

África en Colombia.

Una historia paralela de cuatro parasitismos

Hugo Armando Sotomayor Tribín*

Resumen

Se presenta una comparación histórica médica de los parasitismos por el *Dracunculus medinensis*, la *Wuchereria bancrofti*, la *Onchocerca volvulus* y el *Plasmodium falciparum*, en Colombia, haciendo énfasis en la época inicial de la llegada de los negros, la minería a lo largo de los siglos XVI, XVII, y XVIII y la ubicación geográfica que tienen los negros en el país.

Introducción

En la América precolombina, en la Colombia tropical de tiempos prehispánicos no se conocieron muchas enfermedades virales, rickettsiales, bacterianas y parasitarias que conocían de tiempo atrás los europeos y africanos que llegaron al Nuevo Mundo (1).

Llegaron a las islas del Caribe y a la Tierra Firme americana, tan tempranamente como a principios del siglo XVI, hombres traídos a la fuerza, amarrados, encadenados y secuestrados de sus patrias originales del África occidental, los negros.

Con el tráfico, con el comercio de los hombres de piel de ébano pasaron al continente americano las enfermedades endémicas parasitarias que azotan desde hace miles de años algunas regiones del África.

Fueron los negros y no los blancos, los africanos occidentales subsaharianos y no los europeos del mediterráneo los principales, aunque no los únicos, portadores de los parásitos *Dracunculus medinensis*, *Wuchereria bancrofti*, *Onchocerca volvulus* y *Plasmodium falciparum*.

Es con este marco de referencia que trataré de establecer un paralelismo entre los cuatro parasitismos, en la historia de Colombia apoyándome

para ello en las evidencias históricas, las informaciones epidemiológicas modernas y los estudios genéticos.

Material, Discusión

Si bien en la literatura médica colombiana no existe ninguna descripción ni casuística moderna de la dracontiasis o dracunculosis, este parasitismo sí fue descrito en tiempos coloniales como recientemente el autor tuvo oportunidad de informar en publicación científica al analizar un texto del libro "El Orinoco ilustrado" del padre José Gumilla (2).

Gumilla dejó un bello relato sobre el gusano *Dracunculus medinensis*: "Lo cierto es que en Cartagena de Indias, y en semejantes temperamentos, sumamente cálidos y húmedos, aunque no con frecuencia, se padecía la *culebrilla* la cual se da a sentir y a conocer por la inflamación que ocupa la planta del pie y por la calentura que de ella se exita... La culebrilla... de cosa de tercia de largo, del grueso de un bordón ordinario de arpa, casi nervosa, y de poca carnosidad".

Esta "culebrilla" también fue observada por los médicos que examinaban a los negros recién desembarcados en Cartagena, en busca de defectos físicos o enfermedades que pudiesen alterar el precio comercial de esos pobres hombres, mujeres y niños como consta en la estimación que hizo el médico Juan José de León en 1715 de la primera cargazón de esclavos de la Compañía Inglesa de Negros. Ese médico encontró que de 27 hombres 8 tenían defectos en los ojos, generalmente nubes, 8 carecían de algunos dedos, 3 tenían flema salada, 2 estaban extremadamente flacos, 1 acusaba quebradura de ombligo y otro tenía mal de Loanda; en las mujeres encontró a 1 con manchas, a 2 con quebraduras en el vientre y en el pecho, a 2 con empeines, a 2 con la madre afuera, a 3 extremadamente flacas, a 1 con carencia de algunos dedos y a 1 con "culebrilla"; en 9 niños o muleques 3 carecían de algunos dedos, 2 tenían quebraduras del ombligo, 1 tenía manchas, 1 llagas, 1 defectos en

* Miembro Sociedad Colombiana de Historia de la Medicina.
Miembro correspondiente
Academia Nacional de Medicina.

los ojos y uno con llagas en el brazo; en 4 niñas o mulecas, 1 tenía empeine, 1 flema salada, 1 rotura del ombligo y 1 "culebrilla" (3).

Esta "culebrilla" dracontiasis o dracunculosis, que aparece en las piernas principalmente, y que se adquiere después de ingerir crustáceos infestados de aguas dulces, 7 o 9 meses antes de la sintomatología, parece que no se arraigó en la costa norte ni se dispersó al interior de Colombia como sí lo hizo en varias islas del Caribe que presentaron casos hasta el presente siglo (4).

