Condiciones de vida y deterioro funcional de las personas afectadas por la poliomielitis en Iberoamérica: resultados preliminares de la Primera Encuesta Iberoamericana

Sergio Augusto Vistrain Díaz
Presidente de la OMCETPAC
ORCID: 0000-0002-6440-8916

Resumen

Se presentan los resultados preliminares de la Primera Encuesta Iberoamericana sobre las Condiciones de las Personas Afectadas por la Poliomielitis, estudio coordinado por la OMCETPAC con la participación de diez asociaciones de España, México, Argentina, Costa Rica, Panamá y Brasil. La encuesta se levantó entre junio y octubre de 2010, y todos los datos corresponden a ese año. Con 334 cuestionarios (nivel de confianza de 95% y margen de error de ±5.36%) y a partir de una selección de preguntas del cuestionario, se describen la edad de los participantes y el momento en que enfermaron, la localización de la parálisis y de las secuelas, la rehabilitación y las cirugías recibidas, los problemas y limitaciones derivados de las secuelas, el uso de aparatos ortopédicos y apoyos funcionales, y los antecedentes de vacunación. La edad promedio de los participantes en 2010 era de 53 años y la mediana de edad al enfermar, de 15 meses. El 98% quedó con secuelas visibles, concentradas en los miembros inferiores (segmentos L2 a S2) y distribuidas de manera asimétrica. El 84% recibió rehabilitación y al 81% se le practicó al menos una cirugía correctiva. El hallazgo central es que, al momento de la encuesta, dos de cada tres participantes (67%) usaban algún apoyo para desplazarse que antes no necesitaban, y uno de cada tres (32%) había pasado en los años previos a una silla de ruedas o scooter. Ambas cifras superaban con amplitud el 4% de discapacidad motriz que registró el Censo 2010 de México en el grupo de 30 a 79 años. Los datos apuntan a un deterioro funcional tardío que requiere atención específica de los sistemas de salud, tanto más cuanto que esa misma generación tendría hoy, en promedio, alrededor de 69 años.

Palabras clave: poliomielitis; efectos tardíos de la polio; síndrome postpolio; discapacidad motriz; Iberoamérica; encuesta.

Introducción

Durante décadas, la poliomielitis se pensó como una enfermedad que, una vez superada la fase aguda, dejaba secuelas estables. Quienes la padecieron en la infancia aprendieron a convivir con ellas, y muchos alcanzaron una vida laboral, familiar y social plena. Sin embargo, a partir de la edad adulta media una proporción importante de estas personas empieza a reportar nueva debilidad, dolor, fatiga y pérdida de movilidad.

Estas manifestaciones se agrupan bajo el concepto de efectos tardíos de la polio. Se trata de una categoría amplia que, siguiendo a Vistrain y Elizondo Martínez (2014), puede dividirse en tres grupos: los síntomas derivados directamente del daño viral, como la parálisis residual y las deformidades; los que resultan de la incapacidad del organismo para mantener su estabilidad funcional, entre los que se encuentra el síndrome postpolio; y los producidos por trauma secundario, como la artritis, el dolor articular, la

tendinitis y la neuropatía compresiva. El síndrome postpolio, caracterizado por nueva debilidad muscular progresiva, dolor, fatiga y atrofia, y reconocido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código G14, es, por tanto, uno de sus componentes y no un sinónimo del conjunto.

En Iberoamérica la información sistemática sobre esta población es escasa. Las asociaciones de afectados conocen de cerca la situación de sus miembros, pero hasta hace poco no existían datos comparables entre países que permitieran dimensionar el problema. Para cubrir ese vacío, la OMCETPAC diseñó y coordinó la Primera Encuesta Iberoamericana sobre las Condiciones de las Personas Afectadas por la Poliomielitis, cuyos resultados preliminares se presentaron en las Jornadas "La nueva situación de las personas afectadas por la polio", celebradas en Madrid en octubre de 2010.

El estudio tiene un rasgo que lo distingue: nació desde el propio colectivo. Fue pensado, impulsado y respondido por personas que vivieron la enfermedad, con el propósito de producir conocimiento útil para ellas mismas. Este artículo resume esos resultados preliminares y discute sus implicaciones.

Método

Diseño y participantes

Se trata de una encuesta descriptiva, de corte transversal, aplicada entre junio y octubre de 2010 mediante un cuestionario en línea, al que se accedía con una contraseña proporcionada por las asociaciones participantes. La población objetivo fueron personas residentes en países iberoamericanos que padecieron poliomielitis.

Participaron diez organizaciones: la Asociación Postpolio Madrid (APPM); la Organización Mexicana para el Conocimiento de los Efectos Tardíos de la Polio (OMCETPAC); la Asociación de Polio y Post-Polio de Cataluña (APPCAT); la Asociación Polio Pospolio Argentina (APPA) / Asociación Incluir; la Asociación de Afectados de Polio y Síndrome de Post-Polio de Castilla y León (POLIOCYL); la Asociación Andaluza de Personas con Secuelas de Polio, sus Efectos Tardíos y SPP (AGASI); la Asociación Valenciana para la Defensa de Afectados de Polio y Postpolio (ADUNCITAS); la Agrupación Costarricense de Personas Afectadas por la Polio (ACPAP); la Fundación para la Igualdad de Oportunidades de Panamá (F.I.O.), y la Associação Brasileira de Síndrome Pós-Poliomielite (ABRASPP). Algunas de estas organizaciones se constituyeron mientras la encuesta estaba en curso, y otras han dejado de existir en los años transcurridos desde entonces.

Las asociaciones dieron un impulso decisivo a la encuesta al difundirla y promoverla entre sus agremiados. A esa labor se sumó la de varias personas que, a título individual, contribuyeron de manera notable a extender la convocatoria.

Tamaño de muestra

El tamaño mínimo previsto fue de 384 cuestionarios, cifra que corresponde a un nivel de confianza de 95% y un margen de error de ±5%. Al momento del corte para esta presentación se contaba con 334 cuestionarios, con los cuales el margen de error, al mismo nivel de confianza, era de ±5.36%. Por esa razón, los resultados deben leerse como preliminares: pueden variar una vez que la muestra se complete y se procesen los datos definitivos.

