

11222
201.14



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios Superiores

Secretaría de Salud

Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación

ESTUDIO CLINICO RETROSPECTIVO DE POLIOMIELITIS EN EL PERIODO COM- PRENDIDO 1977-1986, EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO.

Tesis de Postgrado

Presentada por:

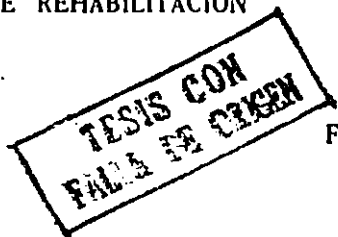
Dr. José Reyes Sánchez Domínguez

para obtener el título de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA
DE REHABILITACION

México, D. F.

Febrero 1988





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

CAPITULO	I	INTRODUCCION
CAPITULO	II	GENERALIDADES
CAPITULO	III	OBJETIVOS
CAPITULO	IV	MATERIAL Y METODOS
CAPITULO	V	RESULTADOS
RESUMEN	VI	RESUMEN
CAPITULO	VI	REFERENCIAS

INTRODUCCION

Se piensa que la poliomielitis ha disminuido en nuestro -- país y comienza a dejar de ser un problema de salud pública en México. (13)

A dos siglos de la descripción clínica de la poliomielitis-- y a 28 años de vacunas eficaces de dicha enfermedad continúa cobrando víctimas principalmente en zonas de países en subdesarrollo enmarcándose en una epidemia tropical. (8)

La poliomielitis como infección ha causado en toda su trayectoria algunas controversias en relación al aspecto clínico y patológico no obstante sigue siendo un tanto difícil -- diagnosticar la enfermedad en el período agudo ya que en la mayoría de los casos no son tratados por un facultativo en dicho período, siendo difícil tomarse muestras de L.C.R. y de heces para su diagnóstico por laboratorio por lo tanto -- el diagnóstico sigue siendo fundamentalmente clínico reu-- niendo las características específicas como distribución de la parálisis segmentaria.

Pero no deja de ocupar un lugar importante dentro de las enfermedades que causan diversos grados de invalidez, cursando en la mayoría de los casos con limitación en las actividades de la vida diaria en diversos grados de severidad, y a pesar de que en la actualidad se han logrado grandes avances con las campañas de vacunación, siendo de esta manera -- que existan pocos casos registrados en el Hospital Infantil de México a últimas fechas.

Existen datos en la bibliografía que a partir de 1980-81 se han obtenido éxitos notables al reducir las tasas de morbilidad siendo un record en la historia de la poliomielitis.-- (3)

Tradicionalmente se ha sostenido, que la enfermedad ataca - principalmente a las comunidades donde se está mejorando el saneamiento; cuando la poliomielitis emergió en las décadas de los 40-50 y aún sin mejoría ostensible de las condiciones higiénicas. (5)

La presente tesis tiene como finalidad, corroborar las siguientes hipótesis.

La poliomielitis anterior aguda ha disminuido en forma ostensible en los últimos años en el Hospital Infantil de México.

En forma indirecta al presente estudio, las secuelas son menores cuando el tiempo de evolución es más corto y el inicio de tratamiento es más temprano.

La mayor prevalencia de casos es de 0 - 5 años.

En un alto porcentaje del período agudo de poliomielitis, - la invasión viral se manifiesta clínicamente.

El tipo clínico predominante en la poliomielitis anterior aguda es el espinal.

La relación entre dosis de vacuna recibida y la aparición - de poliomielitis es significativa.

GENERALIDADES

Etimológicamente: Poliomiélitis del griego; polios-gris, -mielos-médula, itis-inflamación, anterior; porque precisamente lesiona las astas anteriores de la médula, y aguda para diferenciarla de la enfermedad de Aran-Duchene, Oppenheim. (12)

Como definición podemos decir que: Es una enfermedad infectocontagiosa, sistémica, producida por un virus filtrable - que ataca inicialmente el tracto digestivo y/o respiratorio y secundariamente al sistema nervioso central.

Su sinonimia.- Parálisis infantil

Parálisis infantil epidémica

Parálisis esencial de los niños

Parálisis atrófica aguda

Enfermedad de Heine-Medin

Parálisis espinal infantil.

HISTORIA: A una distancia de dos centurias de la descripción de la poliomiélitis; Underwood.- Reporta los primeros casos de la enfermedad en la literatura médica en 1780 (Inglaterra).

A casi un siglo y medio del descubrimiento de su naturaleza epidémica; Heine.- En 1840 estudia casos aislados de poliomiélitis denominándola parálisis infantil. (1)

Medin.- Describe la primera epidemia de 44 casos en Estocolmo (1877). En una segunda etapa: En 1909 se comprueba que - la enfermedad es producida por un virus filtrable.

En 1940.- Se comprueba que el virus llega por el agua y alimentos contaminados.

1949-1950.- Howe estudia en detalle las lesiones nerviosas en monos inoculados con el virus. Enders en el mismo año - consigue aislar el virus de la poliomiélitis, cultivándolo en un medio adecuado.

Salk en 1954, en la Universidad de Pittsburg dedica sus esfuerzos a la preparación de una vacuna, en ese mismo año se aplica la vacuna con virus muertos a 200 745 niños escolares, lográndose proteger a más 80% de los niños vacunados.-
(5)

En la Universidad de Cincinnati, Sabin en 1950 prepara una - vacuna con virus vivos y atenuados.

Desde el inicio de la vacunación masiva, fueron muchas las publicaciones que señalaron el descenso en la incidencia de este padecimiento en todo el mundo. Se conoce que a través de las medidas preventivas es posible el control de una de las enfermedades más terribles de nuestro siglo.

El hombre es el único reservorio del virus, las epidemias - se han producido en los meses de verano y otoño. El período de incubación es de 6-20 días con un promedio de 12, el período de transmisibilidad se considera de 7-15 días, desde el período prodrómico hasta el fin de la fase aguda. Ataca preferentemente al grupo de edad que se encuentra entre 0-5 años de edad. No hay preferencia por el sexo.

La relación existente entre las formas asintomáticas o inaparentes y las formas clínicas aparentes es aproximadamente de 100x1.

La prevención primaria.- Promoción de la salud.

Protección específica; inmunización activa con vacuna trivalente, tres dosis a intervalos-

de ocho semanas y dosis de refuerzo al año. Programas periódicos de vacunación a niños de 0-4 años, inmunizando al 80% para limitar la circulación de cepas "salvajes" de virus de polio por sustitución con cepas atenuadas.

Prevención secundaria.- Diagnóstico:

- a) cuadro clínico
- b) obtención de virus en heces o en faringe.
- c) aumento de anticuerpos específicos.

