

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.

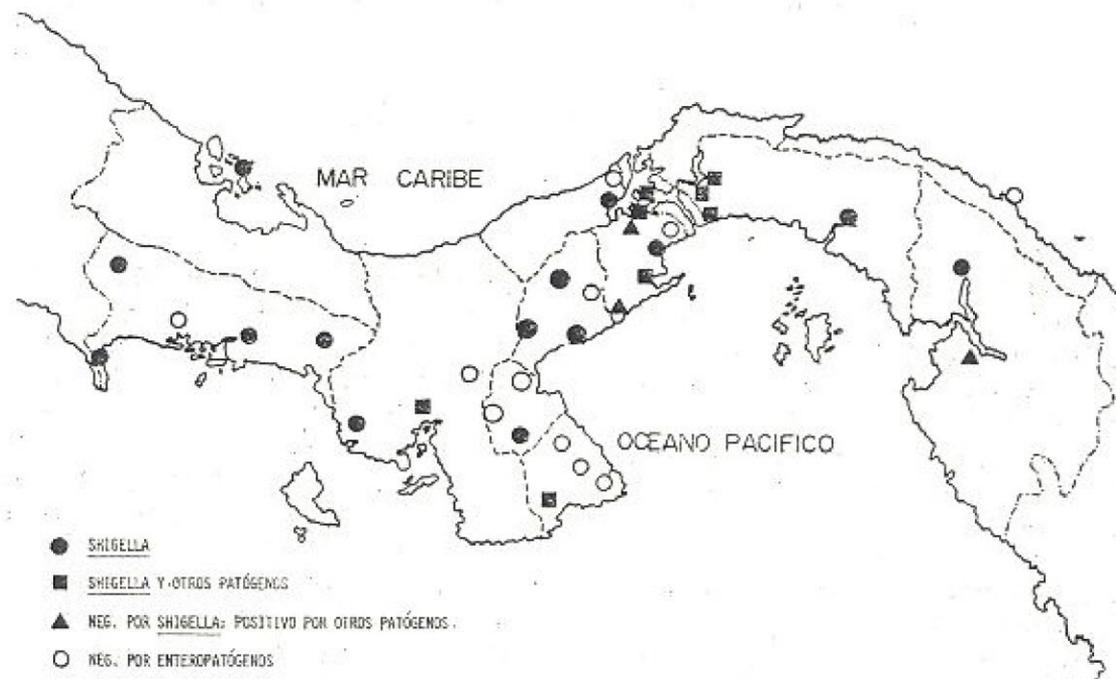
Los primeros trabajos referentes a la etiología de la diarrea infecciosa en Panamá fueron efectuados en 1964; se estudiaron 1,819 niños de cero a dos años, con diarrea, que fueron atendidos en la consulta externa del Hospital del Niño (2). El cultivo bacteriológico de los hisopos rectales de estos pacientes 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.

Figura 1. Mapa de Panamá que indica los lugares donde se realizaron los estudios bacteriológicos, 1964-1970



del país, incluyendo la ciudad de Panamá, observándose que sólo el 3.7% de los niños con y sin diarrea tenía enterobacteriáceas patógenas. La prevalencia de *Shigella* fue de 2.8%, mientras que la de *Salmonella* y ECE fue aún más baja (3). La diferencia en la tasa de infecciones de acuerdo con la edad no fue significativa pero no se observaron infecciones con *Shigella* en niños menores de un año.

Por otro lado, las observaciones en 606 personas de diferentes edades y pertenecientes a cuatro comunidades rurales de difícil acceso, que fueron realizadas durante dos años de estudio, en las cuales se tomaron especímenes fecales mediante hisopos rectales y heces cada dos meses, revelaron la presencia de *Shigella* en 32 (53%) personas sin tener en consideración la presencia de diarrea (trabajo en preparación). Sin embargo, las tasas de infección por *Shigella*, *Salmonella*, ECE y *Edwardsiella*, ya sea solas o combinadas, en las cuatro comunidades, fluctuaban entre el 7.3 y 32.6 por ciento.

El resultado de otro estudio de 137 personas con diarrea, de la clase socioeconómica alta de la ciudad de Panamá, atendida en clínicas privadas, reveló la ausencia de *Shigella* en 77 niños de dos años o menos de edad; de las 60 personas con diarrea mayores de dos años, siete (11.6%) excretaban *Shigella* (datos no publicados).

En términos generales, la prevalencia de *Shigella* en Panamá es baja (1%); fluctúa entre

Cuadro 1. Frecuencia de serotipos de *Shigella* aislados durante encuestas bacteriológicas en Panamá, 1964-1970.

Frecuencia	Serotipo	Nó. cepas aisladas	%
1	<i>S. sonnei</i>	32	30.2
2	<i>S. flexneri</i> 1	22	20.8
3	2	20	18.9
4	3	19	18.0
5	6	5	4.7
6	4	3	2.8
7	<i>S. dysenteriae</i> 2	3	2.8
8	3	1	0.9
9	<i>S. boydii</i> 3	1	0.9
Total		106	100.0

ceros y 13% en las poblaciones estudiadas. Se han encontrado estos agentes en 22 de 36 comunidades investigadas, lo cual representa importantes focos de infección diseminados por todo el país (fig. 1) (3). Los serotipos identificados, por orden de frecuencia, se detallan en el cuadro 1.

Según parece, todavía no está bien definido el papel de la *Shigella* en las enfermedades diarreicas en Panamá; sin embargo, tiene importancia por su ubicuidad, lo cual refleja un peligro potencial porque existen condiciones

propicias para su transmisión. Otro factor importante es la presencia de portadores en Panamá (2, 3). Por lo tanto, el hecho de que se desarrolle o no un brote de disentería, causado por el bacilo de Shiga o por cualquier otra especie de *Shigella*, depende del cuidado y la eficacia en la eliminación de las heces humanas, la disponibilidad de suficiente agua potable y el esfuerzo de las autoridades de salud por hacer llegar a las comunidades la educación para la salud y los conceptos modernos de higiene personal.

REFERENCIAS

- (1) Beck, M. D., J. A. Muñoz y N. S. Scrimshaw. Studies on diarrheal diseases in Central America. I. Preliminary findings on cultural surveys of normal population groups in Guatemala. *Am J Trop Med Hyg* 6:62-71, 1957.
- (2) Kourany, M. y M. A. Vázquez. Enteropathogenic bacteria associated with diarrhea among infants in Panama. *Am J Trop Med Hyg* 18: 930-935, 1969.
- (3) Kourany, M., M. A. Vázquez y L. J. Mata. Prevalence of pathogenic enteric bacteria in children of 31 Panamanian communities. *Am J Trop Med Hyg* 20:608-616, 1971.
- (4) Mata, L. J., C. Albertazzi, A. Negreros y R. Fernández. Prevalence of *Shigella*, *Salmonella* and enteropathogenic *Escherichia coli* in six Mayan villages. *Am J Public Health* 55: 1396-1402, 1965.
- (5) Mata, L. J., E. J. Gangarosa, A. Cáceres, D. R. Perera y M. L. Mejicanos. Epidemic Shiga bacillus dysentery in Central America. I. Etiologic investigations in Guatemala, 1969. *J Infect Dis* 122:170-180, 1970.