Variables y análisis

El cuestionario abarcó una amplia gama de temas. Este informe preliminar solo analiza las respuestas a un grupo reducido de preguntas, agrupadas en seis bloques: edad y momento de la enfermedad; parálisis aguda y secuelas por dermatomo; rehabilitación y cirugías; problemas y limitaciones atribuidos a las secuelas; uso de aparatos ortopédicos y apoyos funcionales a lo largo del tiempo; y antecedentes de vacunación. El resto de los temas se abordará en el análisis definitivo. Se calcularon frecuencias y porcentajes. En las preguntas de respuesta múltiple los porcentajes pueden sumar más de 100%. Las diferencias entre columnas (por ejemplo, entre lados del cuerpo) se evaluaron con un umbral de significancia de $p < 0.05$, y la comparación con datos censales con $p < 0.001$.

Resultados

1. Edad de los participantes y momento de la enfermedad

En 2010, la mayoría de los participantes se encontraba en la quinta década de vida: 55% tenía entre 50 y 59 años y la edad promedio era de 53 años. Les seguían quienes tenían entre 40 y 49 años (26%), los de 60 años o más (14%) y, al final, los menores de 40 años (5%). Este último grupo puede considerarse la "cola" de la epidemia, integrada por los casos más recientes.

Tabla 1. Distribución de los participantes por grupo de edad (2010)

Grupo de edad	%
Menos de 40 años	5
40 a 49 años	26
50 a 59 años	55
60 años o más	14
Edad promedio	53 años

Fuente: elaboración propia con datos de la Primera Encuesta Iberoamericana (resultados preliminares, n = 334).

Esta estructura de edades se explica por el hecho de que 58.5% de los participantes nació entre 1950 y 1960, en pleno auge epidémico. En México, por ejemplo, entre 1951 y 1970 se registró el 71% de los casos notificados de 1940 a 1990 (Vistrain y Elizondo Martínez, 2014).

Aunque la poliomielitis estaba presente en Iberoamérica desde finales del siglo XIX, y en España y Uruguay se registraron brotes tempranos, sus grandes epidemias se concentraron en las décadas de 1940 y 1950. En México la enfermedad, endémica desde finales del siglo XIX, adquirió carácter epidémico en 1946 y repuntó a principios de los cincuenta (Gómez De Lara y Vistrain Díaz, 2026). En Argentina los casos pasaron de 2,579 en 1953 a 6,496 en 1956 (Alvarez, 2015), y en España los casos aumentaron de forma drástica a principios de los cincuenta, con unos 12,000 niños con discapacidades graves entre 1956 y 1964 (Gil, 2023). En el norte de Europa y en Estados Unidos, en cambio, la enfermedad adquirió carácter epidémico desde finales del siglo XIX y principios del XX: la primera gran epidemia europea se registró en Suecia en 1881, y Estados Unidos sufrió grandes brotes en 1916, 1931 y 1937 (Gómez De Lara y Vistrain Díaz, 2026). Por ello, cabe esperar que los sobrevivientes de esos países conformen, en conjunto, una población de mayor edad que la iberoamericana.

Esa diferencia cronológica tiene una explicación conocida. Donde el saneamiento era deficiente, los niños se infectaban a muy temprana edad, cuando aún los protegían los anticuerpos maternos, lo que evitaba las epidemias y mantenía bajo el número de casos paralíticos. Al mejorar las condiciones de higiene, el contagio se retrasaba y aumentaban los casos paralíticos (Gómez De Lara y Vistrain Díaz, 2026; Centers for Disease Control and Prevention [CDC], s. f.). Ese cambio ocurrió antes en los países industrializados del norte.

La edad al enfermar muestra una distribución muy concentrada en los primeros meses de vida y con una cola larga hacia edades mayores (Figura 1). La mediana fue de 15 meses y la moda, de 18; la mitad central de los casos enfermó entre los 9 y los 25 meses (primer y tercer cuartil). El promedio, de 22 meses, y la desviación típica, de 24, están inflados por un número reducido de casos tardíos, algunos por encima de los diez años. Entre los participantes, por tanto, la enfermedad se concentró sobre todo en niños menores de dos años: la mitad enfermó antes de los 15 meses y cerca de tres de cada cuatro, alrededor de los dos años. El dato es coherente con la estimación de que, a nivel mundial, al menos el 90% de los casos de polio ocurrió en menores de cinco años (Vistrain y Elizondo Martínez, 2014).

