

Parálisis flácida aguda (poliomielitis)

1. Generalidades

1.1 Descripción del evento

Enfermedad vírica aguda cuya gravedad varía desde una infección asintomática hasta la enfermedad febril inespecífica, meningitis aséptica, enfermedad paralítica y muerte. Los síntomas de la *enfermedad menor*, incluyen fiebre, malestar general, cefalea, náusea y vómitos; si la enfermedad evoluciona, pueden aparecer mialgias intensas y rigidez del cuello y la espalda, con o sin parálisis flácida.

La parálisis de los músculos de la respiración y la deglución 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 en el tallo cerebral, pero característicamente es asimétrica.

La tasa de letalidad en los casos con parálisis varía de 2 a 10% en diferentes epidemias y aumenta extraordinariamente con la edad. Datos recientes indican que muchos años después del ataque agudo puede agravarse la debilidad muscular, y ello no se relaciona con la persistencia del virus. La poliomielitis no paralítica a veces se manifiesta en forma de meningitis aséptica. La incidencia de infecciones no manifiestas y *enfermedades menores* por lo general excede la de casos paralíticos en cien veces o más, especialmente cuando la infección se produce en una etapa muy temprana de la vida.

La poliomielitis paralítica por lo regular se identifica por su cuadro clínico, pero puede confundirse con la polineuritis posinfecciosa y otros trastornos paralíticos. El síndrome de Guillan Barré puede parecerse a la poliomielitis paralítica, pero por lo regular la parálisis es asimétrica, de progresión ascendente, se acompaña de disociación albumino citológico, no presenta fiebre, cefalalgia, náusea ni vómito.

1.2 Caracterización epidemiológica

El último aislamiento de poliovirus salvaje en Colombia se realizó en 1991, a partir de las muestras de heces del caso ocurrido en Arjona (Bolívar). En Bogotá se reportó un caso de poliomielitis posvacunal en 1989; ese mismo año, la tasa de parálisis flácida aguda por 100 mil menores de 15 años fue de 2,2 y en 1999 de 0,9. En 1999, la cobertura vacunal con antipoliomielítica para Bogotá fue de 76,9%.

1.3 Agente

Poliovirus (género *Enterovirus*) tipo 1, 2 y 3. Todos los tipos causan parálisis; el tipo 1 es el que se aísla con mayor frecuencia en los casos paralíticos; el tipo 3 con menor frecuencia, y el tipo 2 muy pocas veces. El tipo 1 es el que más ocasiona las epidemias. Muchos de los casos relacionados con la vacuna son producidos por los tipos 3 ó 2.

1.4 Modo de transmisión

La vía principal es la oro-fecal en los sitios donde existen deficiencias sanitarias; durante las epidemias y en las zonas con condiciones sanitarias satisfactorias, la diseminación de tipo faríngeo adquiere una importancia relativamente mayor.

El virus se detecta con mayor facilidad y durante un periodo más largo en las heces que en las secreciones faríngeas. Los virus ingeridos se multiplican en primer término en las vías digestivas; sigue la viremia que culmina en la invasión del sistema nervioso central y la afección selectiva de motoneuronas, lo cual resulta en parálisis flácida, con mayor frecuencia en las extremidades inferiores.

1.5 Reservorio

El hombre.

1.6 Periodo de incubación

De siete a catorce días.

1.7 Periodo de transmisibilidad

El virus persiste en garganta durante una semana y en heces de tres a seis semanas aproximadamente. Los casos son más infectantes durante los primeros días, antes y después del comienzo de los síntomas.

La enfermedad sólo induce inmunidad para el serotipo de virus que la produjo; por tanto, el paciente requiere iniciar o continuar el esquema de vacunación, una vez resuelto el cuadro agudo.

2. Definiciones de caso

Diagnósticos compatibles: botulismo (005.1); poliomiелitis (045.9); meningitis aséptica (047.9); meningoencefalitis virales, enfermedad enteroviral SNC (048.X); meningitis linfocítica (049.0); mielitis transversa (323.9); hemiplejía súbita infantil (343.4); seudoparálisis (344.8); polineuropatía (356.9); síndrome de Guillan Barré, poliradiculopatía (357.0); polineuritis (357.9); parálisis flácida progresiva (359.9); ACV (436.x); intoxicación por metales pesados (985.9); intoxicación por organofosforados (989.3).

