

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Epidemia de Poliomiелitis en el Distrito  
Sanitario número tres, en el año de 1965

TESIS

PRESENTADA A LA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

POR EL BACHILLER

ARMANDO NICOLAS DELGADO ZEPEDA

EN EL ACTO PREVIO A  
SU INVESTIDURA DE

616.835  
D35  
C.2  
Doctor en Medicina y Cirugía

TEGUCIGALPA, D. C.

DICIEMBRE, 1966

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Epidemia de Poliomielitis en el Distrito  
Sanitario número tres, en el año de 1965

TESIS

PRESENTADA A LA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DE LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

POR EL BACHILLER

ARMANDO NICOLAS DELGADO ZEPEDA

EN EL ACTO PREVIO A  
SU INVESTIDURA DE

Doctor en Medicina y Cirugía

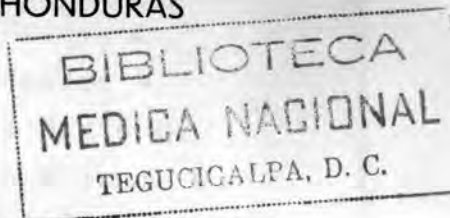
TEGUCIGALPA, D. C.

DICIEMBRE, 1966



*Armando Nicolas Delgado Zepeda*

10 ENE. 1967



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS  
U. N. A. H.

RECTOR:

Ing. Arturo Quesada

SRIO. GENERAL:

Lic. Adolfo León Gómez

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
JUNTA DIRECTIVA

DECANO:	Dr. Enrique Aguilar Paz
VICE-DECANO:	Dr. Jesús Rivera h.
SECRETARIO:	Dr. Jorge Haddad Q.
PRO-SECRETARIO:	Dr. Cándido Mejía C.
VOCAL:	Dr. Ignacio Midence M.
VOCAL:	Dr. Asdrúbal Raudales A.
VOCAL:	Br. Danilo Alvarado
VOCAL:	Br. Elmer Antonio Rubí
VOCAL:	Br. Eduardo Tábor Flores
VOCAL:	Br. Ramón Pereira

\*\*\*\*\*

TRIBUNAL EXAMINADOR:

DR. LUIS CALLEJAS

DR. RAUL A. DURON M.

DR. ENRIQUE SAMAYOA M.

SUSTENTANTE:

BR. ARMANDO NICOLAS DELGADO ZEPEDA

P A D R I N O S:

DR. JESUS RIVERA h.

DR. SILVIO R. ZUÑIGA

\*\*\*\*\*

DEDICATORIA:

A MIS QUERIDOS PADRES:

Don Marcos Delgado y Doña Mercedes Zepeda de Delgado, sin cuyo esfuerzo, amor y abnegación no hubiera coronado mis aspiraciones y me elevara a un nivel superior.

A MI QUERIDA ESPOSA:

Secretaria Comercial, Emérita Borjas de Delgado, con todo mi amor.

A MIS QUERIDOS HIJOS:

Armando y Oscar Orlando Delgado B., con todo mi amor paternal.

A MIS HERMANOS Y HERMANAS:

Con todo cariño.

A la Señora Carmen Hernández de Cálix, quien siempre me alentó en mis días de estudiante.

Al Dr. Roberto Cálix Hernández, con mucho aprecio y afecto.

A todos mis Maestros, con cariño.

A mis Padrinos de Tesis, con cariño y respeto.

A mis Condiscípulos, en recuerdo de nuestros años estudiantiles.

\*\*\*\*\*

HONORABLE SR. RECTOR DE LA UNIVERSIDAD  
NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS,  
HONORABLES AUTORIDADES UNIVERSITARIAS DE LA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS,  
HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR:

Cumpliendo con el requisito previo a la investidura legal de Doctor en Medicina y Cirugía, vengo con todo respeto, a someter a consideración del Honorable Tribunal Examinador y Autoridades Universitarias, mi trabajo de Tesis intitulado:

"EPIDEMIA DE POLIOMIELITIS EN EL DISTRITO SANITARIO NUMERO TRES, EN EL AÑO DE 1965."

## I N T R O D U C C I O N

He escogido el tema de la reciente epidemia de Poliomiélitis en el Distrito Sanitario No. 3, durante el año de 1965, epidemia que se propagó después al resto de la República por considerarlo un tema de interés nacional, ya que ello constituyó una verdadera emergencia nacional, y nos ha servido una vez más para darnos -- cuenta del atraso sanitario en que nos encontramos aún, a pesar -- de los adelantos de la Ciencia Médica en el ramo de Salud Pública; pero esta lección recibida nos ha servido para prevenirnos de pos-- teriores epidemias que se puedan presentar de nuevo en nuestro -- país, pues la campaña de vacunación contra la Poliomiélitis em-- prendida durante la epidemia y que aún se sigue aplicando, ha si-- do de grandes proporciones y casi ha cubierto a todo el país, so-- bre todo a los niños menores de 6 años.

Estos niños atacados por la enfermedad que se consideraban como una ayuda potencial para el estado al convertirse ya en hom-- bres, son ahora niños inválidos que constituirán una carga pa-- ra el estado y para la sociedad; pero corresponde a estos brin-- darles todo su apoyo para su rehabilitación total o parcial y a-- sí poder valerse por sí mismos con la ayuda de los adelantos en el campo de la Ciencia Médica y por la adaptación de toda perso-- na a su estado y al ambiente que lo rodea.

Durante esta crisis nacional sirvió también para demostrar la fraternidad de nuestros compatriotas, que en estas horas de -- dolor se pudo palpar el corazón del hondureño frente a estos se-- res desvalidos. Las campañas emprendidas con la ayuda de la pren-- sa, radio y televisión, demostraron una vez más su poder de crien-- tación sobre las masas populares. En la ciudad de San Pedro Sula, se creó un Patronato Regional del Norte contra la Poliomiélitis, quien actualmente se ocupa de los pacientes internos y externos de la Sala de Poliomiélitis del Hospital "Leonardo Martínez" y -- presta también su cooperación a los niños inválidos del Hospital Atlántida de la Ceiba, en donde también los casos de poliomieli--

./.

tis fueron bastantes.

Más adelante se expondrá un organograma de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social en la parte correspondiente al Distrito Sanitario No. 3, así como un mapa de Honduras donde se señala la zona geográfica correspondiente y otro mapa únicamente del Distrito.

Muy respetuosamente os pido disculpas por las omisiones e errores en este trabajo, los que he procurado evitar en la medida de mis posibilidades.

\*\*\*\*\*



DEFINICION: La poliomiélitis es una infección vírica aguda - que se presenta esporádicamente y en epidemias; se caracteriza -- por grados variables de lesión neuronal, con especial localización en las astas anteriores y en los núcleos motores del tronco cerebral. Las manifestaciones clínicas son muy variables, desde la infección inaparente hasta la completa parálisis fláccida de muchos grupos musculares, con posibilidad de muerte por asfixia y afectación de los centros vitales del tronco cerebral.

HISTORIA: No se describieron epidemias de poliomiélitis parálitica hasta el siglo pasado, pero existen algunos datos reveladores de que ya se habían observado antes casos esporádicos. La primera referencia en la literatura médica es del año 1789 (Underwood, en Inglaterra). Durante el siglo décimonono se consideró la poliomiélitis como una enfermedad rara de la primera infancia.-En 1840, Heine reunió un pequeño número de casos aislados en Alemania. La forma epidémica no fué descrita claramente en Eruopa hasta 1890 (Medin, en Estocolmo) y en América hasta 1894 (Caverly, - en Vermont). En 1908, Landsteiner produjo parálisis en el mono - por inyección intraperitoneal de tejido medular de casos humanos mortales. En 1910 se comprobó la naturaleza filtrable del virus.- En 1931, Burnet y Macnamara efectuaron la importantísima observación de que no todas las cepas de virus de la poliomiélitis eran inmunológicamente análogas. Lo más interesante ha sido el cultivo del virus en tejido, conseguido por Enders, Weller y Fobbins. Sus investigaciones abrieron al estudio áreas teóricas y prácticas vedadas anteriormente a causa del concepto del estricto neurotropismo del poliovirus. La obtención de vacuna contra la poliomiélitis ha sido el progreso que más repercusión ha alcanzado.

