

Parasitismo intestinal en niñas y niños mayores de 5 años de Ciudad Bolívar

Intestinal parasitism in children over 5 years from Bolívar city

MsC. Osvaldo Batista Rojas y MsC. Zadys Álvarez Hernández

Policlínico Docente Comunitario Meneses, Yaguajay, Sancti Spíritus, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 320 pacientes mayores de 5 años de edad, cuyos exámenes de heces fecales dieron positivos, atendidos en el Centro de Diagnóstico Integral "Cuyuní" de la parroquia La Sabanita en Ciudad Bolívar (Estado Bolívar de Venezuela), desde julio del 2011 hasta marzo del 2012, a fin de caracterizarles según algunas variables de interés: tipos de parásitos, particularidades del abastecimiento y tratamiento del agua de consumo, lugar de deposición, hábitos higiénico-sanitarios y síntomas más frecuentes. Del total de la serie, 58,4 % presentaba poliparasitismo, 73,7 % se abastecía de agua mediante pipas o tanques y 45,3 % no trataba el agua de consumo, mientras que 66,3 % lo hacía por el método de filtración; asimismo, predominaron la defecación en letrinas (53,1 %), el hábito de andar descalzos (24,7 %), el dolor abdominal entre los síntomas referidos (39,4 %) y la *Entamoeba histolytica* como parásito más hallado (35,3 %).

Palabras clave: parasitosis intestinal, niño, pruebas de heces fecales, poliparasitismo, hábitos higiénico-sanitarios, *Entamoeba histolytica*, Venezuela.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study was carried out in 320 patients over 5 years of age whose stool tests were positive, treated in "Cuyuni" Comprehensive Diagnosis Center from La Sabanita parish in Bolívar city (Bolívar State of Venezuela), from July 2011 to March 2012, in order to characterize them according to some variables of interest: types of parasites, particularities of supply and treatment of drinking water, stools place, health habits and most frequent symptoms. Of the total of the series, 58.4% had polyparasitism, 73.7% were supplied with water by means of tankers or water tanks and 45.3% did not treat drinking water, while 66.3% did so by the filtration method; also, passage of stools in latrines (53.1%), the habit of walking barefoot (24.7%), abdominal pain between the symptoms reported (39.4%) and *Entamoeba histolytica* as the most found parasite (35.3%) prevailed.

Palabras clave: intestinal parasitosis, child, stool tests, polyparasitism, health habits, *Entamoeba histolytica*, Venezuela.

INTRODUCCIÓN

Entre las enfermedades que comúnmente afectan a las comunidades indígenas se encuentran las enteroparasitosis; de hecho, las poblaciones aborígenes del Estado Zulia, en Venezuela, padecen diferentes procesos infecciosos y parasitarios, que repercuten desfavorablemente sobre el estado de salud y en los cuales influyen diversos factores de orden biológico, cultural, económico, geográfico, social y político, que suelen agravar progresivamente sus consecuencias.

Al respecto, estas comunidades son el resultado de la colonización de América y se encuentran entre los grupos más vulnerables del mundo, porque presentan una alta consanguinidad, originada por todos los tipos de uniones de sus habitantes, quienes, por otra parte, no tienen ingreso monetario alguno o este es muy bajo, viven en condiciones precarias y carecen de acceso adecuado al empleo, la educación, el agua potable y los servicios de atención de salud; en general, su nutrición es deficiente y causa muchas de sus enfermedades carenciales.¹

El Estado Bolívar es uno de los mayores de Venezuela y se encuentra localizado al sur del río Orinoco, con un área de 238 000 kilómetros cuadrados y una población de 98 258 personas. Es un estado casi despoblado en comparación con su extensión territorial, pero posee varias comunidades indígenas, áreas rurales extensas y asentamientos originados en las invasiones, por lo que las parasitosis intestinales representan un problema de salud pública importante y frecuente.

De igual forma, en un estudio realizado en Brasil para determinar la morbilidad por parasitismo, se encontró que 80,7 % de los habitantes estaban infectados, con mayor frecuencia de los protozoarios (57,4 %), predominantemente el *Blastocystis hominis* (43,3 %), mientras que los helmintos parasitaron a 50 %; igualmente, el municipio con mayor número de afectados fue el de Santa Catarina, con 16,5 %.² Sin embargo, en el Estado Bolívar se desconocen muchos aspectos epidemiológicos de estas infecciones.

