Descargado el: 18-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ESPECIAL

Memorias de la atención a enfermos durante la epidemia de dengue de 1981

Report of the care provided to patients during the dengue epidemic of 1981

Alfredo Darío Espinosa Brito[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Espinosa-Brito A. Memorias de la atención a enfermos durante la epidemia de dengue de 1981. **Medisur** [revista en Internet]. 2014 [citado 2026 Nov 18]; 12(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2839

Resumen

A escasos dos años de su inauguración el Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima tuvo que enfrentar en 1981 la epidemia más dramática de su historia hasta la actualidad: la fiebre hemorrágica dengue. A partir de las vivencias durante la atención de los enfermos, se rememoran hechos y lecciones aprendidas que caracterizaron este memorable episodio, el cual constituyó una de las victorias más importantes alcanzadas por el hospital en su afán de ser símbolo de la salud, la vida y la felicidad de los cienfuegueros.

Palabras clave: dengue grave, hospitalización

Abstract

A dramatic epidemic of Dengue Hemorrhagic Fever in 1981 was faced by the “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” Hospital, only two years after its opening. Medical care remembering facts and learned lessons during this remarkable episode are exposed in this article, which has been one of the most important victories fulfilled by the hospital in the way to be symbol of the health, the life and the happiness of Cienfuegos citizens.

Key words: severe dengue, hospitalization

Aprobado: 2014-07-22 09:58:42

Correspondencia: Alfredo Darío Espinosa Brito. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. alfredo_espinosa@jagua.cfg.sld.cu

EL CONTEXTO

A escasos dos años de su inauguración, el 23 de marzo de 1979, el Hospital Dr. Gustavo Aldereguía tuvo que enfrentar la situación epidémica más dramática de su historia hasta la actualidad: la enfermedad que entonces se denominaba como fiebre hemorrágica dengue. Entre los elementos que matizaban la aseveración anterior estaban: el enfrentamiento por primera vez a una enfermedad desconocida para los médicos cubanos de esa época, que, además: era capaz de matar en pocos días, afectaba a todos los grupos de población, con especial predilección por los más jóvenes –incluyendo los niños-; se propagaba "como la pólvora" en las diferentes locaciones, con preferencia a las zonas urbanas; y que ponía a prueba la pericia clínica de los profesionales para prevenir y tratar las súbitas complicaciones que presentaban, si bien no una proporción elevada de pacientes, sí significativa, dada la magnitud del número de enfermos atendidos. El ambiente social ante la amenaza de esta enfermedad era otro factor contribuyente a que existiera gran tensión entre todos y el deseo de impedir con nuestros servicios médicos que esta catástrofe sanitaria se convirtiera en un gran desastre nacional.

Por otra parte, si bien se contaba ya con una Atención Primaria de Salud moderna y adecuada para entonces, basada en el tránsito del modelo de Policlínico Integral al de Medicina en la Comunidad, en la mayoría de las áreas de salud, todavía sus potencialidades estaban muy lejos de lo que más tarde se alcanzaría con el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, a partir de 1984.

El Hospital iba poco a poco organizándose, incrementando su personal con profesionales propios y otros que venían a engrosarlo desde otras provincias –sobre todo La Habana y Villa Clara-, para incrementar nuevos servicios y departamentos o reforzar los existentes. Varias salas del centro, totalmente terminadas y aptas para su utilización, permanecían todavía "cerradas", esperando el momento en que fuera creciendo la demanda asistencial y también que se llegara a contar con los recursos humanos y materiales necesarios para su "puesta en marcha".

En septiembre de 1979, se había recibido a los primeros nueve internos rotatorios en la provincia y en septiembre de 1980, las primeras decenas de alumnos de tercer año de Medicina y nuevos internos, en ambos casos procedentes del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara. La sala 8 A servía de "albergue" a los estudiantes que residían de los municipios e, inclusive, en otros territorios, que se habían trasladado a nuestra provincia.

En enero de 1980 había comenzado la formación de posgrado en el hospital, con las primeras residencias de las especialidades básicas (Medicina Interna y Cirugía General), aunque todavía con un número muy reducido de profesionales, pero ya propios de la provincia.