¿Hubo además de los casos importados directamente del África, casos autóctonos inducidos, de este parasitismo en el territorio de la Nueva Granada? Es posible, pero el autor de estas notas no tiene más información histórica disponible que la anotada.

Si la dracontiasis no está descrita como un problema médico en la Colombia del siglo XX, las filariasis por *Wuchereria bancrofti* y *Onchocerca volvulus* sí lo están aunque ellas no lograron ser un problema de las dimensiones que tuvo y tiene en el África.

Los casos de *Wuchereria bancrofti* que llegan al extremo clínico de la elefantiasis de las extremidades inferiores y del escroto fueron conocidos en Cartagena hasta los años 40 del presente siglo; la "potra", los "potrosos" fueron los nombres que recibieron el gran crecimiento del escroto y los pacientes que lo padecieron.

La variedad clínica que ocasiona orinas quillosas y hematurias fue descrita por los doctores Nicolás Osorio y F. Manjarrez en pacientes cartageneros en los años de 1879 a 1882 en la Revista Médica de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá.

Como por la experiencia médica en el África hoy se sabe que a la etapa final o elefantiásica llegan pocos casos y que esta parasitosis es de una evolución clínica muy lenta y su diagnóstico clínico en la fase aguda o aún de adenopatías es difícil si no se sospecha, es de esperar que por las condiciones de portadores de esta parasitosis que tuvieron los esclavos al llegar de lugares de alta endemicidad y por las condiciones de hacinamiento en que vivían en los sitios de mercado negro en Cartagena, su poquísima ropa y la abundancia de mosquitos *Culex*—principal vector—, *Anopheles* y *Aedes* alrededor de esos lugares, esa filariasis debió ser un problema de alguna consideración en los tiempos coloniales y de trata de negros en esa ciudad.

En América la *Wuchereria bancrofti* hoy existe en algunas islas del Caribe y en la región del noreste brasileiro (5).

Tiene esa filariasis un período de incubación de 1 a 18 meses.

La otra filariasis llegada con los otros africanos, la Oncocercosis por *Onchocerca volvulus*, tiene en América la peculiaridad clínica de que sus lesiones predominan en la cabeza y el tronco y no, como en África, en las extremidades y la región pélvica.

En América existen focos de esta filariasis en México, Venezuela, Brasil, Ecuador y en Guatemala—lugar este donde el médico Robles a principios del siglo describió las alteraciones visuales que este parásito ocasiona al invadir la órbita ocular y el ojo—.

El foco descubierto en 1965 en Colombia, en una población negra en la zona del Micay, región Pacífica del departamento del Cauca, señala por su existencia que los casos importados del África en tiempos de la trata de esclavos lograron perpetuarse allí seguramente por contar con las condiciones tipo de vivienda, actividad producida de los afectados, escasa ropa, jejenes—*Similiun exiguum*, *S. Metallicum*, *S. ochraceum*— que mantuvieron un ciclo de infecciones entre los pobladores a lo largo de tantos años.

La oncocercosis para que produzca los oncocercomas o tumores benignos requiere de múltiples picaduras de los insectos vectores y de aproximadamente un año de evolución de la filaria en el cuerpo del infectado.

Filariasis por *W. bancrofti* y *O. volvulus*, conocida la una en la caribeña Cartagena y la otra en la zona del Pacífico, conforman con la dracontiasis documentada en la Cartagena colonial, una trilogía parasitaria que quedó confinada a las costas, donde la población negra aún tiene allí sus mayorías, y no logró diseminarse al resto del país.

Con los negros llegó también a América, a Colombia, el paludismo por los *Plasmodium falciparum* y *malariae*, mientras con los europeos lo hizo el *P. vivax* (6).

Si bien la presencia del negro, del esclavo africano en las costas colombianas se remonta a las incursiones de Balboa a la primera década del siglo XVI

en la región de Urabá y se sabe que los hubo en la fundación de Santa María la Antigua del Darién en 1510, el flujo importante de ellos hacia lo que hoy es Colombia se inició alrededor de los años 1540 cuando comenzó la explotación de las minas de oro.

