

BOLETÍN

de la

Oficina Sanitaria Panamericana

(REVISTA MENSUAL)

♦

AVISO—Aunque por de contado desplégase el mayor cuidado en la selección de los trabajos publicados in toto o compendiados, sólo los autores son solidarios de las opiniones vertidas, a menos que conste explícitamente lo contrario

Año 29

Agosto de 1950

No. 8

LA SITUACIÓN ACTUAL DEL PROBLEMA DE LA POLIOMIELITIS EN EL CONTINENTE AMERICANO^{1, 2}

Por el Dr. WILLIAM HAMMON

*Profesor de Epidemiología y Bacteriología de la Escuela de Salubridad
para Post-graduados de la Universidad de Pittsburgh*

Me gusta siempre iniciar una Conferencia sobre Poliomiélitis haciendo hincapié en el hecho de que esta enfermedad es una de las que menos importancia tienen en el mundo entero y ha sido sólo reconocida como un verdadero problema sanitario en aquellos lugares donde las más peligrosas enfermedades transmisibles agudas de origen humano han sido ya sujetas a medidas de control.

Se pregunta uno: ¿Ha pasado la poliomiélitis inadvertida durante este período primario de desarrollo de la salubridad pública y actualmente, a causa de la mayor publicidad que se le ha dado y de su mejor notificación, se ha conocido mejor en donde siempre ha existido en un nivel comparable? O también: ¿Se ha convertido la poliomiélitis en todo el mundo en un problema realmente mayor a medida que se han adoptado procedimientos de control para otras enfermedades más importantes? ¿Es ésta una coincidencia o una relación de causa a efecto?

La notificación de la morbilidad por poliomiélitis es notoriamente imprecisa. Tras de observar el diagnóstico y la notificación en muchas regiones, me dí cuenta de las dificultades y la poca confianza que se puede tener en cualquier grupo de datos comparativos. En muchos de los Estados y países de las Américas, la poliomiélitis hasta muy recientemente se ha convertido en una enfermedad de notificación obligatoria. Usualmente, al principio, sólo se ha requerido notificar los casos para-

¹ Conferencia pronunciada por el Dr. Hammon en el Auditorio del Hospital del Niño, México, D. F., el 27 de abril de 1950. Traducida por la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública.

² Este trabajo fué realizado con la ayuda de The National Foundation for Infantile Paralysis, Inc.

líticos. He estado en Comités cuya tarea ha sido la de definir las parálisis y el acuerdo ha sido difícil. Uno de estos grupos adoptó la siguiente definición: "Un caso que por tres días consecutivos muestra una debilidad muscular definida, que no puede razonablemente atribuirse al dolor o a la contractura de los músculos opuestos y que es descubierto por más de un observador." La parálisis o debilidad muscular es frecuentemente de naturaleza temporal, es también con frecuencia de distribución variable y puede atacar solamente músculos aislados y no grupos musculares. Obviamente, un examinador experto, que realice exámenes diariamente o dos veces al día, encontrará 2 ó 3 veces más casos benignos con parálisis, que otro que haga un examen apresurado a largos intervalos. Algunos médicos confundirán el dolor con el espasmo muscular que impide el movimiento activo o la parálisis, o el efecto de la penicilina inyectada en la región glútea. Así pues, aún la poliomiелitis parálitica, si limitáramos la notificación a esta forma, estaría sujeta a grandes errores. La mayoría de los Estados de la Unión Americana han hecho obligatoria la notificación de todos los casos de poliomiелitis, parálitica o no parálitica. Esto hace que las cifras de morbilidad en la actualidad no puedan compararse a las anteriores que incluyen solamente los casos parálíticos, ya que no se requiere hacer nunca distinción entre los dos tipos de notificación actual.

El error que se comete al notificar poliomiелitis no parálitica es sumamente fantástico. No hay definición legal de la poliomiелitis no parálitica. La mayoría de nosotros clasificamos un caso como no parálitico si todos o la mayoría de los signos cardinales están presentes: fiebre, rigidez del cuello, rigidez de la espalda, contractura de los tendones que limitan el hueco poplíteo, más los hallazgos clásicos en el líquido céfalorraquídeo. Llamamos a todos los casos que carecen particularmente de los signos clínicos de meningitis y de las alteraciones del líquido céfalorraquídeo, *poliomiелitis abortiva*. Sabemos que muchas otras infecciones por virus son capaces de producir el cuadro clínico de la poliomiелitis no parálitica y que prácticamente todo tipo de infección benigna, diagnosticada o no diagnosticada, puede simular la poliomiелitis abortiva. Obviamente la inclusión de estos casos puede llevar a un error tremendo. He visto médicos que han notificado hasta 100 casos de poliomiелitis en una semana al Departamento de Salubridad, mientras que otros notificaron solamente uno o dos. Esta Comunidad fué considerada como afectada por una enorme epidemia cuando lo que realmente sucedía era la exacerbación usual de los casos esporádicos, que ocurre en el verano. Algunas veces, alguien demasiado entusiasta en la comunidad, al dar una conferencia a la Sociedad Médica sobre poliomiелitis abortiva, creó artificialmente un brote epidémico considerable, mientras que en otra comunidad, el Departamento de Salubridad ha dado a conocer todos los nombres y direcciones de los enfermos, por medio de los periódicos, y para proteger