La inexperiencia en la enorme tarea a enfrentar –la de formar médicos que respondieran en todos los sentidos a las necesidades de nuestra Patria- era suplida entonces por la superación constante en la preparación pedagógica y científico-técnica de los "nuevos profesores", pero, sobre todo, por el entusiasmo, la entrega y el ejemplo diario, así como por la fe en el éxito y en la nobleza de la obra que se emprendía. Tanto los estudiantes, como los internos, y los residentes, participarían activamente, en diferentes niveles, en el cuidado de los pacientes durante la epidemia que se desencadenó casi al final del curso 80-81 y ese año no tuvieron vacaciones de verano, al igual que el resto de los profesionales del hospital.

Las comodidades y la higiene del centro se comparaban con las de los hoteles, las visitas importantes se sucedían, el hospital era una vitrina del Sistema de Salud, en fin, la etapa de la "luna de miel". Como se puede deducir, el que ahora se denomina como "clima organizacional" se encontraba en una situación bien favorable entonces, con un colectivo de trabajadores bien unido y motivado, en su inmensa mayoría menor de 40 años –acompañado con solo un puñado de veteranos valiosos-, respaldado totalmente por las autoridades del hospital y las sectoriales -también relativamente jóvenes-, gubernamentales y políticas del territorio, que constantemente estaban "en el terreno", al tanto de organizar dinámicamente el trabajo y resolver las necesidades de los pacientes, del personal asistencial y, en general, de la institución y el sistema de salud.

LA DINÁMICA

El verano de 1981 fue muy difícil para Cuba, su Sistema Nacional de Salud y para los profesionales de la salud cubanos. A partir de conocerse la alerta –a través del MINSAP- de que

se habían atendido algunos casos, tanto en Aguada como en La Habana, en los meses de primavera de ese año, de una enfermedad infecciosa "rara", que podía provocar hemorragias y muerte, sobre todo en niños, junto con la preparación y organización de los servicios para encarar la asistencia médica de los enfermos, se evidenció la necesidad de información y se desencadenó una búsqueda rápida e intensa de la misma -con los medios propios de la época-, más que ya se planteaba que la causa de la epidemia era el virus del dengue.

El 9 de junio el Comandante en Jefe Fidel Castro anunció la orden No. 1, con *"el objetivo estratégico de la erradicación del agente transmisor del dengue y otras enfermedades, el mosquito Aedes egypti, o reducirlo y controlarlo a mínimos tales que resulte inofensivo"*. Se iniciaba así oficialmente la batalla

Desde los primeros instantes se constituyó un grupo central ejecutivo para planificar, dirigir y evaluar las acciones, al frente del cual estaba el Director del hospital, con los principales dirigentes de la institución, en coordinación con directivos de la Dirección Provincial de Salud y del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, así como jefes y miembros de los principales servicios, sobre todo de Medicina Interna, por las implicaciones propias de la entidad que se enfrentaba.

Al principio, muchos dudaron, pues los elementos clínicos que se aportaban no parecían estar en correspondencia con la experiencia que se había adquirido durante la epidemia de 1977 (que se informó fue ocasionada por el virus del dengue 1), cuando se atendieron miles de casos en todo el país (luego se reportó oficialmente una cifra de alrededor de 500 000), pero con una evolución benigna y autolimitada, con muy pocas complicaciones serias, donde en la mayoría de los casos la enfermedad se caracterizaba por la aparición de fiebre por pocos días, cefalea, dolor en globos oculares a los movimientos, *rash* fino, predominante en el tronco, con algias generalizadas características, sobre todo en el raquis, haciendo honor al sobrenombre de "quebrantahuesos", cuadro que la población catalogó popularmente con el sobrenombre de "ladrillazo". En ese entonces se produjo un alza significativa de las consultas médicas, pero al constatar el carácter "benigno" de la entidad, en realidad no hubo mucha preocupación, ni sanitaria, ni por parte de médicos ni enfermos, en ese tiempo. Sí había un interés adicional para acudir a consulta en esa época y era la obtención de certificado médico laboral o escolar correspondiente, que justificara las ausencias de los pacientes, pues habitualmente existía gran disciplina en esos espacios. Solo se reportaron algunos casos esporádicos de síndrome de Guillian Barré después de padecer la enfermedad que, inclusive, fueron motivo de publicaciones, como rarezas o curiosidades.

