

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA	Página 1 de 20
		PRO-R02.003.0000-028	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo general

Realizar el seguimiento continuo y sistemático de la ocurrencia de la PFA en los menores de 15 años para el cumplimiento de los indicadores epidemiológicos y de laboratorio requeridos para la certificación de la erradicación de la poliomielitis, con el propósito principal de detectar oportunamente la circulación del virus de la poliomielitis y orientar las medidas de control.

a. Objetivos específicos

- Lograr la notificación inmediata de los casos probables.
- Realizar la búsqueda activa periódica de casos no captados por el sistema de vigilancia.
- Realizar la investigación de todo caso probable durante las primeras 48 horas después de la notificación.
- Tomar las muestras adecuadas para confirmación del diagnóstico al primer contacto con el paciente.
- Orientar las medidas de control que deben adelantarse frente a un caso probable o confirmado.

2. ALCANCE

Este documento define la metodología para los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos que orientaran las medidas de prevención y control de los casos de parálisis flácida aguda, a nivel nacional, departamental, distrital y municipal, según se requiera.

3. RESPONSABILIDAD

Es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud a través Subdirección de vigilancia y control en salud pública, emitir los parámetros para realizar la vigilancia a través de este documento y de los actores del sistema:

- Ministerio de la Protección Social-Centro Nacional de Enlace.
- Instituto Nacional de Salud-Subdirección de vigilancia y control en salud pública.
- Unidades notificadoras: Entidades territoriales de carácter nacional, departamental, distrital y municipal.
- Unidades primarias generadoras de datos: Entidades de carácter público y privado que captan los eventos de interés en salud pública.

4. DEFINICIONES

Las contenidas en el Decreto 3518 de octubre 9 de 2006 del Ministerio de la Protección Social por el cual se crea y reglamenta el Sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA	Página 2 de 20
		PRO-R02.003.0000-028	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

5. CONTENIDO

5.1. Importancia del evento

5.1.1. Descripción del evento

La parálisis se define como la pérdida parcial o total de la capacidad para realizar movimientos voluntarios; lo que incluye no solamente movimientos de los cuatro miembros, sino también aquellos con un componente automático como la respiración, la deglución y los movimientos oculares. En términos clínicos, la parálisis puede resultar de la lesión en uno de los cuatro sitios anatómicos: neurona motora superior, neurona motora inferior, unión neuromuscular y músculo estriado. Las lesiones en la neurona motora inferior (Incluidas raíces, plexos, nervios periféricos, unión neuromuscular y músculo) se presentan con parálisis flácida y pérdida de reflejos. La denominación de parálisis aguda indica la instalación abrupta de la debilidad muscular, pero también que la parálisis progresa hasta su acmé en uno a diez días, usualmente en tres a cuatro días.

En la etiología de la enfermedad, se describen como causas más frecuentes de parálisis flácida aguda (PFA) en niños la poliomiелitis por poliovirus, la neuropatía periférica (Síndrome de Guillain-Barré), la mielitis aguda (Mielitis transversa aguda –MTA-, absceso epidural, hematoma y tumores), las lesiones de la UNM (Miastenia gravis, botulismo, neurotoxinas vegetales, insecticidas organofosforados) y en músculo, la polimiositis o miopatía inflamatoria idiopática, la parálisis periódica familiar hipocalémica o hipercaliémica y la triquinosis.

Poliomiелitis por poliovirus

La poliomiелitis es una enfermedad aguda, febril, caracterizada por meningitis aséptica y debilidad o parálisis de una o más extremidades. La manifestación de la infección por poliovirus

varía desde enfermedad inaparente hasta parálisis y muerte; más de 90% de las infecciones por poliovirus ocurridas naturalmente son subclínicas.

La poliomiелitis aguda clínica tiene dos fases distintas: la menor, con una incubación de 3 a 7 días, consistente en viremia, síntomas no específicos como fiebre, dolor de cabeza, malestar de la garganta y anorexia. Entre 4 y 8% de personas infectadas experimenta síntomas de enfermedad menor que se resuelven en uno o dos días después del inicio. La enfermedad mayor está asociada a síntomas de afección del sistema nervioso central (entre 0,1 y 1% de los infectados) que aparecen después de la enfermedad menor, estos incluyen fiebre, dolor de cabeza, vómito y meningitis.

Una característica de la poliomiелitis es la debilidad motora asimétrica, la cual se desarrolla en uno a dos días. La gravedad de la enfermedad va desde debilidad en una sola extremidad hasta la cuadriplejía. Los músculos proximales están frecuentemente involucrados más que los distales, y las piernas, más comúnmente que los brazos. Cualquier combinación de miembros puede verse afectada, pero por lo general una pierna y un brazo, o ambas piernas. La ubicación de la parálisis

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA	Página 3 de 20
		PRO-R02.003.0000-028	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

depende de la localización de la destrucción neuronal y su persistencia por más de 60 días puede indicar parálisis permanente.

Los reflejos están ausentes, la sensibilidad se conserva y las paresias pueden durar desde varias horas hasta varios días. Los nervios craneales pueden verse involucrados en 5 a 35% de los casos paralíticos (poliomielitis bulbar). Cualquier miembro craneal motor puede verse involucrado, pero los nervios 9 y 10 son los más comúnmente afectados. El fallo respiratorio por la parálisis de los músculos intercostales y del diafragma representa la complicación más seria de la poliomielitis paralítica.

Aspecto	Descripción
Agente etiológico	Poliovirus tipo 1, 2 y 3 del género Enterovirus grupo C, todos los serotipos pueden causar parálisis. El tipo 1 es el que más ha ocasionado epidemias en América.
Modo de transmisión	La principal vía de transmisión en áreas en donde existen deficiencias sanitarias es la oro-fecal, mientras que en condiciones sanitarias satisfactorias es por diseminación de tipo faríngeo (persona-persona); esta vía es también importante en condiciones de brote.
Período de incubación	Es de 7 a 14 días y puede variar a 35 días.
Período de transmisibilidad	Persiste en la garganta menos de 6 días después de la infección, se multiplica en el intestino y es excretado en las heces durante 4 a 6 semanas. El poliovirus es demostrable en las secreciones faríngeas después de 36 horas de la exposición a la infección y en las heces después de 72 horas, tanto en los casos clínicos como en los asintomáticos.
Susceptibilidad	La susceptibilidad es común en menores de 5 años y todas las personas que no estén inmunizadas son susceptibles. Los recién nacidos de madres inmunizadas están protegidos naturalmente durante varias semanas. La inmunidad adquirida con la infección natural o con la vacuna de tipo oral produce inmunidad de tipo humoral, anticuerpos específicos en sangre, e inmunidad local de la mucosa intestinal. La vacuna oral de polio –VOP-* confiere inmunidad de por vida a 95% de los vacunados después de recibir tres dosis. Su eficacia se comprobó con la erradicación de la enfermedad en más de 160 países; pueden ocurrir casos asociados a la vacuna, con una probabilidad de un caso por cada 3'600.000 de dosis aplicadas cuando se asocia a la primera dosis y un caso por cada 11'000.000 de dosis aplicadas cuando se asocia a la tercera dosis.
Reservorio	El hombre es el único reservorio del virus.