A pesar de las profundas trasformaciones socioeconómicas y culturales logradas en Venezuela, y las estrategias elaboradas para solucionar esta dificultad, que incluye la Misión Barrio Adentro en el Sistema de Salud, la cual logra una gran cobertura que llega hasta los lugares más inhóspitos de este país para brindar atención médica gratuita a los venezolanos, con una amplia visión promotora de hábitos higiénicos adecuados y el objetivo de elevar la calidad de vida de la población; aún persisten condiciones ecológicas que mantienen una prevalencia elevada de parasitismo intestinal, lo cual repercute considerablemente en el proceso salud-enfermedad del hombre.^{3,4}

El Centro de Diagnóstico Integral (CDI) "Cuyuní" perteneciente a la parroquia La Sabanita, Municipio Heres, es el centro de salud que brinda más cobertura de atención médica gratuita a esta localidad, donde el parasitismo intestinal fue una de las causas más frecuentes de consulta durante el período de desempeño profesional de los autores. En estos momentos los médicos cubanos son protagonistas junto con el pueblo venezolano de las transformaciones que están ocurriendo en la esfera de la salud, enfocadas a mejorar la calidad de vida de la población y sustentadas en una amplia visión promotora de hábitos saludables, en aras de construir una Venezuela con atención sanitaria de calidad y al alcance de todos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 320 pacientes mayores de 5 años de edad con parasitismo intestinal, en el Centro de Diagnóstico Integral "Cuyuni" de la parroquia La Sabanita en Ciudad Bolívar (Estado Bolívar) de la República Bolivariana de Venezuela, desde julio del 2011 hasta marzo del 2012, a fin de caracterizarles según algunas variables de interés: tipos de parásitos, particularidades del abastecimiento y tratamiento del agua de consumo, lugar de deposición, hábitos higiénico-sanitarios y síntomas más frecuentes.

Como criterios de inclusión se consideraron la edad (mayores de 5 años) y los exámenes de heces fecales que dieran positivos, realizados mediante las técnicas tradicionales (directa y concentrada) de estos laboratorios.

El desarrollo de la investigación incluyó modelos de investigación cuantitativos y cualitativos, considerando un sistema de métodos integrado por procedimientos teóricos, empíricos y estadísticos. La utilización de las técnicas empíricas previstas, unido al análisis documental, el procesamiento estadístico y la triangulación de la información, posibilitaron el cumplimiento de los objetivos del trabajo. Por otro lado, los datos obtenidos fueron evaluados estadísticamente, de forma computarizada, para lo cual se empleó el porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra el predominio de más de un parásito en 58,4 % del total (poliparasitismo), con más frecuencia de la *Entamoeba histolytica* (113 infectados, para 35,3 %), seguida del *Blastocystis hominis*, con 93 pacientes (29,1 %), y el *Necator americanus* que solo se encontró en 8 integrantes, para 2,5 %.

Tabla 1. Parásitos hallados con más frecuencia

Enfermedades parasitarias	Pacientes No.	Pacientes %
<i>Giardia lamblia</i>	86	26,9
<i>Entamoeba histolytica</i>	113	35,3
<i>Blastocystis hominis</i>	93	29,1
<i>Necator americanus</i>	8	2,5
<i>Trichuris trichiura</i>	12	3,7
<i>Enterobius vermicularis</i>	44	13,7
<i>Ascaris lumbricoides</i>	26	8,1
Más de un parásito	187	58,4
n= 320		

De 107 pacientes que refirieron tratar el agua en el hogar, se indagó la forma en que lo hacían y se obtuvo que la mayoría la filtraban (71 afectados, para 66,3 %). El resto de los integrantes de la serie trataban el agua con cloro (22, para 20,6 %) o la hervían (14, para 13,1 %).

Respecto al lugar de deposición, 170 integrantes de la serie (53,1 %) usaban letrinas sanitarias, en tanto, 112 defecaban en baños sanitarios, para 35,0 %, y una menor cuantía lo hacía al aire libre (38, para 11,9 %).

Hubo un predominio de hábitos higiénico-ambientales inadecuados (tabla 2), de los cuales sobresalió la descalcez, con 24,7 %; sin embargo, el menor porcentaje correspondió a los que mantenían los dedos dentro de la boca (7,8 %). Entre los que practicaban correctos hábitos higiénico-ambientales, predominó el lavado de las frutas y los vegetales antes de consumirlos (16,2 %), seguido del lavado de las manos después de defecar, con 14,4 %.

