionales de la salud y el 23% no recibieron cuidados post-natales¹⁵.

Entre las causas de la escasa asistencia en este campo se encuentran el constante estatus económico deplorable de las pacientes ¹⁶, la imposibilidad muchas veces de transportarse a las clínicas y que a veces el permiso de la familia es necesario para que reciban este tipo de ayuda sanitaria.

Las principales causas de muerte entre las embarazadas en Filipinas en 2015¹⁴ fueron:

1. Complicaciones durante el parto y periodo post-parto (41%)
2. Preeclampsia
3. Hemorragias
4. Sepsis

De modo que muchas de estas muertes podrían evitarse si se llevara a cabo una detección precoz de cualquier tipo de anormalidad presentada durante el embarazo en visitas de control, si se informara sobre salud de la embarazada a estas pacientes o si se realizaran recomendaciones a todas las embarazadas para que estas acudieran a visitar un centro de salud en algún momento de su embarazo.

4.6.Cáncer en Filipinas

Las enfermedades neoplásicas en Filipinas se caracterizan por alcanzar en muchos casos situaciones muy avanzadas, donde el paciente ya acude al médico cuando no se puede hacer más que medicina paliativa en muchos casos.

Debido a todo lo comentado anteriormente sobre la dificultad para acceder a la asistencia sanitaria, los pacientes esperan a misiones como las que realiza Phileos para pedir atención en enfermedades particularmente graves como el cáncer de mama en estadios avanzados, linfomas o masas benignas que han alcanzado un tamaño excesivo para convivir con él.

En 2016, entre los hombres, los cánceres más incidentes en las Islas del Pacífico eran el de próstata, pulmón y colon y entre mujeres los de mama, tiroides y pulmón como se aprecia en la imagen 3 ¹⁷.

Si bien el cáncer de pulmón no tiene a día de hoy un método de *screening* efectivo en medicina, otros como el cáncer de mama o el de colon sí, de modo que parece evidente que visitas regulares al médico y unos buenos métodos de *screening* realizados debidamente podrían disminuir la incidencia de este tipo de cánceres.

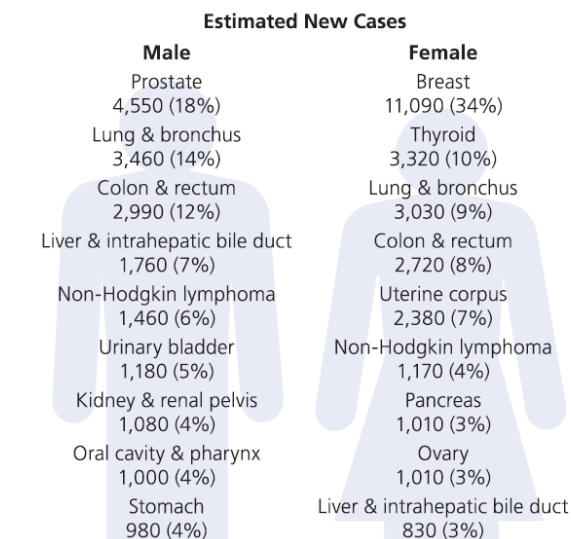


Imagen 3: Lugares estimados con mayor incidencia de nuevos cánceres en las Islas del Pacífico en 2016.

A todo esto, se suman también factores como el estilo de vida y los hábitos de salud, ya que la obesidad, el tabaquismo, la vida sedentaria y una dieta insuficiente e incompleta favorecen todavía más su aparición.

Uno de los cánceres más importantes para Phileos durante sus misiones en Quezon City es sin duda el cáncer de mama, cuya incidencia en Filipinas es considerada como la más alta dentro de toda Asia ¹⁸. Gracias a contar con dos cirujanos especializados en ese tipo de cirugía, muchas pacientes de todos los lugares de Manila, o incluso de las Islas Filipinas en general, viajan hasta la clínica para ser atendidas y recibir tratamiento, sobre todo de tipo quirúrgico.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

Para comprender mejor cómo han sido recogidos los datos sobre los que posteriormente hablaremos en el apartado de resultados, es necesario primero exponer en qué ha consistido la misión llevada a cabo por la ONG Phileos en Quezon City, así como todas aquellas mejoras e innovaciones que se han llevado a cabo en comparación con la anterior misión.

Nuestra misión transcurrió entre los días 7 y 23 de Julio y el equipo constaba de 2 cirujanos generales, una ginecóloga, un residente de Medicina Interna y 7 estudiantes de quinto de medicina.

5.1. Proyecto

La Asociación Phileos es la ONG que ha hecho esta misión posible durante ya 2 años, y que cada día intenta ampliar sus horizontes y metas.

Se encuentra constituida desde su origen por 4 médicos del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza: el Dr. Ramón Sousa y el Dr. Antonio Güemes, cirujanos generales, el Dr. Juan Ignacio Pérez, especialista en Medicina Interna, y la Dra. Esther Moreno, especialista en Ginecología y Obstetricia.

A parte de sus cuatro fundadores, la ONG cuenta también con ayuda de muchos otros especialistas del hospital que acuden a las misiones, al igual que ofrece la posibilidad a estudiantes de quinto o sexto de Medicina para colaborar en la misión.

En nuestro viaje acudimos 7 estudiantes de quinto y un residente de cuarto año de Medicina Interna, David Sánchez Fabra, junto con los dos cirujanos generales y la ginecóloga fundadores.

Durante las dos semanas en las que tiene lugar su labor, Phileos intenta aportar ayuda a la población filipina más desfavorecida, la cual es incapaz de costearse una atención sanitaria de calidad debido a su precaria situación económica.

5.2. La Clínica

La *Birhen de la Salud Medical and Diagnostic Centre* es el lugar físico donde se lleva a cabo la actividad relacionada con la Medicina General y la consulta de Ginecología y Obstetricia. Subvencionada por la Comunidad de Madrid y creada en 2003, la clínica cuenta con sala de rayos X, laboratorio, dispensario de medicamentos como el de la imagen 1, sala para charlas a la comunidad y consultas que desde este año cuentan con ecógrafo y aire acondicionado.

Allí es donde trabajan, durante todo el año, La Comunidad de Siervas de María Ministras de los Enfermos, afincadas tanto en Quezon City como en Lagonoy y Bacolod.

En la clínica se puede encontrar asistencia básica de odontología, traumatología, oftalmología y dermatología, ya que los especialistas acuden varios días a la semana. Pero gracias a las hermanas la clínica funciona durante todo el año, porque no solo acude la misión de Phileos, sino que más ONGs se movilizan para ayudar durante periodos cortos pero intensos de tiempo y así conseguir dar la mayor cobertura sanitaria posible.

Durante la ausencia de las misiones, o de los médicos de la zona, son ellas las que asisten a los enfermos en la medida de lo posible, ya que a la par que estudian sus oficios religiosos, algunas también adquieren formación como enfermeras en el convento.

Y del mismo modo que en España se hacen visitas a las casas de los pacientes, las hermanas son las encargadas de acudir a las casas de los enfermos cuando estos no pueden venir y de realizar tanto tareas de enfermería como podrían ser curas o tomas de tensión, como labor social ya que les llevan comida u objetos que pueden necesitar como ropa.



Imagen 1: Dispensario de fármacos en la clínica



Imagen 2: Quirófano de cirugía menor

5.3.El Hospital

Para las cirugías generales y ginecológicas, Phileos alquila dos quirófanos en el Hospital San Martín de Porres.

El hospital, situado en San Juan y a aproximadamente una hora en coche del lugar donde se encuentra la clínica, es un centro dedicado a la atención de gente con bajo nivel económico y donde el peso de la cirugía recae sobre los residentes que durante la misión intervienen como segundos ayudantes en las cirugías de Phileos.

Los quirófanos, a pesar de ser muy diferentes a los que podemos observar en España, resultaban suficientes para las intervenciones que se llevaban a cabo. La mayoría de intervenciones quirúrgicas, en fueron cirugías de mama, aunque también se realizaron otras cirugías como de exéresis de tumores de partes blandas o ginecológicas.

La parte de cirugía menor se llevaba a cabo en la consulta de la clínica que se muestra en la imagen 2 un día a la semana, donde se administraba anestesia local y al acabar los pacientes podían irse a sus casas. En este caso se trataban de intervenciones tales como lipomas, quistes sebáceos o quistes sinoviales. En total se registraron 15 cirugías mayores y 20 cirugías locales en la misión de 2017.



Imagen 3: Quirófano del Hospital San Martín de Porres



Imagen 4: Silla de ruedas del hospital

5.4. Medicina General

La consulta de medicina general consistía en una de atención primaria y pediátrica, donde ejercíamos nuestra función principal David y nosotros, los estudiantes. Con el residente de Medicina Interna al mando, nos encargábamos de atender al grueso del barangay con sus consultas de atención primaria de todo tipo y especialidades. En total fueron 1081 consultas generales y de riesgo cardiovascular.