\*\*\*\*\*

ETIOLOGIA: Las cepas aisladas corresponden a tres tipos serológicos distintos: el tipo 1 (Brunhilde), el tipo 2 (Lansing) y el tipo 3 (León). Hasta la fecha, los virus del tipo 1 han producido grandes epidemias de poliomielitis paralítica, los virus del tipo 3 un reducido número de pequeñas epidemias y los del tipo 2 solamente algunos casos aislados. En una misma epidemia se han obtenido dos o más tipos, aunque con predominio del tipo 1. Muchas personas fueron infectadas con los tres tipos a la vez, como lo demuestran los anticuerpos trivalentes existentes en sus sueros. En algunos raros casos se ha comprobado la presentación de dos accesos de la enfermedad debidos a diferentes tipos serológicos del virus.

El virus de la poliomielitis es pequeño y resistente a muchas sustancias, entre las que figuran las sulfamidas, los antibióticos, el éter, el fenol y la glicerina. En las micrografías electrónicas el virus aparece en forma de partículas esféricas. Se destruye por desecación, por los oxidantes fuertes (peróxido de hidrógeno, permanganato potásico) y por las concentraciones de cloro usadas generalmente para la desinfección de agua. En condiciones apropiadas, la formalina y la luz ultravioleta suprimen el poder infectivo del virus sin afectar a su capacidad antigénica, lo que es de la mayor importancia para la preparación de vacunas.

El hombre parece ser el único depósito del virus en la naturaleza, pero también se encuentra en las aguas de alcantarilla y en las moscas. Hasta hace poco tiempo sólo era posible comprobar experimentalmente la presencia del virus por inoculación de primates; la acción del virus administrado por vía oral en el chimpancé se cree que ofrece el cuadro más parecido al de la infección natural en la especie humana. Actualmente puede demostrarse la existencia del virus en el paciente con pruebas practicadas en cultivos de tejidos de primates.

\*\*\*\*\*

EPIDEMIOLOGIA Y MEDIDAS DE SANIDAD PUBLICA: Las epidemias de la enfermedad paralítica son estacionales, presentándose en verano y otoño en las zonas templadas (que son las más afectadas), especialmente en los Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, países escandinavos, Australia y Nueva Zelanda. También se han observado epidemias en otras zonas, como tierras árticas y países tropicales.

Se han producido brotes epidémicos de poliomielitis paralítica durante los meses de invierno en zonas templadas. Los casos leves no diagnosticados constituyen un reservorio de virus que persiste todo el año. La transmisión se efectúa principalmente por contacto personal a través de contaminación alimentaria. Las moscas, las aguas del alcantarillado, el agua de bebida, los alimentos y la leche son vectores potenciales de la infección, pero su papel en la propagación de la enfermedad parece ser poco importante. Puede obtenerse virus de las secreciones faríngeas de los pacientes y de los objetos que han estado en contacto con ellas poco tiempo antes; no se sabe la frecuencia con que la infección se debe a gotitas faríngeas proyectadas. Sería equivocado considerar un solo modo de difusión del virus, pero el circuito oral-fecal es el predominante.

Existen considerables diferencias en las medidas sanitarias adoptadas en los diversos países. Generalmente, deben comunicarse los casos a las autoridades sanitarias, clasificándolos en dos grupos: paralíticos y no paralíticos. La American Public Health Association recomienda el aislamiento durante una semana a partir del comienzo o durante todo el período febril si éste es más prolongado. Aunque una estricta cuarentena en las zonas urbanas pocas veces es practicable, debe mantenerse a las personas susceptibles a la enfermedad alejadas de los pacientes que la presentan y sus familiares durante dos semanas. Se ha expuesto la opinión de que el poliovirus no siempre se propaga a distancia, por lo que la evitación de los contagios personales puede ser un importante factor para limitar la propagación de la infección, especialmente si la vacunación consigue reducir la frecuencia de la poliomielitis.

El mayor grado de contagiosidad corresponde al final del período de incubación y a la primera semana de la enfermedad aguda.

Generalmente el período de incubación es de siete a diez días, pero en casos extremos puede variar entre tres y treinta y cinco. En época de epidemia, es recomendable que los niños que se vean atacados por una enfermedad febril desconocida permanezcan en cama hasta que se formula el diagnóstico exacto.

Durante las epidemias se aplazarán las operaciones electivas, especialmente las de garganta, nariz y dientes. Los niños en los que se practica la amigdalectomía durante una epidemia presentan el tipo bulbar de la poliomiелitis con una frecuencia diez veces mayor, aproximadamente, que los no operados. Si se presenta una indicación de amigdalectomía verdaderamente urgente en época de epidemia, puede ser conveniente administrar globulina gamma días antes de la operación. La amigdalectomía, efectuada en cualquier época, aumenta de manera notable el riesgo de que aparezca la forma bulbar si el paciente contrae la enfermedad posteriormente, aunque ello ocurra varios años después.

Se han acumulado observaciones indicativas de que las inyecciones intramusculares de ciertas sustancias irritantes, tales como antígenos combinados de pertussis y difteria precipitados por alumbre, dadas en un período en que está difundido el virus de la poliomiелitis, pueden ser causa de parálisis en el miembro en que se han inyectado. Algunas autoridades aplazan todas las inoculaciones que no sean urgentes durante las epidemias de poliomiелitis.

INMUNIDAD.- INMUNIDAD PASIVA.- Cantidades relativamente pequeñas de anticuerpos inyectados protegen a los monos contra la administración oral e intramuscular de virus. Debido a la frecuencia de infecciones poliomiелíticas no diagnosticadas, son muchos los adultos en los que se han presentado en una u otra época de su vida, por lo que la globulina gamma procedente de suero de adultos contiene anticuerpos contra los tres tipos de virus. Se deduce de estos ensayos que una cantidad relativamente pequeña de anticuerpos es capaz de impedir la parálisis o reducir su extensión. Se supone -- que el anticuerpo inyectado neutraliza el virus en la fase de vire

...  
mia. La profilaxis de las personas expuestas a contagio por medio de globulina gamma es insegura por diversos conceptos y ha sido casi totalmente abandonada.

INMUNIDAD ACTIVA ADQUIRIDA NATURALMENTE.- La presencia de anticuerpos tipoespecíficos contra la poliomielitis en el suero de muchas personas sin antecedentes de enfermedad poliomielítica muestran la frecuencia con que se producen infecciones no aparentes -- gracias a la inmunidad natural. Se han encontrado anticuerpos contra la poliomielitis en variados porcentajes de la población en diversas partes del mundo. Se supone que en países de poca higiene, en que la frecuencia de la poliomielitis paralítica es baja, la penetración orofaríngea del virus se efectúa en edad muy precoz, -- cuando el niño todavía se encuentra protegido por los anticuerpos procedentes de una madre inmune, que han pasado a través de la placenta, adquiriendo entonces inmunidad activa o pasiva-activa. En las regiones con buen estado sanitario ha variado el grupo de edad de frecuencia máxima que ha pasado a ser el de cinco a nueve años.

INMUNIDAD ACTIVA ARTIFICIALMENTE ADQUIRIDA.- Existen en este aspecto dos posibilidades: 1a. Vacuna con virus muerto. Se dispone con este objeto de una vacuna formolizada en cultivo de tejido (Salk). Esta vacuna debe estar, en todo lo posible, exenta de materias extrañas sensibilizantes. 2a. Vacuna con virus vivo, utilizando una mutación estable y no virulenta obtenida en el laboratorio, para administración oral o intramuscular. Este tipo de vacuna ha sido objeto de importantes investigaciones por Koprowski y Sabin.

PATOGENIA.- En el hombre, el virus penetra generalmente por vía orofaríngea, se multiplica en el tubo digestivo, pasa a la sangre e invade varios órganos (riñón, bazo, ganglios linfáticos), donde prosigue la multiplicación que mantiene la viremia observada entre el séptimo y undécimo días que siguen a la infección. El virus penetraría desde la sangre al sistema nervioso central a través de áreas muy irrigadas o sitios de menor resistencia. Ciertos trastornos patológicos o fisiológicos podrían favorecer la penetración del virus. Este hecho permitiría explicar razonablemen-

te la influencia de la fatiga, embarazo o traumatismo, infecciones concurrentes, etc.- La viremia puede también explicar la localización del virus en sitios traumatizados (tonsilectomías inyecciones) y la penetración nerviosa a través de fibras neurales.

ANATOMIA PATOLOGICA.- Contrariamente a lo que sucede en la mayoría de infecciones víricas del sistema nervioso central, las lesiones nerviosas de la poliomiелitis son por lo general patognomónicas. Solamente son susceptibles al virus ciertas células y zonas -- del neuroeje. Se observan muy pocos datos histológicos de reacción meníngea.