a los familiares de sus pacientes de cualquier molestia innecesaria, los médicos acordaron entre sí no hospitalizar, ni notificar ningún caso benigno. En años recientes, en los Estados Unidos, se ha desarrollado otro aspecto que hace que la notificación de la morbilidad sea poco digna de confianza. La Fundación Nacional Contra la Parálisis Infantil, cuando así se le solicita, paga los gastos de médico y hospital de cualquier caso de poliomielitis. Algunos médicos notifican muchos casos de enfermedad como poliomielitis a fin de ahorrarle los gastos a su cliente y asegurarse ellos del pago de su atención. Si se les exige que digan cuál ha sido la base para su diagnóstico, contestan siempre diciendo que nadie puede probarles que la enfermedad no haya sido poliomielitis.

De esta manera, se puede ver que las cifras de morbilidad no constituyen una medida real de la cantidad existente de poliomielitis y aún pueden conducir con frecuencia a grandes errores.

Aunque las cifras notificadas en los Estados Unidos y en otras partes, indican un incremento del número de casos de la enfermedad, esto no es necesariamente cierto. De hecho, nuestras cifras de mortalidad muestran un decremento casi constante desde 1916. Esto último es probablemente debido en parte a mejor tratamiento de los casos respiratorios, pero la mayoría de nosotros duda que esto explique toda la diferencia.

A continuación desearía valorar el concepto de que la edad en que ocurre la poliomielitis se está elevando consistentemente en los Estados Unidos. Esta tendencia se basa frecuentemente en el número de casos notificados en cada grupo de edad. Sin embargo, en los Estados Unidos la distribución de la población por edades ha cambiado hasta nuestro reciente incremento de nacimientos durante la guerra. Cuando se calculan los coeficientes específicos por edades, el cambio no es tan notable. Además, si consideramos la tendencia a notificar mayor número de casos no paráliticos y sabemos que se puede encontrar mayor número de estos casos en niños de mayor edad, que cooperan inteligentemente a su examen, el cambio de edad de los casos queda algo más reducido. Esto nos deja en la incertidumbre cuando afirmamos que ha ocurrido un gran cambio en la distribución de los casos, de la infancia a los niños de mayor edad. No obstante, la exploración por medio de pruebas de neutralización ha venido en nuestra ayuda y encontramos una excelente correlación entre la edad en que se desarrollan los anticuerpos neutralizantes en cierto grupo de población y la edad de los casos notificados. En el sur de los Estados Unidos, en México y en el Japón, donde la edad de los casos notificados es baja, encontramos un desarrollo temprano de los anticuerpos, mientras que en las ciudades del norte de los Estados Unidos, donde los casos notificados muy frecuentemente están por encima de los 5 años de edad, la edad de desarrollo de los anticuerpos se observa más tarde. Así, pues, aunque algo exagerado por la notificación de la morbilidad, el cambio de la tendencia por edades, parece ser real.

Desgraciadamente no contamos con ningún procedimiento de laboratorio que nos permita dar mayor crédito a la notificación de la morbilidad puramente cuantitativa.

Después de hablar con los médicos y epidemiólogos de la Secretaría de Salubridad, estoy casi seguro de que la poliomiélitis parálitica está aumentando en número en las grandes ciudades de México y que probablemente no ha alcanzado todavía el nivel de incidencia de la mayoría de las ciudades de los Estados Unidos o de algunas de las grandes ciudades de la zona templada de la América del Sur.

Consideremos ahora lo que ocurre en los extremos del clima de las Américas. En las regiones verdaderamente tropicales se notifica aún menor cantidad de casos de la enfermedad y la edad en que estos ocurren es siempre la de los grupos más bajos. Sin embargo, todos estos datos son extremadamente poco dignos de confianza.

En la región ártica del Norte, está ocurriendo algo radicalmente diferente. Los brotes epidémicos de poliomiélitis son extremadamente raros, pero en años recientes se han estudiado pormenorizadamente varias epidemias y se ha podido aislar el virus para demostrar lo correcto del diagnóstico. En estas zonas los índices de morbilidad, en casos paráliticos, han ascendido hasta un 18% del total de la población y, si se incluyeran los casos no paráliticos y los abortivos, los índices alcanzarían un 50%. Por otra parte, en la Ciudad de México el índice más alto ha sido apenas de 0.016%. Aún más notable en el Artico es la distribución por edades, la enfermedad ataca a los adultos de todas edades con índices iguales a los de los niños de 5 años o más, aunque respeta a los niños menores de 5 años. Se observan otras diferencias más, por medio de las exploraciones con la prueba de neutralización realizadas por algunos investigadores. En algunas aldeas esquimales se ha encontrado que no hay personas de ninguna edad con anticuerpos, mientras que en otras partes estos aparecen solamente en las personas mayores de 20 años, coincidiendo con la ocurrencia de un brote epidémico hace 20 años.