Junto a nosotros contábamos con voluntarios filipinos que nos ayudaban a la hora de traducir, ya que la gente de Quezon habla mayoritariamente tagalog. De este modo los pacientes se comunicaban en tagalog con los traductores y estos con nosotros en inglés y viceversa, haciendo esto todavía más complicado.

Phileos costeara todas aquellas pruebas que eran pedidas, así como los medicamentos, de modo que el paciente solo tenía que pagar aquello que le costase acudir a la clínica y esperar para ser atendido mientras las hermanas les ofrecían desayuno o almuerzo.



Imagen 5: Consulta en la clínica



Imagen 6: Consulta en la clínica

5.5.Ginecología y Obsetricia

La consulta de ginecología era llevada a cabo por la Dra. Esther Moreno junto con un estudiante que cada día iba rotando. Juntos ofrecían a las pacientes tanto ayuda sanitaria como información de temas como la anticoncepción o las enfermedades de transmisión sexual. Contando con la ayuda de un ecógrafo, la Dra. Moreno era capaz de asistir a todas las enfermas e incluso, ofrecer la posibilidad de algunas cirugías en el Hospital San Martín de Porres de ser necesarias en sus 101 consultas realizadas.

5.6.Visita a los Barangays

Como parte de nuestra actividad asistencial, algunas tardes a la semana dábamos una vuelta por diferentes barangays o barrios para extender nuestra ayuda más allá de las paredes de la clínica.

Estas excursiones servían tanto para ayudar a aquellos pacientes que no pueden moverse, como para entender muchas cosas de las patologías que luego veíamos en la consulta. Las condiciones tan precarias y sumamente poco higiénicas en algunos casos dejaban patente la imposibilidad de, por ejemplo, acabar con patologías tan prevalentes como eran la tiña o la sarna.

Pudimos acudir a varios barangays cercanos a la clínica, dividiéndonos en 3 grupos y ver en primera persona como eran las casas y el día a día de nuestros pacientes una vez salían de la clínica.

Sin embargo, el momento más duro del viaje fue la visita a Smoky Mountain. Situado a las afueras de Manila, este vertedero de basura proporciona asilo a muchas familias que carecen de cualquier recurso económico o beneficio, más allá del que puedan obtener del negocio de la basura.

Las condiciones de las viviendas, si así podían llamarse, eran sencillamente paupérrimas. Perros son sarna

se paseaban libremente de un lugar a otro, siendo acariciados por todo aquel que deseara, niños descalzos jugaban al fútbol entre charcos de barro y restos fecales.

En definitiva, todo esto nos proporcionaba una visión más realista de a qué nos enfrentábamos diariamente y de porqué estábamos aquí.



Imagen 7: Barangay



Imagen 8: Barangay



Imagen 9: Casas en Smoky Mountain

5.7. Innovaciones introducidas en esta misión de 2017

1. Fichas identificativas

Para facilitar la recogida posterior de los datos sobre la misión, el Dr. David Sánchez realizó unas fichas para cada paciente, de modo que todos aquellos enfermos atendidos quedaban registrados por un código que dependía del día en que este había sido atendido y en qué mesa de la clínica. Gracias a esta ficha que se muestra en la imagen 10, nosotros podíamos apuntar aquello relevante que el paciente nos relataba, muy útil a la hora de orientar el posible diagnóstico y anotar qué medicamentos o pruebas complementarias usábamos, o cuando volvería este paciente para revisión o recogida de resultados de pruebas.

Esto proporcionaba un control y un orden esenciales, ya que esto nos permitía también mandar estas fichas por mensajería Whatsapp a dermatólogos de Zaragoza, junto con fotos de las lesiones, para que estos nos ayudaran ante diagnósticos de lesiones dermatológicas que en España no se ven ya.

FICHA DE RECOGIDA DE DATOS PARA **PACIENTES GENERALES**: FILIPINAS, JULIO DE 2017, EQUIPO MÉDICO:

Fecha		Médico		Exploración física	Diagnóstico		
Nombre							
Fecha nacimiento							
Sexo	V	M	Edad				
Antecedentes							
Motivo de consulta/Anamnesis				Pruebas complementarias	Tratamiento		
				Diagnósticos	Revisión	Fecha	
				Código			

Imagen 10: Ficha utilizada para la recogida de datos de cada paciente

2. Teledermatología

Este año, gracias a la colaboración del Dr. Ignacio Querol, médico adjunto de Dermatología en el Hospital Clínico Lozano Blesa, pudo ser posible llevar a cabo un servicio de Telederma Quezon City-Zaragoza.

Gracias a la conexión whatsapp, fuimos capaces de establecer una conexión directa con Zaragoza de tal modo que, ante casos donde no tuviéramos claro cuál podía ser el diagnóstico o qué tratamiento podíamos administrar, enviábamos una foto de la ficha del paciente junto con una foto de la lesión y citábamos al paciente a los dos días (debido a la diferencia horaria España-Filipinas).

Las patologías fúngicas y parasitarias, como la tiña o la sarna, fueron de las más consultadas. Puesto que estas enfermedades aparecen preferentemente antes situaciones de hacinamiento y condiciones higiénico-sanitarias precarias, en España estas patologías no suelen verse tan a menudo ni tan avanzadas. Es por esto por lo que los primeros días Telederma se hizo tan fundamental para nuestra labor asistencial.



Imagen 11: Tiña en un lactante



Imagen 12: Tiña en cuero cabelludo de lactante

3. Programa de riesgo cardiovascular

Propuesto y dirigido por David Sánchez, también se inició la recogida de datos en unas hojas diferentes a las de la consulta general para realizar un estudio más específico que se adjuntan en el Anexo 1. Nació así un estudio sobre Riesgo Cardiovascular cuyo objetivo era localizar a aquellos cabezas de familia de la comunidad que se encontraban en peligro o bajo de riesgo de sufrir un evento cardiovascular, dejando a la familia desamparada y sin sustento económico.

Antes de llegar la misión a Quezon, las hermanas ya contaban con una lista de pacientes con los que comenzar el estudio debido a antecedentes personales como AITs, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, infarto de miocardio... Junto con aquellos que eran recogidos de las consultas por nosotros rellenamos un total de 28 fichas.

Con toda esa información los pacientes fueron citados varias veces a lo largo de las dos semanas con la intención de regular sus tratamientos de patologías de base y así conseguir una estabilidad que se pudiera mantener una vez hubiéramos abandonado Manila.

Gracias a que contábamos con un compañero de sexto natural de Filipinas, nos fue posible crear un tríptico sobre información general y consejos sobre riesgo cardiovascular (Anexo 2) que eran repartidos en las inmediaciones de la clínica y por los barangays en tagalog.

El último día de consultas, como se observa en la imagen 13, nuestro compañero Edgar se ofreció como ponente para dar una charla en tagalog a todos aquellos incluidos en el estudio que estuvieran interesados sobre nociones básicas de riesgo Cardiovascular como dejar de fumar, comer sano, ejercicio diario y tomar la medicación regularmente.



Imagen 13: Charla sobre Riesgo Cardiovascular en tagalog a la comunidad por nuestro compañero Edgar Joseph Sabado

4. Docencia

Antes de acudir a Manila, a los estudiantes se nos presentó la posibilidad de impartir charlas sobre temas importantes de la medicina para informar a todas aquellas hermanas que estuvieran interesadas, la cual fue aceptada con mucha ilusión.

Los temas escogidos fueron generalidades sobre enfermedades importantes en la atención primaria y relacionados con el riesgo cardiovascular, a saber: la hipertensión, la diabetes mellitus, la dislipemia, el tabaquismo, la importancia de la nutrición y lo esencial que es el ejercicio físico en la vida diaria.

De este modo cada uno creamos un póster de nuestra patología para que las hermanas los colocaran en las paredes de la clínica y los tuvieran a mano, y una vez en Manila cada uno expuso a modo de breve presentación los aspectos más importantes de su tema y aquellos aspectos que, como enfermeras, ellas debían de saber y controlar en caso de no haber un médico presente. Mi poster consistió en las nociones básicas de la clínica, el diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus y se adjunta en el Anexo 3.



Imagen 14: Carlos Villar hablando de su poster acerca de las Dislipemias



Imagen 15: Sara Sánchez hablando sobre la Diabetes Mellitus

5. Nuevos lugares de acción

Durante la misión de Julio de 2017, la Dra. Moreno y los Dres. Sousa y Güemes viajaron el primer fin de semana a Lagonoy con la intención de investigar la posibilidad de ampliar sus horizontes. Las hermanas también cuentan con una clínica allí, de modo que a partir de esta misión Phileos comenzó a organizar todo aquello necesario a nivel administrativo con Filipinas y Hospitales de la zona para llevar a cabo la misma labor que en Quezon City.

A día de hoy, Phileos ha conseguido realizar otra misión en febrero de 2018 donde ya ha comenzado a atender a pacientes también en Lagonoy durante la segunda semana de la misma.