Las lesiones neuronales se deben directamente a la multiplicación del virus. El cuadro clínico depende del número y localización de las neuronas afectadas. Las primeras alteraciones consisten en lisis de los cuerpos de Nissl en el citoplasma, marginación de la cromatina, necrosis acidófila de la neurona seguida de muerte de la misma y finalmente neuronofagia, es decir, invasión de -- los restos de la neurona por polimorfonucleares, células plasmáticas, linfocitos y macrófagos. En los pequeños vasos próximos se observa la formación de un manguito perivascular. Se produce cierto grado de infiltración intersticial de glía y el edema es poco importante.

No mueren todas las neuronas afectadas. La lesión puede ser reversible, restableciéndose la función dentro de las tres o cuatro semanas consecutivas al comienzo de la afección. La mejoría clínica resultante puede atribuirse erróneamente a la terapéutica o a la disminución del edema del sistema nervioso central.

SINTOMATOLOGIA.- Cuando una persona susceptible se encuentra suficientemente expuesta al virus de la poliomiелitis puede producirse una de las situaciones siguientes: 1a., infección silenciosa, es decir, asintomática e inaparente; 2a. poliomiелitis abortiva; - 3a., poliomiелitis no paralítica; 4a., poliomiелitis paralítica.- Sucede a veces que se presenta primero una de dichas respuestas y se transforma luego en otra más grave. Se observa entonces un curso bifásico, con una enfermedad febril poco intensa, un período intermedio asintomático de pocos días de duración y una enfermedad más grave. Los datos conocidos parecen indicar que el orden de fre

...  
cuencia de estos cuatro tipos es precisamente el mismo con que los hemos enumerado, siendo la poliomiелitis paralítica la menos frecuente, aunque la más importante clínicamente. Cada una de estas cuatro respuestas a la infección poliomiелítica puede originar una inmunidad duradera al tipo inmunológico particular de virus de que se trate.

POLIOMIELITIS ABORTIVA.— Esta forma solamente puede suponerse en épocas de epidemia, en particular en personas de las que se sabe que se han encontrado expuestas a una forma claramente reconocible de la enfermedad. Se observa una breve enfermedad febril, con uno o varios de los síntomas siguientes: quebrantamiento general, anorexia, náuseas, vómito, cefalalgia, molestias en la garganta, estreñimiento y dolor abdominal no localizado.

POLIOMIELITIS NO PARALITICA.— Los síntomas subjetivos son los mismos que en la forma abortiva, pero la cefalalgia, las náuseas y los vómitos son más intensos y existe rigidez y dolor sordo de los músculos posteriores del cuello y de los músculos del tronco y los miembros. No es infrecuente una parálisis pasajera de la vejiga y se observa a menudo estreñimiento. Aproximadamente en las dos terceras partes de niños existe un corto intervalo asintomático entre la primera fase (poliomiелitis menor) y la segunda fase (poliomiелitis mayor, con afectación del sistema nervioso central). Este curso en dos fases es menos frecuente en los adultos, en los que la evolución de los síntomas es más insidiosa. Para el diagnóstico de la poliomiелitis no paralítica en la segunda fase, es necesaria la comprobación de la rigidez de nuca y dorso.

POLIOMIELITIS PARALITICA.— Los signos y síntomas son los mismos que en la poliomiелitis no paralítica, con la adición de debilidad de uno o más grupos musculares periféricos o craneales. Los síntomas de la poliomiелitis abortiva pueden ir seguidos de un período asintomático de varios días de duración y luego de una recurrencia de los síntomas, culminando en parálisis. Una parálisis vesical de uno a tres días de duración ocurre aproximadamente en el 20% de pacientes: la atonía intestinal es corriente y a veces llega a producir un íleo paralítico. En niños muy pequeños la paráli-

sis muscular puede ser la primera manifestación observada por los padres.

**Clasificación Clínica.**- Las parálisis son característicamente circunscritas y distribuidas como al azar. Para descubrir una debilidad muscular poco acentuada es con frecuencia necesario oponer una ligera resistencia a los movimientos que se invita a efectuar al paciente.

**Forma Medular.**- Existe debilidad muscular en el cuello, abdomen, tronco, diafragma, tórax o miembros.

**Forma Bulbar.**- En esta forma se observa debilidad en la distribución motora de uno o varios nervios craneales, con disfunción de los centros vitales de la respiración y la circulación o sin ella.

**Forma Bulbomedular.**- Se presentan a veces combinaciones de las dos formas anteriores.

**Forma Encefalítica.**- Se caracteriza por irritabilidad, desorientación, entorpecimiento mental y temblores algo extensos, no explicables por defecto de ventilación. Aún durante una epidemia de poliomiелitis, esta forma solamente puede reconocerse si va acompañada o seguida de alguna parálisis periférica o craneal. La hipoxia por insuficiencia respiratoria también puede producir desorientación.

**DIAGNOSTICO.**- El diagnóstico de poliomiелitis aguda debe basarse en la clínica, puesto que no existen métodos de laboratorio de uso general que denoten la infección. Una cuidadosa historia clínica, el detenido examen del paciente desnudo y la exclusión de las afecciones que puedan simular la poliomiелitis evitarán la mayoría de los errores diagnósticos.

**PRONOSTICO.**- En la mortalidad registrada en cada epidemia, influyen notablemente el tanto por ciento de casos bulborespiratorios y el grado de exactitud de la estadística en cuanto a la inclusión de los casos no paralíticos. Con los actuales métodos terapéuticos, la mortalidad en las grandes epidemias urbanas de los Estados Unidos es del 8 al 10%, aproximadamente. El máximo de muertes ocurre dentro de las dos primeras semanas consecutivas al co--



...  
mienzo. La incapacidad y la mortalidad parecen ser más frecuentes después de la pubertad.

El pronóstico del grado de incapacidad final es tarea compleja. En general, cuanto más extensa es la parálisis en los primeros diez días de enfermedad, tanto más grave será la incapacidad definitiva. Pueden aparecer grados imprevisibles de mejoría poco después de la defervescencia y unas seis semanas después del comienzo, época que corresponde al restablecimiento funcional de las neuronas transitoriamente inactivas. El grado de recuperación funcional depende también de la habilidad y prontitud del tratamiento en lo referente a apropiada posición del cuerpo, movimientos activos, empleo de dispositivos auxiliares y motivación psicológica para el retorno a una vida tan completa y normal como sea posible.

TRATAMIENTO.- Los principios esenciales del tratamiento consisten en la eliminación del temor, reducir al mínimo las deformidades esqueléticas, prevenir y tratar las restantes complicaciones y preparar al niño y a la familia respecto a la larga duración del tratamiento que tal vez será necesario y al grado definitivo de incapacidad que posiblemente se producirá. Es de la mayor importancia tratar individualmente cada caso con atención, ánimo y optimismo.

Los pacientes con formas abortivas y no paralítica pueden tratarse en su domicilio. En la forma abortiva es suficiente administrar analgésicos y sedantes ligeros y prescribir una dieta apetitosa y reposo en cama hasta que la temperatura vuelve a la normalidad. Es conveniente evitar todo exceso de actividad física, incluyendo los juegos, durante las dos semanas consecutivas. El tratamiento de la forma no paralítica es análogo al de la forma abortiva. Se aliviarán las molestias que producen la tirantez muscular y el espasmo de la nuca, el tronco y los miembros. Los analgésicos son más eficaces si se combinan con la aplicación directa de calor húmedo en forma de compresas calientes que se mantienen colocadas de quince a treinta minutos y se aplican a intervalos de dos a cuatro horas. El empleo del calor seco (en forma de lámpara de rayos infrarrojos, por ejemplo) constituye un método más

sencillo, pero menos eficaz para el alivio del dolor. Son útiles - algunas veces los baños calientes. Es conveniente que la cama sea dura, lo que puede conseguirse fácilmente en casa colocando una tabla de madera debajo del colchón. Una placa para los pies los mantendrá en ángulo recto con las piernas. En la mayoría de pacientes con la forma paralítica es necesaria la hospitalización. Conviene que el enfermo se encuentre en una atmósfera quieta y tranquila. - Se mantendrá la posición más conveniente para evitar excesivas deformidades esqueléticas. Mediante los dispositivos adecuados (ta--blas, calzados especiales, sacos de arena, ligeras férulas si es - necesario) se obtendrá una posición natural, con los pies en ángulo recto, las rodillas ligeramente flexionadas y las caderas y el raquis en extensión. El fisioterapeuta cuidará de la movilización activa y pasiva en cuanto desaparezca el dolor. Solamente podrán - tolerarse opiáceos y sedantes si no está amenazada la respiración.