Tabla 2. Hábitos higiénico-sanitarios en los pacientes parasitados

Hábitos	Pacientes No.	Pacientes %
Mantener dedos dentro de la boca	25	7,8
Andar descalzos	79	24,7
Comerse las uñas	52	16,2
Lavarse las manos antes de comer	36	11,2
Lavar frutas y vegetales antes de consumirlas	52	16,2
Lavarse las manos después de defecar	46	14,4
<i>n</i> = 320		

Muchos pacientes presentaban varios síntomas (tabla 3), pero se observó una primacía del dolor en el abdomen, con 39,4 % de la totalidad, seguido del prurito anal (35,3 %); mientras que el síntoma menos referido fue la anemia, la cual estuvo presente en 3,3 % de los afectados.

Tabla 3. Síntomas manifestados por los pacientes

Síntomas	Pacientes No.	Pacientes %
Diarrea	104	32,5
Anemia	12	3,7
Dolor abdominal	126	39,4
Afecciones de la piel	21	6,6
Perdida de peso	19	5,9
Picazón anal	113	35,3
Ninguno de los anteriores	61	19,1
<i>n</i> =320		

DISCUSIÓN

En Venezuela se han realizado diferentes investigaciones sobre el tema y generalmente se coincide en que los escolares son los más afectados; por ejemplo, Rivero Rodríguez *et al*¹ estudiaron a 108 pobladores mayores de 5 años de edad con infecciones parasitarias, en el municipio de Maracaibo (Estado Zulia), de los cuales, 43 % tenían las edades de 5 a 10 años. Asimismo, en una exploración llevada a cabo en Ciudad Bolívar, el parasitismo predominó en niños de 7 a 12 años y adolescentes de 13 a 19 años.⁴

De 300 pacientes estudiados en Córdoba (España), 218 estaban infectados por diferentes tipos de parásitos y de ellos, 50,6 % eran estudiantes, 30,3 %, amas de casa y un menor porcentaje (9,29), profesionales.⁵

Por otra parte, la calidad higiénica del agua de consumo es un elemento determinante en la transmisión de enfermedades parasitarias. En la actualidad se requiere que el agua para beber sea tratada, debido a la gran cantidad de factores que atentan contra la calidad del preciado líquido. De igual forma, la industria de agua embotellada crece considerablemente día a día, dado en la demanda existente; sin embargo, no siempre ofrece la seguridad pertinente, porque no cumple las regulaciones establecidas. Al respecto, en Cuba se evaluó bacteriológicamente el agua embotellada y se determinó que por lo menos una de cada 5 muestras analizadas, no poseía las propiedades adecuadas para ello, debido a la contaminación por bacterias y protozoarios.^{5,6}

Con referencia a lo anterior, algunos autores⁶ demostraron en su estudio la relación que hay entre las deficiencias en el tratamiento del agua o la falta de este y el parasitismo intestinal, pues 71 % de la población expresó que ingerían el agua apropiada y 52 %, que no la trataban en absoluto, a pesar de creer, en ciertos casos, que la procedencia no era convincente. En general, 28 % de las familias obtenían el líquido de fuentes muy poco confiables, además de que era trasladado en tanques cisternas hasta sus hogares.

Los resultados de la casuística concordaron con lo expuesto en la bibliografía médica respecto a la correlación de la infección por parasitismo con el consumo de agua sin hervir. En una investigación desarrollada en Chile por Triviño *et al*,⁷ de 41 % que refirió tratar el agua de consumo, un elevado número lo hacía por filtración a través de destiladores artesanales, mientras que la minoría la hervía; este último dato fue indagado más profundamente y se apreció que solo unos pocos realizaban correctamente dicho procedimiento, pues dejaban hervir el agua por 5 minutos a partir del comienzo de la ebullición.