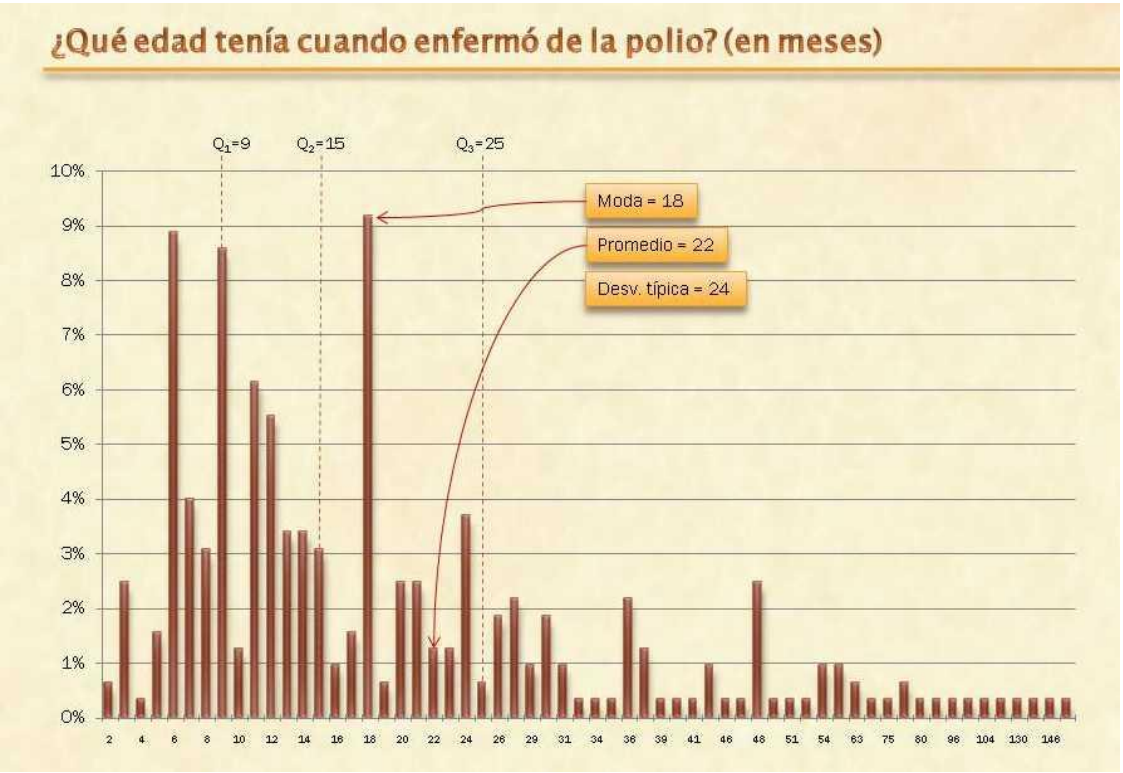


Figura 1. Edad al enfermar de poliomielitis (en meses)

Fuente: Primera Encuesta Iberoamericana (resultados preliminares).

2. Parálisis y secuelas

Durante la fase aguda, las piernas (miembros inferiores) fueron las partes del cuerpo paralizadas con más frecuencia: la derecha en 70.4% de los casos, la izquierda en 69.2% y ambas en 48%. Esto coincide con la predilección del virus por las porciones bajas de la médula espinal. A gran distancia siguen los brazos (derecho 22.8%, izquierdo 21.3%), los músculos del abdomen (20.7%) y los de la espalda (19.2%). Con menor frecuencia se reportan los hombros (14.4%), el pecho (11.7%) y el cuello (10.2%); la cara (3%), la cadera (1.5%) y las manos (0.3% cada una) aparecen de forma excepcional. El 7.8% no sabe qué partes

quedaron paralizadas, algo esperable si se considera que la mayoría enfermó antes de cumplir dos años (Figura 2).

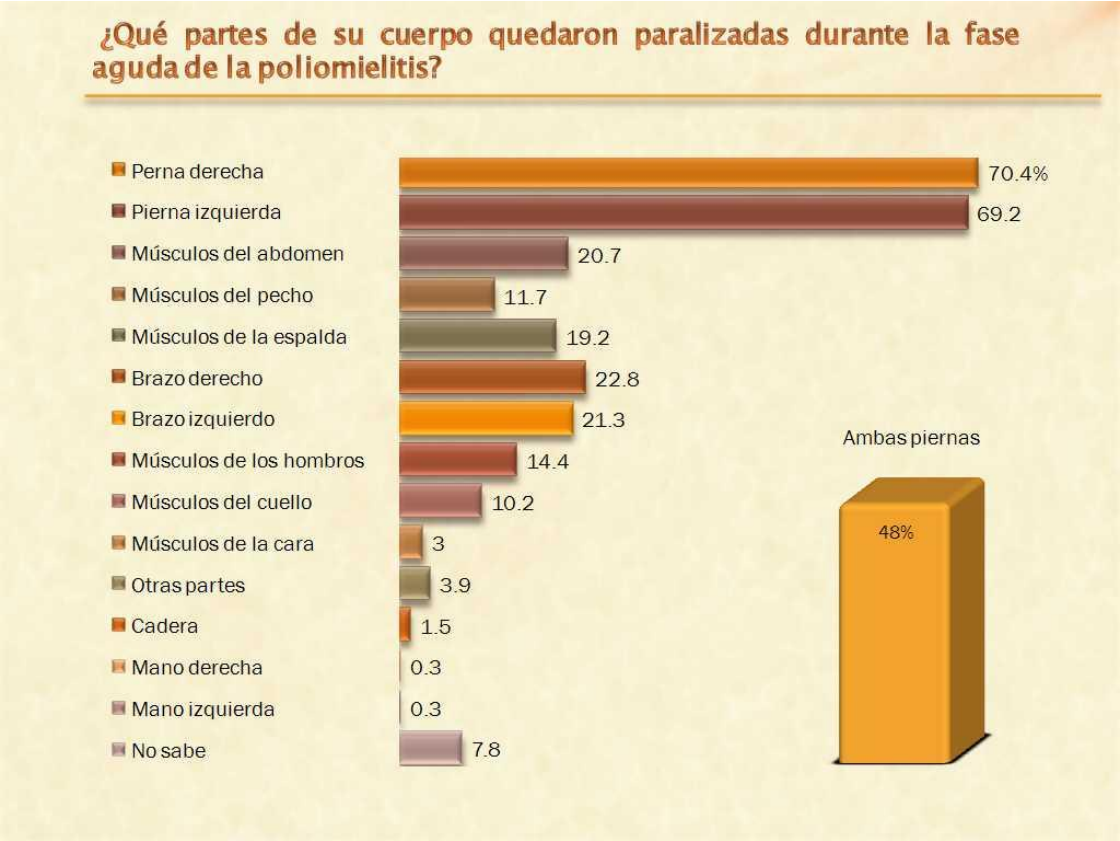


Figura 2. Partes del cuerpo paralizadas durante la fase aguda (respuesta múltiple)

Fuente: Primera Encuesta Iberoamericana (resultados preliminares).