5.1.2. Caracterización epidemiológica

En 1988, el poliovirus salvaje causaba anualmente cerca de 350.000 casos de polio paralítica en menores de cinco años en los 125 países que mantenían circulación endémica del virus salvaje (2). El mundo emprendió ese año un programa para erradicar el poliovirus, casi dos décadas después de su inicio, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis ha reducido los casos de poliomielitis en 99% y ha evitado que 5 millones de niños queden paralizados; sin embargo, aún algunos países endémicos representan un riesgo para los países vecinos y para otras regiones del mundo que han logrado la meta de erradicación del poliovirus salvaje.

En los últimos tres años 2006 - 2008, se han confirmado cerca de 4.683 casos de polio por poliovirus en países endémicos y no endémicos. Cerca de 4.364 casos se han producido en los cuatro países endémicos Nigeria, Pakistán, India y Afganistán (3).

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA	Página 4 de 20
		PRO-R02.003.0000-028	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

En América, el hemisferio occidental fue certificado libre de la circulación del virus salvaje de la polio en 1994; el último caso de poliomyelitis causado por el virus salvaje fue detectado en Perú en 1991. La vigilancia de la PFA sigue en pie en la Región de las Américas. La tasa de PFA continúa por encima de 1/100.000 niños menores de 15 años de edad y la proporción de muestras adecuadas continúa siendo aproximadamente 80%. El nivel de cumplimiento de este indicador resalta la necesidad de que un organismo independiente ayude a cada país para la clasificación del 20% restante de casos (entre 400-500 casos por año) sin muestras adecuadas. (1).

El número de casos de poliovirus derivado de vacuna ha venido en aumento en los últimos tres años todos a expensas de Nigeria con 126 casos en ese periodo. Luego del tsunami que se presentó en Indonesia en el 2005, se notificaron 46 casos derivados de vacuna oral de polio (3). El brote de polio derivado de la vacuna en la República Dominicana y Haití (2000-2001) resalta el riesgo que conlleva una baja cobertura con vacuna oral contra la polio en países y municipios y el riesgo de fallar en la detección oportuna de la circulación del virus de la polio. En Colombia durante el año 2009 se presentó el primer caso de polio derivado de vacuna en paciente inmunocomprometido sin que se evidenciara circulación del virus.

Hasta 1988, los casos de polio en Colombia se venían presentando a lo largo de todo el año con picos a mitad de período y aparición de grandes epidemias. A partir de entonces y hasta 1991, los brotes de polio fueron de poca magnitud. El serotipo predominante fue el polio 1, pero también circulaba el serotipo 3, especialmente en 1988 y 1989. El serotipo 2 circuló hasta 1982. La disminución de la frecuencia de los casos se relacionó con el incremento de coberturas de vacunación a partir de 1984, cuando se iniciaron las jornadas nacionales de vacunación.

En septiembre de 1989, se realizó el primer aislamiento del último brote que se extendió hasta mayo de 1991; todos los casos se localizaron en la costa Atlántica y fueron exclusivamente causados por el serotipo 1 y provenían de zonas urbano marginales o municipios con deficientes condiciones de saneamiento ambiental y cercanos a las grandes ciudades con fenómenos de alta movilidad y migración; se presentaron 12 casos con predominio en menores de 5 años sin esquema completo de vacunación, la vacunación en el área donde se presentaron los casos era inferior a 60%.

En 1991 se presentó el último caso de polio en el municipio de Arjona (Bolívar); desde esa época no ha habido más aislamientos de poliovirus salvaje en Colombia. A pesar de los logros alcanzados, en los últimos cuatro años no se ha logrado cumplir con algunos de los indicadores de vigilancia como la investigación oportuna de casos.

5.2. Estrategia

- Notificación inmediata de casos probables.
- Búsqueda activa.
- Investigación oportuna después de la notificación.
- Recolección de muestra de materia fecal del caso para confirmación del diagnóstico.
- Orientación de las medidas de control.

5.3. Información y configuración del caso

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA	Página 5 de 20
		PRO-R02.003.0000-028	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