Etiología.- Virus filtrable de 10-15 milimicras, se han descrito hasta 200 razas, tomándose en consideración sólo tres tipos de razas: Por sus propiedades antigénicas;

El tipo I o Brunhilde

El tipo II o Lansing

El tipo III o Leo

Además de otros enterovirus como el Coxackie y grupos del - Echo.

No hay inmunidad cruzada entre los diversos virus de la polio, de este modo la infección puede reaparecer en el mismo paciente. La enfermedad paralítica indistinguible desde los puntos de vista clínico y patológico de la poliomiélitis, - puede ser producida por otros miembros del grupo de enterovirus y pueden ser aislados de tejidos tisulares.

Tipos clínicos por el sitio de lesión:

Espinal.- Es el más frecuente, con paresia o parálisis de - las extremidades, tipo paraplejías o monoplejías predominantemente. Es típicamente irregular, asimétrica y segmentaria,

los grupos musculares proximales son más afectados que los distales. La forma espinal alta es la más grave por el compromiso respiratorio.

Bulbar.— Esta se presenta con ataque al centro respiratorio, con alteraciones en el ritmo y la profundidad, inadecuada ventilación pulmonar, cambios en la circulación (palidez o enrojecimiento) con lesión de los núcleos de los pares craneales. Causando disfonía, paresia del paladar y de las cuerdas vocales, incluso hipoxia.

Bulboespinal.— Se caracteriza por la suma de síntomas correspondientes al tronco cerebral y a la médula espinal.

Encefálico.— Es la menos frecuente, se asocia a las formas bulbar o bulboespinal, y se presenta con síntomas tales como: desorientación, hiperirritabilidad, somnolencia, estupor, coma y ocasionalmente convulsiones.

Abortiva.— Enfermedad de 1-3 días de duración, generalmente asociada a malestar general, anorexia, dolor faríngeo, tos, coriza, náuseas, cefaleas, constipación, dolor abdominal y síndrome febril. Esta forma no es diagnosticable, es la más frecuente y la que produce inmunidad natural.

No paralítica.— Se presentan los mismos síntomas que en la abortiva aunándose datos de invasión al SNC (irritación meníngea), rigidez de nuca, espalda y flexores de rodillas, signos de Kerning y Brudzinsky, alteraciones del líquido cefalorraquídeo, afectación de los pares craneales V y IX. Esta forma se diagnostica cuando existen otros casos de polio mielitis y en épocas de epidemias.(9)

Paralítica.— A ésta se agrega debilidad o parálisis de uno o más grupos musculares y en forma asimétrica.(1)

Patología.- Existe lesión directa por efectos tóxicos del virus o indirecta por isquemia edema o hemorragia del tejido glial de sostén.

Las neuronas motoras se hinchan y la substancia de nissl - de su citoplasma sufre cromatolisis. Aparece una reacción - inflamatoria con infiltración de células polimorfonucleares y mononucleares en la substancia gris, sobretodo en las zonas perivasculares. Los cuerpos necróticos son reemplazados por tejido cicatrizal.

La afección de la célula del cuerno anterior, varía desde - la lesión mínima con inhibición temporal de la actividad metabólica y recuperación rápida, hasta la destrucción completa e irreparable.

La parálisis es de tipo flácido y las unidades motoras individuales siguen la ley del "todo o nada" porque el virus afecta a la célula del cuerno anterior más que al músculo.- (6)

El porcentaje de unidades motoras varía y la debilidad muscular resultante es proporcional al número de unidades motoras que se pierda; las unidades motoras funcionales residuales se denominan unidades neuromusculares de guía, y tienen importancia particular en la conservación de patrones de movimientos de los músculos individuales o de los grupos musculares durante la etapa de recuperación.

La normalización del poder muscular depende de manera primordial de la recuperación de las células del cuerno anterior de la médula espinal que han sido lesionadas, pero no destruidas. Los dos factores primarios que hay que considerar en el pronóstico son: Gravedad de la parálisis inicial y difusión de la distribución regional. Si la parálisis to-

tal del músculo persiste más allá del segundo mes, será probable la destrucción de las células motoras y muy pobre la probabilidad de recuperación importante del funcionamiento. Si la parálisis inicial es parcial el pronóstico será mejor. (14)

La evolución de la enfermedad se subdivide en las siguientes etapas:

Fase aguda.- Que dura entre 5 y 10 días y se subdivide en fase preparalítica. Se considera que la fase aguda termina 48 horas después de la recuperación de la temperatura normal.

Fase convaleciente.- Abarca el período de 16 meses después de la fase aguda; ocurre un grado variable de recuperación espontánea del poder muscular. Esta fase se subdivide en fase de sensibilidad que dura entre dos semanas y varios meses, y se caracteriza por hipersensibilidad de los músculos que están sensibles y (en espasmo), fase de insensibilidad en la cual los músculos son insensibles pero aún se encuentran en período de recuperación. Fase crónica o residual (secuelas) es la etapa final de la enfermedad después de que ha ocurrido la recuperación y el poder muscular y abarca el resto de la vida del paciente después del período de convalecencia. (14)

Existe una estrecha relación con factores que en el pasado y presente han intervenido para determinar la ocurrencia de la enfermedad y su comportamiento epidemiológico.

La poliomielitis se constituye como una endemia netamente tropical, lo que se ha atribuido por algunos autores a fallas de la vacuna oral tipo sabin, algunas de ellas de naturaleza biológica, encontradas en dichas regiones. Al hacer

un análisis de las múltiples causas en las zonas intertropicales de México y Brasil donde hasta fines de la década pasada la enfermedad venía registrando alzas epidémicas bianuales con una resistencia notable a los programas de vacunación. (2,11)

A semejanza de lo que ha sido descrito en otras regiones - del mundo, en México la poliomielitis está atacando constantemente a los grupos marginales de grandes centros de población, se sabe que los grandes focos son las áreas marginales de las ciudades, más no en quienes se presenta el problema; en los recién llegados o los que residen desde algún tiempo atrás. En latinoamérica y en especial el caso de México, la poliomielitis ha sido y continúa siendo una infección infantil, incidiendo en la gran mayoría de los casos en la población menor de tres años, donde esto apenas - ha variado en el curso de los últimos diez años.(8)

Es importante analizar la forma en que persiste la poliomielitis a pesar de los programas de vacunación. Por lo que si nuestro problema es infantil, el éxito o fracaso de la inmunización tendrán relación con lo factible de alcanzar a la población desde su edad inicial.(4)

En México durante 1981-1983 la poliomielitis ha dado tregua tras un programa de dosis única de vacuna monotípica que - fue producida en el Instituto Nacional de Virología en México, seguido de actividades permanentes de vacuna trivalente.(5)

La morbilidad ha disminuido al nivel más bajo del que haya existido desde los años cincuentas. A principios de 1977 - México inició un vigoroso esfuerzo para implantar un carnet obligatorio de inmunizaciones pediátricas denominado "carti

lla nacional de vacunación" lo que ha probado ser útil para reforzar la respuesta de la comunidad en la administración--continua de los agentes inmunoprofilácticos en los centros--de salud. Con todo esto el concepto de que la vacunación --oral es una medida eficaz que expulsa de las comunidades a--los agentes de la poliomiélitis.