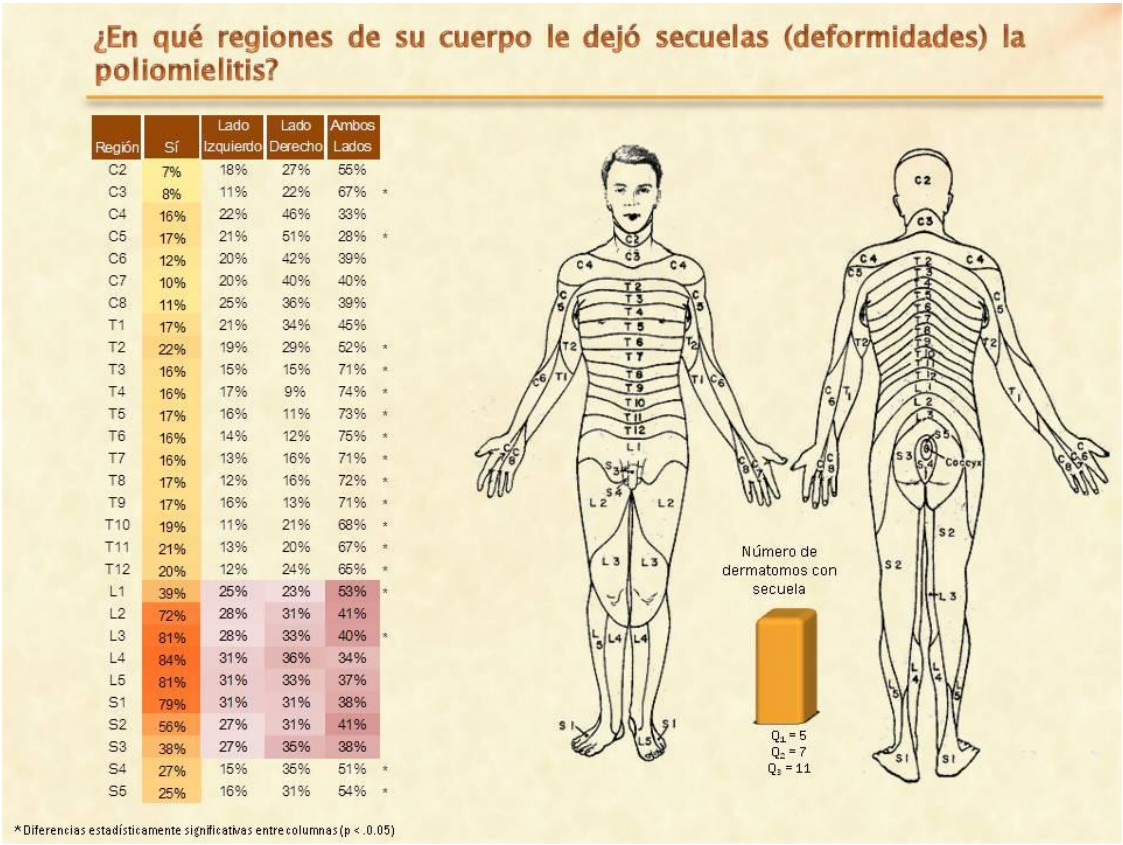
La parálisis dejó secuelas visibles en el 98% de los participantes; solo el 2% se recuperó sin ellas (Figura 3).



Figura 3. Presencia de secuelas visibles

Fuente: Primera Encuesta Iberoamericana (resultados preliminares).

Al analizar las secuelas por dermatomo (Figura 4), los más afectados corresponden a los segmentos lumbares y sacros: L4 (84%), L3 y L5 (81% cada uno), S1 (79%), L2 (72%) y S2 (56%). L1 (39%) y S3 (38%), en los extremos de ese bloque, también presentaban secuelas en más de un tercio de los participantes. En los segmentos cervicales y torácicos la frecuencia fue mucho menor, de 7% a 22%. Estos resultados son consistentes con lo descrito por Oliveira y Quadros (2008) y con las cifras de la Organización Mundial de la Salud, según las cuales más del 95% de los casos muestra afectación tras la fase aguda y, de ellos, entre 78% y 86% la presenta en los miembros inferiores (Shibuya y Murray, 2004).



Región	Sí	Lado Izquierdo	Lado Derecho	Ambos Lados	
C2	7%	18%	27%	55%	
C3	8%	11%	22%	67%	*
C4	16%	22%	46%	33%	
C5	17%	21%	51%	28%	*
C6	12%	20%	42%	39%	
C7	10%	20%	40%	40%	
C8	11%	25%	36%	39%	
T1	17%	21%	34%	45%	
T2	22%	19%	29%	52%	*
T3	16%	15%	15%	71%	*
T4	16%	17%	9%	74%	*
T5	17%	16%	11%	73%	*
T6	16%	14%	12%	75%	*
T7	16%	13%	16%	71%	*
T8	17%	12%	16%	72%	*
T9	17%	16%	13%	71%	*
T10	19%	11%	21%	68%	*
T11	21%	13%	20%	67%	*
T12	20%	12%	24%	65%	*
L1	39%	25%	23%	53%	*
L2	72%	28%	31%	41%	
L3	81%	28%	33%	40%	*
L4	84%	31%	36%	34%	
L5	81%	31%	33%	37%	
S1	79%	31%	31%	38%	
S2	56%	27%	31%	41%	
S3	38%	27%	35%	38%	
S4	27%	15%	35%	51%	*
S5	25%	16%	31%	54%	*

Figura 4. Regiones del cuerpo con secuelas, por dermatomo, y lado afectado

*Fuente: Primera Encuesta Iberoamericana (resultados preliminares). * Diferencias estadísticamente significativas entre columnas (p < 0.05).*

La distribución por lado del cuerpo varía según la región. En los dermatomos torácicos (T2 a T12) predominó con claridad la afectación bilateral, que osciló entre 52% y 75% con diferencias estadísticamente significativas. En cambio, en el bloque lumbosacro (L2 a S3), donde se concentró el daño, las secuelas se repartieron de forma bastante equilibrada entre el lado izquierdo (entre 27% y 31%), el derecho (entre 31% y 36%) y ambos lados (entre 34% y 41%), sin que ninguno predominara claramente, salvo en L3, donde predominó ligeramente la afectación bilateral. Esto refleja que las secuelas en las piernas pueden ser unilaterales o bilaterales casi con la misma probabilidad.

El número de dermatomos con secuelas tuvo una mediana de 7, y la mitad de los participantes se ubicó entre 5 y 11 (rango intercuartílico). Tratándose sobre todo de las piernas, esa extensión basta para producir una discapacidad que acompaña a la persona toda su vida.

Un rasgo que conviene subrayar es la falta de homogeneidad del daño. Puede haber afectación en una pierna y no en la otra, o más debilidad en L5 que en L4 dentro del mismo miembro. El patrón es asimétrico y en buena medida aleatorio, y eso distingue a la polio de otras enfermedades neuromusculares. Ese desequilibrio entre regiones más débiles y más fuertes es justamente lo que genera las deformidades conocidas como "secuelas de la polio" y explica por qué no hay dos casos iguales.