Además, terminada la misión, algunos integrantes han decidido quedarse unos días más en Lagonoy con el objetivo de poner en marcha un nuevo proyecto. La "*Birthing Home*" será el nuevo paritorio financiado por Phileos a partir de marzo si se consiguen todos los permisos y procesos administrativos de manera rápida y correcta. De este modo Phileos contribuirá a reducir las altas tasas de mortalidad materno-infantil que todavía existen en este municipio a día de hoy.

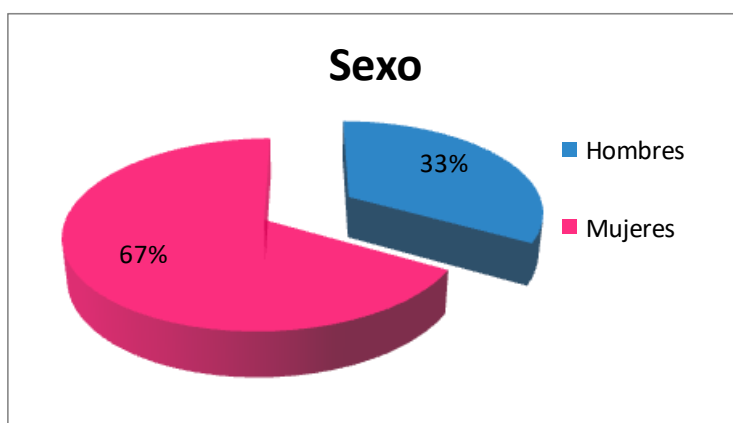
6. RESULTADOS

Mediante la información obtenida a través de las fichas presentadas en el apartado de Material y Métodos, se procede al análisis descriptivo de todas las características relevantes de la misión 2017 en el ámbito de Medicina General. La base de datos se realizó por tres estudiantes por separado y unida en el programa de análisis estadístico SPSS para su estudio.

6.1.DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

La recogida de todos los datos muestra un total de 1076 pacientes atendidos en los 10 días de misión en Quezon City en el área de Medicina General.

De todos ellos 360 fueron hombres, 706 fueron mujeres. En la figura 1 se observa como el 66,2% de mujeres sobrepasa con creces al 33,8% de hombres atendidos en la clínica.



La media de edad de la población es de 31 años, siendo la mediana de 30 y la edad más asistida la de los niños de un año.

Figura 1: Proporción de Hombres-Mujeres

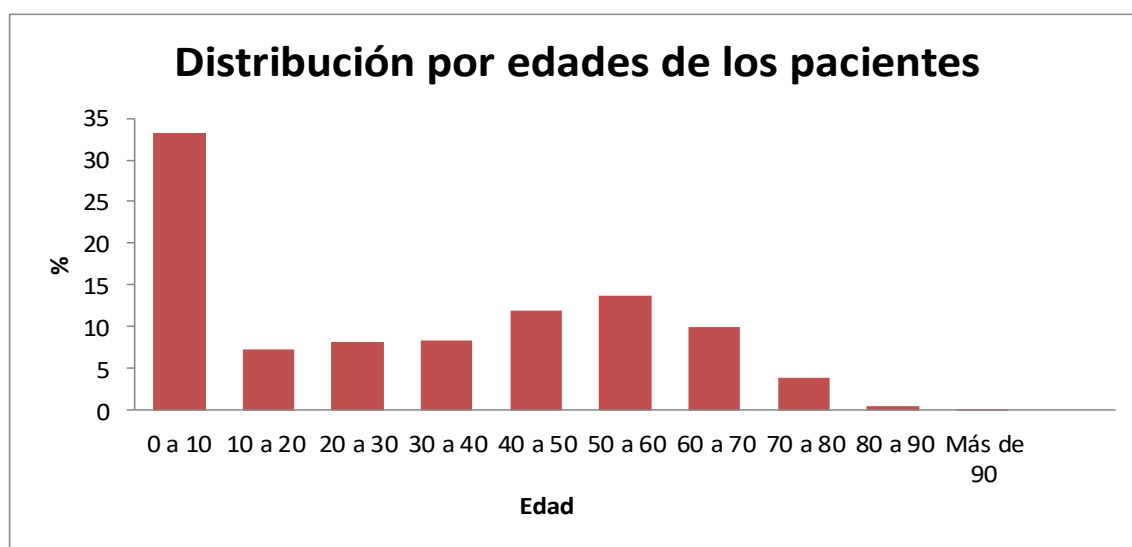
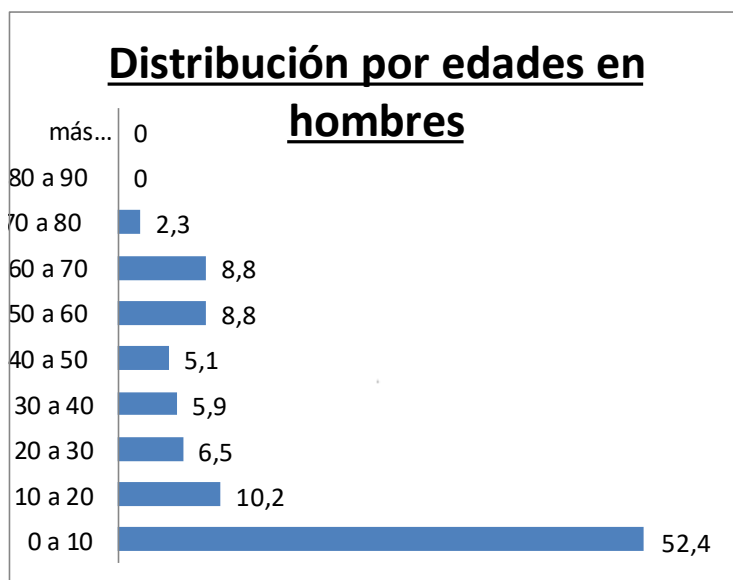


Figura 2: Distribución de las edades de los pacientes

La figura 2 corrobora el hecho de que la moda sea la edad de 1 año, ya que la mayoría de la población atendida se encuentra dentro del grupo de edad de entre 0 y 10 años.



Puesto que el número de hombres atendidos en la consulta es menor al de mujeres, la mayor parte de ellos en la figura 3 se concentran en el rango de edad de menores de 20 años, y sobre todo en menores de 10 con un 52,4% del total de los varones asistidos. Existe otro pico 50-70 años debido sobre todo a las enfermedades crónicas cardiovasculares.

Figura 3: Distribución de varones según la edad

El descenso de los hombres a partir de los 70 años confirma la esperanza de vida media de este sexo dentro de la comunidad filipina.

Por el contrario, dentro de las mujeres podemos observar en la figura 4 una mayor distribución dentro de todas las franjas de edad.

Las pacientes femeninas más atendidas fueron las menores de 10 años pero con picos importantes también entre los 40 y 60 años.

Todavía en la categoría de mayores de 90 contamos con algún caso, a diferencia de en el gráfico de los hombres.

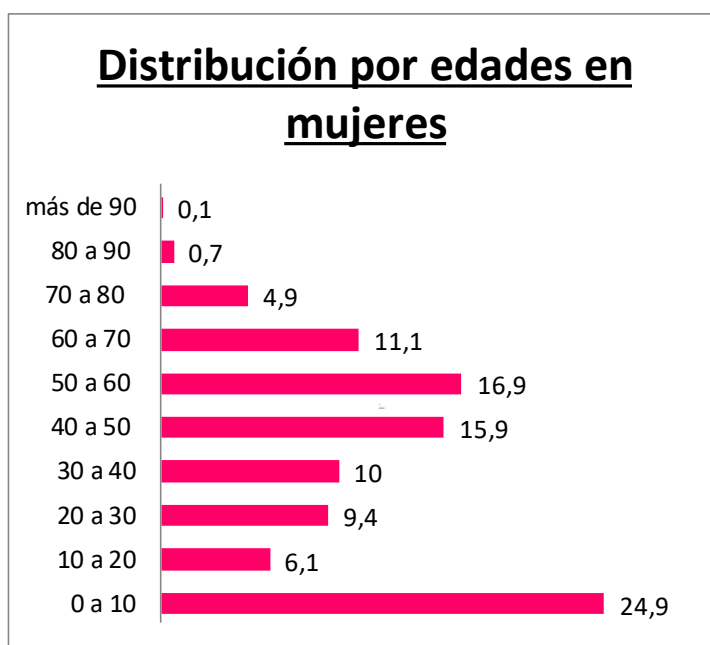


Figura 4: Distribución por mujeres según la edad

6.2.MOTIVOS DE CONSULTA Y FRECUENCIA DE TRASTORNOS

En este apartado se analizan los sistemas y aparatos más consultados, lo que nos ayuda a conocer cuáles fueron las patologías más vistas. Dentro de la base de datos, esta información quedaba dividida en 2 columnas, ya que muchos pacientes consultaban por más de un aparato, que era recogido en una segunda columna.