El manejo Rehabilitatorio de la poliomiélitis será de acuer--do a cada fase o período clínico; en el período agudo se --pretende disminuir o mitigar el dolor, evitar al máximo las deformidades potenciales consecuentes a la parálisis.(?)

En la fase de convalecencia correspondiente a la prevención y corrección de las deformidades, restablecer y conservar --límites normales de movimientos articulares y lograr la re--cuperación máxima de los músculos de manera individual.

En la fase de secuelas o fase crónica el proceso rehabilita--torio va encaminado a técnicas más especializadas para co--rregir deformidades ya establecidas; por medio de aparatos--ortésicos y el empleo de cirugía en el caso requerido, con--el consiguiente restablecimiento de las actividades de la --vida diaria haciendo al individuo lo más independiente posi--ble.

MATERIAL Y METODOS

Se procedió a investigar en los libros de registros de consultas de primera vez en el servicio de rehabilitación del Hospital Infantil de México para detectar los casos atendidos y diagnosticados con poliomielitis anterior aguda.

Posterior a esto se revisaron los expedientes clínicos con diagnóstico de poliomielitis anterior aguda, en el archivo de dicho Hospital.

De cada uno de los expedientes clínicos y con el diagnóstico que se pretendía revisar, se obtienen los datos requeridos con los siguientes parámetros.

1. GRUPOS DE EDAD
 - 1.1. 0-11 meses
 - 1.2. 1- 4 años
 - 1.3. 5-10 años
 - 1.4. 10-más años
2. SEXO
 - 2.1. masculino
 - 2.2. femenino
3. DOSIS
 - 3.1. ninguna
 - 3.2. una
 - 3.3. dos
 - 3.4. tres
 - 3.5. n. datos

4. DATOS DE INFECCION

- 4.1. respiratoria
- 4.2. gastrointestinal
- 4.3. no hay
- 4.4. no hay datos

5. TIPO CLINICO

- 5.1. encefálico
- 5.2. bulbar
- 5.3. espinal
- 5.4. mixto
- 5.5. no hay datos

6. DISTRIBUCION TOPOGRAFICA

- 6.1. miembro superior derecho
- 6.2. miembro superior izquierdo
- 6.3. miembro inferior derecho
- 6.4. miembro inferior izquierdo

7. CONTRACTURA

- 7.1. no hay
- 7.2. miembro superior derecho
- 7.3. miembro superior izquierdo
- 7.4. miembro inferior derecho
- 7.5. miembro inferior izquierdo
- 7.6. no hay datos

8. PROMEDIO MUSCULAR

- 8.1. 1 = 15%
- 8.2. 2 = 25%
- 8.3. 3 = 50%
- 8.4. 4 = 75%
- 8.5. 5 = 100%

9. FUNCION DE MIEMBROS SUPERIORES

9.1. si

9.2. no

10. MARCHA

10.1. independiente

10.2. con asistencia

10.3. con aparato corto

10.4. con aparato largo

10.5. con muletas

10.6. en silla de ruedas

11. TIEMPO DE EVOLUCION

11.1. 1 - 6 meses

11.2. 6 - 12 meses

11.3. más de 12 meses

12. TIEMPO DE TRATAMIENTO

12.1. 1 - 11 meses

12.2. 1 - 4 años 11 meses

12.3. 5 - 10 años

13. CONDICION DE ALTA

13.1. excelente

13.2. buena

13.3. regular

13.4. mala

13.5. desertó

13.6. no hay datos

14. LUGAR DE ORIGEN

14.1. por estados de la república.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 255 casos de poliomiелitis, identificados mediante la revisión de expedientes en el Hospital Infantil de México. Los casos fueron diagnosticados entre enero de 1977 y diciembre de 1986.

En la figura (1) se observa como la mayor parte de los casos analizados se registraron en el período de 1977-1979, - (se han establecido tres períodos de registro: 1977-1979, - 1980-1982 y 1983-1986). Así el 43.7% de los 255 casos fueron registrados en el primer período, mientras que en el último sólo se registraron el 18.4% de éstos. La tendencia decreciente en el número de casos de poliomiелitis registrados en el Hospital Infantil puede estar indicando una menor incidencia de esta enfermedad, aunque la comprobación de esta hipótesis no es posible con los datos con que se cuenta en este estudio.

Los pacientes con diagnóstico de poliomiелitis tiene en general de 1 - 4 años de edad (55.3%); son poco frecuentes - los casos de individuos de más de 10 años de edad (7.8%) -- (figura 2). Sin embargo, debe señalarse que se encuentra - una tendencia a que en los períodos más recientes se tenga una proporción mayor de pacientes de más de 4 años de edad, lo que puede ser indicativo de que exista una mejor cobertura de vacunación contra la polio en la población más joven en la actualidad y por lo mismo los casos que se tengan - sean de población de edad más avanzada, que no fueron cubiertos con la vacuna sabin a edad temprana (figura 11- a - b). Sobre este aspecto se volverá más adelante.

La distribución por sexo de los pacientes es muy semejante:

45.5% y 54.5% son hombres (figura 3), sin que se identifiquen cambios sustanciales entre períodos o entre grupos de edad.

En más del 95% de los casos se presenta infección, predominando la que se presenta en las vías respiratorias (67.9%) de los casos estudiados (figura 4).

El tipo clínico que se observa en la mayor parte de los casos es el espinal (85.8%) y en menor medida el bulbar - - (10.4%). Se tiene un 3.8% de casos de tipo mixto (figura - 5).

Respecto al número de dosis de vacuna en los casos con poliomiélitis, en la (figura 6) se puede observar como un - - 43.9% de los pacientes reportaron tener completo su esquema de vacunación (con tres dosis): esto puede estar reflejando una mala aplicación de la vacuna, o de biológicos mal manejados u otras causas.

Al analizar el reporte de los pacientes con respecto a la - dosis de vacuna recibida, se corrobora que un mayor porcentaje en el período más reciente (1983-1986) no habían recibido el esquema completo. (figura 12).