A largo plazo, desplazarse durante años sin la simetría, el ritmo y la cadencia de un sistema músculo-esquelético equilibrado acaba por dañar las articulaciones de pies, tobillos, rodillas, caderas y, de manera especial, la columna vertebral. También sobrecarga a músculos que han compensado durante décadas un trabajo que no les correspondía. Estos efectos secundarios a las secuelas están en el origen de muchos de los problemas de salud que reportaron los participantes.

3. Rehabilitación y cirugías

El 84% de los participantes recibió rehabilitación por las secuelas, por lo general hasta alrededor de los 12 años. Además, al 81% se le practicó al menos una cirugía correctiva. La cifra parece alta, pero es comprensible si se considera que las secuelas suelen abarcar entre 5 y 11 dermatomos, concentrados en los miembros inferiores (L2 a S1), lo que dificulta o impide caminar. Como muestran numerosos testimonios recogidos por la OMCETPAC, la gran preocupación de los padres era que su hijo o hija pudiera caminar.

4. Problemas y limitaciones derivados de las secuelas

Los problemas más frecuentes fueron la debilidad en las piernas (83%) y la cojera (73%). En tercer lugar aparece la desviación de la columna (71%), que puede corresponder a una escoliosis paralítica neuropática secundaria a la poliomielitis (Salter, 2001), originada por la parálisis de los músculos de un lado del tronco o por la diferencia de longitud entre las piernas (Tortora y Grabowski, 2002). Ambos factores, el acortamiento de una pierna y la debilidad del tronco, figuraron también entre los problemas más comunes.

Tabla 2. Problemas reportados como consecuencia de las secuelas (respuesta múltiple)

Problema	%
Debilidad en piernas	83
Cojera	73
Desviación de la columna	71
Debilidad en músculos del tronco	32
Pie cavo	32
Debilidad en brazos	31
Genu recurvatum	31
Pie equino varo	30
Debilidad en hombros	26
Debilidad en manos	25
Pie equino valgo	24
Pie talo	11

Fuente: elaboración propia con datos de la Primera Encuesta Iberoamericana (resultados preliminares). Se incluyen los problemas cuya cifra se reporta en el texto original.

Entre las deformidades del pie, la más común fue el pie cavo (32%), seguida del pie equino varo (30%) y el equino valgo (24%); la menos frecuente fue el pie talo (11%). El genu recurvatum afectaba al 31%, proporción coherente con la alta frecuencia de secuelas en el dermatomo S2. Fuera de las piernas, los músculos del tronco (32%), los brazos (31%), los hombros (26%) y las manos (25%) estaban afectados en al menos una cuarta parte de los participantes.

En cuanto al lado del cuerpo, predominó el derecho. Hubo dos excepciones: la debilidad del tronco, que solía ser bilateral (74%), y la cadera flexa, más frecuente del lado izquierdo (39%).

Las limitaciones más extendidas tenían que ver con la movilidad y el esfuerzo físico: hacer deporte para competir (79%), subir escaleras (77%), hacer ejercicio para mantenerse en forma (75%), caminar o movilizarse de un lado a otro (73%) y cargar cosas (70%). Les siguieron mantenerse de pie (63%), ponerse de pie después de estar sentado (60%), realizar algún trabajo o actividad cotidiana (55%) y las demás actividades de todos los días (51%), sujetar objetos pesados con los brazos (46%) y llevar a cabo actividades recreativas (43%). Las actividades manuales finas y de autocuidado se veían afectadas con mucha menor frecuencia: realizar actividades manuales finas como escribir o atarse los zapatos (19%), sujetar objetos ligeros con la mano (15%), vestirse de la cintura para arriba (14%), peinarse (13%) y tomar los alimentos (12%). Vestirse de la cintura para abajo (28%) duplicó la proporción de la parte superior, lo que es coherente con la afectación predominante de los miembros inferiores. Salvo para el caso del deporte, casi todas estas limitaciones eran parciales y no totales (en el deporte, el 56% de las limitaciones era total).

Tabla 3. Limitaciones atribuidas a las secuelas y grado de limitación, 2010 (%)

Limitación	Sí	De manera parcial	De manera total	
Hacer deporte (para competir)	79	44	56	
Subir escaleras	77	80	20	*
Hacer ejercicio (para mantenerse en forma)	75	80	20	*
Caminar o movilizarse de un lado a otro	73	82	18	*
Cargar cosas	70	82	18	*
Mantenerse de pie	63	79	21	*
Ponerse de pie, luego de estar sentado	60	81	19	*
Realizar algún trabajo o actividad cotidiana	55	93	7	*
Realizar las demás actividades de todos los días	51	89	11	*
Sujetar objetos pesados con los brazos	46	75	25	*
Llevar a cabo actividades recreativas	43	91	9	*
Sentarse, luego de estar acostado	40	80	20	*
Sentarse, luego de estar de pie	38	77	23	*
Bañarse / ducharse	37	85	15	*
Mantenerse sentado con el tronco vertical (sin inclinarse)	30	73	27	*

Limitación	Sí	De manera parcial	De manera total	
Ser económicamente autosuficiente	28	73	27	*
Ser feliz en la vida	28	82	18	*
Vestirse, la parte inferior del cuerpo	28	78	22	*
Tener hobbies o entretenimientos	26	82	18	*
Relacionarse con los demás	24	77	23	*
Tener y sostener una familia	23	81	19	*
Otra actividad	23	82	18	*
Hacer una carrera profesional	22	67	33	*
Tener vida sexual	20	77	23	*
Realizar actividades manuales finas (escribir, atarse los zapatos)	19	74	26	*
Sujetar objetos ligeros con la mano	15	66	34	*
Vestirse, la parte superior del cuerpo	14	64	36	
Peinarse	13	61	39	
Tomar los alimentos	12	59	41	

*Fuente: elaboración propia con datos de la Primera Encuesta Iberoamericana (resultados preliminares). La columna "Sí" es de respuesta múltiple; las columnas "De manera parcial" y "De manera total" suman 100% en cada fila (respuesta única). * Diferencias estadísticamente significativas entre columnas ($p < 0.05$).*

La tabla permite apreciar además el grado de las limitaciones. En las más frecuentes, relacionadas con la movilidad, la limitación total rondó el 20%. En cambio, en las actividades menos frecuentes, como sujetar objetos ligeros con la mano (34%), vestirse de la cintura para arriba (36%), peinarse (39%) y tomar los alimentos (41%), la proporción de limitación total fue mayor. Es decir, aunque pocas personas tenían limitaciones de motricidad fina y autocuidado, quienes las tenían solían tenerlas en grado severo.

