

FRECUENCIA DE PARASITOSIS INTESTINAL EN MUESTRAS DE LA POBLACION INFANTIL DE QUITO

Dra. MAGDALENA RHEA y Dr. JOSE CASTRO, Quito.

El parasitismo infantil tiene una amplia distribución en todo el mundo, con especialidad en países de zonas tropicales, subtropicales; y con menos frecuencia, en zonas templadas o frías.

El parásito que es un ser vivo, animal o vegetal, pasa una parte o la totalidad de su existencia en la superficie o interior de otro ser vivo, biológicamente más desarrollado que él y a expensas del cual se nutre constituyendo una amenaza constante para la salud del huésped y dando origen a las enfermedades parasitarias.

El parasitismo se encuentra muy generalizado en nuestro medio y varios factores se reconocen como determinantes de este hecho. La finalidad del presente trabajo fue la de realizar un estudio comparativo de la incidencia de parasitosis intestinal en dos grupos de niños, uno perteneciente a la clase media y otro, a la clase popular.

MATERIALES Y METODO

El grupo representativo de la clase media estuvo constituido por 250 niños asistentes al Jardín de Infantes "Mer-

cedes Noboa"; en tanto que el segundo grupo estuvo formado por 256 niños provenientes de hogares de escasos recursos económicos y asistentes a la Casa Maternal "Carolina Terán", adscrita a la Dirección General de Hogares de Protección Social.

De cada uno de estos niños fue tomada una muestra de heces, en la cual se realizó el examen coproparasitario respectivo.

RESULTADOS

Hemos encontrado una frecuencia elevada de niños parasitados, con uno, dos, tres o más parásitos. La mayor parte de estos niños presentan un estado de desnutrición apreciable, contrastando con un escaso porcentaje de niños no parasitados que claramente demuestran su buen estado físico e intelectual. Los resultados obtenidos se resumen en las Tablas I y II.

El mayor grado de infestación parasitaria hemos encontrado en la Casa Maternal Carolina Terán; indudablemente allí concurren niños de recursos

Tabla I

INCIDENCIA DE PARASITOSIS INTESTINAL EN NIÑOS DE LOS JARDINES "MERCEDES NOBOA" y "CAROLINA TERAN" DE QUITO, 1963.

	Niños de clase media		Niños de clase popular	
	Nº	%	Nº	%
Negativos ...	77	30.8	48	18.75
Positivos				
Mono-parasitados ..	78	31.0	76	29.65
Poli-parasitados ..	95	38.2	132	51.6
Total	250	100.0	256	100.0

socio-económicos deficientes y muy malos.

La infestación de *A. histolítica* en el Carolina Terán, corresponde a un 50% y en el Mercedes Noboa a un 34,4%.

De igual manera la infestación con otros parásitos, si bien no es elevada, pero sí de consideración.

Se deduce que los parásitos más frecuentes son la Ameba histolítica, la Giardia lamblia, el Ascaris y los Tricocéfalos. Desde luego hay que anotar que en algunos niños que el examen coprológico indicó presencia de ameba, no tenían antecedentes de colitis sanguinolenta. Así mismo, los tricocéfalos, salvo una muy fuerte parasitación, no ocasionan trastornos intestinales.

Tabla II

PARASITOS IDENTIFICADOS EN LOS EXAMENES COPROPARASITARIOS PERTENECIENTES A NIÑOS DE LOS JARDINES "MERCEDES NOBOA" y "CAROLINA TERAN", De Quito-1963

Parásitos	Merced. Noboa		Carol. Terán	
	Nº casos	%	Nº casos	%
<i>E. histolítica</i>	87	34.4	123	50.0
<i>Giardia lamblia</i>	58	23.2	66	25.8
<i>H. ascaris</i>				
<i>lumbricoides</i>	25	10.0	48	17.9
<i>H. tricocéfalos</i>	17	6.8	25	9.79
<i>Tricomonas</i>	28	11.2	16	6.2
<i>H. Himenolepis nana</i>	5	2.0	20	7.7
<i>Blastocystis hominis</i>	23	9.2	14	5.5
<i>A. coli</i>	24	9.6	11	4.3
Micelios de hongos	6	2.4	18	7.0
<i>Endolimax nana</i>	6	2.4	7	2.7
<i>Cercomonas</i>	1	0.4		
<i>Tenias (solium y saginata)</i>	3	1.2		
<i>Chilomastix mesnili</i>	5	2.0	5	1.9

DISCUSION

Factores determinantes de la elevada incidencia de parasitosis intestinal en nuestro medio.

Según estadísticas y datos tomados de estudios realizados en nuestro país, un buen por ciento de la mortalidad infantil se debe a enfermedades infecciosas y otras son secundarias a desnutrición y parasitismo. Nuestro país tiene un índice de mortalidad infantil muy elevado, índice que nos da la me-

dida de las condiciones sanitarias y socio-económicas de nuestra región. Naturalmente, estas condiciones son siempre mejores en las áreas urbanas en relación con las zonas rurales, pues en estas últimas hay un bajo nivel de educación sanitaria y cultural.