Sin embargo, ahora se trataba de una enfermedad o forma nueva y potencialmente mortal, no se tenían experiencias previas y todo lo que se sabía de ella llegaba de la escasa y dispersa literatura internacional disponible, no abundante y, encima de ello, centralizada en la capital, así como de rumores que, como siempre, corren rápidamente en estas situaciones. Adicionalmente, se enfrentaba el riesgo del temor (¿pánico potencial?) de la población y de nuestro personal, ante lo desconocido. Había fuertes sospechas de un ataque como parte de la guerra microbiológica llevada a cabo por los enemigos del Norte -lo que posteriormente fue confirmado-, de la que ya había antecedentes, y las incertidumbres eran enormes. Por tanto, se enfrentaba la primera gran prueba de los servicios médicos del Sistema de Salud Cubano, tan celosamente edificado por más de 20 años.

Como un hecho pocas veces comentado, unos meses antes de esta epidemia, se había inaugurado el Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Cienfuegos, en un local situado en la esquina de Santa Cruz (Avenida 58) y Cid (Calle 45). A pesar de contar con relativamente pocos fondos bibliográficos todavía, sus trabajadoras desarrollaron una labor profesional intensa, bien meritoria y útil desde el inicio de la epidemia y durante toda ella. En esa época solo existía en el país la Hemeroteca Nacional con fondos bibliográficos bien actualizados, por lo que muy tempranamente se decidió viajar a la capital en más de una ocasión para obtener las últimas informaciones que existían sobre el tema –la mayoría derivadas de reportes de países del Sudeste asiático y otras recogidas en publicaciones de la OMS-, así como para intercambiar directamente con expertos y dirigentes del MINSAP que estaban al frente de las acciones. Los resultados de esas indagaciones se diseminaban rápidamente en la provincia y, por supuesto, en el hospital.

En el mes de junio se comenzaron a recibir los

primeros enfermos en el hospital, procedentes sobre todo de los municipios de Aguada, Cienfuegos y luego Rodas. La provincia fue de las primeras afectadas. El 4 de julio de 1981 se celebró por primera vez, para todos los médicos del Hospital y de la provincia, una Mesa Redonda, que pretendía mejorar de forma rápida y científica la calidad de la atención médica que se brindaba a los enfermos de la epidemia. En un gran esfuerzo realizado por las secretarias (mecanógrafas) del centro, se reprodujeron en tiempo record y trabajando largas horas, los mejores artículos que se encontraban disponibles, así como una serie de orientaciones, que se multicopiaron en mimeógrafo o *Ditto*, y que se reunieron en un folleto encuadernado en la imprenta local, que se entregó a cada uno de los diferentes responsables de la atención de los pacientes ese mismo día.

Posteriormente, se continuaron celebrando encuentros masivos en el teatro del hospital, donde participaban dirigentes, epidemiólogos, higienistas, clínicos, microbiólogos, con médicos, enfermeros, técnicos, personal administrativo y de servicios. Allí, sistemáticamente, por medio de una gran pancarta, el inolvidable Profesor Apolinaire iba mostrando, con el humor que lo caracterizaba y con una maestría pedagógica increíble, la curva diaria de los casos reportados en la epidemia, así como su procedencia por municipios, grupos de edad, entre otros datos de interés para todos. Se brindaban las informaciones de los casos reportados y atendidos, las lecciones que se iban aprendiendo en la asistencia y en el trabajo de campo, las necesidades que surgían, posibles pronósticos, etc., en un amplio y fecundo diálogo entre todos. En esas actividades se integraban, además de la experiencia asistencial que se iba obteniendo en la provincia y en el hospital, cada vez más los conocimientos que se adquirían de la literatura revisada y de los informes y orientaciones que se emitían del MINSAP, así como las noticias que llegaban de todo el país, pues se mantenía la comunicación formal e informal con otros territorios.

La información oportuna y ágil, la diseminación cara a cara, la motivación por conocer a cabalidad el problema que se enfrentaba, la integración de los “factores” y la participación activa de todos, constituyeron, sin dudas, aspectos relevantes para la obtención de los buenos resultados en el enfrentamiento de la epidemia entre nosotros.

LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS

Principales decisiones iniciales

Debido a los grandes riesgos derivados de las complicaciones hemorrágicas, que pronto se presentaron en un grupo de pacientes, se tomó inmediatamente la decisión de suspender la actividad quirúrgica electiva y a partir de entonces solo se realizaron intervenciones de urgencia hasta el mes de octubre de ese año, en que se declaró el fin de la epidemia. Así, quedó disponible el personal médico y de enfermería que habitualmente se dedicaba a la cirugía electiva para la atención de los enfermos sospechosos o enfermos con dengue. Ese “refuerzo” fue de mucha utilidad en el trabajo realizado.