En la esfera personal y social, entre 20% y 28% de los participantes reportó limitaciones para ser económicamente autosuficiente, ser feliz, tener pasatiempos, relacionarse con otros, formar y sostener una familia, desarrollar una carrera o tener vida sexual. Podría pensarse que son proporciones bajas. Sin embargo, estos ámbitos se vinculan con lo que Maslow (1991) llamó necesidades superiores, de pertenencia, amor y realización, y una limitación en ellos, aun parcial, puede tener consecuencias profundas en la vida de una persona. Por eso merecen un estudio más detenido.

5. Uso de aparatos ortopédicos y apoyos funcionales

Se preguntó a todos los participantes si, a causa de la polio, habían usado distintos aparatos y apoyos, con cuatro opciones: "nunca", "en el pasado sí, actualmente no", "desde siempre" y "antes no, ahora sí". Esta última es la que mejor reflejaba la situación de los participantes en 2010 y su deterioro reciente, por lo que el análisis se centró en ella.

Para casi todos los apoyos la respuesta más común fue "nunca". A primera vista es una buena noticia: muchos participantes llevaron durante décadas una vida prácticamente sin aparatos. El panorama cambiaba al mirar la columna "antes no, ahora sí".

Tabla 4. Uso de aparatos ortopédicos y apoyos funcionales a consecuencia de la poliomielitis, 2010 (%)

Aparato o apoyo	Nunca	En el pasado sí, ahora no	Desde siempre	Antes no, ahora sí	Años de uso (mediana)*
Apoyos de movilidad					
Bastón	60	11	5	24	5.0
Silla de ruedas manual	61	10	6	23	4.0
Muletas canadienses (con brazalete)	60	12	10	18	6.0
Silla de ruedas eléctrica (scooter)	81	1	1	17	4.0
Ortesis larga (hasta muslo o cadera)	39	28	23	10	10.0
Muletas axilares	61	23	7	9	5.0
Ortesis corta (hasta la rodilla o debajo)	65	24	5	7	4.5
Andadera	90	7	0	3	4.0
Ortesis de cadera	77	20	2	2	7.0
Otros apoyos					
Plantilla especial	30	27	32	12	8.0
Otro aparato o apoyo	88	3	2	7	10.0
Zapato especial	16	43	36	6	6.0
Corsé	72	25	2	2	3.0
Cabestrillo	95	5	0	0	—

*Fuente: elaboración propia con datos de la Primera Encuesta Iberoamericana (resultados preliminares). Cada fila suma 100% (respuesta única). Los porcentajes de la columna "Antes no, ahora sí" no son sumables entre sí. Las diferencias entre columnas son estadísticamente significativas para todos los aparatos ($p < 0.05$). * Mediana de años de uso hasta 2010, solo entre quienes respondieron "Antes no, ahora sí".*

La tabla también muestra cuándo empezó el deterioro. Entre quienes incorporaron recientemente un apoyo de movilidad, la mediana de tiempo de uso era de cuatro a seis años para el bastón, las sillas de ruedas, las muletas y la andadera. En cambio, la ortesis larga (10 años), la plantilla especial (8 años) y la ortesis de cadera (7 años) llevaban más tiempo en uso. Esto sugiere que la pérdida de movilidad que obligaba a usar ayudas externas era, en buena medida, un fenómeno de los años inmediatamente anteriores a la encuesta.

Otro dato llamativo es que casi una cuarta parte (23%) había usado desde siempre una ortesis larga y que muchos participantes llevaban toda la vida con plantillas (32%) o zapatos especiales (36%), lo que da una idea de la carga mecánica que habían soportado sus articulaciones durante décadas.

Como una persona puede usar más de un apoyo, se calculó el porcentaje no duplicado de quienes antes no usaban y en 2010 sí usaban al menos uno de los apoyos de movilidad (bastones, sillas de ruedas, muletas, ortesis o andaderas). El resultado fue 67%: dos de cada tres participantes tenían entonces dificultades para desplazarse que antes no tenían.

El envejecimiento, por sí mismo, produce cierta discapacidad. Para controlar ese efecto se comparó la cifra con el Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI, que registró una prevalencia de discapacidad motriz de apenas 4% en la población de 30 a 79 años, rango que abarca a toda la muestra (Figura 5). Cabe

notar que el dato censal incluye discapacidad de cualquier antigüedad, mientras que el 67% se refiere solo a dificultades nuevas. La diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0.001$).

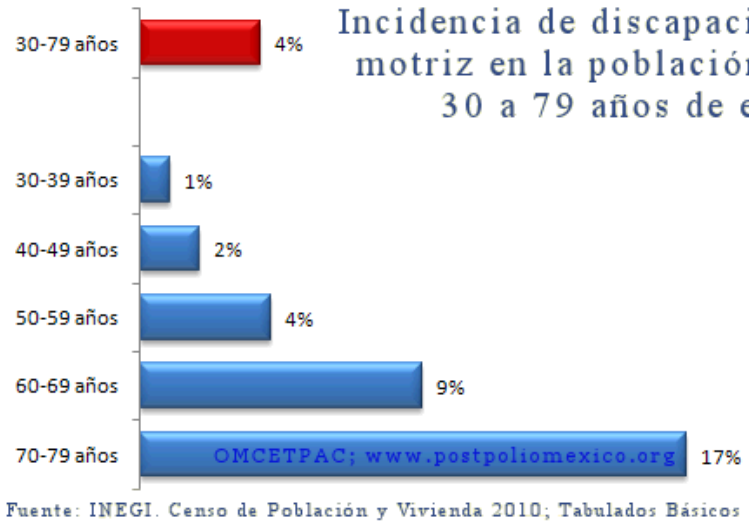


Figura 5. Discapacidad motriz en la población de 30 a 79 años, por grupo de edad

La barra roja corresponde al total del grupo de 30 a 79 años; las barras azules, a su desglose por grupo de edad. Fuente: elaboración propia con datos del INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010; Tabulados básicos.