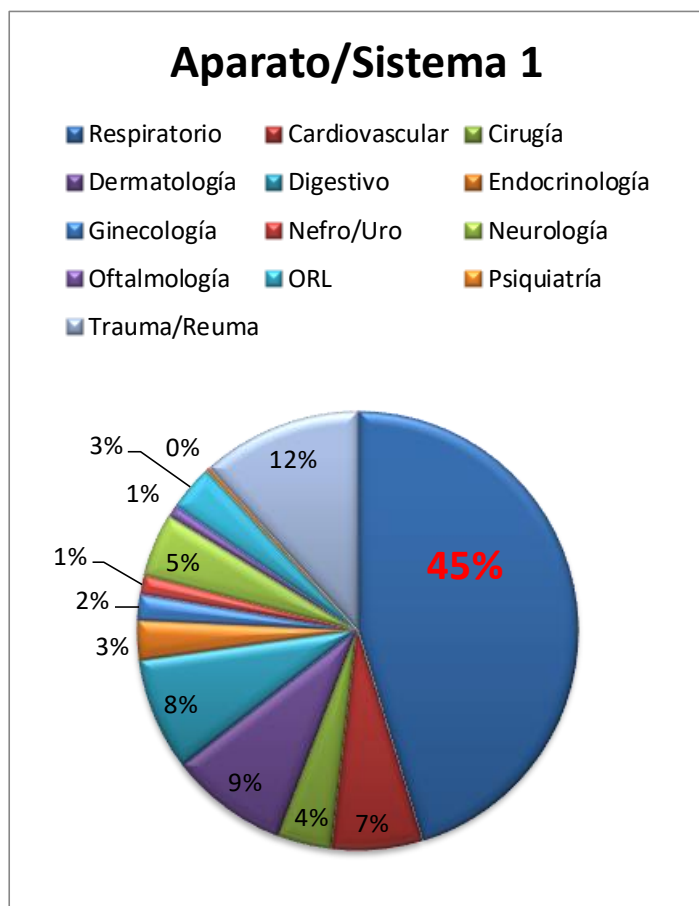


Figura 5: Distribución de la proporción de aparatos atendidos en primer lugar

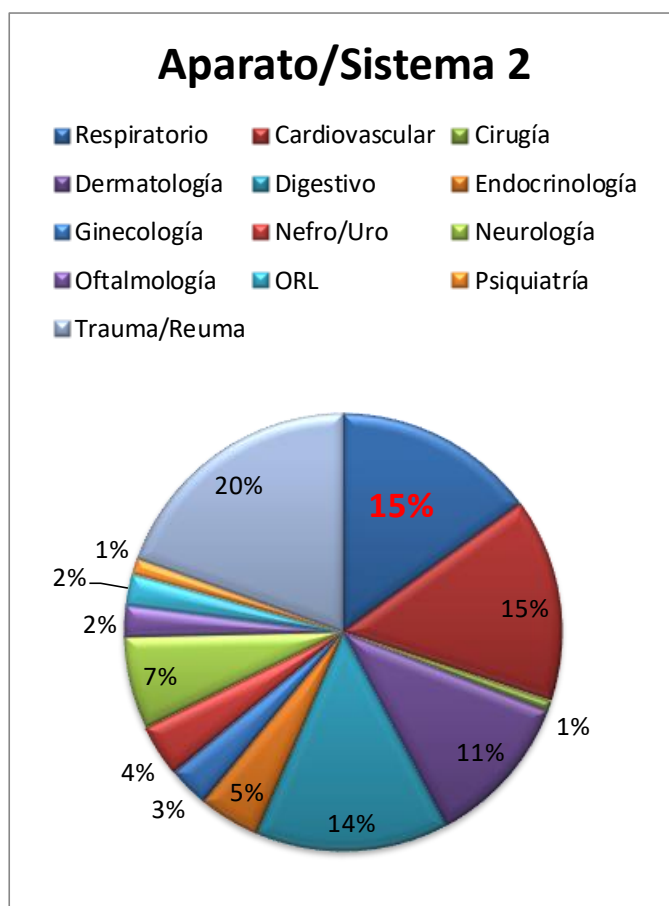


Figura 6: Distribución de la proporción de aparatos atendidos en segundo lugar

Como muestra la figura 5, los trastornos más consultados fueron los relacionados con el Aparato Respiratorio, ya que cuenta con un 45,3% del total. Dentro de las patologías de este, la mayoría eran consultas sobre catarro, infecciones respiratorias superiores y asma. En segundo y tercer lugar se encuentran Traumatología y Reumatología con un 11,7% y Dermatología con un 8,7%.

Por un lado, la patología traumatológica/reumatológica hace referencia a que veíamos muchas lumbalgias, contracturas, dolores articulares y artrosis, sobre todo en pacientes de edad avanzada. Por otro, la Dermatología fue una de las consultas más complicadas y frecuentes, ya que las condiciones de vida ya comentadas anteriormente favorecían la aparición de muchas patologías dermatológicas de tipo fúngico y parasitario como la tiña o la sarna.

En la figura 6, que corresponde a los trastornos secundarios, Respiratorio y Cardiovascular se encuentran en la misma posición con un 15%, sobre todo porque la gente acudía a por fármacos para sus patologías de base, entre las cuales las más frecuentes eran hipertensión arterial o asma, de modo que eran registrados como consultas estos dos aparatos. El más consultado fue Reumatología y Traumatología con un 19%, sobre todo por dolores de tipo articular y contracturas frecuentes que necesitaban medicación a demanda.

Para completar el estudio de la sintomatología, se analizó el curso de esta, según los aparatos o sistemas, pudiendo ser esta aguda (menos de 7 días), subaguda (1 a 4 semanas) o crónica (más de 4 semanas).

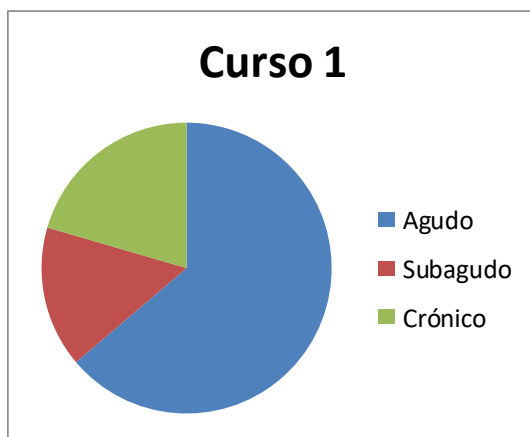


Figura 7: Distribución del curso de las enfermedades del aparato/sistema 1

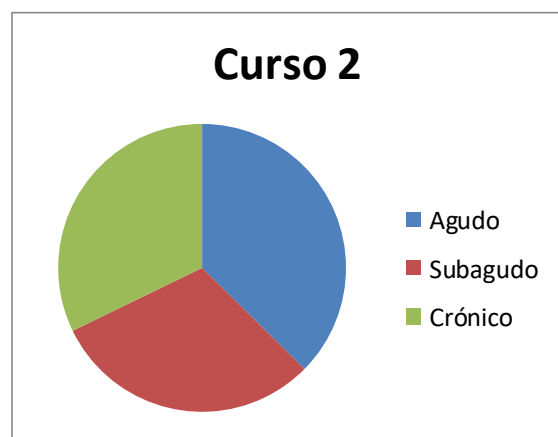


Figura 8: Distribución del curso de las enfermedades del aparato/sistema 2

Como se observa en las figuras 7 y 8, la gran mayoría de las patologías eran catalogadas como agudas, es decir, de menos de una semana de evolución. En ambos casos, el segundo en frecuencia era la cronicidad.

Se registraron, como dato requerido a aquellos pacientes que consultaban por tos persistente o fiebre, los antecedentes personales de tuberculosis, ya que conocíamos la gran prevalencia e incidencia que tenía esta enfermedad en Filipinas.

Del total de pacientes consultados, 23 de estos refirieron tener antecedentes personales de Tuberculosis, ya fuera por estar en tratamiento en ese momento, haberla sufrido o haber recibido profilaxis, esto constituye un 2,1% de la muestra total.

Aun así, muchos casos de tuberculosis fueron pasados por alto debido a la gran masa asistencial y a la incapacidad de realizar una historia clínica completa en muchos de esos casos, siendo por tanto no representativa la incidencia de TBC en nuestra población con la real que posee el país.

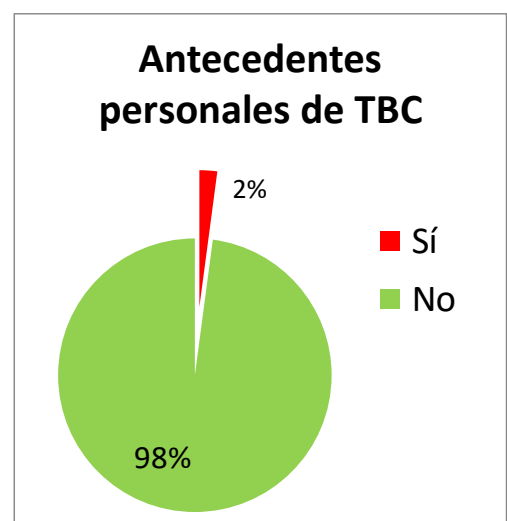


Figura 9: Porcentaje de pacientes con antecedentes personales de Tuberculosis

6.3.EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

En el apartado de diagnóstico se solicitaron pruebas complementarias a 232 pacientes, de ellas: 81 fueron análisis de sangre, 62 radiografías de tórax, 38 test rápidos de glucemia, 15 electrocardiogramas, 1 biopsia y 103 derivaciones a especialistas.