La figura 7, muestra el tiempo de evolución de la enfermedad al presentarse el paciente por primera vez a consulta.- De los datos se destaca que casi la mitad de los pacientes tenían más de un año de evolución cuando acudieron a recibir atención médica en el Hospital Infantil. El efecto de la rehabilitación se tratará más adelante. Este fenómeno - parece haberse acentuado en el último período considerado - en que 60.9% de los casos tienen un tiempo de evolución mayor a un año (figura 8).

En la figura 9, se puede ver como sólo en una pequeña proporción se ven afectados los miembros superiores; por otra parte, casi en proporciones iguales el daño se presenta en uno o en ambos miembros inferiores: 33.6% en el inferior de recho, 29% en el inferior izquierdo y 34% en ambos.

La mayor parte de los pacientes provienen del Distrito Federal y del Estado de México. Sin embargo, destaca que cerca del 40% de los casos tengan su origen en 4 de los estados - más pobres del país, como son: Guerrero, Michoacán, Oaxaca y Puebla (figura 10).

De la revisión de las historias clínicas se obtuvo información sobre el tiempo que duró el tratamiento: en un 80.2% - de los casos éste no fue mayor a un año (figura 13).

Al comparar los tiempos de evolución con los tiempos de tratamiento se concluye que la duración del tratamiento no se ve asociado al tiempo que transcurre hasta que se asiste a recibir atención médica (figura 14). Esto es cualquiera - que sea el tiempo de evolución, la mayor parte de los casos tiene un tratamiento que dura menos de un año.

La pregunta que se establecía anteriormente era acerca del efecto del tiempo de evolución sobre la rehabilitación. Como indicador de ésta se decidió utilizar el diagnóstico de marcha una vez terminado el tratamiento. Considerando el - mejor resultado la marcha independiente y el más desfavorable el uso de silla de ruedas. El resultado del conjunto - de los casos estudiados se presentan en la (figura 15).

Para responder a la interrogante planteada, se procedió a - comparar los resultados de marcha en relación al tiempo de evolución y al tiempo de tratamiento. En la figura 16 se -

presentan las proporciones de casos que tuvieron marcha independiente o con asistencia para las dos variables consideradas (Se asume que estos dos son los resultados más favorables), encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de evolución y la marcha; por el contrario, el tiempo de tratamiento no dio lugar a niveles distintos de rehabilitación figura 17.

PORCENTAJE EN 255 CASOS DE POLIOMIELITIS POR PERIODO.

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

PERIODO

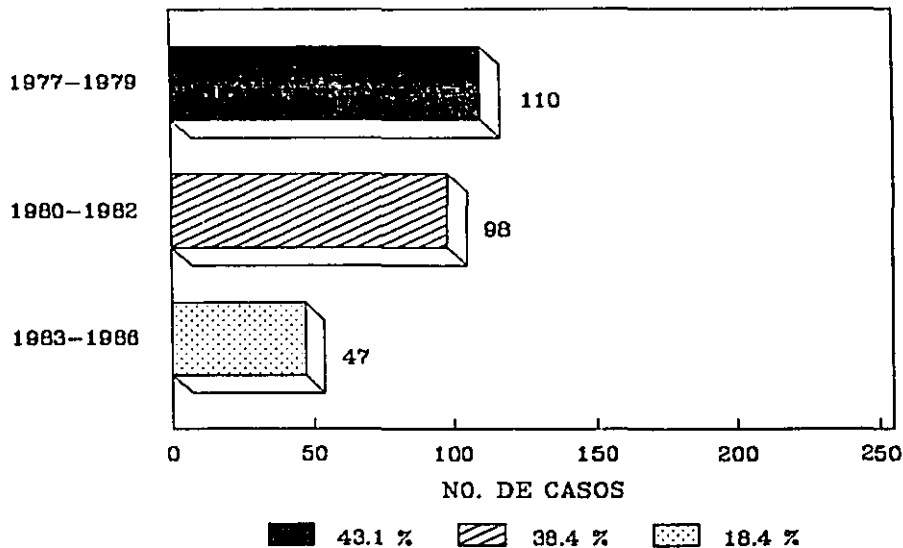


FIGURA 1

**PORCENTAJES EN 255 CASOS DE
POLIOMIELITIS SEGUN EDAD DE LA PACIENTE
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO**

■ 19.2 % ▨ 55.3 % ▩ 17.8 % ▧ 7.8 %

CASOS REGISTRADOS

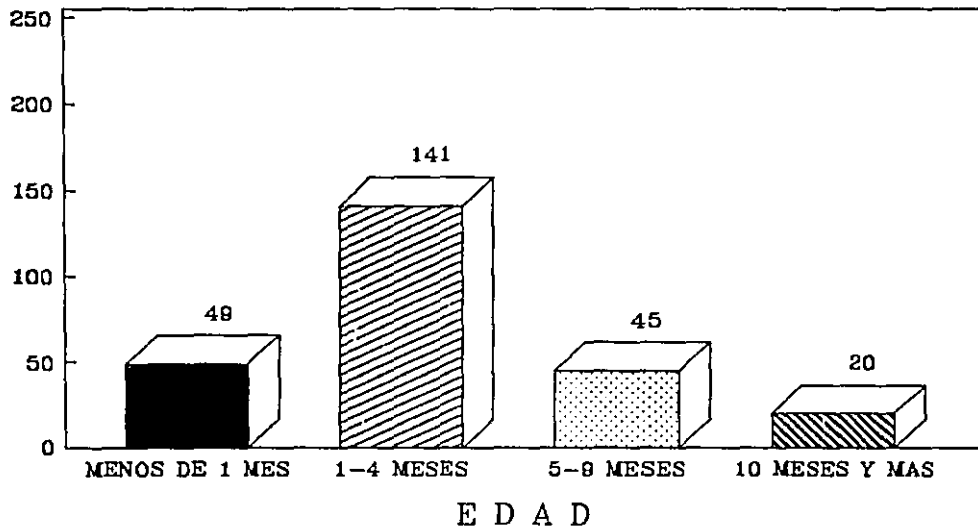


FIGURA 2

PORCENTAJES EN 255 CASOS DE POLIOMIELITIS SEGUN SEXO

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

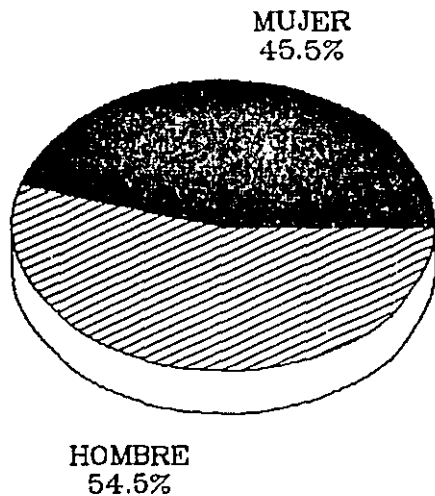


FIGURA 3

**PORCENTAJES EN 255 CASOS DE
POLIOMIELITIS POR MANIFESTACION CLINICA
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO**