En la ciudad de Quito, podemos analizar las condiciones sanitarias teniendo en cuenta tres sectores: sur, central o comercial y norte o residencial. La distribución demográfica en estos tres sectores es marcadamente desigual con respecto al perímetro o zona que ocupan. Así, el sector sur, densamente poblado por miles de familias de recursos económicos reducidos, ocupa una área urbana relativamente pequeña. Los problemas más comunes en esta área son: estrechez de la vivienda, falta de servicios higiénicos, falta de canalizaciones y falta de agua potable, pues hay escasez de la misma en los sectores superpoblados.

El sector central está ocupado principalmente por el comercio de la ciudad; el problema higiénico en este sector radica en la presencia de los vendedores ambulantes. En estos últimos años se observa un considerable aumento de personas que se dedican al comercio de alimentos en sitios públicos y calles de la ciudad, contrariando las disposiciones del Código Sanitario de expendio de alimentos.

En Quito existen aproximadamente tres mil personas que realizan este comercio: son gentes de escasa cultura, que constituyen un verdadero peligro para la salud pública, afectando aún el ornato y dignidad de la ciudad.

El sector norte o residencial es el

más amplio; el problema de la vivienda no está solucionado completamente, pero no presenta las condiciones deficientes del sector sur, la mayor parte de las familias viven en casas o apartamentos con buena iluminación, ventilación y condiciones higiénicas y sanitarias buenas.

Un aspecto fundamental en cuanto se refiere a la condición sanitaria de la ciudad, es la recolección de basura. En nuestro medio, el origen y por ciento de basuras recolectadas son las siguientes: transeuntes 10%, vendedores ambulantes 20% y las que arrojan en vías públicas y que no fueron entregadas a los carros recolectores, 70%.

La cantidad diaria de las basuras peligrosas que se recogen en las calles asciende a 600 quintales, cantidad sumamente elevada en comparación con las que producen otras ciudades. En ciudades alemanas el promedio anual por persona es de 1/2 kilo y en Quito es de 25 kilos, o sea 50 veces más.

RESUMEN

Se realizó un estudio comparativo de la incidencia de parasitosis intestinal en dos grupos de niños, de diferente condición económica: uno de la clase media y otro de la clase popular.

En los niños de la clase media se encontró 30,8% de casos negativos y 69,2% de positivos; frente a 18,75% de resultados negativos y 81,25% de positivos en los niños de la clase popular.

Los parásitos más frecuentes, en orden de importancia, fueron los siguientes: *A. histolítica*, *Giardia lamblia*, *As-*

caris lumbricoides, Tricocéfalos y Tricomonas.

La mayor incidencia de parasitosis en los niños de la clase popular se debe probablemente a las deficientes condiciones de salubridad en que ellos se desenvuelven. El poliparasitismo, a su vez, influye nocivamente no sólo sobre el desarrollo físico, sino también sobre la capacidad intelectual de estos niños.

SUMMARY

A survey on the presente frequency of parasitosis among children living in Quito was done.

In midle class children it was found a 69.2% of parasitism whereas in low class children it rose to 81.2%.

The most frequent parasites were: **E. histolytica**, **Giardia lamblia**, **A. Lumbricoides** y **T. trichiura**.

EXPLOSIONES EN LA SALA DE OPERACIONES

Es poco frecuente el que en las revistas médicas se publiquen informes sobre explosiones ocurridas en las mesas de operaciones. Como consecuencia, hay muy pocos datos disponibles sobre las probables causas, lo que a su vez impide el mejorar las actuales regulaciones y sugerir cómo deben corregirse errores o deficiencias existentes en la actualidad. La investigación efectuada por el autor, sobre uno de estos accidentes, demostró que la explosión se inició con la combustión de la mezcla de éter, óxido nítrico y oxígeno que escapaban del vaporizador, por una chispa producida electrostáticamente.

El estudio minucioso que efectuó, el autor, después de la explosión, demostró que no se habían cumplido una serie de disposiciones del Código Norteamericano de Anestesia (1965). Se encontró por ejemplo que la sala quirúrgica no tenía la apropiada humidificación, las gasas no se guardaban en forma conveniente, no se habían utilizado los apropiados alambres para conducción eléctrica ni enchufes y tomacorrientes adecuados; existía una serie de aparatos eléctricos no permitidos y algunas de las superficies de los aparatos y muebles no estaban debidamente aisladas. Una banda ancha de tela adhesiva se había puesto a través de la tapa del recipiente de anestésico, para prevenir su salida. Dicha banda aislaba 50% del metal, permitía un contacto eléctrico variable con la consiguiente capacitancia en contacto con el anestésista. Antes de ponerse los zapatos conductivos el anestésista se había mojado los calcetines con agua y había limpiado las suelas de sus zapatos con papel mojado. Al hacer los análisis de los zapatos se encontró que éstos eran conductivos. Después de la explosión se encontró que los cauchos o gomas especiales colocados en las suelas y tacos de sus zapatos habían perdido su conductividad y la rutina de humedecer los calcetines y suelas sólo momentáneamente restablecía la conductividad a través de una capa fina de humedad alrededor de dichas gomas. Una reconstrucción simple del escape en el sistema de gas pudo efectuarse. Luego se encontró que un individuo eléctricamente aislado agregaba la carga eléctrica al sistema, por movimientos tales como frotar telas, rozar las suelas de los zapatos en el suelo, o simplemente bombear la tela de caucho del esfítmomanómetro. La carga alcanzaba hasta 6.000 v. Fue pues considerado como el hecho más probable el que el anestésista contribuyó con la carga eléctrica que determinó finalmente la explosión.