La inmensa mayoría de los esclavos negros que llegaron entre 1570 y 1640, un 69%, venía exclusivamente de Angola, Guinea y Cabo Verde; de los que arribaron entre 1705 y 1738 un 26.4% venía de la Costa de Oro, un 23.9% del Golfo de Benin, un 17.2% de Angola y Mozambique, un 9.6% del Golfo de Biafra, un 3.2% de la Costa de Pimienta, un 0.6% de Senegambia, y un 18.6% de otros lugares; los que fueron traídos después de 1740, comprados en las islas del Caribe en poder de los ingleses, eran en su mayoría originarios del golfo de Biafra y la Costa de Benin (7).

Hoy se sabe que los negros del África Occidental presentan una resistencia global a la invasión de sus glóbulos rojos por el *P. vivax* por tener un 93.93% de ellos el alelo Duffy borrado o negativo, que impide que ese parásito se ancle en los eritrocitos, en contraste absoluto con los grupos caucásicos o indígenas americanos que lo tienen en menos de 0.5% (8).

Los negros del África Occidental que llegaron a Colombia si no fueron los portadores del *P. vivax* en cambio sí fueron eficaces portadores del *P. falciparum* por venir de lugares holoendémicos, hiperendémicos y tener porcentajes altos de hemoglobinopatías que dan tolerancia a las infecciones por ese parásito.

En las zonas del África Occidental azotadas por el *P. falciparum* los porcentajes del rasgo falciforme, por hemoglobina S. ascienden a más del 20% y son altos los porcentajes que existen de talasemia, hemoglobinas C y E que también confieren tolerancia y protegen contra los efectos de la infección por ese parásito (9).

Así pues, si a la resistencia adquirida por proceder de lugares hiperendémicos se suma que más de un 20% de los negros africanos que llegaron en la época del tráfico de esclavos tenían rasgo falciforme u otra hemoglobinopatía que les confería alguna resistencia contra el *P. falciparum* se entiende que los portadores "sanos", por tener bajas densidades parasitarias y pocas complicaciones clínicas severas por este parásito, debieron ser un factor de

diseminación de este paludismo desde sus lugares de trabajo como las minas, o de refugio como los palenques, gracias a que llegaron a un medio natural rico en eficientes vectores.

En Colombia prehispánica existían *Anopheles* pero no parásitos.

Si en el mundo entero de 180 especies de *Anopheles* más o menos 60 son vectores de los parásitos de la malaria, en Colombia de sus 42 especies a 12 se les ha imputado capacidad vectora; *An. darlingin*, *An. albimanus*, *An. nuñez-tovari*, *A. punctimacula*, *An. lepidotus*, *An. allophe*, *An. pseudopunctipennis*, *Amediopunctilis*, *An. albitarsis*, *An. neivai*, *An. eisen*, y *An. rangeli*. (10)

Aunque los esclavos negros fueron utilizados desde los albores del siglo XVI como elementos de guerra de los españoles contra los indígenas fue la minería de oro la que con el tiempo se convirtió en la principal ocupación dada a los negros.

En 1541 se comenzó la explotación del oro del cerro de Buriticá al norte de Antioquia y en 1546 en la primera fundación de Santa fe de Antioquia. En 1550 se registran en esta última localidad 600 negros, en Zaragoza en 1595, después de 15 años de explotación minera, hay 2000 negros; en 1572 al sur de Antioquia en las localidades auríferas de Marmato, Supía, Picara y Mapura laboraban 1.000 negros; en 1554 en la jurisdicción de Popayán se encuentran negros en la minería de oro; a finales del siglo XVI en las vetas de Almaguer, Cauca, hay registrados 2.000 negros; en 1579 en los tributarios de la parte alta del río de San Juan trabajaban 2.685 negros; en 1608 en el distrito minero de Cáceres existían 300 negros, en Zaragoza en 1617 se habla de 4.000 esclavos, en 1665 hay negros en los ríos Dagua, Anchikayá y Raposo, Valle del Cauca; en 1684 se encuentran negros en el río Telembí y en 1690 en Tamaná y Nóvita.

En 1550 se importaban por lo menos 1000 negros por año a Cartagena, la mayoría de los cuales se vendían para los centros mineros (11).

Entre 1714 y 1735 oficialmente ingresaron al país 10.745 esclavos (12), y en 1787 en las minas de placer –oro de aluvión– de Antioquia, Chocó y Popayán existían 70.000 esclavos negros (7).