El ortopedista y el fisioterapeuta deben ver a estos pacien--tes lo más pronto posible y asumirán la responsabilidad de la terapéutica antes de que se produzcan deformidades fijas. Se han ideado ingeniosas operaciones para corregir los defectos esqueléticos de la poliomiélitis, especialmente en lo que se refiere a la igualdad de longitud de los miembros. Ordinariamente se tiende más a - provocar la detención del crecimiento epifisario en el miembro -- más normal que a practicar operaciones de alargamiento.

El tratamiento de la poliomiélitis bulbar pura consiste esencialmente en mantener expeditas las vías aéreas y evitar el ries--go de inhalación de saliva, alimento o materias vomitadas. La ma--yoría de pacientes pueden tratarse convenientemente colocándolos en una posición adecuada y practicando frecuentes aspiraciones mecánicas de la faringe. El drenaje por la acción de la gravedad de las secreciones acumuladas se favorece teniendo la cabeza baja -- (lo que se consigue elevando los pies de la cama unos 20 a 25 grados y adoptando la posición de decúbito prono, con la cara vuelta a un lado). Se prefieren aspiradores de extremo rígido o semirrígido para uso oral o faríngeo directo; los catéteres blandos y -- flexibles pueden usarse para la aspiración rinofaríngea. Puede --

darse un antibiótico de amplio espectro para evitar el peligro de neumonía por aspiración. El mantenimiento del equilibrio hídrico y electrolítico se efectuará mejor por infusión parenteral, ya que la administración oral por ingestión o sonda en los primeros días puede ocasionar vómitos.

Tratamiento de la insuficiencia respiratoria debida a paresia de los músculos respiratorios.- Consiste esencialmente en la respiración mecánica artificial. Es preciso que el médico esté familiarizado con el aparato escogido. El respirador tanque (en el que queda encerrado todo el cuerpo, con la excepción de la cabeza y el cuello) es mecánicamente más eficaz que el tipo coraza o el tipo cuna, y es el aparato de elección en el tratamiento precoz de los pacientes que necesitan respiración artificial.

\*\*\*\*\*

EPIDEMIA DE POLIOMIELITIS EN EL DISTRITO SANITARIO  
NUMERO TRES, EN EL AÑO DE 1965.

ANTECEDENTE.- La Poliomiélitis en Honduras, excepto por un -- brote epidémico en 1952 el cual fué de medianas proporciones, se -- ha presentado con carácter de enfermedad endémica, produciendo ca- -- sos esporádicos en algunas localidades del país, lo mismo que en -- el Distrito Sanitario No. 3, solamente se tienen estadísticas de es- -- tos casos de los años 1963 que se presentaron 4 casos y en 1964 -- que fueron 7 casos.

LA EPIDEMIA DE 1965.- En virtud del sistema de notificación -- de enfermedades transmisibles a base de los informes epidemiológi- -- cos semanales y de la incidencia de casos de los años anteriores, -- pudo notarse oportunamente que el número de casos de Poliomiélitis -- Parálitica, en el área del Distrito Sanitario No. 3, comenzó a -- aumentar en las últimas semanas del mes de julio, para intensifi- -- carse en los meses de agosto y septiembre, declinando ya en el -- mes de octubre y presentándose casos esporádicos en los meses de -- noviembre y diciembre.

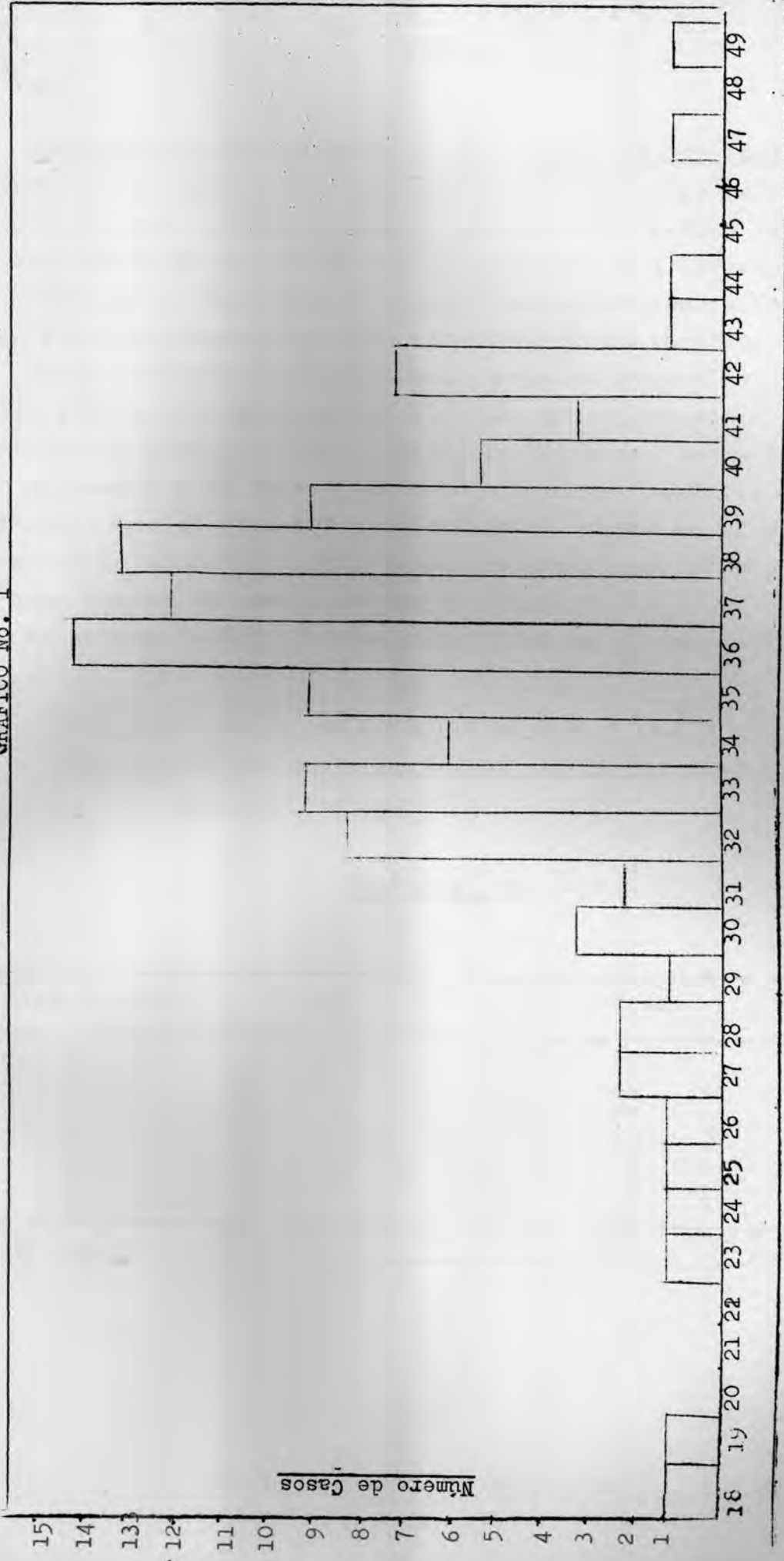
El total de casos registrados desde el mes de mayo, que es -- cuando comenzaron a presentarse los primeros casos, hasta el 31 -- de diciembre es de 123, apareciendo los primeros en la ciudad de -- San Pedro Sula y la Villa de la Lima, para extenderse al resto del -- Distrito; ya en las primeras semanas del mes de agosto comienzan -- a notificarse casos de las ciudades de El Progreso, Puerto Cortés -- y Tela que junto con San Pedro Sula son los lugares donde mayor -- fué la epidemia.

En el gráfico No. 1 se puede ver la distribución de los ca- -- sos de Poliomiélitis Parálitica en el tiempo, según la semana de -- inicio de los síntomas.

\*\*\*\*\*

Distribución de los casos de Poliomielititis en el tiempo, según semana de comienzo, en el Distrito Sanitario No. 3, 1965.

GRAFICO No. 1



Mayo                      Junio                      Julio                      Agosto                      Septiembre                      Octubre                      Noviembre                      Dic.

Número de la semana y mes

NOTA: Se presentan en la gráfica 115 casos, ya que se incluyen 8 casos, porque cuya fecha de inicio no se pudo conocer.