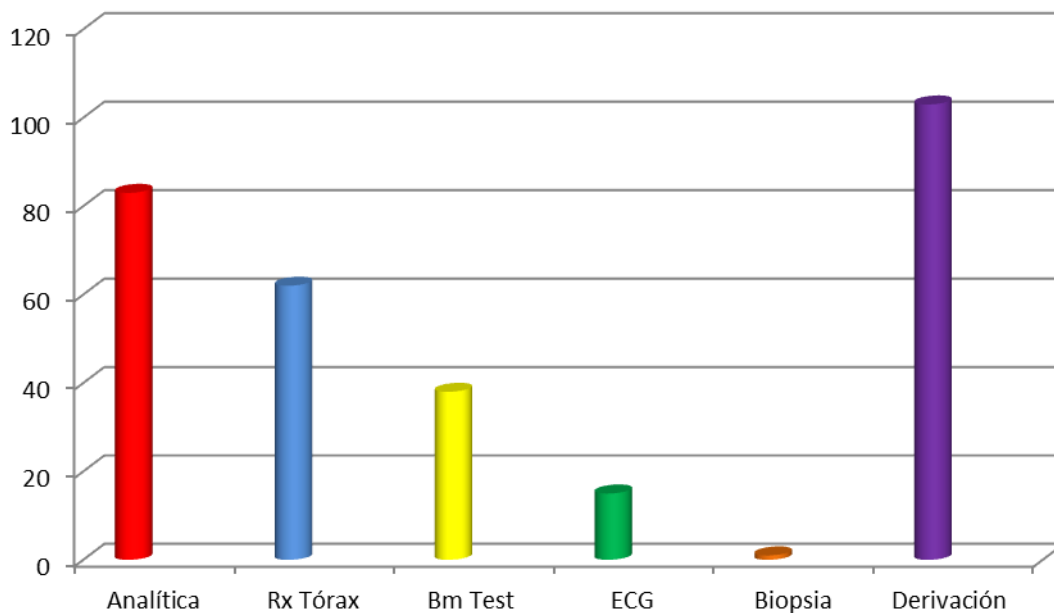


Figura 10: Distribución de las pruebas complementarias realizadas

También se recogió el dato de si las pruebas que nosotros pedimos para orientarnos fueron útiles a la hora de poder dar un diagnóstico.

De los 117 casos válidos que se pudieron recoger, en 93 pacientes las pruebas fueron útiles a la hora de diagnosticar la patología causante de la sintomatología. La figura 11 muestra los porcentajes de estos datos.

Utilidad de las pruebas diagnósticas (%)

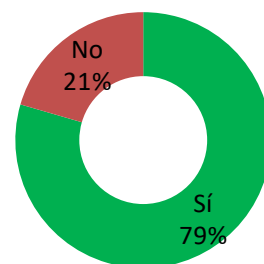


Figura 11: Porcentaje de pruebas que fueron útiles para el diagnóstico

6.4. TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS

Los fármacos de los que se disponían en la farmacia de la clínica eran limitados en muchas familias de medicamentos. Debido a que los pacientes recibían generalmente más de un tratamiento a la vez por presentar diferentes patologías, este apartado se divide en hasta 4 variables. Los más usados según su categoría en la que fueron clasificados fueron:

