

1000-0021

Bogotá D.C., 16 NOV 2018

PARA: Secretarios de Salud Departamentales, Distritales y Municipales, Directores de Salud Pública Departamentales, Coordinadores de Vigilancia en Salud Pública, Laboratorios de Salud Pública Departamentales y Distritales, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Servicios de Unidad de Cuidados Intensivos o Intermedios, Entidades administradoras de planes de beneficios y laboratorios clínicos, Superintendencia Nacional de Salud.

De: Instituto Nacional de Salud

Asunto: Fortalecimiento de la Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda (PFA)

La poliomielitis es una enfermedad inmunoprevenible erradicada de la región de las Américas desde 1991. Las estrategias para el mantenimiento de la erradicación, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se encuentran en asegurar un sistema de vigilancia epidemiológica Nacional y en cada uno de los departamentos, que garantice el cumplimiento de cada uno de los indicadores.

De acuerdo a la OMS/OPS la vigilancia de Parálisis Flácida Aguda es la estrategia para detectar los casos de poliomielitis, por lo cual se debe garantizar la capacitación a todo el personal médico de cada una de las instituciones de salud para la detección, notificación oportuna y seguimiento de cada uno de los casos sospechosos. Entre los indicadores de cumplimiento internacional tenemos:

1. **Tasa de notificación de Parálisis Flácida Aguda:** se debería detectar anualmente al menos un caso de PFA no poliomielítica por 100 000 menores de 15 años en el nivel departamental.
2. **Investigación epidemiológica de campo:** en todos los casos de Parálisis Flácida Aguda se debe realizar investigación epidemiológica de campo dentro de las primeras 48 horas de notificado el caso.

Toma oportuna de muestra de materia fecal: en al menos el 80% de los casos de Parálisis Flácida Aguda hay que obtener muestra de heces, recolectada dentro de los 14 días siguientes al inicio de la parálisis. Se entienden por muestras de heces adecuadas, aquellas con cantidad suficiente para practicar análisis de laboratorio y que lleguen al laboratorio con cadena de frío y acompañada de la documentación.

3. completa (ficha de notificación completamente diligenciada, carta de remisión y resumen de historia clínica).
4. **Envío de la muestra de materia fecal:** el laboratorio de salud pública (LSP) departamental o distrital debe realizar el envío oportuno antes de 6 días entre la toma de muestras de heces y la recepción por parte del personal de laboratorio de virología.

También debe realizarse seguimiento a todos de los casos probables de Parálisis Flácida Aguda a través de una valoración neurológica completa (30, 60 y 90 días) diligenciando la ficha única nacional para evaluación neurológica de casos probables de parálisis flácida aguda del Instituto Nacional de Salud para comprobar la existencia o no de parálisis residual.

Se encuentra un incumplimiento en un indicador: la investigación epidemiológica de campo con el 66% en el año 2017 y con el 55% a semana 40 de 2018, tal como se evidencia a en los anexos 1 y 2. Dado que se ha evidenciado debilidades en la vigilancia a nivel nacional de los casos sospechosos de Parálisis Flácida Aguda.

I. Recomendaciones de Vigilancia

Por lo cual se considera necesario intensificar las acciones de vigilancia a niveles: nacional, departamental, distrital y municipal, en el control y manejo de los casos probables de Parálisis Flácida Aguda, de acuerdo con las responsabilidades por nivel, estas son:

Institución prestadora de servicios de salud IPS-UPGD

- A. Garantizar la atención integral del caso, de acuerdo con la guía práctica de erradicación de la poliomielitis de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), incluidos los paraclínicos que se requieran.
- B. Diligenciar la ficha de notificación cara A, datos básicos, y cara B, datos complementarios.
- C. Notificación inmediata del caso al SIVIGILA, al referente nacional y al municipio y remisión de la ficha de notificación al municipio.
- D. Remitir las muestras de materia fecal necesarias para el diagnóstico confirmatorio al laboratorio de salud pública departamental.

Realizar el ajuste. Se tendrá un tiempo máximo de 10 semanas para realizar el ajuste por parte de la UPGD, se debe tener en cuenta el tener un resultado



- E. negativo de laboratorio y al menos una valoración neurológica (30, 60 o 90 días) normal, sin presencia de secuela para realizar la clasificación final del caso.