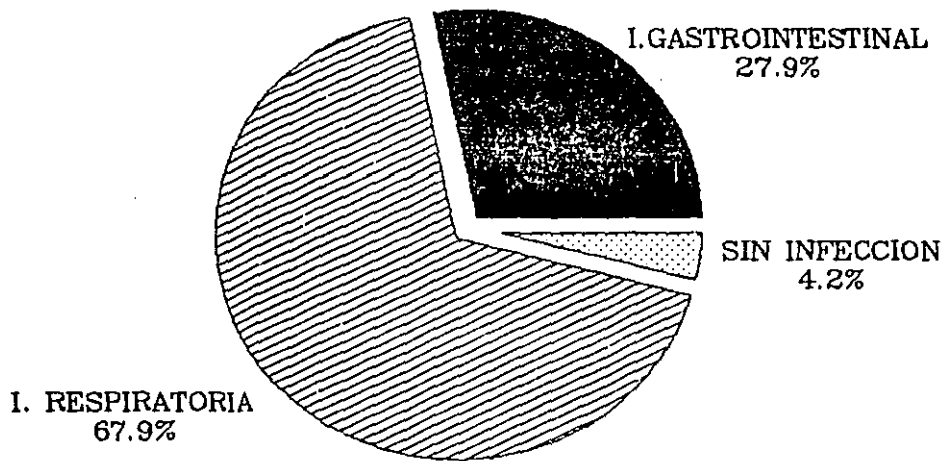


FIGURA 4

PORCENTAJES EN 255 DE CASOS DE POLIOMIELITIS SEGUN TIPO CLINICO.

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

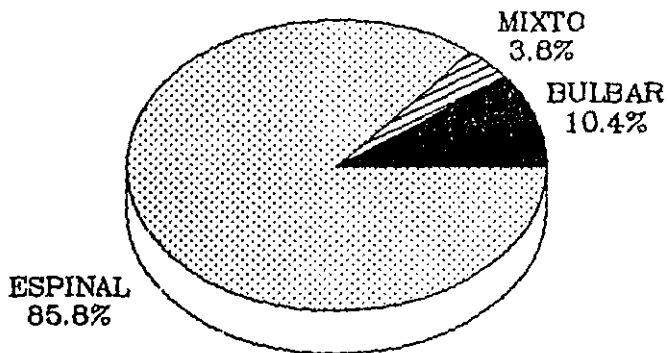


FIGURA 5

PORCENTAJES EN 255 CASOS DE POLIOMIELITIS SEGUN DOSIS DE VACUNACION

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

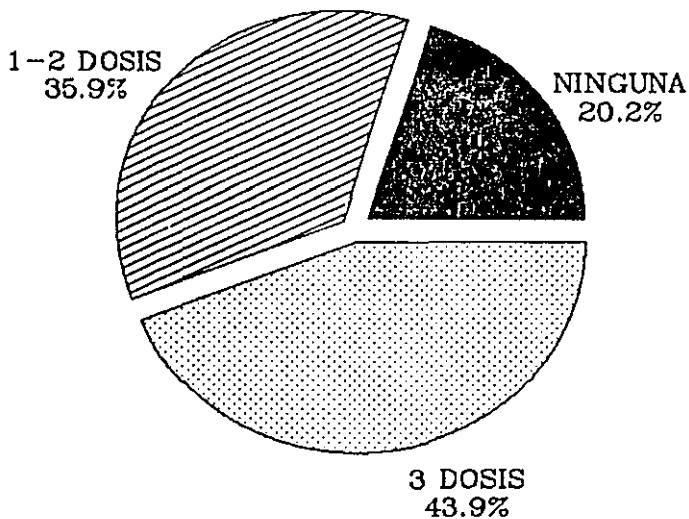


FIGURA 6

PORCENTAJES EN 255 CASOS DE
POLIOMIELITIS SEGUN TIEMPO DE EVOLUCION
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