Esta ocupación progresiva de las cuencas auríferas de norte a sur, de Antioquia y el Bajo Cauca al

Pacífico por parte de los negros fue lo que hizo que la región occidental de Colombia se convirtiera en la región más extensa de las regiones mineras de las colonias españolas donde el trabajo indígena fuera reemplazado en su totalidad por el de los esclavos africanos (11).

Hubo minería apoyada en los negros en Mariquita e Ibagué a partir de 1551-1580, en Simití, bajo Magdalena, en 1593, en el macizo de Santander, cerca a la actual Bucaramanga, a partir de 1552, en proximidades a San Juan de los Llanos desde 1555 y en Nueva Sevilla, en la Sierra Nevada de Santa Marta desde 1592 (11).

Por el destino laboral asignado a los negros en la Nueva Granada, diferente al que se le dio en países como Venezuela y las islas del Caribe —plantaciones de caña de azúcar y cacao—, y por ser la minería de veta y principalísimamente la de aluvión actividades atractivas muy dependientes del manejo de aguas en fosos, canalones y acequias las zonas mineras se convirtieron en focos activísimos de reproducción de los vectores y fuente de casos de malaria por *falciparum*.

Los campamentos mineros con un número cada uno de 20 a 150 negros esclavos se convirtieron en focos de dispersión del *falciparum* hacia las vecinas comunidades indígenas "encomendadas", y no encomendadas, que los surtían de alimentos.

La malaria por *falciparum* fue con seguridad causa de gran mortalidad indígena si recordamos que los aborígenes americanos no tenían inmunidad genética ni adquirida. La malaria en esas épocas coloniales tuvo un comportamiento epidémico entre los indígenas y fue un típico caso de enfermedad hecha por el hombre.

En 1970 en una investigación hecha entre 776 indígenas del Chocó y a pesar del proceso de mestizaje no se encontró entre ellos ninguna hemoglobino patía que les diera alguna resistencia a la infestación por *falciparum*. (12).

Fue a partir de los asentamientos en las costas, y de la minería en las tierras bajas de Antioquia, el Bajo Cauca, Chocó y diferentes regiones auríferas del Pacífico de donde la malaria se comenzó a apoderar del país; sus efectos no los sintieron las excursiones de Jiménez de Quesada, Federman, Andagoya, Robledo, Cieza de León, como tampoco las huestes

de Hernán Pérez de Quesada, alrededor de 1570, en su viaje por las planicies y selvas del oriente colombiano. En las crónicas y testimonios de ellos mismos o de los cronistas tempranos como Aguado o Castellanos o de los un poco posteriores como Fray Pedro Simón no hay ninguna mención a fiebres tercianas o cuartanas que bien conocían los españoles. (1)

La primera mención que sobre fiebres tercianas y cuartanas se encuentra en la literatura del siglo XVI, lo que hoy es Colombia, la hizo Bernardo de Vargas Machuca en su libro "Milicia y descripción de las indias", publicado en 1599 en Madrid, después de permanecer como militar en la Real Audiencia de Santa Fe de Bogotá, combatiendo contra los indígenas del Medio Magdalena y años después de haberse iniciado la explotación minera y establecido un activo comercio a través del gran río con canoas —champanes— grandes.

Vargas Machuca escribió: "... solo quiero aquí poner un remedio notable para una terciana o cuartana confirmada..." si padeciese de mal de bazo, beberá sus propios orines..." (13).

La malaria por *falciparum*, *vivax* y, menos, *malariae*, debió ser una causa contribuyente muy importante de la mortalidad indígena en la costa Atlántica, Bajo Cauca, Urabá, Antioquia, Popayán, antes de 1558 —fecha en que apareció en el Nuevo Reino de Granada la temida viruela como causa de importante despoblamiento—.

Si bien la viruela en Colombia apareció 38 años después de hacerlo en México, 1520, y 32 después de notada en el Perú, 1526, ella no fue la primera epidemia de una enfermedad viral en tiempos postcolombinos en el Nuevo Reino ya que en el año de 1546 una de gripe había azotado, con gran mortalidad indígena, el sur del país y procedente de las tierras del Inca a diferencia de las de Viruela, de 1558 y posteriores, siempre procedentes de la costa norte.