Municipio

- A. Notificar el caso y remitir oportunamente la ficha de notificación a la Secretaría Departamental (distrital) de Salud.
B. Realizar oportunamente la investigación epidemiológica de campo de cada uno de los casos en un periodo igual o menor a 48 horas.

Secretaría Departamental de Salud

- A. Realizar capacitación al personal de la salud de los municipios acerca del protocolo, lineamientos y seguimiento de la vigilancia de Parálisis Flácida Aguda.
B. Remitir las muestras al Instituto Nacional de Salud para la confirmación o descarte del caso en un periodo menor o igual a seis días desde la fecha de la recolección de la muestra de materia fecal.
C. Notificar el caso y remitir la ficha de notificación a la instancia nacional.
D. Realizar BAI cuando no se encuentra en cumplimiento la tasa de notificación
E. Realizar oportunamente la investigación epidemiológica de campo de cada uno de los casos en un periodo igual o menor a 48 horas, en cuanto el municipio no tenga la capacidad.

Entidades administradoras de planes de beneficios de salud

- Asegurar la realización oportuna de los exámenes de electromiografía y velocidad de conducción y complementarios en el estudio de casos probables de síndrome de guillain-barré, polineuropatía y cualquier caso de Parálisis Flácida Aguda en menores de 15 años.
- Garantizar la realización de la valoración neurológica de 30, 60 ó 90 días posteriores al inicio de parálisis con el fin de realizar la clasificación final de los casos.

II. Recomendaciones del Laboratorio

El aislamiento e identificación de cualquier serotipo de poliovirus salvaje o de una cepa neurovirulenta derivada de vacuna a partir de las heces del caso o de sus contactos (cuando haya sido necesario recolectarlos), es el criterio único para la confirmación de casos.

Las muestras de heces recolectadas para la vigilancia de PFA deben cumplir las siguientes condiciones:



1. Recolección dentro de los primeros 14 días del inicio de la parálisis.
2. Recolectar en envase plástico limpio y seco con tapa ancha de rosca y cierre hermético (a prueba de derrames).
3. La cantidad mínima son 5 gramos (medidos como tamaño del dedo pulgar).
4. Identificar de manera inequívoca cada envase, en forma clara y tinta indeleble, con nombre del paciente, tipo de muestra, tipo de análisis y fecha de la recolección de la muestra.
5. Remitir al laboratorio de virología del INS, conservando la cadena de frío, dentro de los 4 días siguientes a la recolección. Si no es posible enviarlas el mismo día, deberán ser refrigeradas por un tiempo no mayor a 48 horas (2 - 8° C), de lo contrario deben ser congeladas a -20° C.
6. Toda muestra biológica debe ser enviada respetando todas las normas de bioseguridad en triple embalaje y transportada según normas IATA.

Para el diagnóstico por laboratorio sólo se procesarán muestras fecales; las muestras de escobillado rectal y LCR no son aptas para este ensayo.

Si el paciente ha fallecido, se deben hacer cortes de cerebro, cerebelo, cuerpo caloso, medula e intestino, conservarlas en solución salina estéril identificando el tipo de tejido y remitidas al INS para el estudio viral. Los tejidos destinados a estudio viral deberán mantenerse y transportarse a temperatura de refrigeración de 2°-8°C durante un tiempo máximo de 48 horas. Si se deben conservar por mas tiempo deberán ser congelados a -70°C y asegurar su congelación durante el transporte al LNR del INS. Adicionalmente, se deben también remitir cortes en solución tamponada de formol al 10% para el estudio histopatológico, estos últimos no deben ser congelados en ningún momento.

Documentos para el envío de muestras

Las muestras deben ser remitidas al INS acompañada de un oficio de remisión, resumen de historia clínica del paciente y ficha de notificación del evento con todos los campos diligenciados.

El Instituto Nacional de Salud informará los resultados de los indicadores en el boletín trimestral.

Atentamente,

FRANKLYN EDWIN PRIETO ALVARADO
Director General E





Elaboró: Paola Correal, Referentes Equipo Inmunoprevenibles, DVARSP
Paula Andrea Báez, Dioselina Pelaez Carvajal, Grupo Polio/Enterovirus- Laboratorio de Virología

Revisó:

Orlando Castillo- Coordinador Grupo transmisibles, DVARSP
Dioselina Peláez Carvajal – Coordinadora Laboratorio de Virología - Laboratorio Nacional de Referencia- Dirección de Redes en Salud Pública
Franklin Prieto Alvarado- Director Técnico Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública-DVARSP



Anexo 1.