El hospital se dividió o, mejor, se multiplicó, en dos, desde sus dirigentes hasta sus servicios, que constantemente estaban en comunicación fluida. En el orden asistencial, desde el Cuerpo de Guardia, las salas y las unidades de atención al grave, hasta las consultas externas. En otras palabras, había dos Cuerpos de Guardia, que trabajaban simultáneamente, pero con equipos de guardia diferentes, uno para atender la epidemia y otro para la morbilidad de urgencia habitual que seguía llegando. Asimismo, sin cerrar ni los servicios básicos ni las salas convencionales donde se admitían los pacientes por diferentes padecimientos –aunque con criterios más rígidos de ingreso y su lógica racionalización-, se habilitaron salas de ingresados para atender a los enfermos de la epidemia, con los correspondientes mosquiteros.

Se abrió una Unidad de Terapia Intermedia para casos con dengue complicados, independiente de la Unidad de Terapia Intermedia convencional existente en el hospital, que siguió funcionando como tal. Los casos críticos, que requirieron Terapia Intensiva, fueron los únicos que se trataron en la Unidad de Cuidados Intensivos (hoy Polivalente) junto con el resto de los enfermos críticos del hospital, pues todavía no se habían puesto a funcionar el total de sus camas en el proceso de “puesta en marcha” progresivo del hospital “nuevo”. Inclusive, esta unidad sirvió para acoger a los niños en estado crítico por la epidemia, que eran trasladados del Hospital Pediátrico Paquito González, con su equipo médico y de enfermería, pues como se conoce, en esa época no existían las Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas, que se

desarrollaron posteriormente a la epidemia, por una decisión de las máximas autoridades del país, al comprobarse su necesidad en la práctica.

Se debe insistir en que cada equipo de guardia, de sala, de unidad, de departamento, incluso quirúrgico, tenía jefes médicos y de enfermería al frente y un personal fijo, designados por la dirección, bien reforzados con médicos de todas las especialidades, liderados generalmente por especialistas de Medicina Interna, incluyendo residentes "en función de especialistas" -así se decía entonces-, pero inclusive hubo salas donde sus jefes fueron cardiólogos y urólogos y equipos donde se podía encontrar ortopédicos, cirujanos, otorrinolaringólogos, por solo mencionar colegas de algunas especialidades, todos muy responsables. Ni qué decir de los equipos que atendían a los enfermos graves y críticos, donde se reunían periódicamente los especialistas más calificados del hospital a cualquier hora del día y de la noche y que, además, brindaban sus experiencias "horizontalmente" a todos, en recorridos diarios.

Se debe enfatizar, que este modelo organizativo para la atención de los enfermos, se ha utilizado una y otra vez con mucho éxito en diferentes epidemias posteriores, pues permite mantener el trabajo del hospital sin afectar la atención a la población no involucrada en las epidemias, al mismo tiempo que garantiza criterios más coherentes –no necesariamente uniformes ni rígidos- en la atención de los afectados en ella, con una serie de pautas que hay que revisar y perfeccionar ágilmente con el paso de los días. Así sucedió luego con el brote de larva *migrans* visceral por fasciola hepática, con las epidemias de conjuntivitis hemorrágica, con el brote de enfermedad diarreica aguda por *Shigellosis*, con la gran epidemia de neuropatía, hasta con la última por influenza A H1N1. Se puede afirmar que esta "tecnología organizacional" para la atención de las epidemias, ha sido un aporte original de nuestro centro a la administración y organización hospitalaria, a partir de una rica práctica asistencial, que ha dejado resultados muy satisfactorios.

Urgencias

Como ya se señaló, el desarrollo de la APS en ese tiempo contaba con servicios de urgencia muy limitados, que no eran capaces de asistir al total de sospechosos y enfermos de dengue en una primera instancia, por lo que estos casos acudían espontáneamente, o eran remitidos, al Cuerpo de Guardia de los hospitales para su valoración, lo que incluso se promovía por los medios masivos de comunicación y las orientaciones a la población por diversas vías.

Por supuesto, se produjo una avalancha de pacientes de urgencia que requirió de refuerzos rápidos y eficientes de personal competente para la atención de los mismos, en un sitio independiente pero contiguo al Cuerpo de Guardia convencional del hospital que atendía otro tipo de problemas de salud, con un flujo diferente y con la instalación de un local anexo para la realización de pruebas del lazo y extracciones de sangre para análisis por técnicos de laboratorio. Se priorizaron la determinación de la hemoglobina y hematocrito (para orientar sobre la posible hemoconcentración o anemia) y el conteo de plaquetas. Este último análisis demoraba mucho al inicio, según la técnica que se tenía montada, por lo que, después de un adiestramiento rápido, con el asesoramiento de los especialistas de laboratorio, se cambió para la técnica semicuantitativa de Brecher, que permitía dar mayor fluidez a los resultados.