El desglose por edad refuerza la comparación. En el grupo de 50 a 59 años, al que pertenecía más de la mitad de los participantes, la discapacidad motriz en la población general era de 4%. Incluso en el grupo de 70 a 79 años, el de mayor prevalencia, la cifra llegaba a 17%, muy por debajo del 67% observado entre las personas afectadas por la polio, con una edad promedio de 53 años.

El porcentaje no duplicado de quienes antes no usaban y en 2010 sí usaban silla de ruedas manual, eléctrica o scooter fue de 32%: una de cada tres personas había sufrido en los años previos un deterioro que la obligaba a desplazarse sobre ruedas. Esta cifra también superaba con holgura la del censo ($p < 0.001$). El dato tiene un peso humano considerable: la mediana de tiempo de uso de la silla de ruedas entre quienes la habían incorporado recientemente era de cuatro años. Con una edad promedio de 53, eso significa que empezaron a usarla alrededor de los 49, una edad en la que la mayoría de las personas se encuentra en plena etapa productiva.

Tabla 5. Deterioro reciente de la movilidad frente a la población general, 2010

Indicador	%
Usaban en 2010 al menos un apoyo de movilidad que antes no usaban (no duplicado)	67
Usaban en 2010 silla de ruedas o scooter que antes no usaban (no duplicado)	32
Población general de 30 a 79 años con discapacidad motriz (INEGI, Censo 2010)	4

Diferencias entre la encuesta y el censo estadísticamente significativas ($p < 0.001$).

6. Poliomielitis y vacunación

La vacuna oral (VOP), desarrollada por Sabin, ha sido decisiva para erradicar la polio en casi todo el mundo. La OMS reconoce, no obstante, que en casos muy raros el virus vacunal puede mutar y recuperar suficiente neurovirulencia para causar poliomielitis paralítica en quien la recibe o en sus contactos (Shibuya y Murray, 2004, p. 134). La polio de origen vacunal es clínicamente indistinguible de la causada

por el virus silvestre en incubación, gravedad y mortalidad (Ramírez López et al., 2006), y lo mismo ocurre con sus secuelas.

El 72% de los participantes declaró no haber sido vacunado antes de enfermar; 20% dijo que sí y 8% no lo sabía. De los vacunados (n = 65), 73% conocía el número de dosis recibidas. Entre estos, 65% había recibido una dosis, 25% dos, 8% tres y 2% cinco.

Tabla 6. Antecedente de vacunación antes de enfermar

Condición	%
No vacunados	72
Vacunados	20
No sabe	8

Tabla 7. Número de dosis recibidas entre los vacunados que conocen el dato

Dosis	%
Una	65
Dos	25
Tres	8
Cinco	2

Fuente: elaboración propia con datos de la Primera Encuesta Iberoamericana (resultados preliminares).

Los casos se concentraron en quienes recibieron una sola dosis y disminuyeron conforme aumenta el número de dosis. Con estos datos no es posible saber si la enfermedad fue de origen vacunal o si la persona ya estaba infectada por virus silvestre al momento de vacunarse, posibilidad que el propio fabricante de la vacuna advierte. El patrón observado respalda la recomendación de la OMS de aplicar al menos tres dosis (Shibuya y Murray, 2004, p. 135).

Según el metaanálisis de Ramírez López et al. (2006), la incidencia de polio paralítica asociada a la vacuna es de un caso por cada 3.21 millones de dosis aplicadas: uno por cada 1.39 millones de primeras dosis y uno por cada 11.38 millones de dosis subsecuentes. Las autoridades sanitarias consideran aceptable ese riesgo por las ventajas epidemiológicas de la vacuna oral frente a la inyectable de virus inactivados (VPI) de Salk: genera anticuerpos con rapidez y, al llegar al tubo digestivo, frena la transmisión del virus por vía fecal. La transición definitiva de la VOP a la VPI involucra además otros factores que van más allá del costo o de la vía de administración (World Health Organization, 2010). Para quienes vivieron la enfermedad, sin embargo, un riesgo bajo en términos estadísticos sigue teniendo un costo humano muy alto.

Discusión

Los resultados preliminares dibujan una población que enfermó en la primera infancia durante el pico epidémico de los años cincuenta, que recibió en su mayoría rehabilitación y cirugías orientadas a lograr la marcha, y que logró durante décadas una vida en gran parte independiente. En 2010 esa trayectoria se estaba revirtiendo: a una edad promedio de 53 años, dos de cada tres participantes habían necesitado incorporar apoyos para desplazarse y uno de cada tres había pasado a la silla de ruedas.

La magnitud de la diferencia con la población general, de 67% frente a 4%, difícilmente puede atribuirse solo al envejecimiento. Es compatible con los efectos tardíos de la polio en sus tres vertientes (Vistrain y Elizondo Martínez, 2014): las secuelas directas del daño viral, documentadas en la extensión y asimetría de la afectación por dermatomo; el trauma secundario, que se refleja en la alta frecuencia de desviación de columna y deformidades articulares; y la pérdida de estabilidad funcional, en la que se inscribe la nueva debilidad característica del síndrome postpolio. Los datos de esta encuesta no permiten distinguir cuánto del deterioro corresponde a cada uno de estos componentes, una pregunta que conviene abordar en el análisis definitivo.

Conviene recordar que estos datos describen la situación de 2010. Dieciséis años después, esa misma generación tendría, en promedio, alrededor de 69 años: el 55% que entonces tenía entre 50 y 59 años tendría hoy entre 66 y 75, quienes tenían entre 40 y 49 tendrían entre 56 y 65, y quienes tenían 60 o más superarían los 76. Los nacidos entre 1950 y 1960, más de la mitad de la muestra, tendrían hoy entre 66 y 76 años. Dada la tendencia observada en 2010 y el efecto natural del envejecimiento, es razonable suponer que el deterioro funcional documentado se haya acentuado desde entonces. La encuesta no permite comprobarlo, pero la expectativa refuerza la necesidad de un seguimiento de esta población y hace más urgente su atención por parte de los sistemas de salud.

Desde el punto de vista clínico, los datos refuerzan dos ideas. La primera es que el daño de la polio es heterogéneo y asimétrico, de modo que la valoración y el tratamiento deben ser individualizados. La segunda es que los problemas de columna, cadera, rodillas y pies no son fenómenos aislados, sino consecuencias esperables de décadas de compensación mecánica, que deben prevenirse y atenderse como tales.