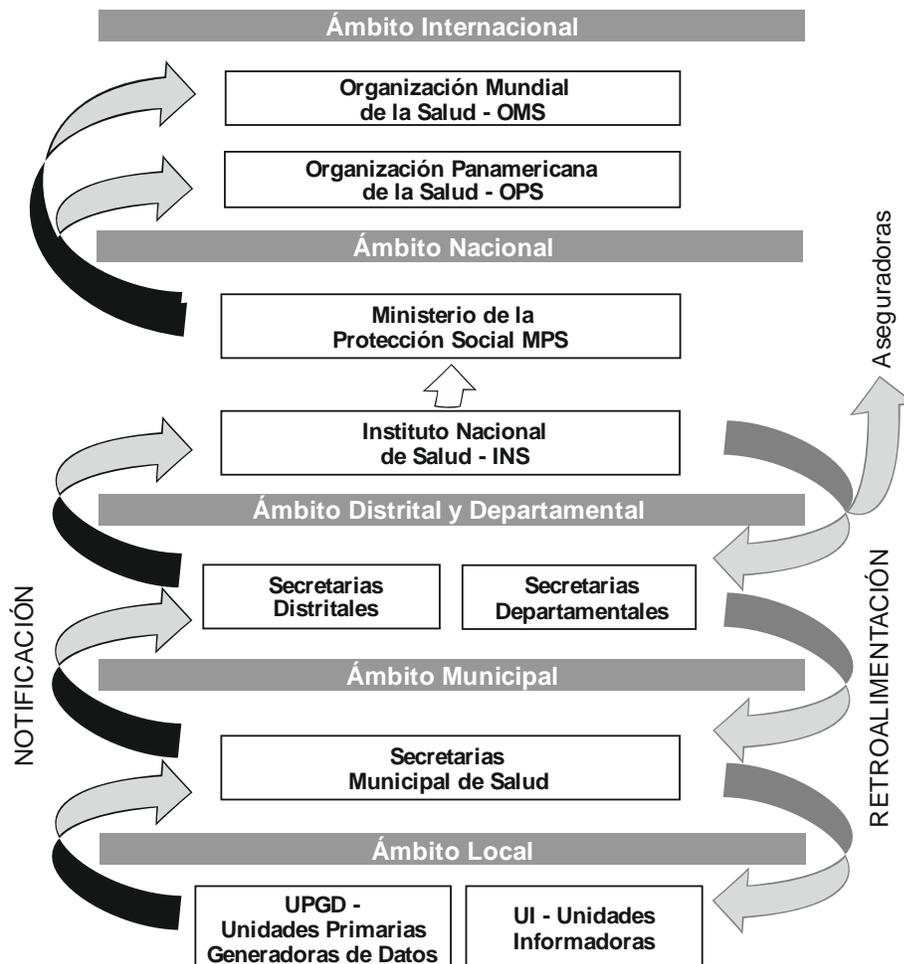
5.3.1. Definición operativa de caso

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso probable	Todo individuo menor de 15 años que presente parálisis flácida aguda no causada por trauma, tumor o degeneramiento de la neurona motora.
Caso confirmado por laboratorio	Caso probable confirmado por aislamiento de poliovirus salvaje o poliovirus neurovirulento derivado de VOP, a partir de las heces del caso o de sus contactos, (cuando haya sido necesario recolectarlos), con o sin parálisis residual.
Caso compatible	Caso probable del cual no se obtuvo una muestra de heces dentro de los primeros 14 días de inicio de la parálisis y presenta parálisis residual compatible con poliomiélitis o sobreviene la muerte dentro de los 60 días siguientes o no se hace seguimiento del caso y cuyas secuelas neurológicas no son imputables a otra enfermedad. También es caso compatible los resultados de estudios de autopsias en donde se identifique mielitis aguda de predominio en las áreas motoras, en cualquier localización de la médula espinal o del tallo cerebral, con evidencia de destrucción neuronal (Neuronofagia), en ausencia de inclusiones virales o de alguna otra explicación a la causa de muerte (Diagnóstico compatible por exclusión).
Caso descartado	Todo caso de enfermedad paralítica aguda del que se ha obtenido una muestra de heces adecuada dentro de los 14 días posteriores al inicio de la parálisis y que ha resultado ser negativa para poliovirus. De estas muestras deberán conservarse en el laboratorio de virología del INS pequeñas cantidades para uso futuro, ya que con objeto de asegurar la precisión de esta categorización, las heces sobrantes de cualquier paciente que presente parálisis residual a los 60 días o que haya fallecido (Sin otro diagnóstico aparente) deben ser analizadas en otro laboratorio de la red utilizando las técnicas apropiadas. Si las muestras son adecuadas y los resultados son todos negativos, el caso se deberá descartar.
Caso posvacunal o asociado a la vacuna	Hay dos casos asociados a la vacuna: 1. Caso de poliomiélitis en receptores de la vacuna: parálisis flácida y aguda que se inicia entre 4 y 40 días después de recibir la vacuna antipoliomielítica oral (VPO), y que presenta secuela neurológica compatible con poliomiélitis 60 días después del inicio del déficit motor en el que se aísla el virus vacunal de poliomiélitis y que las secuelas neurológicas no son imputables a otra enfermedad. 2. Caso de poliomiélitis asociada a la vacuna de contactos: parálisis flácida aguda que surge luego del contacto con el niño que ha recibido la VPO. La parálisis aparece de 4 a 85 días después de la vacunación y presenta secuela neurológica compatible con poliomiélitis a los 60 días de la aparición del déficit motor en el que se aísla el virus vacunal de poliomiélitis y que las secuelas neurológicas no son imputables a otra enfermedad.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA	Página 6 de 20
		PRO-R02.003.0000-028	Versión: 00
Fecha próxima revisión: 2014-08	Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08

5.4. Proceso de vigilancia

5.4.1. Flujo de la información



 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA	Página 7 de 20
		PRO-R02.003.0000-028	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

5.4.2. Notificación

Notificación	Responsabilidad
Notificación inmediata	Todos los casos probables de PFA deben notificarse de manera inmediata e individual en cada nivel del sistema.
Notificación semanal	Los casos probables de PFA deben reportarse semanalmente de conformidad a la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública.
Ajustes por períodos epidemiológicos	Los ajustes a la información de casos probables de PFA y su clasificación final se deben realizar a más tardar en el período epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación en la medida que sea posible, de conformidad a los mecanismos definidos por el sistema.

Las unidades primarias generadoras de datos -UPGD-, caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar con periodicidad semanal, en los formatos y estructura establecidos, la presencia del evento de acuerdo con las definiciones de caso contenidas en el protocolo.

Los datos deben estar contenidos en archivos planos delimitados por comas, con la estructura y características definidas y contenidas en los documentos técnicos que hacen parte del subsistema de información para la notificación de eventos de interés en salud pública del Instituto Nacional de Salud - Ministerio de Protección Social.

Ni las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las entidades administradoras de planes de beneficios, ni ningún otro organismo de administración, dirección, vigilancia y control podrá modificar, reducir o adicionar los datos ni la estructura en la cual deben ser presentados en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar el dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que en las bases de datos propias las UPGD y los entes territoriales puedan tener información adicional para su propio uso.

Se entiende la notificación negativa para un evento como su ausencia en los registros de la notificación semanal individual obligatoria para las UPGD que hacen parte de la Red Nacional de Vigilancia.

5.5. Análisis de los datos

5.5.1. Indicadores

Ver Manual de Indicadores de la Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública.

5.6. Orientación de la acción

5.6.1. Acciones Individuales

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA	Página 8 de 20
		PRO-R02.003.0000-028	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

Una vez el caso se configure como probable las acciones a seguir son:

Notificación: La notificación es obligatoria e inmediata.

Para conocimiento general, los diagnósticos diferenciales que deben ser tenidos en cuenta para notificación de parálisis flácida aguda y deben ser objeto de vigilancia y seguimiento según la configuración clínica son:

DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE-9	CÓDIGO CIE 10
Botulismo	005.1	A05.1
Poliomielitis	45.9	A80
Encefalitis (meningoencefalitis viral)	049.9-048.0	A86.x
Enfermedad enteroviral del sistema nervioso central	349.9	A88.8
Meningitis aséptica/linfocítica	0.47.9-049.0	G03.0
Mielitis transversa	323.9	G37.3
Síndrome Guillan Barré	357.0	G61.0
Polineuropatía, polirradiculopatía	356.9-357.0	G61.9
Polineuritis	357.9	G62.9
Parálisis flácida muscular	359.9	G72.8
Hemiplejía súbita infantil	342.9	G80.2G810
Parálisis flácida		G82.0
Accidente cerebro vascular	436.0	I64.x
Seudoparálisis	344.8	R29.8
Intoxicación por metales pesados	985.9	T56.9-n14.3
Intoxicación por organofosforados	989.3	T60-(T60.0)

Diligenciamiento de Ficha de Notificación de caso: Diligenciar la ficha de notificación de caso probable de PFA en su totalidad. Anexar la valoración neurológica inicial.