Malaria, hambre, jornadas extenuantes de trabajo, desmoralización, guerra de tierra arrasada se sumaron a la viruela, al sarampión, al tifo para provocar la llamada catástrofe demográfica indígena de los siglos XVI y XVII. Ya por los años que Miguel de Santiesteban recorrió la zona del río Patía, 1740-1741, el paludismo era allí un problema: "este valle de Patía, cuyo ardiente tempera-

Un problema real:



¡Parasitismo intestinal

NUEVO

Nematil®

PLUS

Albendazol-400 mg
Italmex

Antihelmíntico de Primera Elección

1 tableta 400 mg

DOSIS UNICA

Suspensión 10 ml-400 mg

DOSIS UNICA

COMPOSICION: Nematil-Plus Tabletas. Cada tableta contiene: Albendazol.....400 mg. Nematil-Plus Suspensión. Los 10 ml contienen: Albendazol.....400 mg. Contraindicaciones: no debe administrarse durante el embarazo, ni a pacientes con posibilidad de embarazo, pues el Albendazol es teratógeno y embriotóxico en animales. El Albendazol no ha sido evaluado en niños menores de 2 años. Efectos secundarios: ocasionalmente trastornos gastrointestinales y cefalea. **PRESENTACIONES Y REGISTRO SANITARIO:** Nematil-Plus Tabletas, caja x 1 tableta. Reg. San. Provisional Expediente No. 053379 Minsalud. Nematil-Plus Suspensión, frasco x 10 ml. Reg. San. Provisional Expediente No. 053322 Minsalud. **BIBLIOGRAFIA:** - Coulaud J.P., Rossignol J.F. Albendazole: nuevo antihelmíntico de una sola dosis: Acta Tropica 41: 87-90, 1984. - Nahmias J., Kennet R., Goldsmith R., Greenberg Z. Evaluation of albendazole, pyrantel, bephenium, pyrantel-praziquantel and pyrantel-bephenium for single-dose mass treatment of necatoriasis. Annals of Tropical Medicine and Parasitology 83: 625-629, 1989. - Stephenson L.S., Latham M.C., Kinoti S.N., Kurz K.M., Brigham H., Improvements in physical fitness of kenyan schoolboys infected with hookworm, Trichuris trichiura and Ascaris lumbricoides following a single dose of albendazole. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 84, 277-282, 1990.

ITALMEX
PRODUCTO
CIENTÍFICO



PYLORIS®

Subcitrato de Bismuto Coloidal

“La erradicación del Helicobacter pylori”

Determina la curación de la Patología Gastroduodenal

COMPOSICION: **Tabletas:** cada tableta contiene: Subcitrato de Bismuto Coloidal equivalente a 120 mg de Oxido de Bismuto. **Suspensión:** cada cucharada (15 ml) contiene: Subcitrato de Bismuto Coloidal equivalente a 120 mg de Oxido de Bismuto. Presentación y Registro Sanitario: **Tabletas:** caja x 20 tabletas. Reg. San. M-012689 Minsalud. **Suspensión:** frasco x 240 ml. Reg. San. M-012690 Minsalud. **Contraindicaciones:** embarazo e insuficiencia renal severa. **Precauciones:** el tratamiento no debe prolongarse más de 8 semanas y si es necesario repetirlo, debe hacerse una pausa de 8 semanas. Se requiere control médico. **Efectos secundarios:** las materias fecales se vuelven de color negro, por la presencia del Sulfuro de Bismuto, lo cual debe advertirse a los pacientes, no dando reacciones positivas para la prueba de sangre oculta. **Bibliografía:** -Benet LZ. Safety and Pharmacokinetics: Colloidal Bismuth Subcitrato Scand. J. Gastroenterol 1991, 26 (Supp 185), 29-35. -Gorbach SL: Bismuth Therapy on Gastrointestinal Diseases. Gastroenterology 1990, 99, 863-875. -Ramírez Ramos A. Helicobacter pylori y patología gastroduodenal. Rev. Col. Gastroent 1991 VI (4): 303-308.