Distribución de los casos de Poliomiелitis por edad y sexo.-

Durante la epidemia se observó que la Poliomiелitis es una enfermedad que en nuestro país, al igual que en otros países latinoamericanos con condiciones similares a las nuestras y a diferencia de lo que ocurre en otros países como los Estados Unidos de Norte América, ataca fundamentalmente en los primeros años de la vida.

En la epidemia el mayor número de casos fueron en niños menores de 4 años, con un total de 113, lo que representa el 91.8% del total de los casos, la edad fluctuó de los cinco meses a los 9 años.

En cuanto a la distribución de los casos, según el sexo, puede decirse que el número fue relativamente mayor en el sexo masculino con un total de 65 casos, lo que representa el 52.8%, en el sexo femenino fueron 58 casos, siendo el 47.2%.

Lo anotado anteriormente puede verse en el cuadro No. 1

Distribución de casos de Poliomiелitis por edad y sexo,  
Distrito Sanitario No. 3. 1965.

CUADRO No. 1

Edad en años	Sexo		Total	% Total
	M.	F.		
0 - 1	15	16	31	25.2
1 - 2	23	22	45	36.6
2 - 3	13	14	27	21.9
3 - 4	8	2	10	8.2
4 - 5	2	0	2	1.6
5 - 6	0	2	2	1.6
6 y más	4	2	6	4.9
	65	58	123	100.0%

CASOS DE POLIOMIELITIS EN NIÑOS VACUNADOS.- Se presentaron 17 casos en niños que habían sido vacunados con una dosis de vacuna oral Sabin trivalente. A nueve de ellos se les había suministrado de 3 a 5 días antes del inicio de los primeros síntomas; a cuatro, una semana antes y a tres de ellos un tiempo variable de 15 a 30 días antes de la enfermedad y a uno de ellos se le administró cuando presentaba ya la enfermedad. Se ha tomado en consideración este aspecto, ya que al revisar los lotes de vacunas existentes antes del estallido del brote epidémico, en el Centro de Salud de San Pedro Sula, por el Representante de la OMS., se comprobó que algunos estaban ya vencidos y que otros se encontraban descongelados, ya que el mantenimiento de estas clases de vacunas necesitan un especial cuidado en su conservación.

MORTALIDAD.- De los 123 casos de Poliomiélitis, ocurrieron 6 fallecimientos, lo cual da una tasa de mortalidad de 4.8%, los cuales pueden atribuirse directamente a la Poliomiélitis y a sus complicaciones. Un caso era de polio bulbar; 4 con cuadriplegía, de los cuales 3 de ellos murieron por insuficiencia respiratoria debido a la falta de equipo en la sala de Polio del Hospital "Leonardo Martínez", como lo era de indispensable en estos casos el pulmón de hierro y un caso que murió por igual causa, estando aún en el pulmón de hierro, a pesar de habersele hecho todo lo indispensable para poder salvarle la vida; el último caso presentaba como secuela de la polio, monoplegía del miembro inferior derecho, quien murió por bronconeumonía.

\*\*\*\*\*

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE POLIOMIELITIS POR MUNICIPIO.- Como es sabido los primeros casos de Poliomiélitis, se presentaron en la ciudad de San Pedro Sula y la Villa de la Lima, para extenderse luego al resto del Distrito Sanitario y después a toda la república. En el cuadro No. 2 se puede apreciar la distribución por municipios y la tasa de ataque por 100.000 habitantes, se puede ver también que el mayor número de casos correspondió al municipio de San Pedro Sula y que la tasa de mayor morbilidad, se observó en el Municipio de El Progreso.

En el cuadro No. 3 se presentan todos los casos de poliomiélitis ocurridos en la república, en donde se puede ver que el mayor número de casos correspondió al Distrito Sanitario No. 3 y que el Distrito Sanitario No. 6, situado al este del No. 3, que incluye a las ciudades de la Ceiba y Olanchito, es el que sigue con mayor número de casos y en el que la tasa de morbilidad por cada 10.000 niños menores de 7 años fue mayor.

Donde la epidemia atacó con menor intensidad fue en el área del Distrito Sanitario No. 4, que incluye a los departamentos de Choluteca y Valle, registrándose únicamente 1 caso y con la tasa de ataque más baja.

\*\*\*\*\*



DISTRIBUCION POR MUNICIPIOS Y TASA DE ATAQUE POR 100.000 HABITANTES DE  
LOS CASOS DE POLIOMIELITIS DEL DISTRITO SANITARIO No. 3, AÑO 1965.-

CUADRO No. 2.

MUNICIPIO	POBLACION	No.DE CASOS	TASA DE ATAQUE POR 100.000 HABITANTES.
San Pedro Sula	114.941	49	42.8%
El Progreso	34.388	19	55.3%
Tela	36.759	14	38.1%
Choloma	16.334	3	12.2%
Villanueva	13.184	2	15.1%
Morazán	7.831	1	12.8%
El Negrito	13.221	1	7.6%
Sta. Rita de Yoro	6.745	2	29.6%
Puerto Cortés	34.867	10	28.4%
Trinidad, Sta.Bárbara	10.770	2	18.5%
Santa Bárbara	12.486	5	40.1%
Sta.Cruz de Yojoa	16.615	3	18.1%
San Francisco de Yojoa	5.559	3	53.9%
San Antonio de Cortés	8.261	1	12.1%
San Manuel de Cortés	8.079	1	12.3%
San Luis, Sta.Bárbara	10.389	1	9.6%
Concepción del Sur	2.539	1	39.3%
Zacapa	10.436	3	28.7%
La Arada, Sta.Bárbara	4.679	1	21.3%
Quimistán	9.758	1	10.2%
T O T A L	379.841	123	32.4%

NUMERO DE CASOS DE POLIOMIELITIS PARALITICA REGISTRADOS SEGUN  
DISTRITO SANITARIO Y TASA POR CADA 10.000 HABITANTES  
HONDURAS, C. A. ENERO-DICIEMBRE, 1965.

CUADRO No. 3.

Distrito Sanitario	Población menor de - 7 años	C A S O S	
		Numero	T a s a
1	115.646	18	1.5
2	60.418	18	2.9
3	130.958	123	9.4
4	61.762	1	0.1
5	79.975	7	0.8
6	52.463	61	11.6
7	30.017	3	0.9
Total	531.539	231	4.3

MANEJO DE LA EPIDEMIA. Las dificultades del control adecuado de una situación epidémica por esta enfermedad, estriban en diversos factores, de los cuales mencionaremos los principales:

- 1.- Baja proporción de casos clínicos en relación a las formas subclínicas, inaparentes y portadores sanos.
- 2.- Imposibilidad de tomar medidas eficaces de aislamiento por el enorme número de portadores sanos y formas sub-clínicas inaparentes.
- 3.- Existencia de pobres condiciones de saneamiento ambiental.

Desde el primer momento se tomaron las siguientes medidas:

- 1.- Confirmación del diagnóstico clínico de poliomielitis y toma de muestras necesarias para el aislamiento e identificación del virus causante.
- 2.- Diagnóstico de estado epidémico de la enfermedad.
- 3.- Aislamiento y atención médica de los enfermos.
- 4.- Intensificación de la vacunación, hasta convertirla en una campaña de vacunación, masiva contra la Poliomielitis.
- 5.- Dar la información adecuada a la población.
- 6.- Estímulo de la notificación de casos.

Para la confirmación del diagnóstico clínico de Poliomielitis, se contó con la colaboración del médico Pediatra del Centro de Salud "Miguel Paz Barahona", de la ciudad de San Pedro Sula, que es donde reside la jefatura del Distrito Sanitario, siendo todos los casos de las demás localidades, remitidos a dicho Centro, en la fase aguda de la enfermedad, las con secuelas de la Poliomielitis y los casos sospechosos para su observación y vigilancia. Debido a la numerosa afluencia de pacientes que acudían, hubo la necesidad de establecer turnos de trabajo durante las 24 horas del día, con los demás médicos laborantes del Centro de Salud.

Desde el inicio de la epidemia, se hicieron todos los esfuerzos posibles, para identificar el tipo de poliovirus causante de ésta. Fue así como contando con la oportuna y desinteresada colaboración del I.C.M.R.T. (Centro Internacional de Investigación y Adiestramiento Médico) que la Universidad de Louisiana U.S.A., tiene en San José de Costa Rica, se tomaron muestras de heces, secre-

ción faríngea, suero sanguíneo y líquido céfalorraquídeo de 79 pacientes, los cuales fueron enviados por vía aérea al Laboratorio de Virología del mencionado Centro.