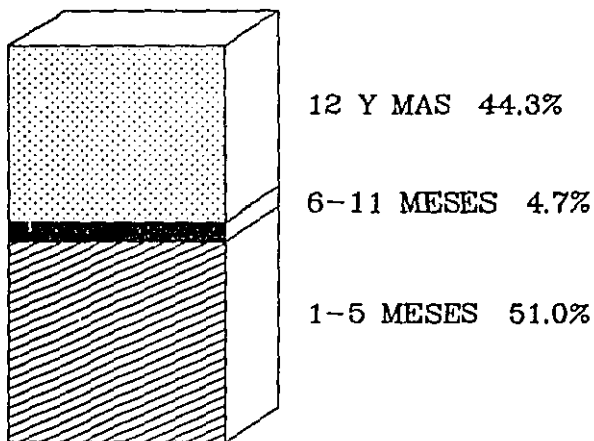


FIGURA 7

PROPORCION DE CASOS CON MAS DE 12 MESES DE EVOLUCION SEGUN PERIODO

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

Nº DE CASOS

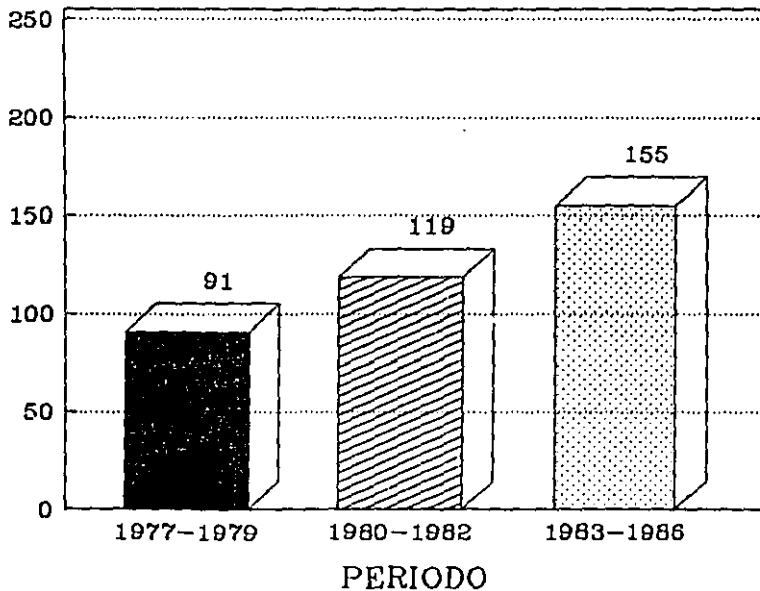


FIGURA 8

CASOS DE POLIOMIELITIS SEGUN DISTRIBUCION TOPOGRAFICA

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

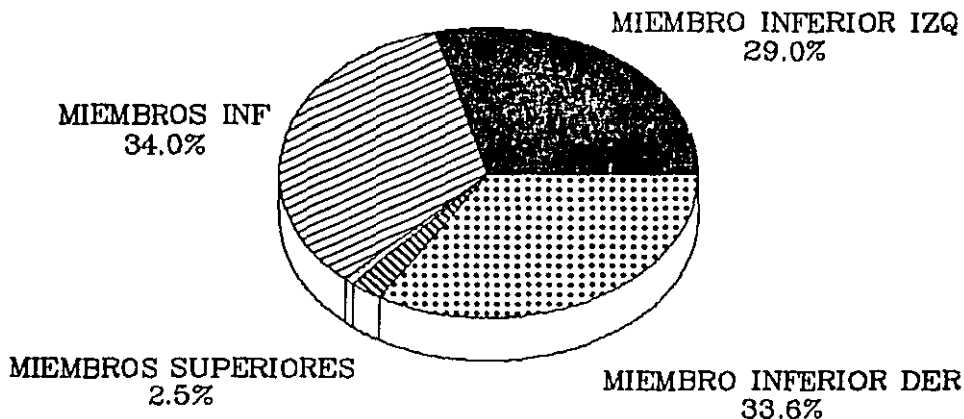
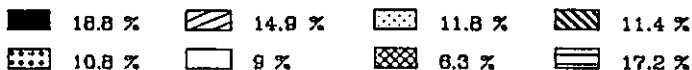


FIGURA 9

PORCENTAJES EN 255 CASOS DE POLIOMIELITIS SEGUN LUGAR DE ORIGEN

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO



ENTIDAD

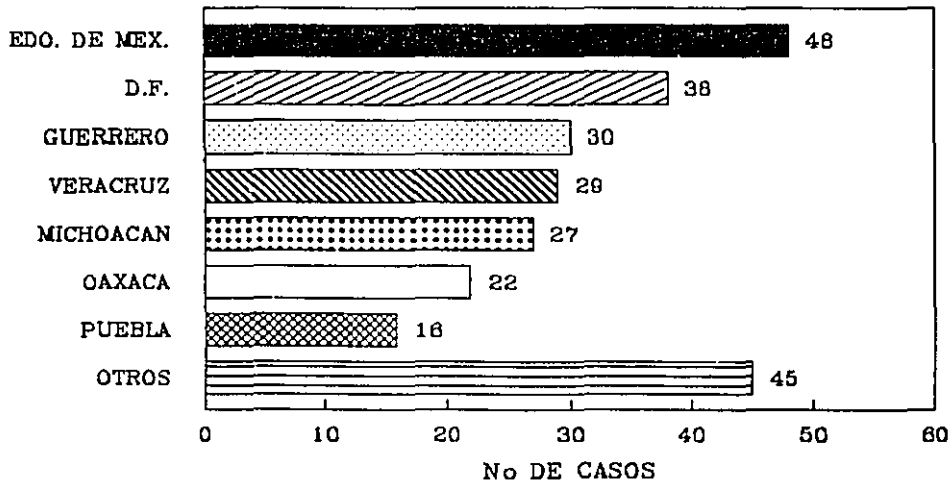


FIGURA 10

PORCENTAJES EN 255 CASOS DE
POLIOMIELITIS SEGUN EDAD PARA 1977-1979.
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

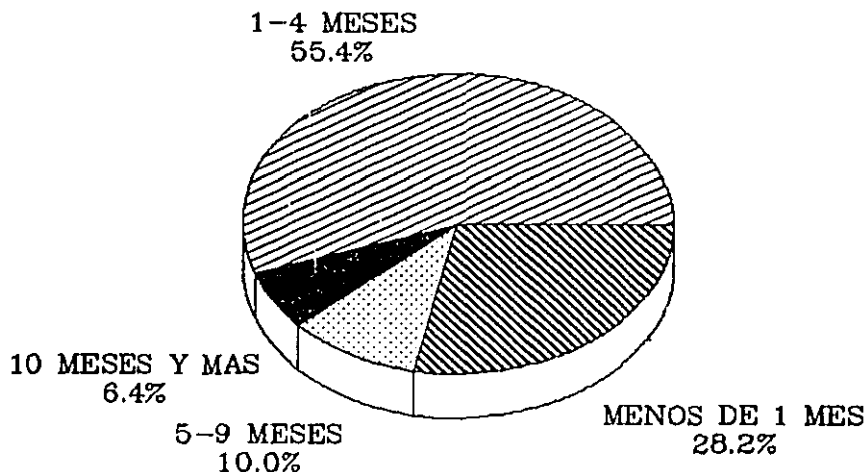


FIGURA 11a.

**PORCENTAJES EN 255 CASOS DE
POLIOMIELITIS SEGUN EDAD PARA 1983-1986
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO**

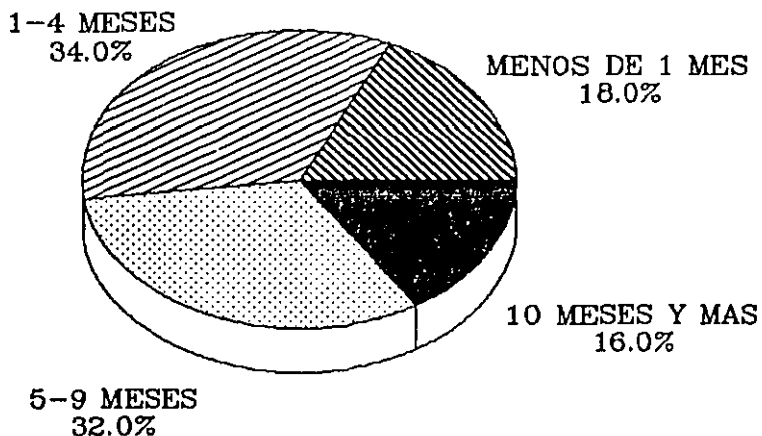


FIGURA 11b.

