

LA SITUACION DE LA SHIGELOSIS EN PANAMA

Miguel Kourany¹ y Régulo Martínez²

La grave epidemia de disentería causada por el bacilo de Shiga (*S. dysenteriae* tipo 1) que se inició a principios de 1969 (5) en Guatemala y se extendió rápidamente por los demás países centroamericanos afectando a centenares de comunidades rurales y urbanas, puso en estado de alerta a las autoridades sanitarias de Panamá ante la posibilidad de que afectara a nuestra nación.

El Ministerio de Salud, preocupado por la gran morbilidad y mortalidad debidas a esta epidemia en los países vecinos, envió información escrita a todas las instituciones de salud del país acerca de la epidemia en Centro América e instrucciones especiales para la denuncia de casos, el diagnóstico de laboratorio de los mismos y las medidas sanitarias para hacer frente a la situación en caso de que se produjera algún brote en Panamá. Además, se dictaron charlas y conferencias y se aprovecharon las visitas de supervisión del personal técnico de salud para insistir en la importancia de permanecer en estado de alerta a fin de evitar el desarrollo de una epidemia.

Se investigaron varias denuncias por métodos bacteriológicos, todas con resultado negativo a *S. dysenteriae* 1. Estudios epidemiológicos realizados desde 1964 hasta la fecha han demostrado que la shigelosis no constituye un problema de gravedad en Panamá. A pesar de que en muchas áreas del país existen condiciones para la transmisión continua de los agentes entéricos asociados con la disentería y la dia-

rrrea, la prevalencia de organismos del género *Shigella* ha sido particularmente baja en las comunidades hasta ahora estudiadas.

En efecto, de cerca de 10,000 cultivos bacteriológicos efectuados en muestras de materia fecal provenientes de 36 comunidades rurales, semirurales y urbanas (fig. 1), a través de diferentes encuestas, siguiendo técnicas de campo y de laboratorio similares a las utilizadas en los estudios de prevalencia por el grupo de investigadores del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) (1, 3), se aislaron shigelas solamente en 106 (1%) de las muestras estudiadas. Los serotipos encontrados con más frecuencia fueron *S. sonnei* (30.2%) y *S. flexneri* (20.8%). Sólo cuatro (3.7%) cepas de 106 aisladas correspondían al grupo A (*dysenteriae*), pero en ningún caso se aisló *S. dysenteriae* tipo 1.

Aunque el objetivo principal de la presente comunicación es presentar datos generales sobre la shigelosis en Panamá, conviene comentar algunos de los estudios importantes llevados a cabo sobre el tema por el Laboratorio Conmemorativo Gorgas.

Los primeros trabajos referentes a la etiología de la diarrea infecciosa en Panamá fueron efectuados en 1964; se estudiaron 1,819 niños de cero a dos años, con diarrea, que fueron atendidos en la consulta externa del Hospital del Niño (2). El cultivo bacteriológico de los hisopos rectales de estos pacientes reveló una baja prevalencia (7.9%) de enterobacteriáceas patógenas, encontrándose el 5.3% con *Escherichia coli* enteropatógena (ECE), el 1.7% con *Shigella* y el 1.2% con *Salmonella*.

Posteriormente se estudiaron 1,178 niños menores de 11 años de edad en 31 comunidades

¹Laboratorio Conmemorativo Gorgas, Panamá, República de Panamá.

²Laboratorio Central de Salud, Panamá, República de Panamá.