Los resultados correspondientes a estos enfermos, identificaron al Poliovirus Tipo 1, como causante de esta epidemia. Es conocido que este tipo de Poliovirus es el causante de un 80% de las epidemias, por lo que se le ha llamado "Tipo Epidémico".

Para el diagnóstico del estado epidémico de la enfermedad, el Señor Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, solicitó a la Oficina Regional de la OPS-OMS, la asesoría de un médico técnico - en poliomiélitis, quien a mediados del mes de agosto se trasladó a la ciudad de San Pedro Sula, en donde se entrevistó con el Director del Centro de Salud "Miguel Paz Barahona", el Médico Pediatra, médicos laborantes, jefe de enfermeras, y con el personal de enfermería auxiliar de dicho Centro, con los directores del Hospital "Leonardo Martínez" y Hospital de la Tela Railroad Company de la Lima y con los médicos jefes de los Sub-Centros y Clínicas Materno Infantiles del Distrito Sanitario No. 3 en donde junto con ellos evaluó, los casos que hasta el momento se habían presentado, confirmando así que se estaba frente a una grave epidemia de poliomiélitis y que de no tomarse las medidas necesarias, tomaría grandes proporciones en el Distrito, lo mismo que en el resto del país. El médico representante de la O.M.S. permaneció en San Pedro Sula hasta el 9 de septiembre de dicho año, en donde rindió un informe del estado actual de la epidemia, al Señor Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, trasladándose después a la ciudad capital por haberse presentado en ésta tres casos de poliomiélitis.

Aislamiento y atención médica de los enfermos. Uno de los mayores problemas al inicio de la epidemia, fué el aislamiento de los enfermos en la fase aguda, por no haber salas especiales para ello; 9 pacientes fueron internados en el Hospital de La Lima en donde se les prestó atención inmediata; no fué sino hasta el 8 de septiembre que se habilitó una sala en el Hospital "Leonardo Martínez", de la ciudad de San Pedro Sula, en ella fueron ingresados los enfermos con secuelas de la poliomiélitis y los nuevos casos -

para su aislamiento en el período agudo.

Al comienzo del funcionamiento de la Sala de Poliomiélitis, - hubo muchos problemas que resolver, en primer lugar la carencia de personal especializado en fisioterapia, esto planteó la necesidad de obtener personal de este tipo en el exterior, lo cual se hizo por intermedio de la Oficina de la Zona III, de la O.P.S.-O.M.S. En segundo lugar fue la falta de equipo necesario para la asistencia de los pacientes internados, por lo que también hubo necesidad de obtener en los Estados Unidos de Norteamérica, cierto número de - pulmones de acero los cuales fueron prestados dos unidades. En tercer lugar fué la falta de fondos monetarios para el mantenimiento de la Sala del Personal Laborante y la obtención de medicinas necesarias para la adecuada atención de los enfermos, por no contar el Hospital Leonardo Martínez, en su presupuesto del año 1965, con la existencia de una nueva Sala. Por esto fué necesaria la creación - de una institución que se hiciera cargo de tal problema, fué así - como nació el Patronato Regional del Norte contra la Poliomiélitis y para la Rehabilitación del Niño Inválido, contando con el concurso de personas de buena voluntad y humanitarias y los Médicos Pediatras de la Sala de Poliomiélitis.

El Patronato llevó a cabo una serie de actividades para la obtención del dinero necesario, siendo una de ellas un gran Marathon Radial en el cual cooperaron todas las Radioemisoras de San Pedro Sula, otra de las actividades fué el envío, con la cooperación de - O.P.S.-O.M.S., y el Instituto Mexicano de Rehabilitación, de una - Enfermera Graduada, para especializarse en Fisioterapia y de tres Enfermeras Auxiliares para la especialización de Mecanoterapistas, las cuales se encuentran actualmente prestando sus servicios en la sala para la rehabilitación de los niños inválidos por tan terrible enfermedad. A continuación presentaré el organograma de la Sala de Poliomiélitis del "Hospital Leonardo Martínez".

Para su existencia y el funcionamiento de la Sala de Poliomiélitis, el Patronato se trazó un plan de trabajo, el cual expongo a continuación.

P L A N D E T R A B A J O

PATRONATO REGIONAL DEL NORTE CONTRA LA POLIOMIELITIS  
Y PARA LA REHABILITACION DEL NIÑO INVALIDO

1. Colaborar estrechamente con las autoridades respectivas en las campañas de Medicina Preventiva para el control de enfermedades invalidantes.
2. Establecer relaciones directas con: La Asociación Hondureña contra la Poliomielitis, PANI, OMS, OEA, UNICEF, CARE, Instituto Hondureño de Rehabilitación, otros organismos similares, Instituto Mexicano de Rehabilitación, Agrupaciones sociales - sampedranas, Prensa, Radio, Televisión, etc.
3. Solicitar Becas para entrenamiento de personal especializado.
4. Solicitar ayuda permanente y voluntaria a Empresas, Comercios, personas o agrupaciones con el fin de asegurar un ingreso mensual permanente.
5. Solicitar un subsidio permanente al PANI y a la Municipalidad Sampedrana.
6. Solicitar equipo y ayuda al CARE, UNICEF y otros organismos similares.
7. Compra de equipo y autorización para gastos extraordinarios, cuando las necesidades lo ameriten.
8. Solicitar a organizaciones internacionales (OMS, UNICEF, CUERPO DE PAZ, etc.), ayuda técnica con personal especializado como: Médicos Fisiatras, Fisioterapistas, etc.
9. Solicitar al PANI su colaboración para la compra de equipo y aparatos ortopédicos.
10. Planificar y financiar mejoras en la estructura física de la Sala para Poliomielíticos y niños inválidos del Hospital "Leonardo Martínez V.", de San Pedro Sula.
11. Contemplar y planificar para el futuro la organización de un Instituto Regional de Rehabilitación.

....

CAMPAÑA DE VACUNACION.- Al iniciarse la epidemia de Poliomiélitis, se intensificó la campaña de vacunación, la cual se había emprendido desde principios del año, principalmente en la región Noroccidental del país, con la ayuda del Grupo de Amigos de Honduras, fué con siderablemente ampliada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de la Dirección General de Salud Pública y de la Jefatura del Distrito Sanitario No. 3, reforzándola con todos los recursos necesarios para cumplir eficazmente el objetivo de controlar la epidemia. Asimismo simultáneamente se llevó a cabo la vacunación masiva contra la Poliomiélitis en diferentes áreas del país, es pecialmente en las principales ciudades y zonas rurales.

La campaña de vacunación masiva, primera de este tipo que se realizaba en el país; planteó también varios problemas, los 3 princi pales fueron:

- 1) Existencia de una gran población rural sumamente dispersa, ya que más del 70% de la población del Distrito es de este tipo.
- 2) Vías de comunicación deficientes en varias regiones y la inexistencia de éstas en muchas regiones.
- 3) Las características topográficas del Distrito ya que igual al resto del país es sumamente montañoso, en especial la parte interior del Distrito.

La planificación de la campaña se llevó a cabo conjuntamente con todos los jefes de Distritos Sanitarios; y los hechos anteriormente citados, hicieron necesario que dicha planificación se hiciera en pequeños y numerosos sectores; tomando en consideración, las características de la población y de las vías de comunicación, de cada una de éstas.

Siguiendo las normas técnicas establecidas en estos casos, se fijó como meta de la campaña, la vacunación con 2 dosis de vacuna oral trivalente, del 80% de la población susceptible del país, en estos casos se consideró como población susceptible, la comprendida -- hasta los 7 años de edad.

Para lograr cubrir toda una población fué precisa la ayuda de

....

la prensa, radio y unidades de sonido, quienes difundían los días y lugares en que se estaba llevando a cabo las vacunaciones, éstas se realizaban en los Sub-Centros, o Clínicas Materno Infantiles, de las ciudades, en escuelas, iglesias y casas particulares conocidas.

Los lotes de vacunas vivas de uso oral, tipo Sabin procedían de tres lugares: de la Casa Lederle y Casa Pfizer de E.U.A., y de México. El almacenamiento y la conservación de la vacuna Sabin que necesita condiciones especiales de refrigeración planteó problemas en numerosos lugares que no cuentan con estas facilidades, para solucionar este problema hubo necesidad de comprar termos y neveras portátiles de diferentes tamaños.