PROPORCION DE CASOS DE POLIOMIELITIS CON 3 DOSIS DE VACUNA SEGUN PERIODO

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

■ 39.8 % ▨ 35.3 % ▩ 27.5 %

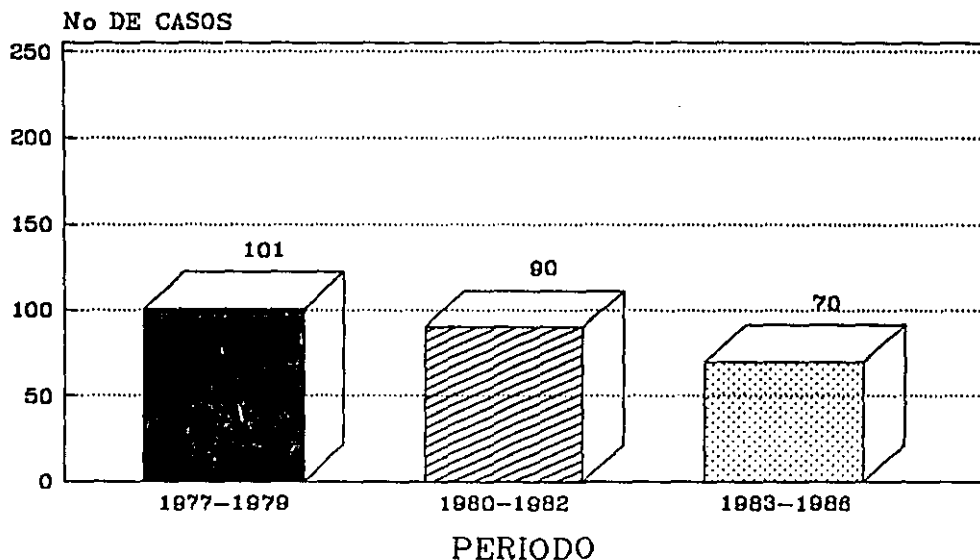


FIGURA 12

PORCENTAJE EN 255 CASOS DE
POLIOMIELITIS POR TIEMPO DE TRATAMIENTO
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
TIEMPO DE TRATAMIENTO

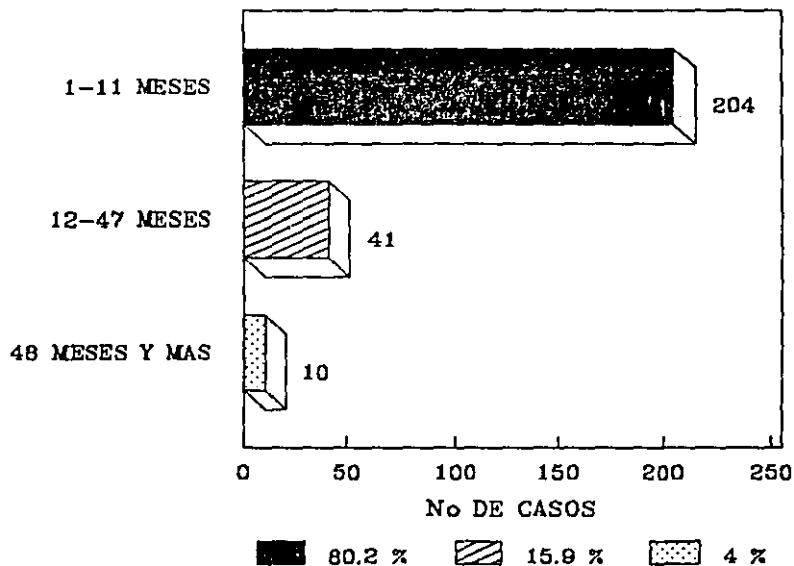


FIGURA 13

PROPORCION DE CASOS CON 1-11 MESES DE TRATAMIENTO SEGUN TIEMPO DE EVOLUCION

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

■ 84.4 % ▨ 81.8 % ▩ 75.7 %

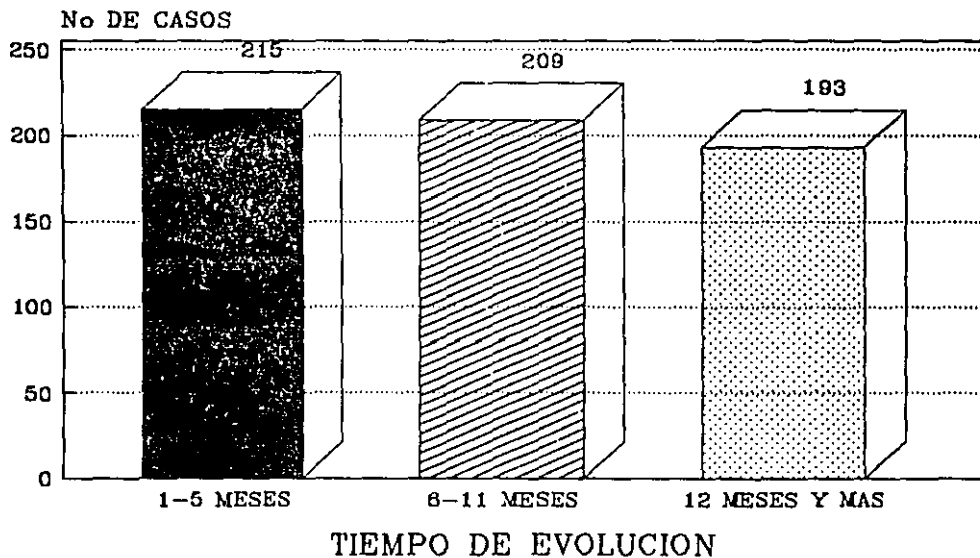


FIGURA 14

**PORCENTAJES EN 255 CASOS DE
POLIOMIELITIS POR DIAGNOSTICO DE MARCHA
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
DIAGNOSTICO DE MARCHA**

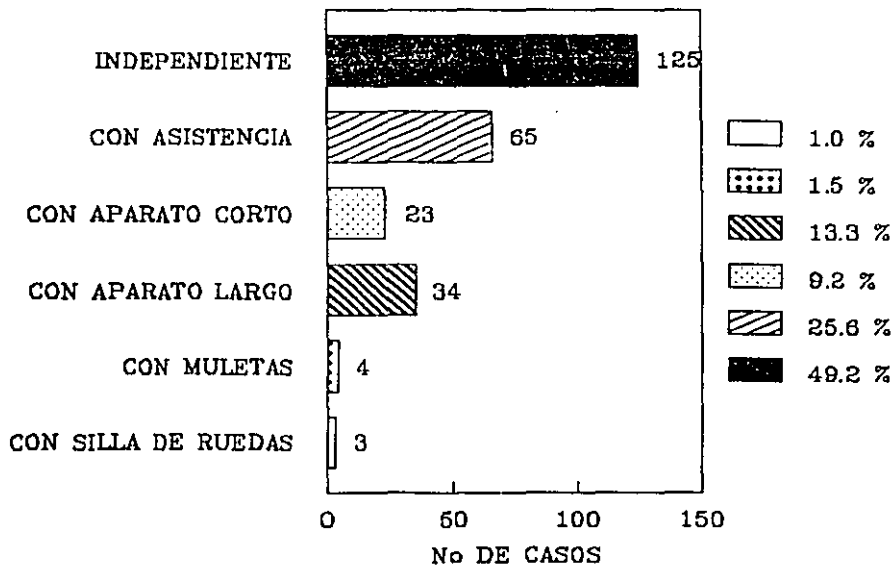


FIGURA 15

**PORCENTAJE EN 255 CASOS DE POLIOMIELITIS
CON MARCHA INDEPENDIENTE SEGUN EVOLUCION**
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