Manejo del Caso

- Elaborar la historia clínica del paciente: evaluar la ocurrencia de fiebre al inicio de la parálisis, la progresión de la parálisis en los primeros cuatro días y la presencia de parálisis asimétrica.
- Definir el manejo hospitalario.
- Otra orden individual es la valoración neurológica inicial para observar la gravedad del cuadro clínico y el seguimiento respectivo.
- Todo caso probable debe ser estudiado (valoración neurológica) a los 30, 60 y 90 días para establecer la presencia de parálisis residual.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA	Página 9 de 20
		PRO-R02.003.0000-028	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

Si el caso tiene una muestra de heces de calidad y recolectada oportunamente en los primeros 14 días de iniciada la parálisis, el resultado del laboratorio es negativo para virus de polio y la valoración neurológica de los 30 días en NORMAL (no secuelas), no se requiere el envío de más valoraciones, de lo contrario seguirán enviándose las valoraciones neurológicas hasta que no haya secuelas.

Estudio de laboratorio

El caso debe tener una muestra de materia fecal recolectada en los primeros 14 días de iniciada la parálisis.

Se debe realizar un seguimiento continuo que permita obtener la muestra de heces a la mayor brevedad, sin embargo cuando por el estado clínico del paciente, la muestra no se pueda obtener de forma espontánea, el profesional de la salud que trata al paciente debe aplicar maniobras mecánicas que permitan obtener la muestra en los primeros 14 días después de iniciada la parálisis.

Las muestras de contacto **NO** se deben tomar de manera rutinaria. Solo se obtendrán muestras de contactos por indicación del epidemiólogo responsable de la entidad territorial teniendo en cuenta los criterios establecidos en este protocolo (ver 8.6.3 criterios de laboratorio).

En ningún caso el estudio virológico de muestras de contactos tiene valor diagnóstico, este último solamente brinda información sobre la circulación o no de poliovirus en la comunidad.

Caso probable que fallece.

Es importante que el examen lo realice un patólogo experimentado, por lo tanto, se deben remitir las muestras al INS para análisis histopatológico e intento de aislamiento viral al Grupo de Virología y Patología para que allí se intente cultivar el virus de la poliomielitis.

Cuando el caso probable fallezca se hará autopsia y se tomarán muestras para:

- Aislamiento viral:** Deben tomarse muestras de tejidos y materia fecal. Del sistema nervioso se toman muestras de médula espinal, sustancia gris, bulbo raquídeo, protuberancia anular, cerebro, un segmento del nervio de la extremidad afectada y adicionalmente un segmento de intestino delgado, los cuales deben conservarse y enviarse refrigerados en solución salina y recipientes estériles individuales. Respecto a la muestra de materia fecal puede obtenerse por aspirado rectal del contenido intestinal o de las heces ya formadas, se envasa en frasco de boca ancha y tapa, limpio y seco, conservar y enviar refrigerado. ESTAS MUESTRAS SERÁN ENVIADAS AL ÁREA DE VIROLOGÍA DEL INS.
- Estudio anatomopatológico:** Se toman muestras de médula espinal, sustancia gris, bulbo raquídeo, protuberancia anular, cerebro, un segmento del nervio de la extremidad afectada y adicionalmente un segmento de intestino delgado; se remiten en frasco de tapa ancha con formol al 100%. ESTAS MUESTRAS SERÁN ENVIADAS AL ÁREA DE PATOLOGÍA DEL INS.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA	Página 10 de 20
		PRO-R02.003.0000-028	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

Investigación epidemiológica de caso

En este momento de la erradicación de la poliomielitis, cualquier caso de PFA por poliovirus salvaje o derivado de vacuna se considera brote.

Ante la ocurrencia de un caso de PFA se debe hacer lo siguiente:

- Ubicar el caso índice, de la vivienda y de la población en riesgo.
- Acudir al domicilio del caso probable y llenar el formulario para la investigación de casos.
- Evaluación del esquema de vacunación del caso: numero y fechas
- Evaluación del esquema de vacunación de contactos del caso: numero y fechas.
- Se investigará para determinar si se han producido casos de PFA en los lugares visitados por el caso durante el mes precedente al inicio de la parálisis, o si el caso ha tenido contacto con personas residentes en zonas endémicas para poliovirus salvaje.
- Se evaluarán las condiciones higiénicas y sanitarias del lugar de residencia.
- Se caracterizarán las condiciones ambientales y de servicios públicos del lugar de residencia.
- Se evaluará la existencia de factores de riesgo como exposición a sustancias químicas que pudiesen desencadenar la sintomatología u otros.
- Si se sospecha la presencia de un caso de poliomielitis relacionado con la vacuna, es necesario realizar las acciones contempladas en el protocolo de ESAVI (Eventos Supuestamente Atribuidos a la vacunación o inmunización) con el objeto de indagar el lugar donde fue aplicada la vacuna, de tal forma que sea posible identificar los lotes implicados.
- Planificar un seguimiento para determinar el resultado clínico.
- La Dirección Municipal de Salud realizará la investigación epidemiológica de caso dentro de las **primeras 48 horas de notificado**.

Importante:

NO ESPERAR LOS RESULTADOS DE LABORATORIO PARA EMPEZAR A INVESTIGAR UN CASO PROBABLE.

5.6.2. Acciones Colectivas

Investigación epidemiológica de campo

Ante un caso probable de PFA, el municipio respectivo adelantará las actividades de investigación epidemiológica de caso y de campo, con el monitoreo y asistencia técnica del Departamento. La investigación de campo tiene como objetivo identificar los contactos del caso para realizar las acciones de control pertinentes y verificar las coberturas de vacunación en los menores de 5 años del área. Dentro de este proceso se contempla:

Evaluar la cobertura contra la poliomielitis en menores de 5 años en la zona de residencia donde se ha presentado el caso (Monitoreo Rápido de Coberturas).

Simultáneamente programar vacunación para completar o iniciar esquema de acuerdo al esquema establecido por el Programa Ampliado de Inmunizaciones.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA	Página 11 de 20
		PRO-R02.003.0000-028	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

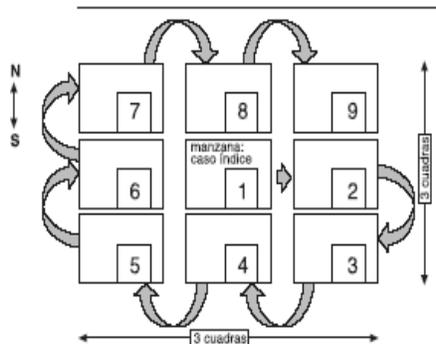
Evaluación de la cadena de frío de los biológicos en la zona
 Adelantar búsqueda activa comunitaria en la zona de residencia y si se encuentran otros casos probables notificarlos y tomar las muestras de acuerdo a lo establecido en el protocolo.

Realizar búsqueda activa institucional en el establecimiento de salud y de ser necesario en otros de la zona en la que se presentó el caso.

Para el cumplimiento de dichas acciones se definirá como zona objeto de actividades de vigilancia y control ante un caso probable de PFA, en áreas urbanas nueve manzanas aledañas entre sí (1 manzana incluye 4 cuadradas) y en área rural en el total de viviendas existentes en la vereda. Se utilizará como referencia la manzana en que se encuentra ubicada la vivienda o lugar que se ha identificado como índice.

El número de perímetros geográficos definidos como unidad de búsqueda y de vacunación, va a depender de cada caso en particular. Si se encuentran nuevos casos probables ubicados en un mismo sector territorial, es probable que deba ampliarse el perímetro de búsqueda y, si se encuentran en diferentes sectores, deberán considerarse dos o más perímetros geográficos diferentes. (5)

Perímetro definido en la búsqueda activa de casos



Tomado de: Doris Gallegos Ulloa. Estrategia de Búsqueda Activa en Vigilancia. Unidad de Vigilancia, Departamento de Epidemiología, División Rectoría y Regulación Sanitaria. Ministerio de Salud de Chile. (6)

Cuando se tengan dudas sobre las coberturas de vacunación en el territorio, o cuando los casos probables correspondan a grupos de población desplazadas no conocidas, es necesario implementar mecanismos para conocer el estado de las coberturas. En el primer caso, puede resultar útil realizar una encuesta epidemiológica rápida que permita hacer una estimación confiable de las coberturas de vacunación; si se desarrolla esta estrategia es preciso contar con un diseño de muestra adecuado y realizar la exploración de varios biológicos de interés.

Adicionalmente, en áreas de alto riesgo en donde se identifiquen dificultades de acceso a los servicios de salud, es ineludible la implementación de un mecanismo de vigilancia con base

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA	Página 12 de 20
		PRO-R02.003.0000-028	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

comunitaria que permita la identificación oportuna de casos probables y su correspondiente estudio.

La Dirección Municipal de Salud realizará la investigación epidemiológica de campo dentro de las **primeras 48 horas de notificado**.

5.6.3. Acciones de laboratorio

Criterios

El laboratorio desempeña una función crítica en la vigilancia, ya que la estrategia del plan de erradicación se centra en la eliminación misma del poliovirus salvaje.

Es importante recordar que la clínica de (PFA) Parálisis Flácida Aguda puede ser ocasionada por otros agentes, por tanto no se eliminara la PFA.

El cultivo del virus en muestras de heces de los casos de PFA es el método más sensible y eficaz para descartar la transmisión del poliovirus salvaje o del virus derivado.

Es imposible asegurar si un paciente acudirá a la consulta de seguimiento; en consecuencia, se debe obtener información clínica y muestras en la primera consulta.

El aislamiento e identificación de cualquier serótipo de poliovirus salvaje o de una cepa neurovirulenta derivada de vacuna a partir de las heces del caso es el criterio único para la confirmación de casos.

La calidad de la muestra es determinante para un diagnóstico confiable y oportuno. Las muestras de LCR, escobillón faríngeo o escobillón rectal NO contienen cantidades suficientes de virus para ser recuperados por cultivo, por tal razón, ante la presencia de un caso probable de polio, la muestra ideal es la materia fecal recolectada dentro de los primeros 14 días al inicio de la parálisis.

- Las heces deben ser colectadas en envases plásticos de boca ancha y tapa de rosca.
- La cantidad óptima es de 3 a 5 gramos
- para asegurar la viabilidad de los virus, las muestras deberán estar refrigeradas desde el momento en que se recolectan hasta su llegada al laboratorio central INS. Si no son enviadas dentro de las primeras 48 horas, deberán congelarse a -20°C.
- Las muestras deben enviarse al laboratorio del INS con la ficha de notificación y de remisión de muestras en los primeros 5 días luego de la recolección.

Muestras de contactos: Las muestras de contactos NO son una alternativa cuando se dejan de recolectar muestras oportunas del caso. Las muestras de contactos deben ser tomadas cuando a criterio del epidemiólogo el caso de PFA tiene alta probabilidad de ser un caso debido a virus salvaje y no se ha recolectado una muestra adecuada del caso índice.

Si existe indicación específica del epidemiólogo se obtendrán muestras de heces de cinco contactos menores de 5 años que no hayan recibido la vacuna oral contra la poliomielititis en los 30 días precedentes. El epidemiólogo por lo general indicará tomar muestras de contactos cuando

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA	Página 13 de 20
		PRO-R02.003.0000-028	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

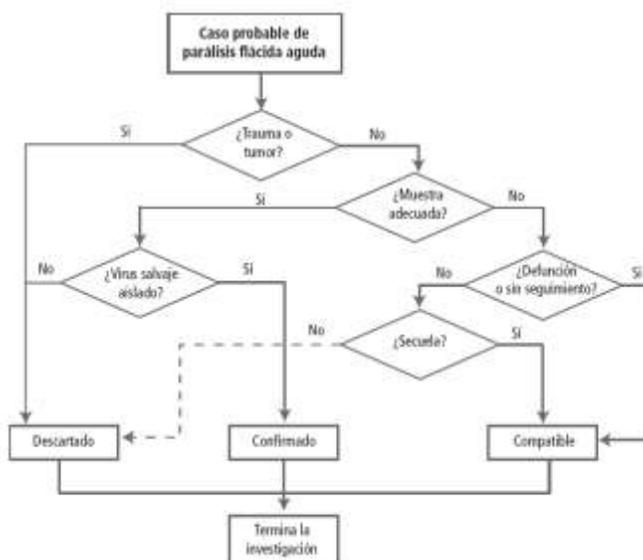
considere que el caso probable posee características clínicas o epidemiológicas que permitan creer que se trata de un verdadero caso de poliomielitis (fiebre alta, parálisis flácida aguda asimétrica, etc.), o cuando haya más de un caso probable en la comunidad.

Ejemplos en los que se podría tomar muestras de contactos, cuando no se ha colectado muestras adecuadas del caso:

- si el caso es clínicamente compatible con polio
- si hay varios casos en la comunidad

La detección de anticuerpos antipolio no tiene valor diagnóstico, por tanto, no se recomienda la toma de suero de manera rutinaria.

Resumen de la Vigilancia de PFA
Figura 3. Flujograma vigilancia de PFA.



Tomado de: Organización Panamericana de al Salud. Erradicación de la Poliomielitis. Guía Práctica. Tercera Edición.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA	Página 14 de 20
		PRO-R02.003.0000-028	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. www.polioeradication.org/content/general/casecount.pdf.
2. Organización Panamericana de la Salud. Erradicación de la Poliomielitis. Guía Práctica. Tercera Edición. Publicación Científica y Técnica No 607. Washington D.C.: 2005.
3. Andrus JK, Strebel PM, de Quadros CA, Olive JM. Risk of vaccine-associated paralytic poliomyelitis in Latin America, Bull World Health Organ 1995; 73:33-41989-91.
4. Informe Final. XVII Reunión Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, Guatemala, 2006
5. Polio Laboratory Manual. Immunization, Vaccines and biologicals, World Health organization, 4th edition.
6. Doris Gallegos Ulloa. Estrategia de Búsqueda Activa en Vigilancia de Sarampión Unidad de Vigilancia, Departamento de Epidemiología, División Rectoría y Regulación Sanitaria. Ministerio de Salud de Chile.
7. Organización Panamericana de la Salud. Erradicación de la Poliomielitis. Guía Práctica. Tercera Edición. Publicación Científica y Técnica No 607. Washington D.C.: 2005.
8. Organización Panamericana de la Salud El Control de las Enfermedades Transmisibles. Publicación Científica No. 613. Decimotava Edición. Washington D.C., 2005.
9. Andrus JK, Strebel PM, de Quadros CA, Olive JM. Risk of vaccine-associated paralytic poliomyelitis in Latin America, Bull World Health Organ 1995; 73:33-41989-91.
10. World Health organization. Polio Laboratory Manual. Immunization, Vaccines and biologicals, 4th edition.
11. <http://www.polioeradication.org/content/general/casecount.pdf>