2.1 Caso probable

Paciente menor de quince años que presenta parálisis flácida aguda (PFA), no causada por trauma o tumor.

2.2 Caso confirmado

Caso probable asociado con aislamiento de poliovirus salvaje positivo, haya o no parálisis residual.

2.3 Caso de poliomielitis asociado a la vacuna

Caso probable en el cual se aíse poliovirus vacunal y se asocie este como causa de la parálisis. Una de cada 2,5 millones de dosis de vacuna viva antipoliomielítica (VOP) puede causar enfermedad paralítica.

2.4 Caso de poliomielitis compatible

Enfermedad paralítica aguda con parálisis residual a los sesenta días de iniciada la parálisis y que no sea posible su seguimiento, que fallezca sin que se hayan tomado por lo menos una muestra de materia fecal dentro de los quince días del inicio de la parálisis y más de sesenta días para la recolección de las heces a los contactos.

2.5 Caso importado

Caso confirmado pero cuya infección ocurre fuera del territorio nacional. Por epidemiología molecular se caracteriza genéticamente y se puede precisar su procedencia.

2.6 Caso descartado de poliomielitis

Paciente con enfermedad paralítica aguda en el cual se obtuvo por lo menos una muestra de heces adecuada y cuyos resultados fueron negativos para poliovirus.

3. Fuentes de información

Véase el módulo "Subsistema de información".

Ficha clínico epidemiológica para parálisis flácida aguda.

3.1 Registros de información

Notificación semanal; diario de consulta; egresos hospitalarios; registro de enfermedades de notificación obligatoria SIS-12; informes de investigación epidemiológica de campo; ficha clínico epidemiológica nacional; informe de operación barrido; ficha de evaluación neurológica de seguimiento; formulario para el envío al laboratorio de muestras de materia fecal; historia clínica; carné de vacunación.

4. Intervenciones

4.1 Individual

- ◆ Notificación inmediata e individual, diligenciamiento de la ficha clínico epidemiológica nacional, estudio por laboratorio y seguimiento neurológico para evaluación de secuelas.

El manejo debe ser hospitalario con aislamiento entérico hasta tanto se obtengan las muestras para estudio por laboratorio.

- ◆ Descartar antecedentes de exposición rábica morderura (perro vampiro), lamadura, arañazo.
- ◆ *Estudio por el laboratorio*
 - *Examen solicitado:* examen virológico de heces.
 - *Tipo de muestra:* 5-20 gr de materia fecal.
 - *Toma de la muestra:* se requiere una muestra de materia fecal tomada en los primeros quince días de iniciada la parálisis flácida. Se envasa en frasco limpio y seco de tapa ancha; no agregar ningún tipo de solución y mantenerla refrigerada.
 - ◆ *Envío de muestras:* asegurar la refrigeración durante el transporte hasta su recepción en el laboratorio de virología del Instituto Nacional de Salud.
 - ◆ *Entrega de resultado final:* cerca de dos meses cuando hay algún aislamiento; el laboratorio del Instituto Nacional de Salud remite el reporte al Ministerio de Salud y a la dirección de salud pública de la Secretaría Distrital de Salud.
 - *Examen solicitado:* citoquímico de líquido cefalorraquídeo (LCR).
 - ✓ *Tipo de muestra:* 10 cc de líquido cefalorraquídeo.
 - ✓ *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 y debe procesarse en el organismo de salud donde se encuentra hospitalizado el enfermo.
- ◆ *Toma de electromiografía y velocidad de conducción:* a las cuatro semanas de iniciada la parálisis, siempre y cuando la evaluación neurológica de los treinta días presente algún grado de secuela.
- ◆ *Revisión del esquema de vacunación:* antes del egreso hospitalario para iniciar o continuar vacunación antipoliomielítica.
- ◆ *Evaluación neurológica:* de acuerdo con la ficha nacional, a los 30, 60 y 90 días de iniciada la parálisis flácida, o mayor tiempo según evolución clínica y resultados de laboratorio.