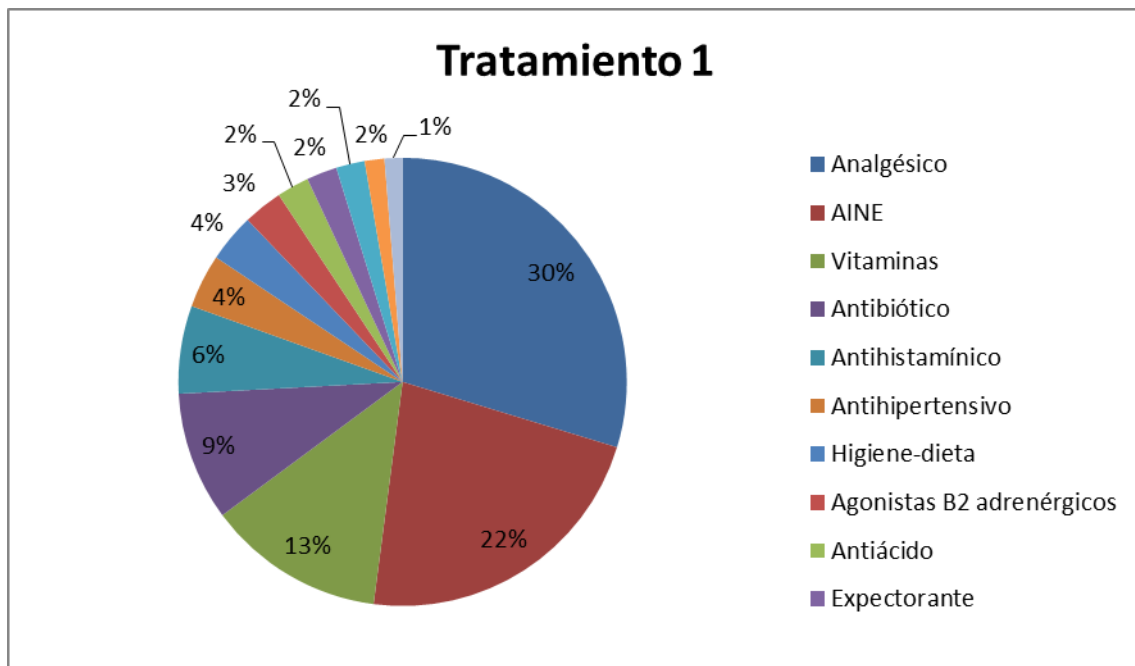


Figura 12: Distribución de los 10 fármacos más usados en Tratamiento 1

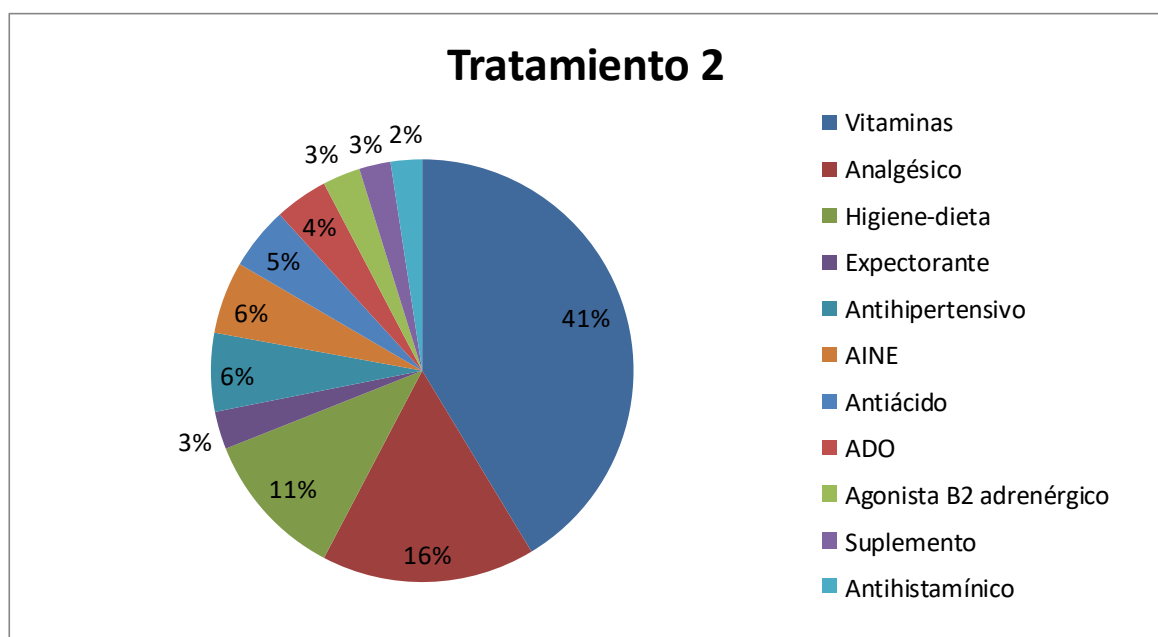


Figura 13: Distribución de los 10 fármacos más usados en Tratamiento 2

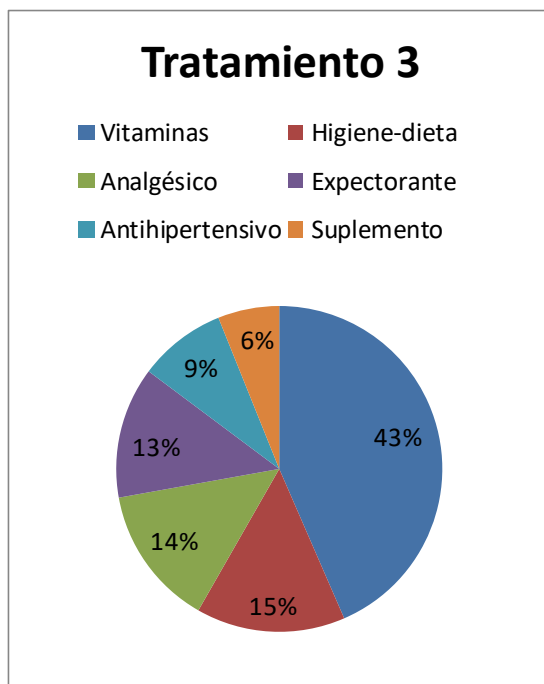


Figura 14: Distribución de los 6 fármacos más usados en Tratamiento 3

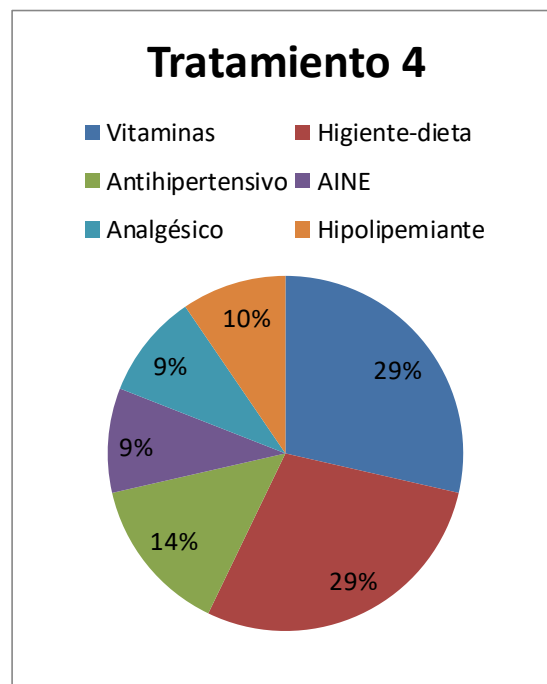


Figura 15: Distribución de los 6 fármacos más usados en Tratamiento 4

De estas figuras podemos deducir que las 5 medidas terapéuticas más usadas en la misión fueron las vitaminas, los analgésicos como el Paracetamol y Nolotil, los AINE, las medidas higiénico-dietéticas y los antibióticos.

De los pacientes registrados de si recibieron o no tratamiento antibiótico (705 en total), la figura 16 nos informa de que un 20%, es decir 138 de estos, lo recibieron para el manejo de su patología.

De todos ellos un 1,4%, 15 pacientes, recibieron tratamiento antituberculoso recetado y pautado por nosotros.

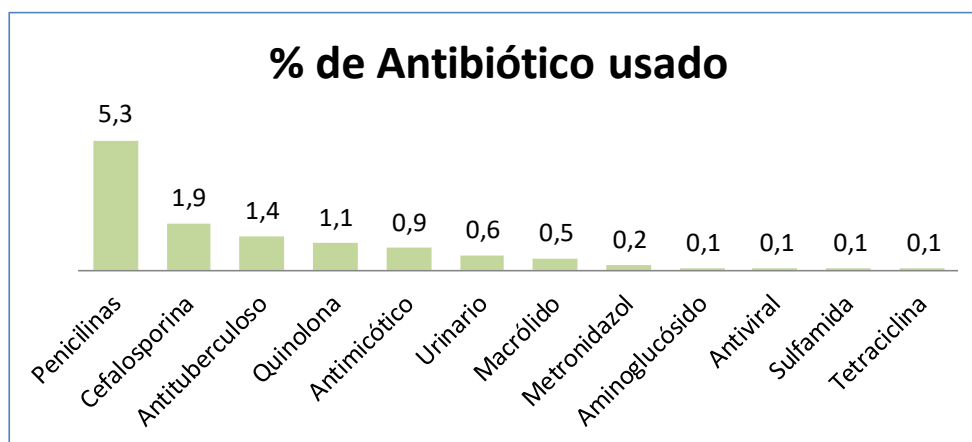


Figura 16: Porcentajes de cada uno de los antibióticos recetados

6.5.REVISIÓN

Para llevar control de qué pacientes era necesario que volvieran o no para buscar resultados o revisión del efecto del tratamiento pautado en la clínica, un apartado de la ficha estaba reservado para anotar si el paciente volvería y cuándo.

Gracias a esto fue posible analizar a cuantos pacientes se les pidió volver a la consulta, y cuantos acabaron volviendo.

De los 154 pacientes que fueron apuntados para volver, solo 42 pudieron acudir de nuevo a la consulta. La figura 17 muestra estos datos en porcentaje.

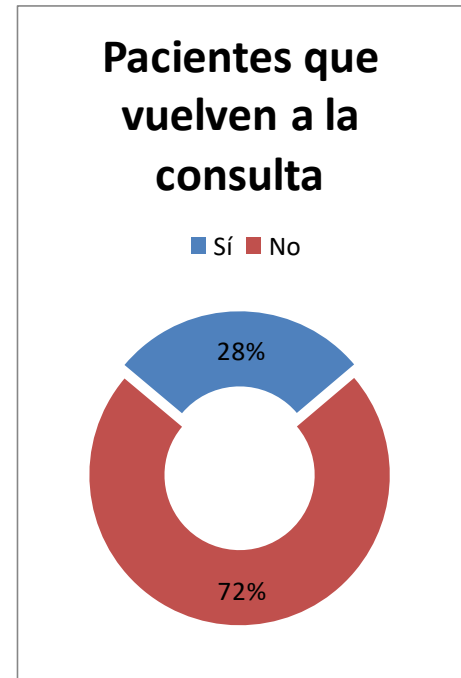


Figura 17: Porcentaje de pacientes que volvieron a la consulta

7. DISCUSIÓN

Tras realizar en análisis de la base de datos elaborada con la información de los pacientes de la misión de 2017, podemos proceder a la comparación de estos con los ya conseguidos el anterior año para poder así estudiar que ha podido variar de un año a otro.

En números totales las cifras han aumentado poco. En el ámbito de la cirugía general se llevaron a cabo 20 cirugías menores y 15 cirugías mayores. Las primeras consistieron en quistes sebáceos, lipomas, quistes sinoviales o limpieza y cura de heridas infectadas. En la cirugía mayor se llevaron a cabo sobre todo cirugías reconstructivas, tumorectomías o mastectomías debidas al cáncer de mama. En la Clínica se asistieron a 101 pacientes en la consulta de Ginecología.

En el apartado de Medicina General, donde se encuentra el mayor peso de la clínica y donde se centra nuestro estudio, se atendieron a 1081 pacientes, 9 más que el año pasado. De todas ellos 1071 fueron recogidos y analizados en la base de datos del estudio. Puesto que el tiempo de estancia de la misión continúa siendo de dos semanas, resulta difícil aumentar mucho más estas cifras y dar asistencia a muchas más personas, ya que este año se conseguían ver aproximadamente 120 pacientes por día entre las 4 mesas disponibles.

La media de edad fueron 31 años, similar a la de la misión de 2016 y la mediana de 30, 6 años más joven que la de la anterior misión.

Las mujeres continúan siendo el grupo mayoritario por sexo, con un 66,2% del total de pacientes. En cuanto a la edad, el grupo de menores de 10 años sigue siendo el que más consultó, lo cual refleja que la comunidad filipina de Quezon City es joven, correspondiendo con la forma de su pirámide poblacional nacional. Probablemente estos dos datos guardan relación ya que la mayoría de los niños de cada familia acudía a la clínica con sus madres, de modo que una sola consulta se convertía en 4 debido a que era frecuente encontrarse a la madre consultando por sus patologías y junto a ella, sus tres hijos que también precisaban atención sanitaria.

Existe un segundo pico de incidencia en el grupo de 50 a 60 años. En este grupo las patologías eran sobre todo de tipo crónico como las de cardiovascular, reumatología o respiratorio.

Dentro de cada sexo por separado, observamos en un primer momento como la distribución es muy diferente entre la figuras 3 y 4 de Resultados. Los varones concentran sus edades entre los 0 y 20 años mayoritariamente, mientras que las mujeres se disponen de manera más homogénea en todas las franjas de edad. En ambos casos los menores de 10 años son el grupo que más consulta, si bien las mujeres son más numerosas que los hombres en el segundo pico de incidencia de 40 a 60 años, probablemente por motivos de tipo laboral. La esperanza de vida mayor en el sexo femenino también se ve reflejada en la gráfica con la casi inexistencia de pacientes hombres a partir de los 80 años, a diferencia de las mujeres.

Para recoger la mayor cantidad de información posible, a la hora de registrar el aparato de la enfermedad que nos presentaba el paciente, dividíamos entre el aparato o sistema que primero se consultaba y que contábamos como problema más importante y un segundo aparato o sistema en caso de que hubiera otro problema que atender y tratar a parte del principal. De este modo en el primero los trastornos más prevalentes fueron los relacionados con el Aparato Respiratorio, Traumatología/Reumatología y Dermatología.