De estos datos podemos sugerir la siguiente interpretación. La poliomiélitis, aunque se puede producir en las condiciones existentes en las regiones árticas, se extingue pronto después de su introducción. Cuando es introducida por primera vez o es reintroducida después de muchos años, encuentra una población virgen, con susceptibles en todas las edades. Los lactantes y los niños pequeños parecen ser menos susceptibles a las formas graves de la enfermedad, como en la fiebre amarilla, el tifo y el dengue. En el norte de los Estados Unidos y el sur del Canadá el virus parece haber acelerado su velocidad de propagación y persiste o recurre con frecuencia en la mayoría de las comunidades, produciendo epidemias cada 3 a 10 años, cuando parece haberse acumulado un gran número de susceptibles en los grupos de 6 meses a 10 años de edad, en forma muy semejante a lo que ocurre en los brotes epidémicos de sa-

rampión. Más al sur de los Estados Unidos y en México, el virus parece diseminarse aún con mayor rapidez y muy raras veces o ninguna se extingue, ni necesita reintroducción. La mayoría de los lactanes se infectan pronto después del nacimiento, mientras que antes estaban todavía protegidos por los anticuerpos de origen materno. Muchos otros se infectan por debajo del primero o segundo años de la vida, cuando por alguna razón desconocida todavía, es poco probable que desarrollen formas peligrosas de la enfermedad, y su infección no es reconocida clínicamente como poliomiélitis. Sin embargo, en ciertas regiones, esta infección de persona a persona en ocasiones se retarda, y se acumula cierto número de niños susceptibles de 1 a 5 años de edad, observándose la aparición de una pequeña epidemia cuando se reúnen las condiciones óptimas necesarias. Las pruebas de neutralización apoyan esta hipótesis y creo que es razonable actuar sobre la base de dicha hipótesis en tanto no se produzca una mejor y se establezca con mayor seguridad.

Admito que esto no presenta un panorama muy halagador para el futuro de la poliomiélitis en México, ni tampoco sugiere ninguna medida práctica de control que no llevaría a un aumento de los casos más peligrosos de la enfermedad, debidos al contacto humano, que ahora están parcial o completamente controlados. Sin embargo, me gustaría volver en este punto a mi afirmación inicial de que la poliomiélitis es en la actualidad una enfermedad de poca importancia, aún como ocurre en el norte de los Estados Unidos y en el Canadá. Más aún las condiciones climatológicas existentes en México, permiten que durante los doce meses del año la poliomiélitis pueda propagarse, ayudan a mantener la distribución por edades en los grupos más bajos, permitiendo la diseminación, mientras que en las regiones nórdicas, ordinariamente se detiene durante los meses de invierno. Así, pues, probablemente nunca se observarán aquí los graves problemas que se observan en las zonas templadas del Norte y las regiones árticas.

En seguida deseo discutir un problema íntimamente relacionado y hasta la fecha todavía inseparable de la poliomiélitis, que se ha desarrollado en los últimos tres años en los Estados Unidos, a partir de casos notificados de poliomiélitis paralítica, letales o no, y de otras infecciones no paralíticas pero prácticamente indistinguibles de la poliomiélitis, se ha aislado un gran grupo de nuevos virus, que han recibido el nombre de virus Coxsackie o virus "C." Estos virus tienen la habilidad particular de producir necrosis graves de los músculos en los ratones durante el período de lactación. Estos virus se multiplican en el tejido muscular y también en el tejido cerebral del ratón. Con frecuencia producen fiebre, pero no parálisis, en los monos. Regularmente dan lugar a producción de anticuerpos en los monos. Han ocurrido infecciones accidentales del hombre en el laboratorio, dando lugar a una gran variedad de síndromes clínicos

que simulan desde la poliomielitis no paralítica hasta la pleurodinia. Estos virus pueden aislarse de la sangre, de la faringe y de las materias fecales. Regularmente dan lugar a la producción de anticuerpos neutralizantes y fijadores del complemento. Las exploraciones con la prueba de neutralización muestran una distribución por edades comparable a la observada en las infecciones clásicas por el virus poliomiélfítico. Existen cuando menos 5 ó 6 tipos descritos que son inmunológicamente distintos.

¿Deben separarse estos virus del grupo poliomiélfítico? En la actualidad se cree que son bastante diferentes en su conducta biológica para ser llamados por un nombre distinto, aunque no podemos diferenciar muchas de las formas clínicas que éstos producen de la poliomielitis clásica. Esto crea, pues, una dificultad mucho mayor en la notificación y en los estudios epidemiológicos de la poliomielitis basados puramente en el diagnóstico clínico, sin efectuar estudios sobre el virus. Hasta la fecha no se ha comunicado ninguna observación sobre estudios hechos en México con pruebas serológicas o por aislamiento del virus. Sin embargo, muchas de las cepas han sido aisladas en el lado norte del Valle Bajo del Río Bravo. Con toda probabilidad esto viene a complicar el cuadro existente en México.