Programa de rehabilitación de acuerdo con las secuelas.
- ◆ *Cuando el caso probable fallece se hará autopsia y se toman muestras para:*
 - *Aislamiento viral:* se hace en tejido del sistema nervioso como médula espinal, sustancia gris, bulbo raquídeo, protuberancia, cerebro. Se colocan en recipientes estériles individuales, sin adicionar ningún tipo de solución. Conservar y enviar refrigerado al Instituto Nacional de Salud.
 - *En muestra de materia fecal:* que puede obtenerse por aspirado rectal, se envasa en frasco de boca ancha y tapa, limpio y seco. Conservar y enviar refrigerado al Instituto Nacional de Salud.
 - *Estudio anatomopatológico:* muestras de protuberancia, bulbo y médula espinal (desde fosa occipital, en cráneo, hasta vértebras cervicales). Se colocan en frasco de tapa ancha con formol al 100%.

4.2 Colectiva

A partir del caso probable:

- ◆ *Investigación epidemiológica de campo:* en las primeras 48 horas de captado el caso.
 - *Búsqueda activa de casos:* con parálisis flácida.
 - *Operación barrido:* en las primeras 48 horas de captado el caso, vacunación intensificada casa a casa para aplicar una dosis adicional de vacuna anti polio a todo menor de cinco años en un área de, al menos, veinticinco casas alrededor del caso. En donde las coberturas de vacunación con antipolio son inferiores a 80%, el barrido se extenderá a toda la localidad.