ITALMEX
PRODUCTOS
CIENTIFICOS

Confirmado como la otra
ALTERNATIVA:

- DOLOR
- FIEBRE

Tabletas
DOL[®]
400

Suspensión
DOL[®]
-Pediátrico

**amplia experiencia comprobada en
más de 120 países**

COMPOSICION:Tabletas: cada tableta recubierta contiene: Ibuprofeno400 mg. **Suspensión Pediátrica:** cada 5 ml de la suspensión contiene: Ibuprofeno.....100 mg.
Presentaciones y Registro Sanitario: **Tabletas x 400 mg:** caja x 10 tabletas. Caja 20 sobres x 2 tabletas. Reg. san. M-012439 Minsalud. **Suspensión Pediátrica:** frasco x 120 ml. Reg. San. M-012902 Minsalud. **Contraindicaciones:** hipersensibilidad al Ibuprofeno, a los salicilatos y a otros antiinflamatorios no esteroideos. **Precauciones:** adminístrese con precaución a pacientes con asma, broncoespasmo, desórdenes de la coagulación, úlcera péptica, o que estén en tratamiento con anticoagulantes como la warfarina. **Efectos indeseables:** puede desencadenar náusea, vómito, erupciones cutáneas o sangrado digestivo. **Bibliografía:** -Crome P et al : Single and multiple dose pharmacokinetics of ibuprofen effervescent granules or tablets in elderly volunteers. Drug Invest 1990; 2: 61. -Dionne et al: Suppression of postoperative pain by preoperative administration of Ibuprofen in comparison to placebo, acetaminophen and acetaminophen plus codeine. J Clin Pharmacol 1983; 23: 37. -Kotob A: A comparative study of two dosage levels of Ibuprofen syrup in children with pyrexia. J. Int Med Red 1985, 13: 122.


ITALMEX
PRODUCTOS
CIENTÍFICOS

El Universo de las **ALERGIAS**



responde a

EXUL[®]
Loratadina

COMPOSICION: *Tabletas:* cada tableta contiene: Loratadina micronizada.....10 mg. *Jarabe:* cada cucharadita (5 ml) contiene: Loratadina.....5 mg. **Contraindicaciones:** hipersensibilidad a la Loratadina. **Precauciones:** no se ha establecido su seguridad durante el embarazo y la lactancia. Niños menores de 6 años. **Efectos indeseables:** en estudios bien controlados sus efectos indeseables han sido comparables a los del placebo. **Presentaciones y Registro Sanitario:** *Tabletas:* caja x 10 tabletas recubiertas, Reg. San. M-011979 Minsalud. *Jarabe:* frasco x 90 ml, Reg. San. M-013304 Minsalud. **Bibliografía:**
- Clissold S P, et al: Loratadine. A preliminary review of its pharmacodynamic properties and therapeutic efficacy. *Drugs* 1989; 37: 42. -Frolund L et al: A multicentre study of loratadine, clemastine, placebo in patients with perennial allergic rhinitis. *Allergy* 1990; 45:254. -Paul E: Loratadine and terfenadine in the treatment of chronic urticaria. *Allergy* 1989; 43 (Suppl. 7) 122.

mento y alguna otra cualidad de él lo hace muy enfermizo de tercianas y de una especie de lepra que llaman carate" (14).

El paludismo cerebral por *P. falciparum* que hoy todavía azota a las regiones mineras fue conocido a principios del siglo XVI y a principios y finales del siglo XVIII, 1741 -1785, con nombres como enfermedad de "modorra" y "bicho" y "tabardillo en la cabeza": "Llegó Pedrarias al Darién en fin de julio del dicho del catorce... comienza a caer la gente mala en tanta manera que unos no podían a otros y así en un mes murieron setecientos hombres de hambre y de enfermedad de "modorra" (15): "También afirma el vulgo, de aquellas gentes, y muchos, que no son parte del vulgo, lo creen, que un mal muy común y casi cotidiano de los citados llanos, que se llama *bicho* es un animalejo vivo, nacido en los intestinos, o entremetido en ellos... Las señas que da el bicho, una gran calentura, con un sueño tan profundo que no hay forma de que despierte ni abra los ojos el doliente, a quien al mismo tiempo se le afloxan y laxan notablemente los músculos hemorroidales: bien que estos se fomentan con repetidos gajos de limón y al doliente le hacen tragar del mismo agrio sana luego, pero si no se le aplica con puntualidad dicho remedio a las doce horas del achaque, le tiembla algo el brazo izquierdo; de allí a poco el brazo derecho... (16). "Esta malignidad se conoce por el trastorno de todas las funciones del cuerpo, la postración de fuerzas y comunísimamente en esta América por un sueño profundo que se mantiene todo el tiempo de lo más fuerte de la acesión, imitando el estado de un apoplético... Es un dolor que teniendo la medicina un auxilio, por el más cierto que se pueda gloriarse tales enfermedades se bauticen según la diversidad de provincias y de caprichos del vulgo con los nombres de bicho, tabardillo en la cabeza..." (17)

Antes de la llegada de Mutis en 1760 los hombres ilustres del Nuevo Reino de Granada no conocieran la utilidad de la Quina.