El Aparato Respiratorio se comprende sobre todo de 2 de las patologías más importantes a lo largo de toda la misión: el catarro y el asma. En gran medida, la alta prevalencia del aparato respiratorio se debe a que, la gran mayoría de las consultas del grupo de 0-10 años consultaba frecuentemente por estas dos patologías, sobre todo de curso agudo para recibir tratamiento sintomático en el primer caso, y para resolución de la crisis en caso del asma.

Dentro del asma, destacan la escasez de tratamiento de tipo inhalador del que disponíamos en la clínica y de que muchos pacientes controlaban su patología con Montelukast o con agonistas B2 adrenérgicos orales como primera y a veces única opción, dejando patente una vez más lo difícil que es para la población el acceso a los medicamentos y a la sanidad, incluso en patologías tan importantes, crónicas y prevalentes como el asma.

La patología dermatológica tuvo también un lugar privilegiado dentro de la misión ya que, al contar con la ayuda de Teledermatología y de diagnósticos en 2 días tras ver al paciente, conseguimos que estos pacientes pudieran recibir tratamiento por nosotros directamente en vez de tener que ser derivados al dermatólogo de la clínica que venía solo un día a la semana. Lamentablemente, las posibilidades para tratar estas patologías, sobre todo de tipo fúngico (tiñas) y parasitosis (sarna), eran pocas ya que no disponíamos de tratamiento tópico para todos los pacientes ni estos eran capaces de mantener una limpieza adecuada para acabar con este tipo de afectaciones.

En el ámbito de la Traumatología/Reumatología, las consultas eran mayoritariamente debidas a contracturas, artrosis y dolores articulares por malas posturas o por procesos crónicos.

En el Apartado de aparato/sistema 2, aparecen nuevos el aparato cardiovascular, sobre todo por pacientes que venían a por medicación para su hipertensión crónica o para iniciarla con nosotros, y el digestivo, en su mayoría por trastornos de la motilidad gastrointestinal.

Registramos también cual era el curso de las patologías consultadas, siendo en su mayoría de tipo agudo, sobre todo debido a los catarros de 3 días de evolución, patologías digestivas de reciente aparición y alteraciones en la conducta de lactantes que eran consultadas con mucha frecuencia. Tras la patología aguda, se encontraba la crónica, consistiendo fundamentalmente en hipertensión, asma, artrosis y diabetes.

Como dato complementario en algunos pacientes con clínica relacionada (tos persistente o fiebre) se preguntó si poseían antecedentes personales de tuberculosis, debido a la alta incidencia que tiene esta en la comunidad, registrando que un 2% de aquellos pacientes sí habían padecido o padecían la enfermedad en la actualidad. Debido al sesgo de selección, esta incidencia no es representativa de la muestra en su totalidad.

A la hora de petición de pruebas complementarias, nuestras posibilidades eran limitadas. Contábamos con analítica general, radiografía, test de glucemia basal, electrocardiograma y la posibilidad de realizar biopsia o derivar al especialista de la clínica si fuera necesario. Las pruebas más solicitadas por el equipo fueron la analítica general, sobre todo para despistaje de diabetes mellitus, patología tiroidea o renal y la radiografía, sobre todo para diagnóstico de tuberculosis en toda tos no filiada de más de 2 semanas de evolución.

Resulta útil saber que, de todas las pruebas solicitadas, el 79% de estas fueron relevantes para el diagnóstico de la patología que presentaba el paciente, de modo que los fondos destinados por Phileos a las pruebas en la clínica han de mantenerse ya que son vitales para la resolución de muchos casos.

En cuanto a las medidas terapéuticas administradas a lo largo de toda la misión, los fármacos más recetados fueron las vitaminas, los analgésicos, los AINE, las medidas higiénico-dietéticas y los antibióticos. Debido a la gran afluencia de pacientes en edad pediátrica, muchos no precisaban tratamiento farmacológico como tal, es por esto que en este grupo se encuentran las vitaminas ya que en muchos de ellos la única medida relevante a tomar era la de cubrir su desnutrición. Junto a ellas también se encuentran las medidas higiénico dietéticas como comer sano, hacer ejercicio, dejar de fumar o beber más agua.

Dentro de los fármacos como tales, los analgésicos y AINEs eran los más pautados como tratamientos sintomáticos. Los antibióticos son otro grupo importante, aunque según el análisis, solo 138 pacientes los recibieron y de estos, 15 fueron antibioterapia antituberculosa.

Las familias más usadas dentro del grupo de los antibióticos, sobre todo debido a la disponibilidad de la que contábamos en el dispensario de la clínica, fueron las penicilinas, las cefalosporinas, los antituberculosos y las quinolonas.

Como información adicional que nos pudiera ayudar al mejor manejo en las consultas, registramos a los pacientes que se les pedía volver a la clínica para revisión o para ver los resultados de algunas pruebas. Por nosotros, fueron citados a volver a consulta 154 pacientes, pero de todos ellos solo 42 (28%) pudieron acudir de nuevo. Muchas veces los pacientes nos pedían no tener que volver ya que no disponían de dinero suficiente para rehacer el camino hasta la clínica de nuevo, lo cual respalda toda la información que se puede encontrar sobre la situación económica del país en este tipo de sectores de la población.

8. CONCLUSIONES

Finalizado el proyecto y analizados los datos de la población atendida y de los actos médicos llevados a cabo, podemos concluir que un año más la misión fue exitosa, aunque todavía queda mucho que trabajar y mejorar.

La población atendida fue similar a la de misiones anteriores, con un total de 1081 pacientes atendidos en el ámbito de la Medicina General. De los 1071 analizados en este trabajo, un 66,2% eran mujeres y el 34% menores de 10 años. En cirugía se realizaron 15 cirugías mayores y 20 menores y en Ginecología y Obstetricia fueron atendidas 101 pacientes.

Destaca, como en el año anterior, la prevalencia de los trastornos del aparato respiratorio como motivo de consulta, especialmente por catarros y asma. Este año además han ganado importancia los trastornos reumatológico/traumatológicos y dermatológicos en detrimento del aparato otorrinolaringológico en la pasada misión.

Debido al éxito del proyecto de Tele dermatología, sería importante continuarlo y mejorarlo. En futuras misiones deberían considerarse programas previos de preparación para la atención pediátrica, por su alta afluencia y la tan precaria sanidad materno-infantil con la que cuenta el país, a fin de poder dar la mejor asistencia posible por nuestra parte. También resultarían útiles protocolos de manejo del asma y de las patologías dermatológicas, incluyendo el llevar desde España medicamentos dirigidos a estas patologías, atendiendo a las necesidades y posibilidades de la población entre la que nos encontramos.

Del mismo modo es además imperativo continuar durante la ausencia de la misión con la prevención y control del riesgo cardiovascular que sigue siendo la patología más importante y causante de más mortalidad del país.

La labor docente para con las hermanas, la comunidad y todos los ayudantes de la clínica han de proseguir, involucrando a los alumnos en el desarrollo de la misma, mientras ellos se encuentran aprendiendo durante toda la misión.

Sería aconsejable extrapolar este método de recogida de datos de los pacientes de Medicina General a los campos de Cirugía y Ginecología, a fin de poder conseguir un estudio lo más completo posible.

Con la apertura de la nueva clínica y de La "Birthing Home" en Lagonoy, y el paso de una a dos misiones al año de Phileos, la acción humanitaria deja de ser puntual para estar cada vez más presente en Filipinas.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization [Internet]. Philippines. WHO Representative: Manila. [citado 14 enero 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/countries/phl/en/>
2. Geografía de Manila, Panorama de Filipinas [Internet]. [cited 2018 May 25]. Available from: <http://www.easyexpat.com/es/guides/filipinas/manila/panorama/geografia.htm>
3. Economía de Manila, Panorama de Filipinas [Internet]. [cited 2018 May 25]. Available from: <http://www.easyexpat.com/es/guides/filipinas/manila/panorama/economia.htm>
4. Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies. Philipp Heal Syst Rev Heal Syst Transit Heal Syst Transit Philipp Heal Syst Rev. 2011;1(2).
5. PopulationPyramid.net [Internet] [actualizado 2017; citado 14 Mayo 2018]. Disponible en: <https://www.populationpyramid.net/es/filipinas/2017/>
6. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Tuberculosis 2017. 2017.
7. Portero Navio JL, Yuste MR, Pasicatan MA. Socio-economic determinants of knowledge and attitudes about tuberculosis among the general population of Metro Manila, Philippines. INT J TUBERC LUNG DIS. 6(4):301–6.
8. ONUSIDA. De cómo Ciudad Quezón, en Filipinas, está dando un giro radical a la epidemia del sida | ONUSIDA [Internet]. 2018 [cited 2018 May 25]. Available from: http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2015/december/20151204_Philippines
9. Binka F, Akweongo P. Prevention of Malaria Using ITNs: Potential for Achieving the Millennium Development Goals. Current Molecular Medicine. 2006;6(2). **doi** : 10.2174/156652406776055203
10. Malaria Filipinas - información sobre malaria paludismo para viajeros, turistas y profesionales [Internet]. [cited 2018 May 25]. Available from: <http://fundacionio.org/viajar/paises/asia/filipinas%20malaria.html>
11. World Malaria Report para Filipinas (Año 2015) [Internet]. 2015 [cited 2018 May 25]. Available from: <http://fundacionio.org/viajar/img/malaria/filipinas>
12. Silfverberg DV. PhilHealth coverage in the informal sector: Identifying determinants of enrollment. 2016.
13. Yamada S. The Health of the Filipino People under the Duterte Administration. 2016;10(2).