Tabla 1. Indicadores de vigilancia de PFA por entidad territorial, Colombia, semana 01 a 52, 2017

 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DIRECCIÓN DE VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA GRUPO ENFERMEDADES TRANSMISIBLES- EQUIPO INMUNOPREVENIBLES BOLETÍN VIGILANCIA DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA, COLOMBIA, SEMANAS 01-52 DE 2017											
ENTIDAD TERRITORIAL	NÚMERO DE CASOS ESPORADES	NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS	NÚMERO DE CASOS CON MUERTE	NÚMERO DE MUERTOS REGISTRADOS (M.D.R.)	CASOS POR 100.000 HABITANTES	TASA DE MORTALIDAD POR 100.000 HABITANTES	TASA DE MORTALIDAD POR 100.000 HABITANTES	NÚMERO DE CASOS POR 100.000 HABITANTES	POBLACIÓN MENOR DE 15 AÑOS	TASA DE NOTIFICACIÓN POR 100 CASOS	TIR (CUMPLEMIENTO DE LA LEY)
AMAZONAS	0	1	1	100	100	100	0	38000	3,47	95	
ANTIOQUIA	15	7	6	67	63	100	28	158487	0,44	90	
ARAUCA	1	1	1	100	100	100	100	86800	1,01	90	
ATLÁNTICO	4	6	6	60	67	100	17	34200	1,68	97	
BARRANQUILLA	3	3	3	100	100	100	100	20161	1,00	90	
BOGOTÁ D.C.	18	21	20	100	61	100	16	181200	1,14	90	
BOLÍVAR	4	5	5	95	40	100	60	35825	1,40	95	
Bolívar	3	7	7	100	86	100	28	31398	2,04	90	
BUCARÁMBA	1	0	0					12482	4,00	90	
CALDAS	2	4	3	100	100	100	75	23740	1,66	95	
CALDAS	2	2	2	100	100	100	100	136716	1,28	90	
CARTAGENA	3	4	3	100	67	100	75	25630	1,57	98	
CASANARE	1	2	2	100	100	100	100	110818	1,90	90	
CAJICA	4	8	7	100	14	100	100	58029	2,00	90	
CECOT	3	8	6	100	67	100	60	32740	1,80	97	
CHOCÓ	2	1	1	100	0	100	100	18557	0,50	90	
CÓCQUIA	5	5	5	100	80	100	100	50190	1,94	97	
CUNDINAMARCA	7	3	3	100	100	100	0	72035	0,41	95	
CUNDINAMARCA	0	6	0					15247	4,00	90	
CUNDINAMARCA	0	1	1	100	100	100	0	19540	2,40	97	
GUAVIARE	3	11	11	100	67	100	60	33012	1,34	98	
LA GUAJIRA	4	1	0					38100	1,00	98	
MAGDALENA	3	3	3	100	100	100	100	28687	1,12	97	
META	3	4	4	100	100	100	100	28158	1,42	98	
NARIÑO	5	6	6	100	67	100	17	46219	1,22	98	
NARIÑO	4	6	6	100	67	100	100	37718	1,38	98	
PUTUMAYO	1	3	3	100	100	100	100	11904	1,58	98	
QUIBO	1	2	2	100	100	100	100	13814	1,47	98	
RISARALDA	2	5	3	100	67	100	60	22635	1,38	94	
SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA	0	1	1	100	100	100	100	1067	5,27	97	
SANTA MARTA	1	1	1	100	100	100	100	14553	0,68	93	
SANTANDER	5	7	6	100	67	100	14	49470	1,41	91	
SUCRE	2	8	8	100	25	100	100	14672	3,30	95	
TOLIMA	4	12	11	100	67	100	68	17888	3,17	94	
VALLE DEL CAUCA	10	6	4	100	75	100	67	96184	3,60	91	
VAUPES	0	3	1					1670	3,00	94	
VICHADA	0	3	1					2620	3,00	94	
PROMEDIO O TOTAL NACIONAL	29	80	61	61	74	100	60	1287188	1,38	96	

Fuente: PESS y SIVIGILA.
 Tasa esperada a semana 52* 1,34 casos por 100.000 menores de 15 años.
 * Para el cálculo del indicador, en el denominador se tomaron los datos de la semana 52.