Desde el punto de vista social, las limitaciones en autosuficiencia económica, vida familiar, carrera profesional y bienestar subjetivo, aunque afectaban a una minoría, merecen atención, porque tocan dimensiones centrales de la calidad de vida.

Limitaciones del estudio

- Los resultados son preliminares (n = 334, margen de error de ±5.36%) y podrían diferir de los de la muestra completa (n = 387), cuyo análisis está en proceso.
- Los datos corresponden a 2010 y describen la situación de los participantes en ese momento, no en la actualidad.
- Este informe se limita a una parte de las preguntas del cuestionario, por lo que no ofrece una visión completa de las condiciones de vida de los participantes.
- La muestra se obtuvo a través de asociaciones de afectados, por lo que puede sobrerrepresentar a personas con más síntomas o con mayor vinculación al tema; no es una muestra probabilística de toda la población que tuvo polio.
- La información es autorreportada y retrospectiva, en especial la relativa a la edad de inicio, la vacunación y el número de dosis.
- La comparación con el censo se hizo contra datos de México, mientras que la muestra incluye residentes de varios países; además, el indicador censal mide discapacidad de cualquier antigüedad.

- El análisis de dosis de vacuna se basa solo en personas que enfermaron. Sin un grupo de comparación de vacunados que no enfermaron, no permite estimar la eficacia por número de dosis; únicamente describe cómo se distribuyen los casos.

Conclusiones

La Primera Encuesta Iberoamericana ofrece, por primera vez, un retrato comparado de las personas afectadas por la poliomielitis en la región. Sus resultados preliminares muestran que la polio no fue un episodio cerrado de la infancia. En 2010, medio siglo después del auge epidémico, sus secuelas producían un deterioro funcional mucho mayor que el de la población general de la misma edad, y es razonable pensar que ese deterioro se haya acentuado en los años transcurridos desde entonces.

Es necesario que los sistemas de salud de Iberoamérica reconozcan a esta población, hoy de edad avanzada y probablemente más numerosa de lo que indican los registros oficiales, como un grupo con necesidades específicas, capaciten a los profesionales en el diagnóstico y manejo de los efectos tardíos de la polio y faciliten el acceso oportuno a aparatos ortopédicos, rehabilitación y apoyos para la movilidad. La magnitud de la población afectada es difícil de precisar. La OMS estimó que, a nivel mundial, antes de 1990 se notificaba menos del 10% de los casos reales. Al aplicar esa proporción a los 29,176 casos registrados en México, Vistrain y Elizondo Martínez (2014) estimaron que el país habría tenido al menos 291,760 casos. También es necesario analizar la muestra completa y profundizar en el análisis de las dimensiones psicosociales, laborales y familiares de la vida de estas personas.

Agradecimientos

La realización de esta encuesta no habría sido posible sin las asociaciones participantes, que la difundieron y promovieron entre sus agremiados. Agradecemos de manera especial la muy valiosa colaboración que, a título personal, brindaron Consuelo Ruiz (España), Mercedes González (España), Ruth Morgan (Costa Rica), Omer Morales (Costa Rica), María Alejandra Carbajal (México), María Elsa Vogl (Panamá) y Yuly Almirón (Argentina). Extendemos este agradecimiento a todas las demás personas que, sin ser mencionadas aquí, contribuyeron a difundir la encuesta, y a cada uno de los participantes que compartió su experiencia.

Referencias

Alvarez, A. (2015). History of a strategy to eradicate poliomyelitis in Uruguay and Argentina. Hygiea Internationalis, 11(1), 53-70. https://doi.org/10.3384/hygiea.1403-8668.1511153

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (s. f.). Chapter 18: Poliomyelitis. En Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases (Pink Book). Recuperado el 12 de octubre de 2026, de https://www.cdc.gov/pinkbook/hcp/table-of-contents/chapter-18-poliomyelitis.html

Gil, J. A. (2023). La epidemia de polio en la España del siglo pasado. SEM@foro, (75). https://dspace.umh.es/bitstream/11000/29851/1/3b.-La-epidemia-de-polio-en-la-Espana-del-siglo-pasado.-SEM_75_web.pdf

Gómez De Lara, J. L. y Vistrain Díaz, S. A. (2026). Historia de la poliomielitis en México: de un pasado que pocos recuerdan a un presente que pocos ven. Anabasis Project.

Maslow, A. H. (1991). Motivación y personalidad (3.ª ed.). Díaz de Santos.

Oliveira, A. S. B. y Quadros, A. A. J. (Coords.). (2008). Síndrome postpoliomielitis: orientaciones para los profesionales de la salud. Secretaría de Estado de Salud de São Paulo.

Organización Mexicana para el Conocimiento de los Efectos Tardíos de la Polio [OMCETPAC]. (2010). Primera Encuesta Iberoamericana sobre las Condiciones de las Personas Afectadas por la Poliomielitis: resultados preliminares. Ponencia presentada en las Jornadas "La nueva situación de las personas afectadas por la polio", Madrid. https://www.postpoliomexico.org/peip.html

Ramírez López, L. E., Medina de la Garza, C. E., González Rodríguez, F., Fabela Rodríguez, J. H., Argüello Escobedo, J. C., Martínez Tamez, G. I. y Velazco Castañón, J. G. (2006). Incidencia de poliomielitis paralítica causada por la vacuna: metaanálisis. Medicina Universitaria, 8(31), 92-98.

Salter, R. B. (2001). Trastornos y lesiones del sistema musculoesquelético (p. 400). Masson.

Shibuya, K. y Murray, C. J. L. (2004). Chapter 5: Poliomyelitis. En The global epidemiology of infectious diseases (p. 134). World Health Organization.

Tortora, G. J. y Grabowski, S. R. (2002). Principios de anatomía y fisiología (9.ª ed., p. 218). Oxford University Press.

Vistrain, S. A. y Elizondo Martínez, D. (2014, junio). La poliomielitis y sus efectos tardíos; el caso de México. ENLACE; Espacio de la Sociedad Civil, 2(9), 28-31.

World Health Organization. (2010). Global Polio Eradication Initiative: Annual report 2009 (p. 38). World Health Organization.