Después que la curva de casos se había estabilizado (la famosa "meseta") y comenzaba a descender, se recibió la indicación del MINSAP de ingresar en todo el país a los casos febriles, sospechosos de dengue, con el propósito de tener aislados los enfermos para impedir la transmisión en la comunidad, mientras se incrementaban las acciones para la erradicación del vector. Hay que recordar que, debido al bloqueo norteamericano, en plena epidemia se impidió la venta de modernos insecticidas al país y hubo que comprarlos y transportarlos desde lugares lejanos, sobre todo de Alemania. Esta orden incrementó de nuevo y súbitamente el número de casos que se atendían en el Cuerpo de Guardia - se corrió el riesgo a sabiendas de aumentar la sensibilidad pero disminuir la especificidad del diagnóstico al ingreso-, por lo que hubo que tomar otras decisiones y fue necesario disponer también de más capacidades para ingresos.

El personal de admisión, durante toda la epidemia –con pleno dominio de las camas disponibles en el hospital- hacía los ingresos en el mismo sitio donde estos se producían, al lado del paciente, facilitando su traslado a las salas de ingreso.

Hay que significar, como hecho que hoy puede parecer increíble, que gracias al apoyo recibido

por parte de todas las autoridades del territorio, se le brindaba periódicamente, por parte de pantristas y auxiliares, tanto a los pacientes, como a los acompañantes y al personal profesional, técnico y de servicio que se encontraban trabajando en el Cuerpo de Guardia, varias tandas de bocaditos de jamón, refrescos y café gratis, a diferentes horarios del día y de la noche.

El personal administrativo y, especialmente, de servicios generales, con sus jefes al frente, dio muestras de gran solidaridad y oficio durante estos meses, lo que fue un respaldo muy valioso a la labor asistencial.

Salas de ingresados

También como se dijo, se dedicaron salas exclusivamente para la atención de los sospechosos y casos con dengue. El uso de los mosquiteros era obligatorio y precisamente mantener a los ingresados dentro de ellos, en meses de calor, no fue muy fácil, por lo que hubo que conseguir y traer multitud de ventiladores para mejorar el confort de los ingresados. Se garantizó una alimentación exquisita a los enfermos, con menú a selección en el caso de los "platos fuertes".

Al principio se ingresaron los pacientes en las mismas salas del Servicio de Medicina Interna, que por esa época incluía también a Infecciosos, Terapia Intermedia y Terapia Intensiva, pero rápidamente se acondicionaron las salas que todavía no habían comenzado a prestar servicios, como la 7 A y la 8 A. Esta última, que se estaba utilizando como albergue transitorio de estudiantes de medicina, hubo que evacuarla en una madrugada y trasladar a los muchachos a esa hora para la antigua Escuela de Enfermeras (edificio que ocupa hoy Radio Ciudad del Mar), donde había locales disponibles pues se había inaugurado ya el Politécnico de la Salud.

Pero pronto se necesitaron nuevas capacidades. Se dispuso de nuevas camas en salas que iban quedando vacías al unir servicios, sobre todo quirúrgicos por el cierre de las operaciones electivas. Se habilitaron las salas con un rango entre 40 a 57 camas, designándose equipos médicos y enfermeros fijos en cada una, al frente de las cuales estaba, en la gran mayoría de los casos, un especialista o residente de Medicina Interna. Como se dijo, se abrió una sala de Cuidados Intermedios de 18 camas, también con un grupo fijo de trabajo de experiencia en atención a graves, en una parte de la Sala de Cirugía Reconstructiva y Quemados. Se utilizaron las ocho camas de la Unidad de Cuidados Intensivos para la atención de los pacientes más graves.

La labor de todo el personal médico del hospital, independientemente de su especialidad, más un grupo de médicos del municipio de Cienfuegos, así como de internos y estudiantes de medicina, fue muy profesional y abnegada. La duración de los turnos de trabajo se alargó, en dependencia de las necesidades y la frecuencia de las guardias se acortó mucho. Ni hablar que en ese entonces hubiera sido posible ni descanso preguardia ni posguardia. Es que tampoco ese tipo de organización se soñó hasta tiempos relativamente recientes. En ocasiones hubo casi que obligar a descansar a compañeros valiosos, por estar prácticamente agotados en medio del intenso trabajo. Curiosamente, no hubo morbilidad por dengue entre los que asistieron y cuidaron de los enfermos durante la epidemia. Como anécdota que se divulgó, fue la excepción de un médico que presentó una forma benigna de dengue, posiblemente debido a que había estado cumpliendo una misión internacionalista fuera del país cuando la epidemia de 1977.