Hoy según el informe de 1992 de la División de Patologías Tropicales del Ministerio de Salud hay en la costa Pacífica hasta un 20% de portadores "sanos" de paludismo, (10) hecho este que debe relacionarse a la arriba mencionada investigación de 1970 que arrojó que la población negra de esa zona y después de años de mestizaje, tiene una frecuencia de 8,7% de rasgo falciforme, HbS, un 3% de hemoglobina C, un 13,64% de hemoglobinopatías

en general (12) y a otra que en 129 negros de la región del Pacífico, examinados antes de 1985, se encontró un 77% con alelo Duffy negativo (18).

Si se comparan estos estudios sobre negros del Pacífico y regiones mineras actuales se puede ver que el porcentaje de los negros ancestrales del África, para el alelo Duffy negativo ha descendido del 93% al 77% y de hemoglobinopatía por rasgo falciforme de más del 20% al 8,7%.

En estudio reciente, 1993, sobre un total de 47.619 muestras para investigar el sistema Duffy se encontraron que la mayoría de los Duffy negativos, 1.343,3%, se concentraron en las regiones donde se sabe hay más negros en Colombia, Costas Caribe, Chocó, Valle del Cauca y Antioquia (19).

Conclusiones

De los cuatro parasitismos llegados del África, en los tiempos del tráfico de esclavos, sólo la malaria por *falciparum* sigue siendo un problema de salud pública en Colombia.

De los otros tres sólo queda la memoria histórica de la dracontiasis, unos poquísimos casos restringidos a las costas de *W. bancrofti* y un foco reducido a una localidad negra del río Micay en la costa Pacífica de *O. volvulus*.

Este panorama epidemiológico obedece a razones propias de los ciclos vitales de cada uno de los parásitos y a las condiciones ambientales y sociales del país: el *D. medianensis* por requerir la ingestión, por el hombre, de un crustáceo infectado y un tiempo prolongado de evolución y maduración de su hembra para que siga depositando huevos en las aguas, de las que el hombre puede beneficiarse, hicieron de él una rareza, sino un desconocido, en nuestro medio en el pasado; la *W. bancrofti* y la *O. volvulus* por requerir de múltiples picaduras de insectos infestados y una respuesta inmune muy importante del humano para que se vean sus manifestaciones clínicas no se dispersaron por todo el país como sí lo hizo el *Plasmodium falciparum* que sólo requiere de una sola picadura de un insecto infectado.

Además de las anteriores razones con seguridad los negros que llegaron a Colombia no debieron venir tan infectados, de Dracontiasis, y Filariasis si se recuerda que a los negros tanto en sus lugares de

origen, como a donde arribaban se les sometía a un riguroso examen en busca de defectos o enfermedades que les hicieran bajar de costo; no se debieron escoger aquellos que tuviesen evidentes manifestaciones clínicas externas de dracontiasis y de filariasis. Si bien los negros gracias a que sus escasos vestidos, en los climas cálidos y húmedos, favorecieron el acceso de los parásitos transmitidos por mosquitos, a su humanidad, fueron el lugar de vivienda y la actividad económica que ellos desarrollaron, los principales factores para que la filariasis y la malaria los convirtieran en víctimas ideales.

La vida en comunidad, restringida a campamentos mineros, a palenques, a haciendas y, las penosas condiciones de lo que hoy diríamos saneamiento ambiental fueron también factores para la restricción geográfica y humana de la filariasis y la dracontiasis.

Si bien los negros que en la actualidad viven en las regiones donde el paludismo *falciparum* es un problema de salud ya no padecen la dracontiasis y prácticamente desconocen las filariasis, ellos en cambio sufren cada vez más casos, entre sus comunidades de malaria por el *P. vivax* gracias al proceso de mestizaje y "blanqueamiento" que se opera en toda la sociedad colombiana.

Hoy a los efectos retardados del esclavismo colonial se le suman los efectos del larvado racismo actual o, las respuestas culturales que las comunidades negras han estructurado, a manera de prácticas de resistencia, como la dejadez y la convivencia estrecha, a modo de connaturación, con los riesgos sanitarios que implican aguas estancadas y sucias y la pérdida paulatina de su ancestral resistencia, por la fuerza del mestizaje, al *P. vivax* para que el paludismo en general tenga en las regiones colombianas habitadas por los negros una importante zona de "reclutamiento" y dispersión.