Según estudios efectuados en Uganda y Estados Unidos, durante los años 2005 y 2006, respectivamente, las personas que padecían parasitismo intestinal y trataban el agua de consumo, mayormente lo hacían a través de filtros convencionales; a estos le seguían aquellos que la cloraban y, por último, con una escasa representación, los que la hervían.^{8,9}

En discrepancia con lo obtenido en esta serie, un trabajo efectuado en una población de Uganda, a la cual se le realizaron exámenes coproparasitológicos, reveló que 89,5 % de los pacientes infectados practicaba el fecalismo al aire libre, pues el lugar carecía de un sistema de disposición de excretas; el resto utilizaba letrinas o servicios sanitarios, con fosas sépticas que habían sido construidas sin un control técnico adecuado.⁹

Saathoff *et al*¹⁰ investigaron un grupo de niños parasitados de Sudáfrica, durante el 2004, y detectaron que del reducido conjunto de familias que trataba el agua de beber, ninguna de ellas la hervía sino la filtraban fundamentalmente. Por su parte, el informe dado a conocer por el Ministerio de Salud Pública cubano¹¹ en el 2005, se corresponde con los resultados expuestos en este estudio.

A modo de conclusión, se evidenció que las parasitosis intestinales constituyen un problema sanitario en preescolares y escolares, y además se observó, como hallazgo importante, el poliparasitismo, con predominio de la *Entamoeba histolytica*. En los hogares de los integrantes de la serie, se recibía el agua a través de pipas o tanques y, aunque algunas familias la filtraban, la mayoría no la trataba antes de consumirla; asimismo, preponderaron el uso de letrinas o excusados, la descalcez como hábito higiénico y el dolor abdominal entre los síntomas manifestados por los niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rivero de Rodríguez Z, Chango Gómez Y, Iriarte Nava H. Enteroparasitosis en alumnos de la escuela básica "Dr. Jesús María Portillo", Municipio Maracaibo, edo. Zulia, Venezuela. Kasmera. 1997; 25(2): 121-44.
2. Darela Blazius R, Emerick S, Somariva Prophiro J, Roosevelt Torres Romao P, Santos da Silva O. Ocorrencias de protozoários e helmintos em amostras de fezes de caes errantes da Cidade de Itapema, Santa Catarina. Rev Soc Brasil Med Trop. 2005; 38(1): 73-4.
3. Fontanarrosa MF, Vezzani D, Basabe J, Eiras DF. An epidemiological study of gastrointestinal parasites of dogs from Southern Greater Buenos Aires (Argentina): age, gender, breed, mixed infections, and seasonal and spatial patterns. Vet Parasitol. 2006; 136(3-4): 283-95.
4. Giraldo MI, García NL, Castaño JC. Prevalencia de helmintos intestinales en caninos del departamento del Quindío. Biomédica. 2005; 25(3): 346-52.
5. Martínez Moreno FJ, Hernández S, López Cobos E, Becerra C, Acosta I, Martínez Moreno A. Estimation of canine intestinal parasites in Córdoba (Spain) and their risk to public health. Vet Parasitol. 2007; 143(1): 7-13.
6. Menéndez Z, Reid JW, Fimia R. New records of species of the genus *Mesocyclops* (Copepoda, Cyclopoida) from Cuba. Crustaceana. 2007; 80(9): 1025-31.
7. Triviño X, Valenzuela P, Torres M, Aglony M, Córdova M. Enteroparasitosis en lactantes de un centro universitario privado de salud de Santiago de Chile. Rev Chil Pediatr. 2000; 71(5): 398-404.
8. Bethony J, Brooker S, Albonico M, Geiger SM, Loukas A, Diemert D, et al. Soil-transmitted helminth infections: ascariasis, trichuriasis, and hookworm. Lancet. 2006; 367(9521): 1521-32.
9. Kabatereine NB, Tukahebwa EM, Kazibwe F, Twa-Twa JM, Barenzi JF, Zaramba S, et al. Soil-transmitted helminthiasis in Uganda: epidemiology and cost of control. Trop Med Int Health. 2005; 10(11): 1187-9.
10. Saathoff E, Olsen A, Kvalsvig JD, Appleton CC. Patterns of geohelminth infection, impact of albendazole treatment and re-infection after treatment in schoolchildren from rural KwaZulu-Natal/South-Africa. BMC Infect Dis. 2004; 4(27): 1-11.
11. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Informe departamento de zoonosis. La Habana: MINSA; 2005.

Recibido: 9 de febrero de 2013.

Aprobado: 16 de febrero de 2013.

Osvaldo Batista Rojas. Policlínico Docente Comunitario Meneses, Yaguajay, Sancti Spíritus. Correo electrónico: osvaldo.ssp@infomed.sld.cu