La ola de ingresos que se produjo para cumplimentar la indicación del MINSAP de ingresar a todos los casos febriles sospechosos de dengue -conocida también como la del dengue epidemiológico-, requirió de la preparación rápida de condiciones para admitir pacientes en sitios no habitualmente dispuestos para ello. Se trajeron pequeñas camas de centros escolares internos, con sus mosquiteros y se ubicaron en los más diversos lugares. Entre los nuevos sitios habilitados, estuvo un local habitualmente abierto que se utilizaba de cafetería en el segundo piso (donde hoy radica la UCI quirúrgica), que se cerró con grandes mallas laterales y se le instalaron decenas de esas camas mencionadas, local que se bautizó, internamente, como "el pollero", al frente del cual se designó a un competente residente de Medicina Interna que hacía su primer año de la especialidad en el Policlínico Docente Área 4.

En los momentos del "pico" de la epidemia, el hospital llegó a contar en total con alrededor de 1 000 camas disponibles para ingresos. A partir de entonces, y con frecuencia, se han empleado en el país indicaciones ministeriales similares de "hospitalizar las epidemias", incluso en el caso de enfermedades no graves, decisión cuyo

cumplimiento ha sido polémico en ocasiones, con diversas discrepancias sobre todo entre salubristas, epidemiólogos y clínicos y que han resultado en adecuaciones locales lógicas, sin perder la esencia de las disposiciones.

A todos los enfermos se les confeccionó una historia clínica completa, según los modelos vigentes en el país. Los pases de visita se realizaban en conjunto y sistemáticamente cada tres o cuatro horas, incluyendo las noches, cuando se priorizaba la vigilancia de los pacientes que se encontraban entre el tercero y el séptimo días de fiebre, sobre todo tratando de identificar precozmente síntomas de hipovolemia u otros de "alarma" clínica, para su manejo precoz y valorar la necesidad de traslado a unidades de mayores cuidados. Se puso de moda, más que nunca, además de conversar con los enfermos -incluso en las madrugadas-, tocarlos para identificar hipertermias importantes o, por el contrario, si estaban fríos y sudorosos, como signos de posibles hipovolemias que había que tratar precozmente, lo que se indicaba al personal médico y de enfermería, procedimiento que pronto se calificó "jocosamente" como "pasarles la mano".

Se elaboró una guía clínica general para la atención de los ingresados, a partir de las indicaciones recibidas, la revisión de la literatura y adecuaciones correspondientes a las características de la institución, confeccionada por los especialistas más calificados, y que fue ampliamente divulgada. Desde el inicio de la epidemia se establecieron los criterios de ingreso o traslado a las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios, así como los criterios de alta.

En total se ingresaron unos 2 300 enfermos adultos, de los cuales 14 requirieron Cuidados Intensivos –sin contar los niños que venían trasladados del Hospital Pediátrico- por diversas complicaciones. La mayoría por *shock* hipovolémico, pero también por manifestaciones hemorrágicas importantes, arritmias cardíacas y derrames serosos. Cuatro mujeres, en las que coincidió el parto con el cuadro clínico del dengue, se trasladaron del Hospital de Maternidad directamente a Terapia Intensiva, porque sufrieron complicaciones hemorrágicas dramáticas después del alumbramiento, con sangrados vaginales copiosos y en un caso, un hematoma gigante en el sitio de la episiorrafia.