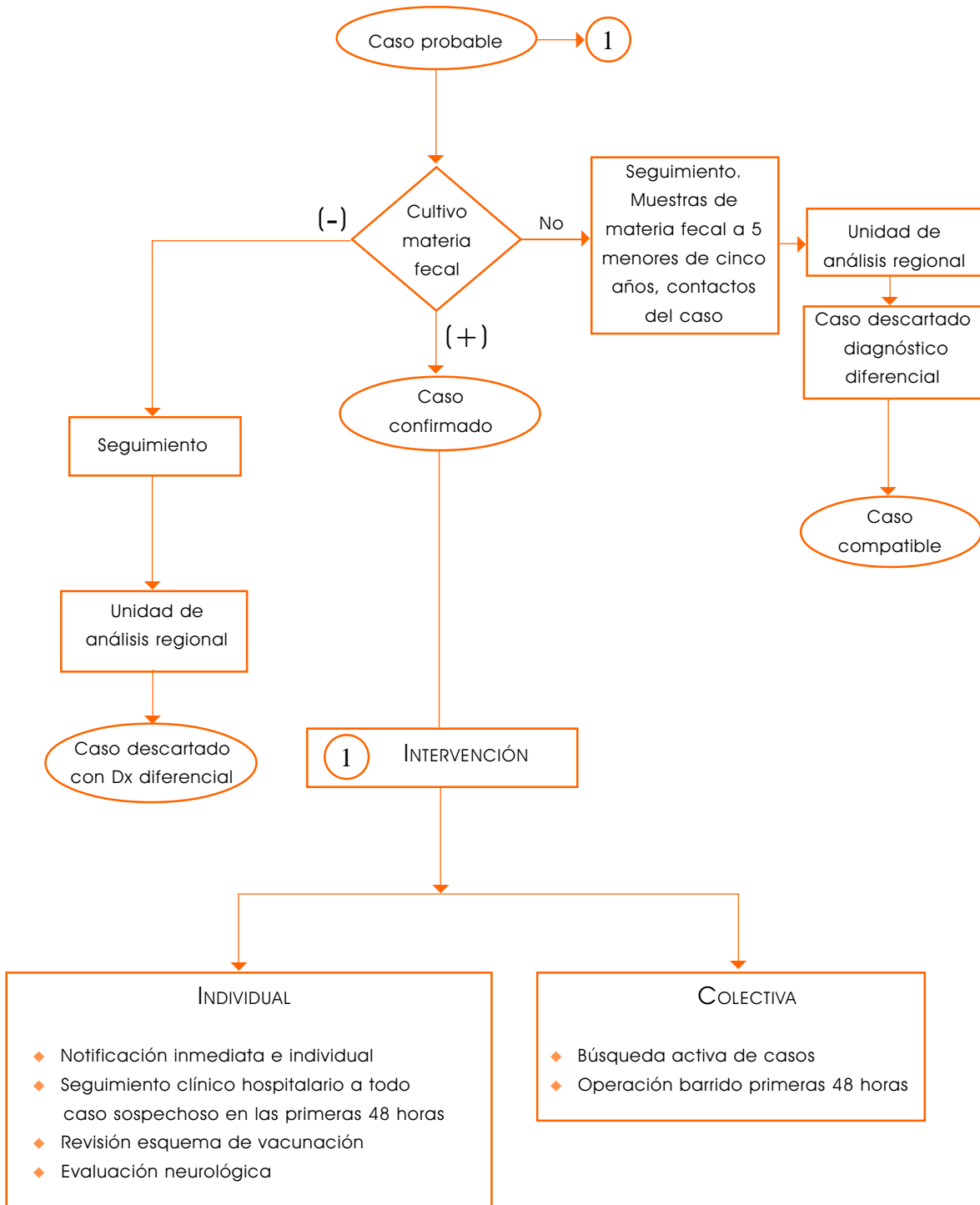
5. Indicadores

- ◆ Tasa de PFA en menores de quince años por cien mil menores de quince 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 tomada en los primeros quince días de inicio de la PFA (mínimo 80%).
- ◆ Porcentaje de cumplimiento en la notificación semanal negativa.
- ◆ Proporción de casos con seguimiento neurológico a los 30, 60 y 90 días de iniciada la parálisis (ideal 100%).

Bibliografía

1. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-Área de vigilancia en salud pública. Sistema alerta acción. 1997.
2. Beneson, A. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. Publicación científica n° 507 OPS/OMS. Decimacuarta edición. 1992.
3. Peter, Halsey, Marcuse y Pickering. Enfermedades infecciosas en pediatría. Editorial Médica Panamericana. 1992.
4. Vélez, H.; Rojas, W.; Borrero, J.; Restrepo, J. Fundamentos de medicina. Enfermedades infecciosas. Corporación para Investigaciones Biológicas. 1991.
5. Ministerio de Salud. Protocolos de vigilancia en salud pública. 1988.

ALGORITMO PARA DEFINICIÓN DE CASO E INTERVENCIÓN EN PARÁLISIS FLACIDA





**SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
ÁREA DE VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA**
FICHA PARA LA NOTIFICACIÓN DE CASOS DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

1 IDENTIFICACIÓN

Nombres y apellidos _____

Edad: Años _____ Meses _____ Sexo F M

Procedencia: Departamento _____ M

Zona: Urbana Rural Barrio / Vereda _____

Dirección _____

Nombre padre _____ Nombre madre _____

2 DATOS CLÍNICOS

Fechas	Día	Mes	Año	Institución
Inicio parálisis				
Consulta				
Hospitalización				
Notificación				
Vacunación bloqueo				
Seguimiento 60 días				

3 ANTECEDENTES VACUNALES ANTIPOLIO (VOP)

Dosis	Día	Mes	Año	Institución	Tiene carr
VOP 1					No. dosis
VOP 2					Fecha últi
VOP 3					

4 CUADRO CLÍNICO

Prodomos	Sí	No	Desc	Fact
Fiebre				Instalación:
Respiratorios				Progresión:
Digestivos				Instalación: dí
Dolor muscular				de la parálisis

Continuación. FICHA PARA NOTIFICACIÓN DE CASOS DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

5 LABORATORIO LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

Fecha toma			Células	Glóbulos rojos	Leucocitos	Linfocitos
Día	Mes	Año				

Electromiografía: fecha Día _____ Mes _____ Año _____

Velocidad de conducción: Fecha D _____ M _____ A _____ Normc _____

Fecha muestras materia fecal pacientes:

	Toma			Envío			Recepción			Índice
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
MF 1										
MF 2										
MF 3										

Muestras materia fecal contactos:

No	Edad	No. dosis	Fecha última dosis			Fecha toma			Fecha rec	
		VOP	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes
1										
2										
3										
4										
5										

6 OPERACIÓN BARRIDO

Grupo de edad	Población meta	Dosis c		
		Rec. Nacidos	VOP 1	VOP 2