Poliomielitis Epidemia en Costa Rica, año 1944

Por el Dr. Solón Núñez

Hasta el año 1931 la poliomiélitis o parálisis infantil había pasado inadvertida en Costa Rica. Digo inadvertida, porque secuelas semejantes a la que ella deja se observan en personas de diferentes edades.

En 1931 se diagnosticaron 9 casos de poliomiélitis, todos, prácticamente, en un solo distrito rural.

En 1936 se observa un segundo brote con 17 casos. Si el primero fué rural, el segundo fué urbano.

En 1941 — obsérvese el ciclo de 5 años que separa estos 3 brotes — se presentaron 24 casos, con localización en el campo y en los barrios suburbanos de la capital. Nótese el aumento progresivo de la enfermedad, que no es por entero atribuible a un mejor diagnóstico.

El brote a que se refiere específicamente este comentario se inició en Marzo de 1944 en una población rural y sin ninguna relación aparente con el primer caso, aparecen otros y otros en diferentes lugares de la república, hasta alcanzar un total de 134 casos. Es esta la epidemia mayor observada en Costa Rica, y una de las mayores de la América Latina, en relación con nuestro número de habitantes.

No obstante el aislamiento defectuoso, sólo en una oportunidad hubo dos víctimas de la enfermedad en dos hermanos, manifestándose los síntomas con 48 horas de intervalo. De dos gemelitos que comparten juntos todas las actividades de la vida, uno contrajo la enfermedad y el otro nó.

Observaciones: Salvo en el caso de los dos hermanos que bien pudieron haber adquirido la enfermedad en una fuente común, no fué posible establecer como causa de la enfermedad el contacto directo con pacientes.

De los 134 casos, 105 fueron en menores de 5 años, correspondiendo el mayor número a niños entre 1 y 3 años de edad.

* Trabajo presentado al Congreso Médico Nacional, Julio 1945.

En cuanto al sexo la epidemia alcanzó casi matemáticamente i igual número de hombres y mujeres.

La epidemia se caracterizó por una amplia diseminación incluyendo los distritos más apartados del país, y en número de 75;

No fué posible establecer relación de contagio entre caso y caso; ni zona y zona.

Los reportes aún dentro de una misma localidad se amontonaban diariamente sin que trascritta el período clásico de la incubación para atribuirlo a contacto personal.

Aún cuando la tesis del doctor Leake parece la más lógica, es decir, el contagio humano, la caprichosa localización de los casos hace pensar en la transmisión por vectores desconocidos.

La influencia del agua y de las materias fecales en la difusión de la enfermedad no ha sido posible dilucidarla. Enfermos ha habido como queda dicho, en la capital donde se consume agua clorinada y donde hay un buen sistema de cloacas; como en los campos con agua de potabilidad dudosa y con muy deficientes servicios sanitarios.

La no existencia anterior de brotes epidémicos que podría hacer pensar en una inmunidad de la población pierde de valor al observar el aumento progresivo de las epidemias.

La concurrencia de grandes epidemias de poliomiélitis en los Estados Unidos en la época en que se presentaron los primeros casos en Costa Rica podría hacer pensar en la influencia de portadores sanos procedentes de este país, si los casos no se hubieran observado primero en zonas rurales sin ninguna relación con la capital y por lo tanto con inmigrantes extranjeros.

En relación con las condiciones económicas de los hogares el 66 por ciento de los casos correspondió a familias de muy escasos recursos.

De los 134 casos solamente 8 evolucionaron sin secuelas paralíticas. En 11 casos hubo manifestaciones cerebrales y las parálisis de las piernas fueron el doble de las de los brazos.

Al hablar de las secuelas paralíticas me refiero a las observadas inmediatamente después del ataque agudo, porque no ha sido posible continuar el control de los pacientes.

La benignidad general de la epidemia, en cuanto a mortalidad se refiere en el total de defunciones que fue de 4, es decir, un 2,9 por ciento.

La no estricta relación entre las localizaciones rurales de esta e-

pidemia y las de las anteriores, pareciera descartar la posibilidad de la influencia de portadores sanos.

Ni el clima, ni la estación, parecen influir ni en la aparición ni en el progreso de la enfermedad. Los casos aparecieron igualmente en Cartago con una temperatura media de 20 grados y en Turrialba con una temperatura media de 30 grados.

En cuanto a la estación, el mayor número de casos se observó en los meses de Junio y Julio, que no son ni los más fríos, ni los más calientes del año.

Descartada durante muchos años la posibilidad de que la mosca vehiculara el parálisis infantil se la hace nuevamente responsable de su transporte tomando en cuenta la existencia del virus de la poliomiélitis en las materias fecales y ser éstas el sitio preferido de las moscas.

Sea esta la oportunidad para comentar el peligro que corre la capital con la existencia de dos grandes focos de producción de moscas: los llamados tanques de purificación de las cloacas y el sitio de crujación de basuras de la ciudad.

POLIOMIELITIS EN COSTA RICA 1944

EDADES	SEXO	
	Masculino	Femenino
0 — 1 Años	6	6
1 — 2 Años	18	15
2 — 3 Años	17	18
3 — 5 Años	13	16
5 — 10 Años	8	9
Más de 10 Años	10	2
TOTAL	68	66

POLIOMIELITIS EN COSTA RICA AÑO 1945

<i>Provincias</i>	<i>Habitantes</i>	<i>Distritos Afectados</i>	<i>Nº de Casos</i>	<i>Morbidad por 1.000 Habit.</i>	<i>Muestras</i>
San José	235.590	30	70	0.30	3
Alajuela	152.713	14	18	0.12	—
Cartago	108.445	15	24	0.22	—
Heredia	54.039	5	9	17	—
Guanacaste	87.133	1	2	0.02	—
Puntarenas	47.828	2	2	0.04	1
Limón	39.401	8	9	0.23	—
República	725.149	75	134	0.18	4