Solo hubo que lamentar una fallecida en toda la epidemia. Se trataba de una enferma de 26 años que presentó en una madrugada, ya hospitalizada, una ruptura espontánea del bazo con gran hemoperitoneo en el acmé de la enfermedad, por lo que tuvo que ser intervenida de urgencia y esplenectomizada en un acto quirúrgico muy laborioso que requirió de múltiples transfusiones de hemoderivados. Fue evaluada por el equipo multidisciplinario más calificado del hospital en repetidas ocasiones. Inclusive fue motivo de interconsulta en dos ocasiones con expertos del nivel nacional que nos visitaron -como lo hacían con todas las provincias-, que poco aportaron, después de conocer la conducta seguida. Esta paciente (Mercedes) presentó serias complicaciones que incluyeron *distress* respiratorio, insuficiencia renal aguda, edema cerebral y arritmias cardíacas graves (varios episodios de taquicardia y fibrilación ventricular), que requirieron de nuevas transfusiones de hemoderivados, ventilación mecánica prolongada, métodos depuradores dialíticos, entre otras medidas; falleció a las dos semanas de ingresada en el hospital, prácticamente todo el tiempo en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Como dato adicional, el Servicio de Medicina Interna, al cual se le asignaban las camas utilizadas, estableció un record de 7 897 ingresos en todo el año 1981 debido a los 2 277 registrados en la epidemia, número que no ha sido superado desde entonces, en casi 35 años de actividad hospitalaria. El promedio diario de camas reales dedicadas a la epidemia fue de 236, 6 y el promedio diario de ingresos y egresos en esa etapa fue de 36, con cifras muy superiores en los días del pico de la epidemia.

Consulta externa

En medio de la epidemia de dengue, se creó una consulta para el seguimiento de los egresados, especialmente para los pacientes que habían presentado formas más floridas y graves de la enfermedad, consulta que era ofrecida por un grupo de médicos que participaban también en la atención de los hospitalizados con dengue y que se mantuvo por cerca de un año. Se justificaba porque se desconocía qué consecuencias podrían quedar en estos enfermos a mediano y largo plazo.

La docencia

Se puede afirmar que la principal fuente de conocimientos, habilidades y valores adquiridos durante esta epidemia la constituyó la

"educación en el trabajo", a través de la participación activa de todos –cada cual según su nivel y funciones- en la asistencia a los enfermos de una condición previamente no vista en el país.

A lo anterior se unió la amplia diseminación de conocimientos e intercambios en múltiples actividades colectivas de diferentes formatos celebradas en el hospital, así como los materiales entregados para su estudio. En otras palabras, se llevó a cabo, simultáneamente un proceso de capacitación intenso y muy productivo, que fue un magnífico soporte para el éxito de las acciones planificadas y realizadas durante el tiempo que duró la epidemia y más allá, para la formación profesional de los que participaron en esta "gesta", que a partir de entonces ya no fueron iguales, fueron mejores.

La investigación

Desde muy temprano, al identificar un problema de salud nuevo, muchas interrogantes surgieron, entre ellas:

- ¿Cuáles eran los síntomas y signos más frecuentes en estos pacientes?
- ¿Qué grupos de población tenían mayor riesgo de presentar las formas graves de la enfermedad?
- ¿Cómo utilizar e interpretar adecuadamente los exámenes complementarios al alcance entonces en dichos enfermos?
- ¿Cómo prevenir y tratar las complicaciones de este cuadro clínico?

Para dar respuestas a estas preguntas, se planificó rápidamente y sobre la marcha, un estudio descriptivo de serie de casos (al final abarcó 997 enfermos), donde se recogieran los aspectos fundamentales de la experiencia clínica alcanzada por el hospital en la atención de los enfermos hospitalizados, que reunían los criterios de la OMS de 1975 para catalogar un paciente con fiebre hemorrágica dengue. Se elaboró un formulario que se adicionaba como la primera hoja de la historia clínica de los pacientes, para ser llenado al egreso por los médicos de asistencia previamente adiestrados. Estos documentos fueron posteriormente revisados por los principales investigadores. Con la cooperación de ingenieros del Centro de Cálculo de la antigua Fábrica de Fertilizantes Nitrogenados de Cienfuegos, los datos se llevaron a tarjetas perforadas y se procesaron en una computadora CID 201B adquirida recientemente por esa empresa.

Los resultados de este estudio permitieron que la caracterización de los pacientes que reunían los criterios aceptados entonces por la OMS de fiebre hemorrágica dengue no quedara solo en anécdotas. Además, el informe final de este trabajo obtuvo Mención en el Concurso Premio Anual de la Salud de 1981 (entonces solo se otorgaban un premio y dos menciones), primera vez que una institución asistencial de una provincia alcanzaba ese reconocimiento, iniciando así el exitoso camino que ha transitado el hospital en tan importante certamen de las Ciencias Médicas en Cuba. Como elemento distintivo y reflejo de la integración que existió, el informe final de esta investigación contó con la autoría colectiva de 26 profesionales médicos de las más diversas especialidades y un ingeniero químico que se encargó de los procedimientos estadísticos y de computación.