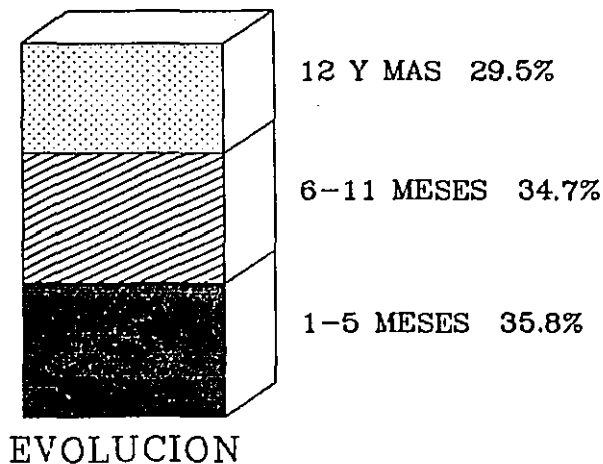
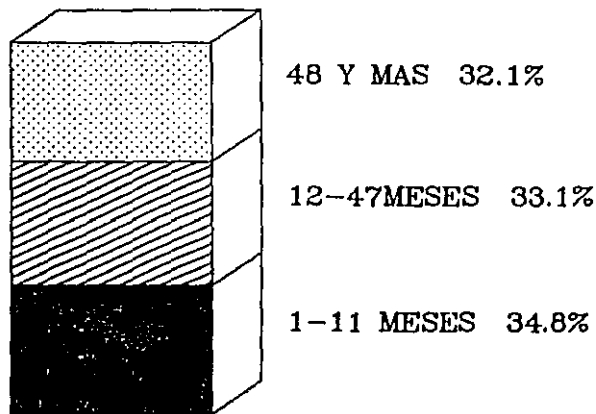


FIGURA 16

PORCENTAJE EN 255 CASOS DE POLIOMIELITIS CON MARCHA INDEPENDIENTE POR TRATAMIENTO

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO



TRATAMIENTO

FIGURA 17

RESUMEN

En los 10 años estudiados se ha llegado a encontrar que la Poliomielitis anterior aguda ha ido disminuyendo conforme a los últimos años de manera notable. Esto basado en la consulta externa del departamento de Rehabilitación del Hospital Infantil de México y es significativo comparado con el primer tercio de la década estudiada. En tanto que existe un predominio en la presentación de los casos de polio en el rango de edad de 1-4 años, en el último tercio de la década existe un mayor número de pacientes mayores de edad con poliomielitis esto es en relación a la primera década.

En cuanto al sexo existe muy poca diferencia en el predominio ni en los grupos de edad, en la gran mayoría de los casos se presentan con manifestaciones de infección y dentro de este marco las de tipo respiratorio, en tanto el tipo clínico espinal tiene predominio sobre los demás. Las inmunizaciones fueron completas en casi la mitad de los pacientes y a pesar de ello presentaron polio. Un caso que despierta curiosidad es que en el período más reciente existe un mayor número de pacientes con el esquema incompleto.

En el último período existe un mayor tiempo de evolución (más de un año) lo que nos indica la existencia de fallas por diversos factores. La distribución topográfica presenta predominio por los miembros inferiores con un porcentaje muy alto, en cuanto a la procedencia; la mayoría de los casos tienen su origen en el Estado de México y el D.F. Probablemente corresponda a una situación migratoria de la población.

El tiempo de evolución no tiene relación con el tiempo de -

tratamiento que es de menos de un año. Cabe señalar que a menos tiempo de evolución; mejores resultados se obtendrán en cuanto a la marcha del paciente, por lo que respecta al tiempo de tratamiento; no tuvo una importante significancia para los resultados de la marcha.

Cabe aclarar que las hipótesis planteadas se corroboran sustancialmente, no obstante que existen algunas fallas que no están a nuestro alcance por lo que se considera un mínimo de error para este estudio.

REFERENCIAS

- 1) Artigas R A F. Secuelas de poliomiéлитis en miembros superiores de los pacientes de los servicios de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y Hospital Infantil de México. - - 1981.
- 2) Bergonignan F X, Henry P, Fleury H, Sainteraillies J, - Roux D, Bonici J F. Prevención de la poliomyélite - - Vaccin vivant ou tué. Reflexions a propos de 2 cas de poliomyélite. P. Med. 13: 37, oct. 1984
- 3) Bernal A. García S A. Liacer A. De Ory F. Tello O. Nájera R. Poliomyelitis in Spain. 1982-1984. Virologic - and Epidemiologic Studies. Am. J. Epidemiology. Vol. - 126:1.
- 4) Bernal A, García S A, Nájera R. 10 años de poliomiéлитis en España 1976-1985. Rev. San. Hig. Pub. 60: 889---900, 1984.
- 5) Fernández de C J. Geonología de la poliomiéлитis en América. Sal. Pub. (Méx). 26: 224-253, 1984.
- 6) Harrison T R. Principles of Internal Medicine. 1712-20, 1981.
- 7) Hernández M G. Revisión de 40 casos de poliomiéлитis - de las extremidades inferiores. Hosp. Inf. (Méx). 1981.

- 8) Ibarra L G. Estudios sobre la relación del desequilibrio de peso con la diferencia de longitud de los miembros inferiores en las secuelas de poliomielitis. Anales de Rehabilitación. Vol. III: 6. Jul. 1957.
- 9) López C F. Poliomielitis sin parálisis. Servicio de - contagiosos 2 y 3 de Hosp. Inf. de (Méx).
- 10) Moss P D. The Blackburn Poliomyelitis Epidemic. The - Lancet. Sept. 7 - 1978.
- 11) Pamecha R K. Paralytic Poliomyelitis in Vaccinated Children. Indian J Pediatr. 54:431-435. 1987
- 12) Tohen Z A. Secuelas paralíticas de la poliomielitis. - Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx). 24:887-912. 1967.
- 13) Tohen Z A. Secuelas paralíticas por poliomielitis. - Bol. Méd. Hosp. Inf. 459-469. 1970.
- 14) Tachdjian M O. Ortopedia Pediátrica. Edit. Interamericana. 936, 1985.