Para el envío de la vacuna y la transportación de las brigadas de vacunación, se planteó otro problema ocasionado por las difíciles vías de comunicación en muchas regiones y la falta de vehículos en número suficiente en casi todas ellas.

Estimamos que aunque durante la campaña de vacunación masiva, no se alcanzó la meta de vacunar con dos dosis de vacuna oral anti-poliomielítica trivalente, al 80% de los niños susceptibles, ésta en realidad considerando los numerosos problemas que hubo que resolver, constituyó un éxito, ya que ha sido la primera vez que se llevó a cabo en nuestro país una campaña de esta naturaleza, que cubrió la totalidad del territorio de la República.

El total de personas inmunizadas contra la Poliomiелitis, según dosis y grupo de edad, del Distrito Sanitario No. 3, se presenta en Cuadro No. 4.

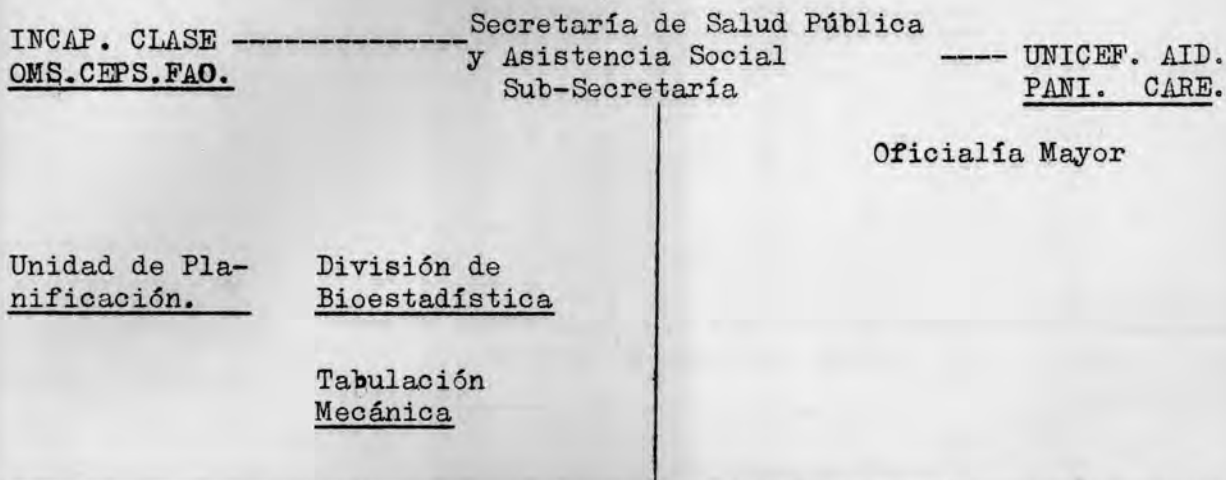


PERSONAS INMUNIZADAS CONTRA LA POLIOMIELITIS SEGUN DOSIS  
Y GRUPO DE EDAD, DEL DISTRITO SANITARIO No.3

CUADRO No. 4

INSTALACION DE SALUD	PRIMERA DOSIS				TOTAL	R E F U E R Z O S				TOTAL
	- 1 año	1 - 5 años	6-14 años	15y años		-1 año	1-5 años	6-14 años	15y años	
C.S. S. P. Sula	2.332	19.855	22.576	946	45.709	3.485	11.647	16.549	530	32.211
S.C.S. P. Cortés	763	3.190	1.760	406	6.119	171	1.176	775	13	2.135
S.C.S. Tala	109	699	--	--	808	241	2.536	--	--	2.777
S.C.S. El Progr.	7.553	1.245	6.327	--	15.125	--	4.996	1.489	71	6.556
S.C.S. Sta. Bárba.	111	686	333	--	1.130	33	1.421	224	--	1.678
S.C.S. Zacapa	115	115	--	--	230	--	--	--	--	--
C.M.I. S.C. Yojoa	504	--	--	--	504	--	--	--	--	--
C.M.I. Colinas	47	463	929	--	1.439	9	73	83	--	165
C.M.I. Macuelizo	65	285	99	--	449	93	609	952	327	1.981
C.M.I. Trinidad	1.693	368	408	213	2.682	367	1.166	1.973	218	3.724
C.M.I. Choloma	388	418	167	31	1.004	394	--	--	--	394
C.M.I. La Lima	214	1.497	380	1	2.092	70	727	166	10	973
<b>TOTAL DEL DISTRITO SANITARIO No.3</b>	<b>13.894</b>	<b>28.821</b>	<b>32.979</b>	<b>1.597</b>	<b>77.291</b>	<b>4.863</b>	<b>24.351</b>	<b>22.211</b>	<b>1.169</b>	<b>52.594</b>

ORGANOGRAMA DE LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
EN LA PARTE CORRESPONDIENTE AL DISTRITO SANITARIO NUMERO TRES 1965.



Dirección General de Salud  
Pública

Sub-Dirección Técnica

Distrito Sanitario No. 3

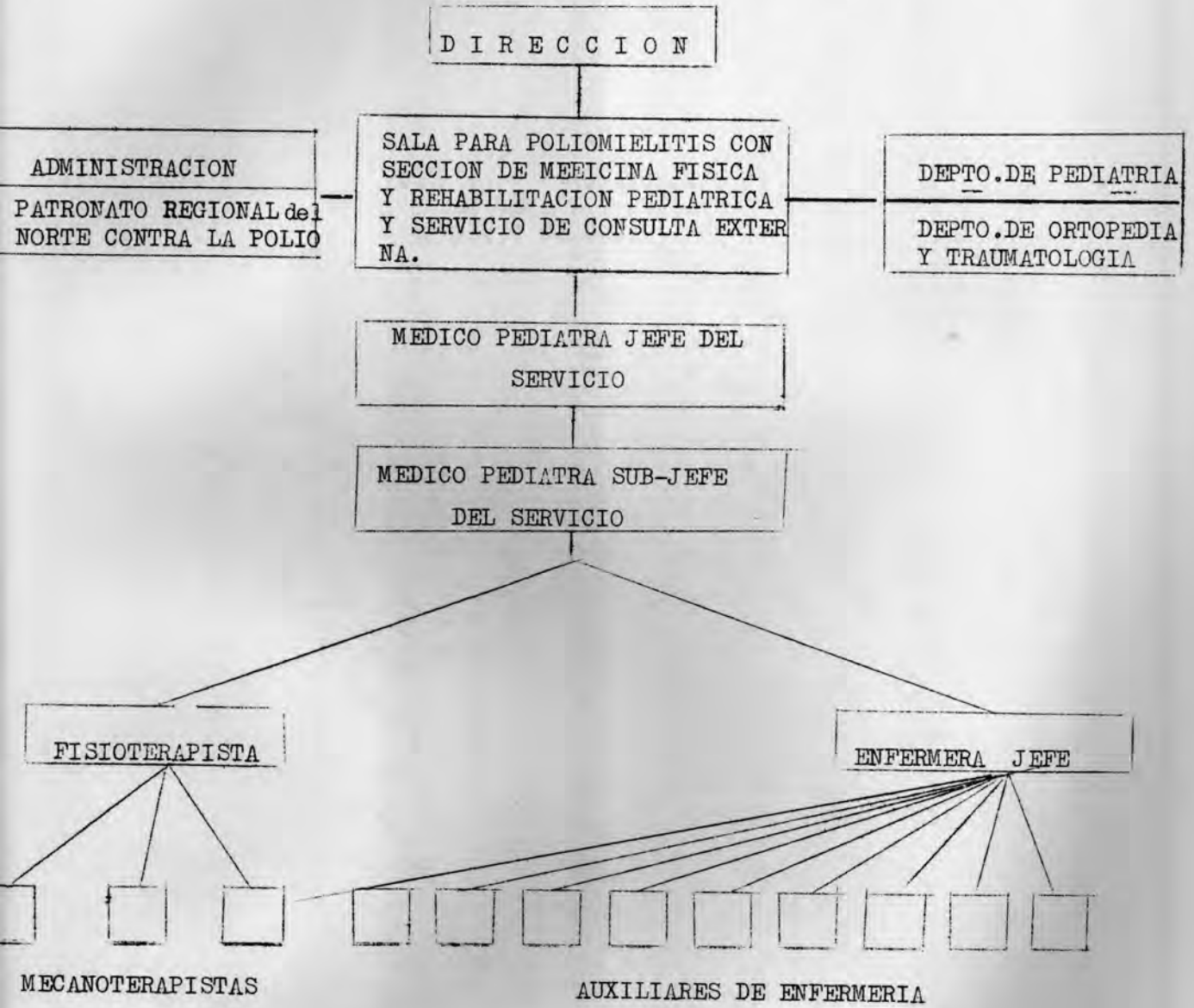
- C. S.      San Pedro Sula
- S. C. S. Puerto Cortés
- S. C. S. Tela
- S. C. S. El Progreso
- S. C. S. Santa Bárbara
- S. C. S. Omoa
- S. C. S. Zacapa
- C. M. I. San Pedro Sula
- C. M. I. Sta. Cruz de Yojoa
- C. M. I. La Lima
- C. M. I. Colinas
- C. M. I. Macuelizo
- C. M. I. Trinidad
- C. M. I. Choloma
- P. S.      Concepción del Norte