Conjuntamente, se llevaron a cabo varias investigaciones adicionales, sobre hallazgos muy interesantes y originales constatados a través de exámenes complementarios realizados en pacientes atendidos durante la epidemia e interpretados por los especialistas correspondientes. Entre ellos, electrocardiogramas, radiografías simples de tórax, electroencefalogramas y medulogramas. Parte de la investigación general, estudiando algunos aspectos particulares, constituyó la tesis de terminación de la especialidad de un residente de Medicina Interna.

En el III Congreso de Medicina Interna, celebrado en el Palacio de Convenciones de La Habana en noviembre de 1981, se desarrolló, por invitación, una mesa redonda muy exitosa sobre dengue, por cinco especialistas del hospital, cuyo propósito era la presentación a la comunidad científica nacional de los principales resultados de las investigaciones llevadas a cabo en el centro durante la epidemia. En el tiempo dedicado al debate de esa actividad se produjeron varias intervenciones por personalidades de la medicina cubana, entre ellas una que se pudiera catalogar como histórica, pues fue la primera comunicación de los resultados de la aplicación de un producto biotecnológico (el Interferón) obtenido en los laboratorios del país, en un grupo de pacientes con dengue en los que se encontró enzimas hepáticas elevadas y su posterior evolución. En ese entonces se grababan en *cassettes* las principales presentaciones en los eventos y luego

se vendían en el propio Palacio. Modestia aparte, esta mesa fue la más demandada en las ventas realizadas durante el congreso.

Además, en ese propio evento se presentaron como temas libres o carteles seis resultados más, a partir de las investigaciones sobre aspectos más específicos en el estudio de los casos ingresados.

Por diversas causas que no es del caso comentar aquí, no se logró concretar un proyecto de investigación que iba dirigido a recoger las experiencias en el seguimiento de los pacientes egresados en consulta externa, para la vigilancia y detección de consecuencias posteriores, basado en la hipótesis de que los enfermos más complicados de la epidemia tenían muy probablemente una mayor predisposición a padecer de entidades inmunológicas con manifestaciones sistémicas más disímiles. De hecho, las observaciones clínicas posteriores sugirieron –aunque anecdóticas- un incremento de casos nuevos de algunas, como el lupus eritematoso sistémico, "casualmente" con mecanismos de producción similares.

Fin de la epidemia

En el mes de octubre de 1981 el propio Fidel anunció el fin de la epidemia –sin dudas, la más dramática y explosiva ocurrida en nuestra patria- después de un tiempo prudencial del reporte del último caso, gracias al esfuerzo de los trabajadores de la salud y el apoyo del Partido, el Gobierno y todo el pueblo. Nuestro Sistema Nacional de Salud pasó airoso esta prueba. Quedó pendiente la tarea de *"la erradicación del Aedes aegypti o reducirlo y controlarlo a mínimos tales que resultara inofensivo..."*

El hospital volvió poco a poco a la normalidad, los servicios que se habían interrumpido se reabrieron, el nuevo curso 1981-1982 comenzó sin afectaciones, se fueron dando cortas vacaciones de manera escalonada a los trabajadores, se hicieron celebraciones donde participaron sobre todo los que más se habían destacado/sacrificado/aportado durante la epidemia; los resultados obtenidos en el trabajo del hospital hicieron que la institución ganara en prestigio y visibilidad, se compartió la satisfacción del deber cumplido, el colectivo de trabajadores se sintió más unido en su diversidad.

A pesar de todo, quedaron algunas insatisfacciones:

- No publicación de los resultados originales obtenidos en las investigaciones realizadas, en parte por inexperiencia y no tener noción de su importancia para el futuro, a lo que se sumó la excesiva confianza en una promesa por autoridades sectoriales nacionales de la publicación de una monografía con el trabajo que obtuvo Mención en el Concurso Premio Anual Nacional de la Salud en 1981, que nunca se cumplió, aunque parte de la información se utilizó por otros.
- No se cumplimentó el proyecto de investigación de seguimiento de los enfermos egresados

De todas formas, no se puede negar que este memorable episodio constituyó una de las victorias más importantes alcanzadas por el hospital –que además acogió, como ejemplo de integración y solidaridad fraterna, los casos más graves de los hospitales de maternidad y pediátrico-, en el camino de ser símbolo de la salud, la vida y la felicidad de los cienfuegueros

Dr. Alfredo Espinosa Brito.
Cienfuegos, 14 de febrero de 2014.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS