

1. PLAN DE ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS, VIGILANCIA DE LAS PARÁLISIS FLÁCIDAS AGUDAS

Protocolo de vigilancia de las parálisis flácidas agudas en menores de 15 años.

1. ENTRADA

El ingreso al sistema está constituido por todas las parálisis flácidas agudas en menores de quince años, independiente de su etiología. A partir del estudio y seguimiento de estos casos se busca confirmar o descartar la circulación de poliovirus salvaje.

1.1 Definición del evento a vigilar

Descripción: Enfermedad vírica aguda, cuyas manifestaciones varían desde una infección asintomática pasando por una enfermedad febril inespecífica, hasta formas paralíticas severas que pueden llevar a la muerte. La sintomatología incluye fiebre al inicio de la parálisis, malestar general, cefalea, náuseas y vómito, pueden aparecer mialgias intensas y rigidez del cuello y espalda, con o sin parálisis flácida. La parálisis de los músculos de la respiración con frecuencia amenaza la vida. El sitio de la parálisis depende de la localización de la destrucción de las células en la médula espinal o del tallo cerebral, característicamente es asimétrica. La tasa de letalidad de los casos con parálisis varía del 2 al 10% en diferentes epidemias y aumenta extraordinariamente con la edad.

Agente: Poliovirus tipo 1, 2 y 3

Modo de transmisión: La orofecal es la principal vía de transmisión

Reservorio: Las personas

Período de incubación: Por lo común de 7 a 14 días.

Período de transmisibilidad: El virus persiste en garganta durante aproximadamente una semana y en las heces de tres a seis semanas. Los casos son más infectantes durante los primeros días antes y después del comienzo de la sintomatología.

Distribución: En 1985 los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud adoptaron la resolución de erradicar del continente americano la transmisión del polio virus salvaje. Iniciativa que se extendió a todo el mundo desde 1988. El último caso en América se registró en Perú en 1991. En Colombia, el último aislamiento fue en mayo de 1991 en el municipio de Arjona, Bolívar.

De manera característica es una enfermedad de niños y adolescentes. Las condiciones higiénico sanitarias deficientes y las coberturas de vacunación con vacuna oral antipoliomielítica (VOP) por debajo del 95% constituyen los riesgos más importantes para su propagación.

1.2 Definiciones operativas

Caso probable: Persona menor de 15 años con ataque agudo de parálisis o paresia flácida, por cualquier razón excepto trauma y toda enfermedad paralítica en una persona de cualquier edad en la que se sospecha poliomieltitis. La lista de diagnósticos de ingreso incluye:

Código CIE-9

Poliomieltitis 045

Síndrome Guillain Barré.....	357.0
Mielitis Transversa	323.9
Polineuropatía, poliradiculopatía.....	356.9 357.0
Polineuritis.....	357.9
Meningitis aséptica/linfocítica.....	047.9 049.0
Encefalitis, meningoencefalitis viral	323.9
Hemiplejía súbita infantil	343.4
Accidente cerebrovascular	436.x
Intoxicación por metales pesados.....	985.9
Intoxicación por organofosforados	989.3
Botulismo	005.1
Seudoparálisis.....	344.9
Parálisis flácida muscular.....	359.9
Enfermedad enteroviral del SNC	048.x

Caso confirmado: Caso probable con aislamiento positivo de poliovirus salvaje, con presencia o no parálisis residual.

Caso asociado a la vacuna: Caso probable en el cual se aisle poliovirus vacunal y se asocie este como causa de la parálisis.

Caso compatible: Caso probable que no sea posible su seguimiento para evaluación a los 60 días de iniciada la parálisis o que fallezca sin que se haya tomado una muestra de materia fecal dentro de los 14 días del inicio de la parálisis.

Caso descartado: Caso probable en el cual se obtuvo una muestra de heces en las dos semanas posteriores al inicio de la parálisis y cuyo resultado fue negativo para poliovirus.

1.3 Definición de objetivos, metas y estrategias

Objetivo

Mantener la Región de las Américas libre de poliovirus salvaje.

Metas

- Alcanzar y mantener coberturas de vacunación con VOP por encima del 95%, en menores de 5 años.
- Mantener una incidencia de parálisis flácida aguda igual o superior a uno por 100.000 menores de 15 años.
- Obtener oportunamente una muestra de materia fecal y estudiar por laboratorio al 100% de los casos probables.
- Realizar la investigación epidemiológica de campo de manera oportuna en el 100% de los casos probables.
- Alcanzar un cumplimiento superior al 95% en la notificación semanal de la presencia o ausencia de casos.

Estrategias

- Intensificación del programa de vacunación a través de la eliminación de las oportunidades perdidas en vacunación, la extensión de la canalización, jornadas de vacunación, operaciones barrido, entre otras.
- Reforzamiento en el ámbito local de las acciones de vigilancia de la salud pública para monitorear la cobertura de vacunación, de agua potable, entre otros.
- Fortalecimiento de la vigilancia de la salud pública de las parálisis flácidas para la aplicación oportuna de las medidas de control.

- Información a la comunidad y vinculación de ésta al proceso de vigilancia de la salud pública, para la detección y remisión de casos probables y de susceptibles para vacunación y para el control de las intervenciones.

1.4 Recursos disponibles responsabilidades

- Implantación desde 1985 del Plan de Erradicación de la Poliomielitis en las Américas.
- Disponibilidad de la vacuna oral antipoliomielítica (VOP) aportada por el Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- Capacidad técnica sectorial para la prevención, diagnóstico y tratamiento de los enfermos.
- Es responsabilidad de la institución prestadora de servicios de salud notificar la presencia o ausencia de casos, la atención individual del enfermo, garantizar la toma oportuna de la muestra de materia fecal, realizar el seguimiento neurológico de los casos y evaluar la calidad de la atención.
- Es responsabilidad de la dirección local de salud coordinar las acciones relacionadas con la vigilancia de la salud pública como el monitoreo de las coberturas de vacunación; ante la presencia de casos ejercer el control a nivel comunitario (búsqueda de contactos y vacunación de bloqueo); notificar la presencia o ausencia de casos hasta la dirección departamental y asesorar, evaluar y controlar el sistema de vigilancia de la salud pública.
- Es responsabilidad de la dirección seccional de salud gerenciar la vigilancia de la salud pública a nivel departamental que incluye la evaluación de las coberturas de vacunación y el cumplimiento de los indicadores del Plan y notificar la presencia o ausencia de casos al Ministerio de Salud.
- Es responsabilidad del Ministerio de Salud suministrar la vacuna antipoliomielítica, disponer de los medios diagnósticos y dirigir y controlar el sistema nacional de vigilancia de la salud pública.

1.5 Planeación y selección de datos

Fuentes de información:

- Instituciones prestadoras de servicios de salud
- Laboratorios clínicos
- Comunidad
- Agentes comunitarios de salud

Registros:

- Registro individual de prestación de servicios de salud - RIPS (consulta externa, urgencias, hospitalización).
- Certificados de defunción.
- Ficha de evaluación neurológica a los 30, 60 y 90 días.
- Formulario para el envío de muestras de materia fecal de contactos.

- Historia clínica.
- Carné de vacunación.
- Gerencial para la búsqueda institucional de PFA.
- Variables básicos de notificación individuos en la ficha única del sivigila.

1.6 Flujograma

Notificación

- De la institución prestadora de servicio de salud a la dirección local de salud:
 - Inmediata e individual de todo caso probable, con las variables básicas de identificación, caracterización clínica y antecedentes de vacunación incluidas en la ficha única del Sivigila.
 - Semanal colectiva de la presencia o ausencia de casos probables.
 - Mensual individual de consultas y egresos por diagnósticos de ingreso a través del gerencial para búsqueda activa institucional de parálisis flácida.
- De la dirección local a la dirección seccional de salud:
 - Inmediata e individual de todo caso probable, con las variables básicas de identificación, de la ficha única de notificación incluidas en la ficha única del Sivigila.
 - Semanal colectiva de la presencia o ausencia de casos probables.
 - Semanal individual de casos probables a través del envío de la ficha única, completamente diligenciada.
 - Mensual individual a través del gerencial para la búsqueda activa institucional de parálisis flácida, de los diagnósticos diferenciales registrados en la lps
- Del laboratorio de salud pública a la dirección local o seccional de salud
 - Inmediata individual de todo caso probable del que se reciben muestras para confirmación diagnóstica.
- De la dirección seccional de salud al Ministerio de Salud:
 - Inmediata e individual de todo caso probable, con las variables de la ficha única de notificación del Sivigila.
 - Semanal colectiva de presencia o ausencia de casos probables.

2. PROCESO

2.1 Decisiones políticas

- Inclusión de las acciones del Plan de Erradicación en los planes de atención básica municipal y departamental.

- Concertar con el sector educativo la exigencia del carné de vacunación para el ingreso a establecimientos educativos.

Concertar con el ICBF la exigencia del carné de vacunación y la finalización de los esquemas en los menores que asisten a los hogares comunitarios.

2.2 Definición de acciones técnicas

A nivel individual a partir del caso probable:

- Notificación inmediata individual.
- Diligenciamiento de la ficha única del Sivigila
- Elaboración de historia clínica
- Revisión de la historia de vacunación
- Hospitalización con aislamiento entérico
- Estudio por laboratorio:
 - **Examen solicitado:** Aislamiento viral

Tipo de muestra: 5-20 gr de materia fecal.

Toma de la muestra: Se requiere una muestra de materia fecal tomada en los primeros 14 días de iniciada la parálisis flácida. Se envasa en frasco limpio y seco de tapa ancha; no se le agrega ningún tipo de solución.

Envío de muestras: Manténgase refrigerada durante el transporte hasta su recepción en el laboratorio de referencia.

Entrega de resultado final: Cerca de dos meses; el Laboratorio Departamental remite al Instituto Nacional de Salud y de allí a laboratorios de referencia en el mundo. El aislamiento del virus confirma la infección; la ausencia del virus no excluye la posibilidad de que exista poliomielitis.

- **Examen solicitado:** Citoquímico de líquido céfalo raquídeo (LCR).

Tipo de muestra: 10 cc de LCR

Toma de muestra: Se obtiene por punción lumbar practicada al inicio de la parálisis, en tubo seco estéril.

Envío de muestra: Se mantiene a temperatura ambiente, debe procesarse en la unidad de salud donde se encuentra hospitalizado el enfermo.

Entrega de resultado final: Pocas horas.

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

Aislamiento viral: Debe hacerse en tejido nervioso y materia fecal. En tejido del sistema nervioso se toman muestras de médula espinal, sustancia gris, bulbo raquídeo, protuberancia anular y cerebro. Las muestras de

cerebro se colocan en recipientes estériles individuales, sin adicionar ningún tipo de solución, el material debe conservarse y enviarse refrigerado. La muestra de materia fecal puede obtenerse por aspirado rectal, se envasa en frasco de boca ancha y tapa, limpio y seco, conservar y enviar refrigerado.

Estudio anatomopatológico: Muestras de protuberancia y bulbo médula espinal (desde fosa occipital, en cráneo, hasta vértebras cervicales); se remiten en frasco de tapa ancha con formol al 100%.

- Revisión del esquema de vacunación antes del egreso hospitalario: La enfermedad sólo induce inmunidad para el serotipo de virus que la produjo, por lo tanto el paciente requiere iniciar o continuar el esquema de vacunación, una vez resuelto el cuadro agudo.
- Evaluación neurológica de acuerdo con la ficha nacional, a los 30, 60 y 90 días de iniciada la parálisis o paresia flácida.
- Toma de electromiografía y velocidad de conducción a las cuatro semanas de iniciada la parálisis, siempre y cuando a la evaluación neurológica de los 30 días presente algún grado de secuela.
- Inscripción en programa de rehabilitación de acuerdo con las secuelas.

A nivel comunitario a partir del caso probable:

- Investigación epidemiológica de campo y vacunación de bloqueo:

En las primeras 48 horas de captado el caso para la búsqueda activa de casos con parálisis flácida y toma de muestra de materia fecal a mínimo cinco contactos menores de cinco años y que no hayan recibido vacuna VOP en los treinta días anteriores. Estos contactos pueden ser familiares, sociales o institucionales. Si en la vereda o el barrio de procedencia del caso no se encuentran menores de cinco años, ampliar su búsqueda a zonas vecinas. La muestra se rotula con nombre, edad, fecha, número de dosis de VOP y última dosis de vacuna antipoliomielítica recibida, de acuerdo con el registro correspondiente. Se remiten al Laboratorio Departamental de Salud Pública.

La presencia de un caso debe convertirse en una oportunidad para evaluar y mejorar las coberturas de vacunación. Se realiza vacunación intensificada casa a casa para aplicar las dosis y refuerzos del esquema de vacuna antipolio a todos los menores de 6 años que no estén vacunados. No se aplican dosis adicionales indiscriminadamente. En grandes zonas urbanas se deben cubrir mínimo 40 manzanas alrededor del caso, en zonas rurales las veredas vecinas. En ambos casos cuando las coberturas de vacunación con antipolio sean inferiores al 95%, la vacunación de bloqueo se extenderá a todo el municipio.

Las reacciones a la vacuna VOP son escasas, la aparición de parálisis asociada a la vacuna es rara, siendo mayor el riesgo para los receptores de la primera dosis de VOP, se presenta en cerca de un caso por 1'000.000 de dosis administradas.

2.3 Definición de mecanismos operativos

- Designación de un coordinador de vigilancia de la salud pública en cada dirección local de salud e institución prestadora de servicios de salud.
- Constitución y funcionamiento de los comités de vigilancia de la salud pública municipal e institucional.
- Asesoría, asistencia técnica, evaluación y control desde la dirección seccional a la vigilancia epidemiológica realizada por las direcciones locales y unidades prestadoras de servicios de salud.

- Divulgación del plan de erradicación a las instituciones del sector salud y del educativo.
- Coordinación con las instituciones formadoras del recurso humano en salud y a las asociaciones y sociedades científicas para la capacitación y divulgación de estas normas.

2.4 Clasificación final del caso:

La clasificación definitiva solo la realiza la Unidad de Análisis Nacional, en un plazo promedio a los tres meses, ver definiciones operativas numeral 1.2.

3. PRODUCTO

3.1 Evaluación de impacto

- Incidencia de poliomielitis por grupos de edad.
- Tendencia de la poliomielitis en el municipio en los últimos 10 años.
- Proporción de casos probables y confirmados.
- Proporción de casos compatibles. (Debe ser cero, de lo contrario refleja deficiencias en el sistema).
- Porcentaje de casos probables y confirmados con antecedentes de vacunación certificada.
- Mapas de riesgo por municipio, barrio, sectores de acuerdo con las coberturas con VOP, clasificando como de alto riesgo las zonas con coberturas de VOP inferiores al 95% en menores de 1 año.

3.2 Evaluación del funcionamiento del sistema

- Proporción de casos probables y confirmados según antecedentes de vacunación con VOP.
- Índice de deserción entre VOP3/VOP1 y VOP3/VOP2.
- Proporción de casos captados por búsqueda activa, no captados ni reportados por el sistema.
- Cobertura poblacional de vacunación con VOP en menores de un año y de 1-4 años.
- Porcentaje de casos con ficha clínico epidemiológica completa.
- Intervalo de tiempo entre el inicio de la parálisis y la notificación (ideal antes de dos semanas).
- Intervalo entre la consulta y la notificación. Ideal 48 horas.
- Porcentaje de casos probables con inicio de vacunación de bloqueo en las primeras 48 horas, después de captado el caso (ideal 100%).
- Proporción de casos de parálisis aguda flácida con una muestra adecuada de materia fecal.
- Proporción de casos con seguimiento neurológico a los 30, 60 y 90 días de iniciada la parálisis (ideal 100%).
- Porcentaje de casos con parálisis residual en programa de rehabilitación (ideal 100%).
- Porcentaje de casos con muestra de materia fecal en 5 o más contactos menores de 5 años.

- Número de viviendas visitadas durante la vacunación de bloqueo.
- Incremento de la cobertura como resultado de la vacunación de bloqueo para poliomielitis.

Indicadores para monitorear la erradicación

- Tasa de PFA por cien mil menores de 15 años (mínimo 1.0).
- Porcentaje de casos de PFA con investigación epidemiológica de campo realizada en las primeras 48 horas de notificado el caso (mínimo 80%).
- Porcentaje de casos de PFA con una muestra de materia fecal tomadas en los primeros 14 días de inicio de la PFA (mínimo 80%).
- Porcentaje de cumplimiento de la notificación semanal de PFA, (lo ideal es que este sea el 100% en cada período).