C L A V E

- C. S. : Centro de Salud
- S. C. S. : Sub-Centro de -  
Salud
- C. M. I. : Clínica Materno  
Infantil
- P. S. : Puesto de Salud

ORGANOGRAMA DEL SERVICIO PARA POLIOMIELITIS

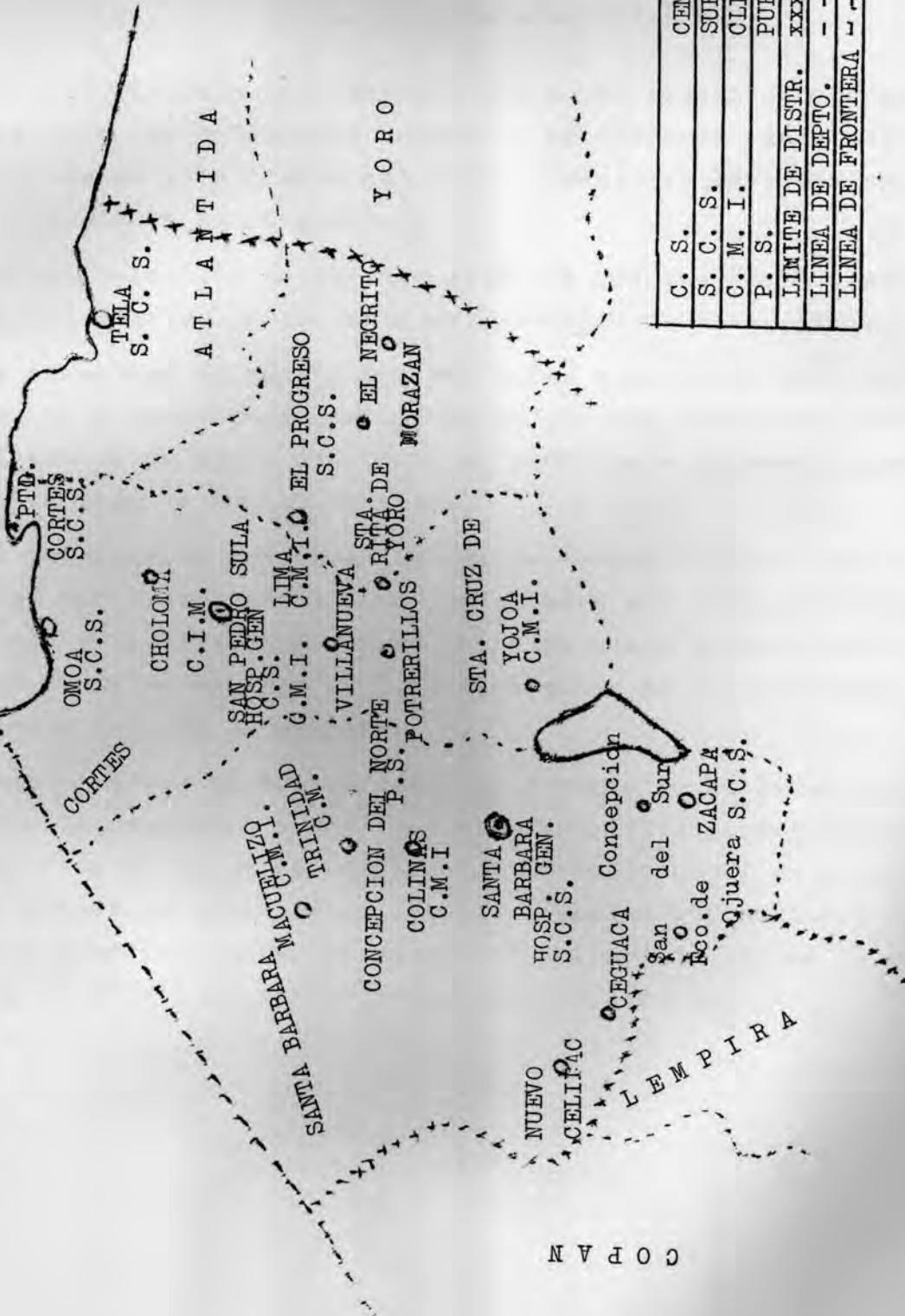
HOSPITAL "LEONARDO MARTINEZ V"  
1966-1967



MAPA DE HONDURAS CON LA DISTRIBUCION GEOGRAFICA DEL  
DISTRITO SANITARIO NUMERO 3.



MAPA DEL DISTRITO SANITARIO No. 3.



C. S.	CENTRO DE SALUD
S. C. S.	SUBCENTRO DE SALUD
C. M. I.	CLIN. MATERNO-INF.
P. S.	PUESTO DE SALUD
-----	LIMITE DE DISTR. xxxxx
-----	LINEA DE DEPTO.
-----	LINEA DE FRONTERA

COMAN

C O N C L U S I O N E S

- 1.- La Poliomiélitis en Honduras, que se ha presentado en años anteriores como una enfermedad endémica, produciendo casos esporádicos en diferentes localidades del país, produjo en 1965 una epidemia de proporciones considerables.
- 2.- La Poliomiélitis en nuestro país, en que las condiciones de higiene son pobres, se presenta en los niños de menor edad.
- 3.- La necesidad de contar con más salas especiales para la hospitalización y tratamiento de los niños que son afectados por la Poliomiélitis; lo mismo que falta de suficiente personal especializado, en la rama de Rehabilitación.
- 4.- El programa de inmunización con la vacuna antipoliomielítica oral tipo Sabin, llevada a cabo por primera vez en la República, se puede considerar que fué un éxito en vista de que cubrió casi el 80% de niños menores de 7 años, a pesar de los problemas que surgieron durante la campaña.
- 5.- Creemos que a través de esta experiencia se ha demostrado una vez más, lo necesario y útil que es intensificar los programas de vacunación a manera de mantener un adecuado nivel de protección de la población susceptible, contra aquellas enfermedades transmisibles para las cuales la vacuna es una medida eficaz de control, con el objeto de evitar estallidos epidémicos.

\*\*\*

R E C O M E N D A C I O N E S

1. Mantener siempre la campaña de vacunación contra la Poliomi-  
litis, para evitar nuevos brotes epidémicos en la República.
2. Enviar más personal médico y de Enfermería, al exterior, para  
la especialización en las diferentes ramas de la Rehabilita-  
ción.
3. Aumentar la ayuda económica a la Sala de Poliomi-  
litis del Hospital "Leonardo Martínez", de parte del Gobierno Central y de  
la Municipalidad de San Pedro Sula.
4. Ayudar a mejorar las condiciones de vida a las personas de es-  
casos recursos, que son siempre las que más sufren en estas -  
crisis.
5. Aumentar el personal laborante en los Centros, Sub-Centros y  
Clínicas Materno Infantiles, para dar así un mayor rendimien-  
to en el desempeño de sus funciones.

\*\*\*\*\*

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Tratado de Pediatría, Dr. Waldo E. Nelson
- 2.- Tratado de Medicina Interna. Cecil y Loeb.
- 3.- Medicina Interna. A. Domarus y P. Farreras.
- 4.- Curso de Epidemiología. 2a. Edición, Dr. Rolando Armijo Rojas.
- 5.- Memoria de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social del año de 1965.

\*\*\*



B I B L I O G R A F I A

- 1.- Tratado de Pediatría, Dr. Waldo E. Nelson
- 2.- Tratado de Medicina Interna. Cecil y Loeb.
- 3.- Medicina Interna. A. Domarus y P. Farreras.
- 4.- Curso de Epidemiología. 2a. Edición, Dr. Rolando Armijo Rojas.
- 5.- Memoria de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social del año de 1965.

\*\*\*