Fuente: SIVIGILA individual, 2017

Anexo 2.
Tabla 2. Indicadores de vigilancia de PFA por entidad territorial, Colombia, semana 01 a 40, 2018

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL - INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DIRECCIÓN DE VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA GRUPO ENFERMEDADES TRANSMISIBLES - EQUIPO INMUNOPREVENIBLES BOLETÍN VIGILANCIA DE PARÁSITOS PLÁCIDO AGUDA, COLOMBIA, SEMANAS 01 A 40 DE 2018										
ENTIDAD TERRITORIAL	NÚMERO DE CASOS ESPORALES	NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS	NÚMERO DE CASOS CON RESPUESTA	% DE RESPUESTA POSITIVA (140%)	NÚMERO DE CASOS POSITIVOS A LA INVESTIGACIÓN	% DE RESPUESTAS POSITIVAS (140%)	% CASOS MULTIRRESISTENTES (140%)	PREVALENCIA MENOR DE 10 AÑOS	TASA DE NOTIFICACION EN 100.000	% DE CUMPLIMIENTO DEL GRUPO*
AMAZONAS	0	0	0	0	0	0	0	2035	0,00	100
ANTIOQUIA	12	7	7	71	55	100	70	100345	0,44	99
ARAUCA	1	1	1	100	100	100	100	9134	1,04	100
ATLÁNTICO	3	3	1	33	0	100	0	25020	0,44	95
BARRANQUILLA	2	5	2	40	47	100	0	28000	1,50	98
BOGOTÁ D.C.	14	15	14	100	87	100	47	12044	0,55	98
BOLÍVAR	3	3	3	100	67	100	0	38500	0,44	98
BOYACÁ	3	10	0	0	0	0	0	10495	0,25	90
BUENAVENTURA	1	0	0	0	0	0	0	12031	0,00	99
CAJUMÉ	2	5	5	100	0	0	0	20001	2,10	97
CAQUETA	1	3	3	100	0	100	100	10000	1,00	100
CARTAGENA	2	0	0	0	0	0	0	25400	0,00	99
CASARE	1	3	3	100	100	100	100	11000	2,25	98
CAUCA	3	7	0	0	0	0	0	10420	1,50	94
CESAR	1	5	5	100	0	0	0	10000	1,00	100
CHOCÓ	1	0	0	0	0	0	0	10000	0,00	99
CORDOBA	4	4	3	75	100	100	0	10400	1,75	96
CUNDINAMARCA	5	4	4	100	100	100	0	70000	0,55	99
GUANÍA	0	1	1	100	100	100	100	10000	0,00	100
GUAVIARE	0	1	1	100	100	100	100	4000	0,25	100
HUILA	3	2	2	100	0	100	100	20000	1,50	100
LA GUAJIRA	3	2	2	100	0	100	100	30000	0,60	100
MAGDALENA	2	2	2	100	100	100	100	20000	0,75	98
META	3	5	0	0	0	0	0	20440	1,75	94
NARIÑO	4	6	6	100	100	100	0	40000	1,50	100
NORTE DE SANTANDER	3	0	0	0	0	0	0	30000	0,00	100
POTURÍO	1	1	1	100	100	100	0	10000	1,00	99
QUINDÍO	1	2	2	100	100	100	100	10000	1,40	99
RISARALDA	2	5	5	100	0	0	0	20000	2,00	98
SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA	0	1	1	100	100	100	0	10000	0,20	100
SANTA MARTA	4	0	0	0	0	0	0	10000	0,00	96
SANTANDER	1	0	0	0	0	0	0	40000	0,25	97
SUCRE	2	0	0	0	0	0	0	20000	0,00	94
TOLIMA	3	7	7	100	0	0	0	10000	1,50	99
VALLE DEL CAUCA	1	0	0	0	0	0	0	20000	0,00	99
VAUPES	0	0	0	0	0	0	0	10000	0,00	100
VICENZA	0	1	1	100	0	0	0	20000	0,00	100
PROMEDIO TOTAL NACIONAL	99	133	126	95	90	100	4	100000	1,00	97

Fuente: PESS-VIGILIA

Tasa específica a semana 40: 0,77 caso por 100.000 personas de 15 años

* Para el cálculo del indicador, en el denominador se tomaron los total de casos

Fuente: SIVIGILA individual, 2018