14. Yamashita T, Suplido SA, Llave C, Tuliao MTR, Tanaka Y, Matsuo H. Understanding Postpartum Healthcare Services and Exploring the Challenges and Motivations of Maternal Health Service Providers in the Philippines: a Qualitative Study. *Trop Med Health*. 2015; 43(2):123-130.
15. Racelis RH, Dy-Liacco VN, Herrin AN, Mendoza LR, Sabeñano D V, Taningco ML. MATERNAL HEALTH CARE EXPENDITURES IN THE PHILIPPINES. Available from: <https://www.psa.gov.ph/ncs/13th>
16. Yamashita T, Reyes Tuliao MT, Concel Meana M, Suplido SA, Llave CL, Tanaka Y, et al. Utilization of healthcare services in postpartum women in the Philippines who delivered at home and the effects on their health: A cross-sectional analytical study. *Int J Womens Health*. 2017;9:695-700
17. Torre LA, Sauer AMG, Chen MS, Kagawa-Singer M, Jemal A, Siegel RL. Cancer statistics for Asian Americans, Native Hawaiians, and Pacific Islanders, 2016: Converging incidence in males and females. *CA Cancer J Clin*. 2016; 66:182-202
18. Laudico A V., Mirasol-Lumague MR, Mapua CA, Uy GB, Toral JAB, Medina VM, et al. Cancer incidence and survival in Metro Manila and Rizal Province, Philippines. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2010.

ANEXOS

FICHA RIESGO CARDIOVASCULAR: FILIPINAS, JULIO DE 2017. CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA					
Fecha		Código		Anamnesis	Exploración física
Médico					
Paciente					
Fecha de nacimiento					
Sexo					
Antecedentes					
Antecedentes familiares		Status familiar			
Status socioeconómico		Nivel de estudios			
Hipertensión/¿Sospecha HTA 2ª?				Constantes 1ª toma:	Constantes 2ª toma:
Diabetes/¿LOD?				Peso	Talla
				Perímetro abdominal y otras condiciones antropométr.	
Dislipemia				Pruebas complementarias	
Tabaco y alcohol					
Actividad física				Tratamientos/intervenciones	Glucómetro
Evento CV previo					
Inflamación crónica/infecciones					
Dieta				Revisiones	
				1ª	Fecha
				Constantes	
Otros				2ª	Fecha
				Constantes	
Tratamientos				3ª	Fecha
				Constantes	
Observaciones					

Anexo 1: Ficha para programa de Riesgo Cardiovascular



3. Malusog na nutrisyon

- Iwasan ang alak: ang paginom ng mahigit tatlong beses araw-araw o 15 beses kada linggo ay napatunayan na nakamamatay
- Limitahan ang paggamit ng asin at mga pagkaing maraming asin tulad ng tuyo
- Iwasan ang mga tsitsirya, softdrinks at mga inuming maraming asukal.
- Iwasan kumain sa mga kainan ng "fastfoods" at mga prito.
- Damihan ang pagkain ng prutas at gulay
- Kumain nang isda at manok, limitahan ang pagkain ng karne ng baboy.
- Uminom nang maraming tubig (6 - 8 na baso bawat araw)

ALAGAAN ANG PUSO



"Mahalaga ang pagaalaga ng puso, dahil ang mga sintomas ng sakit sa puso ay hindi nakikita sa umpisa"

"Mahalaga ang magpa check up sa doktor paminsan-minsan, lalo na sa mga may edad ng mas mataas ng 45 anyos"

Phileos 2017

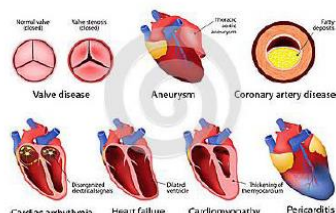


Ano ang SAKIT SA PUSO AT SAKIT SA MGA UGAT?

Bakit mahalaga ito?

- May ibat-ibang tipo ng sakit sa puso at mga ugat, ngunit ang pinakamahalaga ay ang atake sa puso at ang stroke.
- Ang sakit sa puso at sa mga ugat ang unang dahilan ng kamatayan sa Pilipinas.
- Bawat taon, 170000 na Pilipino ang namamatay dahil sa sakit sa puso.

Types of heart disease



"Mas marami pang namamatay sa sakit sa puso kaysa sa mga namamatay dahil sa mga bagyo at lindol"

Ano ba ang mga sanhi nang sakit sa puso?

"Ang mga dahilan sa pagpaliya ng puso ay marami, ngunit karamihan ng mga sanhi nito ay pwedeng maiwasan"



- Paninigarilyo
- Paginom ng maraming alak
- Labis na katabaan
- Hindi pag-eheersisyo
- Mataas na presyon ng dugo ("High Blood")
- Diabetes
- Mataas na kolesterol sa dugo
- Nerbyos o "stress"

Ano ang magagawa natin para maiwasan ang sakit sa puso?

1. Iwasan ang paninigarilyo

Hindi lang sakit sa puso ang maiiwasan, pati na rin ang mga sakit sa baga, sa atay at sa bato. Mahalaga din ito para sa kapamilya, dahil ang paghinga ng usok ng sigarilyo ay masama.



2. Mag-eheersisyo

Ang inirerekomenda ay mababang aktibidad (paglakad, paglangoy) ng 30 minutos, 5 araw kada linggo at 30 minutes na mataas na aktibidad (basketball, jogging), 3 araw kada linggo.

DIABETES MELLITUS

Diabetes is a serious life-long health condition that occurs when the amount of glucose in the blood is too high because the body can't use it properly.

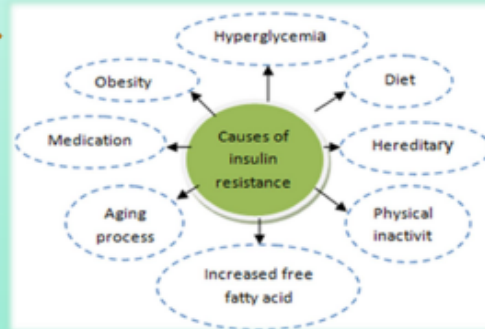
Insulin is a hormone made by the pancreas that allows your body to use sugar (glucose) from carbohydrates in the food that you eat for energy or to store glucose for future use. It is often described as a "key," which unlocks the cell to allow sugar to enter the cell and be used for energy.

TYPE 1 DIABETES

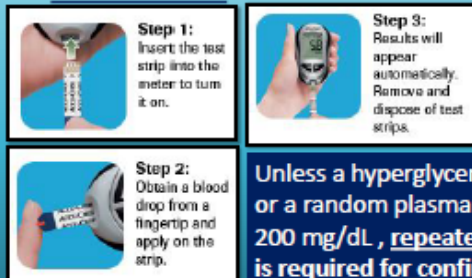
Insulin cannot be made because the beta cells in their pancreas are damaged or destroyed. It is genetically determined and **cannot be prevented**. 10% DM

TYPE 2 DIABETES

Due to a progressive loss of insulin secretion on the background of insulin resistance. It's **acquired** and **CAN be prevented**. 90% DM



GLUCOMETER



Unless a hyperglycemic crisis or a random plasma glucose 200 mg/dL, **repeated testing is required for confirmation**.

Table 1. Criteria for the Diagnosis of Prediabetes and Diabetes

Variable	Prediabetes	Diabetes
Hemoglobin A _{1c} level, %	5.7-6.4	≥6.5
Fasting plasma glucose level mmol/L mg/dL	5.6-6.9 100-125	7.0 ≥126
Oral glucose tolerance test results* mmol/L mg/dL	7.8-11.0 140-199	11.1+ ≥200
Random plasma glucose level mmol/L mg/dL	-	11.1 ≥200

PREVENTION

Lose weight



BP <140/80



Exercise



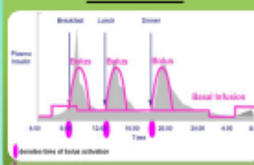
Eat healthy



TREATMENT

TYPE 1 DIABETES

INSULIN



TYPE 2 DIABETES

- Life-style changes
- Oral Antidiabetics:
 - METFORMIN**
 - Glicazide** ⚠️
 - Glibenclamide**
- Insulin

Anexo 3: Póster de Diabetes Mellitus