El negro en Colombia, África en Colombia, superó la dracontiasis, casi ha convertido en historia la filariasis pero ya no sufre sólo por el *falciparum* sino también por el *vivax*.

Bibliografía

- SOTOMAYOR HUGO Arqueomedicina de Colombia Prehispánica: Santafé de Bogotá: CAFAM, 1992 80 p.
- SOTOMAYOR HUGO Dracontiasis en Colombia. Rev. Medicina (Academia Nacional de Medicina de Colombia) No. 35 febrero de 1994, p. 43-44
- PALACIOS JORGE La trata de negros por Cartagena de Indias. Tunja, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. 1973, pp 192-193
- STRONG RICHARD Sitt's Diagnosis prevention and treatment of tropical diseases Seventh Edition. Philadelphia: The Blakiston Company 1945, p.1379
- BOTERO D. RESTREPO M. Parasitosis Humana. Segunda Edición. Medellín: Corporación de Investigaciones Biológicas, 1992 pg. 273-274.
- BRUCE-CHWATT History of malaria from prehistory to eradication Malaria Principles and practice of malariology. Volumen one cp. 1 pp. 2-20 Wernsdorfer W, Mc Gregor J. Edinburg London... Churchill Livinstone 1988.
- GUTIÉRREZ V., VILA P. La medicina tradicional de Colombia. El triple legado Volumen 1. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1985. pp 211-213
- SANDOVAL C, DE LA HOZ A, YUNIS E. Estructura genética de la población colombiana. Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia, Vol., 41 No. 1,193, pp 3-14
- MILLER L.H. Genetically determined human resistance factors en malaria. Principles and practice of malariology Volumen one, cap. 17 pp. 487-497. Wernsdorfer W. McGregor J. Edinburg London... Churchill Livinstone 1988.
- Ministerio de Salud División de Patologías Tropicales Situación de la malaria en Colombia 1992 13 p. (Mimeografiado)
- WEST ROBERT La minería del aluvión en Colombia durante el período colonial, Bogotá: Imprenta Nacional, 1972. pp 71-117.
- RESTREPO ALBERTO Frecuencia y distribución de las hemoglobinas anormales en Colombia. Antioquia Médica, Volumen 20 No. 7 1970, pp 377-395
- VARGAS MACHUCA, BERNARDO Milicia y descripción de las Indias. Volumen 1 Madrid: Librería de Victoriano Suárez, 1892 pp. 130-138
- ROBINSON DAVID Mil leguas por América de Lima a Caracas 1740-1741. Diario de don Miguel de Santiesteban, Santafé de Bogotá, Colección Bibliográfica. Banco de la República, 1992. p. 134
- ANDAGOYA, PASCUAL Relación y documentos. Madrid Historia 16, 1986. pp 85 - 86
- GUMILLA JOSEPH Historia natural, civil y geográfica de las naciones situadas en las riberas del Río Orinoco. Santander de Quilichao, Vol. 2, Cauca: Carvajal S.A. 1984, pp. 202
- HERNÁNDEZ DE ALBA, GUILLERMO Plan de curación para las enfermedades agudas que se padecen en el Darién, según las observaciones de las

mismas epidemias que frecuentemente ocurren en todos los temperamentos calientes y húmedos de esta América. 1785. Pensamiento Científico y Filosófico de José Celestino Mutis, Bogotá. Ediciones Fondo Cultural Cafetero, 1982, pp. 135-142

18. ESPINEL A, MONSALVE, M.V; CALVO, JM, GROOT H, RODRÍGUEZ A; SUÁREZ M.F., MEJÍA B. Estudios antropogenéticos en Colombia. Marcadores Genéticos en una zona endémica a la malaria. Biomédica. Revista del Instituto Nacional de Salud.

Suplemento No. 1. Resúmenes VII Congreso Colombiano de Genética. Bogotá octubre 13-18 de 1985. pp. 56

19. LÓPEZ, NELSON Estructura Genética para la población colombiana. Segunda muestra: 29-982 individuos, análisis de la muestra total de 60.235 Individuos. Unidad de Genética. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Santafé de Bogotá 1993. *Inédito*