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA	Página 15 de 20
		PRO-R02.003.0000-028	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

7. CONTROL DE REGISTROS

CONTROL DEL REGISTRO									
IDENTIFICACION		1ra. FASE: ARCHIVO DE GESTION				2da. FASE DISPOSICION INICIAL			3ra.FASE DISPOSICION FINAL
COD	NOMBRE	ORDENACION DOCUMENTAL	RESPONSABLE	LUGAR	TIEMPO DE RETENCION	METODO USADO	RESPONSABLE	TIEMPO	METODO UTILIZADO
REG-R02.003.000-0-001	Ficha de notificación Datos básicos	Medio Magnético	Auxiliar servicios generales	NA	NA	NA	NA	NA	Eliminación
REG-R02.003.000-0-019	Ficha de notificación parálisis flácida aguda datos complementarios	Medio Magnético	Auxiliar servicios generales	NA	NA	NA	NA	NA	Eliminación

8. CONTROL DE REVISIONES

VERSION	FECHA APROBACION			RESPONSABLE APROBACION	MOTIVO DE CREACION O CAMBIO
	AA	MM	DD		

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1. Ficha única de notificación de parálisis flácida aguda

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA	Página 16 de 20
		PRO-R02.003.0000-028	Versión: 00
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Sistema de Información SIVIGILA Ficha de Notificación	 
--	---

Datos básicos

REG-R02.003.0000-001 V:01 AÑO 2011

1. INFORMACIÓN GENERAL															
1.1. Nombre del evento			1.2. Fecha de notificación												
			<table border="1"> <tr> <td>Código</td> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Código	Día	Mes	Año								
Código	Día	Mes	Año												
1.3. Semana*	1.4. Año:	1.5. Departamento que notifica	1.6. Municipio que notifica												
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										
* Epidemiológica		Año													
1.7. Razón social de la unidad primaria generadora del dato		1.8. Código de la UPGD	1.9. Nit UPGD												
		<table border="1"> <tr> <td>Depto.</td> <td>Municipio</td> <td>Código</td> <td>Sub.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Depto.	Municipio	Código	Sub.					<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				
Depto.	Municipio	Código	Sub.												

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1. Primer nombre	2.2. Segundo nombre	2.3. Primer apellido															
2.4. Segundo apellido	2.5. Teléfono	2.6. Fecha de nacimiento															
		<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año												
Día	Mes	Año															
2.7. Tipo de documento de identificación		2.8. Número de identificación															
<input type="checkbox"/> RC (1) Registro <input type="checkbox"/> TI (2) T. de ID. <input type="checkbox"/> CC (3) C.C. <input type="checkbox"/> CE (4) C. extranjera <input type="checkbox"/> PA (5) Pasaporte <input type="checkbox"/> MS (6) Menor sin ID. <input type="checkbox"/> AS (7) Adulto sin ID.																	
2.9. Edad	2.10. Unidad de medida de la edad	2.11. Sexo	2.12. País de ocurrencia del caso														
<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Años</td> <td>Meses</td> <td>Días</td> <td>Horas</td> <td>Minutos</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Años	Meses	Días	Horas	Minutos		<table border="1"> <tr> <td>M</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>(1) Mas.</td> <td>(2) Fem.</td> </tr> </table>	M	F	(1) Mas.	(2) Fem.	
1	2	3	4	5													
Años	Meses	Días	Horas	Minutos													
M	F																
(1) Mas.	(2) Fem.																
2.13. Departamento/Municipio de ocurrencia del caso	2.14. Área de ocurrencia del caso	2.14.1. Cabecera mpal/Centro poblado/Rural disperso	2.14.2. Barrio de ocurrencia	2.14.3. Localidad													
<table border="1"> <tr> <td>Depto.</td> <td>Municipio</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Depto.	Municipio			<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Cabecera municipal</td> <td>Centro poblado</td> <td>Rural disperso</td> </tr> </table>	1	2	3	Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso						
Depto.	Municipio																
1	2	3															
Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso															
2.15. Vereda	2.16. Dirección de residencia	2.17. Ocupación del paciente	2.18. Tipo de régimen en salud														
			<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Contributivo</td> <td>Subsidiado</td> <td>Excepcion</td> <td>Especial</td> <td>No afiliado</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	Contributivo	Subsidiado	Excepcion	Especial	No afiliado			
1	2	3	4	5													
Contributivo	Subsidiado	Excepcion	Especial	No afiliado													
2.19. Nombre de la administradora de servicios de salud		2.20. Pertenencia étnica															
		<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Indígena</td> <td>ROM, Gitano</td> <td>Raizal</td> <td>Palenquero</td> <td>Negro, Mulato, Afro colombiano</td> <td>Otros</td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	6	Indígena	ROM, Gitano	Raizal	Palenquero	Negro, Mulato, Afro colombiano	Otros	
1	2	3	4	5	6												
Indígena	ROM, Gitano	Raizal	Palenquero	Negro, Mulato, Afro colombiano	Otros												
2.21. Grupo poblacional																	
<input type="checkbox"/> 5 Otros grupos poblacionales <input type="checkbox"/> 7 Discapacitados <input type="checkbox"/> 9 Desplazados <input type="checkbox"/> 13 Migrantes <input type="checkbox"/> 14 Carcelarios <input type="checkbox"/> 16 Gestantes																	

3. NOTIFICACIÓN

3.1. Departamento y municipio de residencia del paciente		3.2. Fecha de consulta	3.3. Inicio de síntomas																
<table border="1"> <tr> <td>Depto.</td> <td>Municipio</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Depto.	Municipio			<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año				<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año			
Depto.	Municipio																		
Día	Mes	Año																	
Día	Mes	Año																	
3.4. Clasificación inicial de caso		3.5. Hospitalizado	3.6. Fecha de hospitalización																
<input type="checkbox"/> 1 Sospechoso <input type="checkbox"/> 2 Probable <input type="checkbox"/> 3 Conf. por laboratorio <input type="checkbox"/> 4 Conf. clínica <input type="checkbox"/> 5 Conf. nex. epidemiológico		<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No	<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año													
Día	Mes	Año																	
3.7. Condición final	3.8. Fecha de defunción	3.9. No. certificado defunción	3.10. Causa básica de muerte																
<input type="checkbox"/> 1 Vivo <input type="checkbox"/> 2 Muerto	<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año					<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										
Día	Mes	Año																	
3.11. Nombre del profesional que diligenció la ficha		3.12. Teléfono del profesional que diligenció la ficha																	

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES - AJUSTES

4.1. Seguimiento y clasificación final del caso	4.2. Fecha de ajuste						
<input type="checkbox"/> 0 No aplica <input type="checkbox"/> 3 Conf. por laboratorio <input type="checkbox"/> 4 Conf. clínica <input type="checkbox"/> 5 Conf. nex. epidemiológico <input type="checkbox"/> 6 Descartado <input type="checkbox"/> 7 Otra actualización	<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año			
Día	Mes	Año					



Elaborado por:

Equipo Funcional Inmunoprevenibles
Grupo Enfermedades Transmisibles
Fecha: 2011/07/15

Revisado por:

Patricia Salas Suspes
Profesional Universitaria
Equipo Funcional Inmunoprevenibles
Fecha: 2011/07/25

Aprobado por:

Dra. Danik Valera Antequera
Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública
Fecha: 2011/08/08

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Sistema de Información SIVIGILA
Ficha de Notificación



Parálisis flácida aguda (PFA) | Cód. INS: 610

Envíe la ficha de solicitud de examen de laboratorio de salud pública con la muestra correspondiente al nivel de competencia.

REG-R02.003.0000-019 V:01 AÑO 2011

RELACION CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente

B. Tipo de ID*

C. No. de identificación.

* TIPO DE ID: 1- RC - REGISTRO CIVIL | 2- TI- TARJETA IDENTIDAD | 3- CC - CÉDULA CIUDADANÍA | 4- CE - CÉDULA EXTRANJERÍA | 5- PA - PASAPORTE | 6- MS - MENOR SIN ID | 7- AS - ADULTO SIN ID

4. INFORMACION GENERAL Y ANTECEDENTES VACUNALES

4.1. Nombre de la madre del paciente

4.2. Nombre del padre del paciente

4.3. Fecha de la investigación

4.4. Número de dosis recibidas (VOP)

4.5. Última dosis

4.6. ¿Tiene carné?

Día	Mes	Año			

Día	Mes	Año			

Día	Mes	Año			

1 Sí 2 No 3 Desconocido

5. CUADRO CLÍNICO

5.1. Pródromos

5.1.1. Fiebre
 1 Sí 2 No 3 Des

5.1.2. Respiratorios
 1 Sí 2 No 3 Des

5.1.3. Digestivos
 1 Sí 2 No 3 Des

5.2. Instalación*

*Instalación: días comprendidos desde el inicio de la parálisis hasta la máxima intensidad de la misma.

5.1.4. Dolor muscular
 1 Sí 2 No 3 Des

5.1.5. Signos meníngeos
 1 Sí 2 No 3 Des

5.1.6. Fiebre inicio parálisis
 1 Sí 2 No 3 Des

5.3. Progresión**
 1 A 2 D 3 I

5.4. Inicio de la parálisis
Día Mes Año

** Progresión: cambio de la enfermedad A= ascenderse, D= descendente, I= indeterminada

5.5. Extremidad

	Pararesia		Parálisis		Flácida		Localización		Sensibilidad			ROT*		
	1- Sí	2- No	1- Sí	2- No	1- Sí	2- No	1- Prox.	2- Distal	1- N	2- A	3- D	1- N	2- A	3- D
M. superior derecho														
M. superior izquierdo														
M. inferior derecho														
M. inferior izquierdo														

* ROT: Reflejos osteotendinosos. N = Normal A = Aumentado D = Disminuido

5.6. Otros compromisos

5.6.1. Músculos respiratorios
 1 Sí 2 No 3 Des

5.6.2. Signos meníngeos
 1 Sí 2 No 3 Des

5.6.3. Babinsky
 1 Sí 2 No 3 Des

5.6.4. Brudzinsky
 1 Sí 2 No 3 Des

5.6.5. Pares craneanos
 1 Sí 2 No 3 Des

6. LABORATORIO

6. Estudios realizados

6.1. Líquido cefalorraquídeo
 1 Sí 2 No 3 Des

6.2. Electromiografía
 1 Sí 2 No 3 Des

6.3. Velocidad de conducción
 1 Sí 2 No 3 Des

6.4. Impresión diagnóstica inicial CIE10

6.5. Muestra de materia fecal (se cuenta con 14 días a partir del inicio de la parálisis para la toma de la muestra)

6.5.1. Toma de muestra
 1 Sí 2 No 3 Des

6.5.2. Fecha de toma
Día Mes Año

6.5.3. Fecha de envío
Día Mes Año

6.5.4. Fecha de recepción
Día Mes Año

6.5.5. Fecha de resultado
Día Mes Año

6.5.6. Resultado

7. VACUNACIÓN DE BLOQUEO

Grupo de edad	7.1. Total población	7.2. BAC Casos de PFA	7.3. Dosis aplicadas					Total
			a.-Recién nacido	b.-VOP1	c.-VOP2	d.-VOP3	e.-Adicional	
1.- < 1 año								
2.- de 1 a 4 años								
3.- 5 a 9 años								
4.- 10 a 14 años								
Total								

7.4. Fecha vacunación de bloqueo
Día Mes Año

7.5. Culminación vacunación de bloqueo
Día Mes Año

7.6. Número de viviendas en la zona

7.7. Número de viviendas visitadas

8. SEGUIMIENTO Y CLASIFICACIÓN FINAL

8.1. Caso detectado por

1 Consulta 2 Laboratorio 3 Búsqueda activa institucional 4 Búsqueda activa comunitaria 5 Investigación de contactos 6 Comunidad 7 Otros 8 Desconocido

8.2. Fecha seguimiento a 60 días
Día Mes Año

8.3. Parálisis residual a los 60 días
 1 Sí 2 No 3 Desconocido

8.4. Atrofia a los 60 días
 1 Sí 2 No 3 Desconocido

8.6. Fecha clasificación final
Día Mes Año

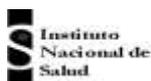
8.5. Clasificación final
 1 Polio salvaje 2 Polio derivado 3 Polio asociado 4 Polio compatible 5 Descartado

8.7. Criterio para la clasificación
 1 Laboratorio 2 Perdido para seguimiento 3 Defunción 4 Con parálisis residual 5 Sin parálisis residual 6 Otro diagnóstico clínico

8.8. Diagnóstico final CIE10

8.8. Diagnóstico final CIE10

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA	Página 18 de 20
		PRO-R02.003.0000-028	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-08
Elaborado por: Equipo Funcional Inmunoprevenibles Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/08	



**MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
PLAN DE ERRADICACION DE LA POLIOMIELITIS**



FICHA UNICA NACIONAL PARA EVALUACION NEUROLOGICA DE CASOS PROBABLES DE PARÁLISIS FLACIDA AGUDA

DATOS GENERALES			
Departamento _____	Municipio _____		
Aseguradora _____	IPS _____	Contributivo <input type="checkbox"/>	Subsidiado <input type="checkbox"/> Vinculado <input type="checkbox"/>
Nombre y apellido _____	Edad: _____	Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Historia clínica No. _____			
Fecha de la valoración neurológica: Día <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio parálisis: Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/>
Valoración realizada a:	30 días <input type="checkbox"/>	60 días <input type="checkbox"/>	90 días <input type="checkbox"/>

VALORACION NEUROLOGICA	
1. Inspección _____	_____
Estado de conciencia _____	_____

2. Pares craneanos: Marque con una X en todas las casillas según valoración.

ESTADO	III, IV, VI	V	VII	IX, X, XI	XII	OBSERVACIONES:
Alterado	<input type="checkbox"/>	_____				
Normal	<input type="checkbox"/>	_____				

3. Fuerza muscular por grupos musculares (calificar de 0 a 5)

Miembros superiores	Derecho	Izquierdo	Miembros inferiores	Derecho	Izquierdo
Abducción hombro			Flexión cadera		
Aducción hombro			Extensión cadera		
Rotación externa hombro			Abducción cadera		
Rotación interna hombro			Aducción cadera		
Flexión antebrazo			Extensión rodilla		
Extensión antebrazo			Flexión rodilla		
Prono supinación			Dorsiflexión pie		
Flexión muñeca			Flexión plantar		
Extensión muñeca					
Abducción dedos					
Aducción dedos					

ESCALA

0	Sin contracción muscular visible ni palpable
1	Ligera contracción muscular insuficiente para mover la articulación
2	Amplitud total de movimiento eliminando la acción contraria de la gravedad
3	Contracción suficiente para mover la articulación contra gravedad pero no contra resistencia
4	Contracción suficiente para mover la articulación contra gravedad y ligera resistencia
5	Fuerza normal: amplitud total de movimiento contra gravedad y contra resistencia



Elaborado por:

Equipo Funcional Inmunoprevenibles
Grupo Enfermedades Transmisibles
Fecha: 2011/07/15

Revisado por:

Patricia Salas Suspes
Profesional Universitaria
Equipo Funcional Inmunoprevenibles
Fecha: 2011/07/25

Aprobado por:

Dra. Danik Valera Antequera
Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública
Fecha: 2011/08/08

4. Tono y trofismo: Emplee la escala de calificación para tono y trofismo y marque con X en longitud según valoración.

	Tono		Trofismo	
	Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo
Hombro				
Brazo				
Antebrazo				
Mano				
Cadera				
Muslo				
Pierna				
Pie				

LONGITUD	Real	Aparente
M. superior derecho		
M. superior izquierdo		
M. inferior derecho		
M. inferior izquierdo		

Tono: Palparlo efectuando flexión y extensión de cada una de las articulaciones.

E	Espasticidad (en navaja)
R	Rigidez (en rueda dentada)
F	Flacidez (Hipotonía)
N	Normal

Trofismo: Asimetría en forma comparativa en miembros inferiores setoma referencia la rótula, en miembros superiores la punta del olécranon. Se mide la circunferencia en centímetros a una distancia igual, arriba o debajo de los puntos.

Longitud real:
Miembros superiores: acromión hasta apófisis estiloides.
Miembros inferiores: espina iliáca anterosuperior a maléolo tibial interno.

Longitud aparente:
En miembros inferiores: ombligo hasta maléolo tibial interno

5. Reflejos: Califique según la escala

	Derecho	Izquierdo
Bicipital		
Tricipital		
Radial		
Rotuliano		
Aquiliano		

0	Ausente
+	Disminuido
++	Normal
+++	Hiperactivo
++++	Hiperactivo con CLONUS

Cutaneo Abdominal Ausente Disminuido Normal

	Ausente	Presente
Respuesta plantar?		
Flexora		
Extensora		

Reflejos patológicos: _____

6. Signos meningeos: Marque con X según valoración

	Ausente	Presente
Kernig		
Brudzinski		
Rigidez nucal		

7. Equilibrio y coordinación motora

A. Coordinación equilibratoria:

Signo de Romberg: Paciente en posición de pies, con los talones y las puntas de los pies juntos. Se ordena que mantenga los brazos extendidos adelante, se le pide que cierre los ojos. Si al hacerlo el cuerpo oscila y tiene tendencia a caer, se considera positivo.

Resultado del signo de Romberg: _____

B. Coordinación no equilibratoria

	Normal	Anormal
Prueba de dedo - nariz		
Prueba talón - rodilla		
Movimientos alternantes		



Elaborado por:

Equipo Funcional Inmunoprevenibles
Grupo Enfermedades Transmisibles
Fecha: 2011/07/15

Revisado por:

Patricia Salas Suspes
Profesional Universitaria
Equipo Funcional Inmunoprevenibles
Fecha: 2011/07/25

Aprobado por:

Dra. Danik Valera Antequera
Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública
Fecha: 2011/08/08

8. Marcha según la edad

Evaluar la marcha espontánea, en punta de pies, en los talones. Descubrir si hay cojera y sus características (por desigualdad de longitud, por contractura, por alteraciones del sistema nervioso central). Indique si es normal o alterado.

9. Sensibilidad:

A. Superficial (tacto, dolor y temperatura): Indique si es normal o alterada: _____

B. Profunda (Vibración y posición): Indique si es normal o alterada: _____

10. Líquido cefalorraquídeo

Día	Mes	Año	Células	Glóbulos rojos	Glóbulos blancos	Linfocitos	Proteínas	Glucosa	Gram

11. Electromiografía

Fecha:

Día	Mes	Año
_____	_____	_____

Velocidad de conducción:

Normal	Disminuída	Alterada
--------	------------	----------

 Donde _____

12. Otros exámenes pertinentes

13. Gravedad de secuelas (marque con X)

- | | |
|--|---|
| | Ninguna: Recuperación completa de la parálisis, comprobada mediante una precisa evaluación y examen electromiográfico siempre que sea posible. |
| | G1: Secuela mínima, compromiso de apenas un miembro o un grupo muscular |
| | G2: Secuela media, compromiso de más de un miembro pero que no impide la locomoción del paciente o la realización de tareas ejecutadas por los miembros superiores (alimentarse, vestirse, escribir, etc) |
| | G3: Secuela grave, imposibilidad para locomoción o de tareas realizadas por miembros superiores (alimentarse, vestirse...) sin ayuda |

Miembros afectados: _____

14. Diagnóstico

Nombre del médico que realiza valoración: _____ Firma: _____

UNA VEZ REALIZADA LA VALORACIÓN DEBE ENVIARSE COPIA DE LA FICHA COMPLETAMENTE DILIGENCIADA AL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD.
Subdirección de Vigilancia y Control en Salud en Pública. Av.Calle26 #51-60 Bloque 2