

M. Castro-Gago

An Esp Pediatr 1998;48:348-351.

Protocolo y normas clínicas básicas a seguir para la consecución del certificado de erradicación de la poliomielitis a nivel de territorio español

Importancia del problema

El **objetivo 5** de la Estrategia Salud Para Todos en el año 2000 (O.M.S.) señala, como algo fundamental, la erradicación mundial de la poliomielitis para el citado año. Para alcanzar este objetivo, la O.M.S. recomienda, entre otros aspectos "como: alcanzar y mantener altas coberturas de vacunación, etc", implantar en cada país un sistema eficaz de vigilancia de parálisis flácida aguda (PFA) en los niños menores de 15 años de edad. Este sistema de vigilancia se ha puesto en marcha en España, con la participación de todas las Comunidades Autónomas, a partir del mes de Enero del presente año.

Para alcanzar, en nuestro país, este objetivo primordial y prioritario, es necesario que todos los médicos y pediatras sigamos y apliquemos rigurosamente las normas elaboradas para la vigilancia y diagnóstico del síndrome de parálisis flácida aguda (PFA), que se especifican a continuación. También, para lograrlo en el plazo de tiempo más breve posible y sin que se "pierda o escape" ningún caso, los pediatras de Atención Primaria y los demás médicos que atienden a los niños deben estar sensibilizados ante el problema, y remitir al Servicio de Pediatría Hospitalario más próximo y a la mayor brevedad posible todo niño con edad inferior a 15 años que presente un cuadro clínico sospechoso.

Sistemática a seguir para la vigilancia y diagnóstico del síndrome de parálisis flácida aguda

Definición de la entidad y su importancia

El síndrome de Parálisis Flácida Aguda (PFA) se caracteriza por un inicio rápido de debilidad muscular en las extremidades, afectando en ocasiones a los músculos de la respiración y/o a las estructuras anatómicas dependientes del tronco del encéfalo (bulbares, etc), que suele alcanzar su intensidad máxima entre los días 1 y 10 a partir de su comienzo. El término "flácida" (hipotónica) indica la ausencia de espasticidad o de otros

signos de trastorno motor dependiente de la primera motoneurona (neurona motora cortical y vía piramidal) tales como hiperreflexia, clonus o respuesta plantar extensora. Aunque puede afectar a individuos de cualquier edad, es fundamentalmente una enfermedad de la infancia, de ahí su importancia en la vigilancia de la poliomielitis. Se estima que la PFA afecta a 1/100.000 niños menores de 15 años.

Entidades clínicas que es necesario incluir

Aunque la PFA representa un síndrome con múltiples causas, las más importantes, excluyendo las causas musculares primarias y las pseudoparálisis, son las que se especifican a continuación:

- a) Enfermedad paralítica aguda por lesión de motoneuronas del asta anterior, causada por poliovirus u otros enterovirus (coxsackievirus, echovirus y enterovirus 70 y 71).
- b) Mielopatía aguda (Mielitis transversa).
- c) Neuropatía periférica aguda, fundamentalmente el Síndrome de Guillain-Barré (polirradiculoneuropatía aguda postinfecciosa).

Definición clínica del caso

Inicio agudo (no recurrente) de parálisis flácida (hipotónica) en una o más extremidades con ausencia o disminución de los reflejos miotáticos en los miembros afectados, sin otra causa aparente, y sin pérdida sensorial o cognitiva, y que acontece en un niño menor de 15 años de edad.

Criterio diagnóstico de laboratorio

Aislamiento e identificación de poliovirus en heces, en laboratorio especializado que utilice técnicas virológicas de cultivo celular.

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: Todo caso de parálisis flácida aguda (PFA), incluyendo al Síndrome de Guillain-Barré y a la Mielopatía aguda, en un niño menor de 15 años en el que ninguna otra causa pueda ser identificada.

Caso compatible: Todo caso de PFA con parálisis residual después de 60 días del inicio o bien pérdida del seguimiento o muerte, en el que no pudieron recogerse dos muestras de heces en las dos primeras semanas de iniciados los síntomas para ser examinados por el laboratorio especializado en virología.

Caso confirmado: Todo caso de PFA en el cual se aísla po-

Departamento de Pediatría, Servicio de Neuropediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Hospital General de Galicia, Santiago de Compostela. Miembro del Grupo de Trabajo del Plan Nacional de Erradicación de la Poliomielitis del Ministerio de Sanidad y Consumo, en representación de la A.E.P.

Correspondencia: Prof. M. Castro-Gago. Departamento de Pediatría. Servicio de Neuropediatría. Hospital General de Galicia. Galeras, s/n. 15705 - Santiago de Compostela.

Anexo 1 Encuesta epidemiológica de parálisis fláccida aguda

Datos de filiación del enfermo

Identificación (Apellidos y nombre): _____

Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___ Edad: (Años): ___; Para < 2 años (Meses): ___ Sexo: Niño Niña
día mes año

Domicilio _____
 Localidad _____ Provincia _____ Tfno. _____

Datos clínicos

1.- Pródromos (4 semanas antes del inicio de la parálisis):

	sí	no	nc		sí	no	nc
. Fiebre	___	___	___	. Náuseas	___	___	___
. Irritabilidad	___	___	___	. Vómitos	___	___	___
. S. respiratorios	___	___	___	. Diarrea	___	___	___
. S. orofaríngeos	___	___	___	. Dolores musculares	___	___	___
. Anorexia	___	___	___	. Decaimiento	___	___	___
. Dolor abdominal	___	___	___	. Cefalea	___	___	___

2.- Síntomas al inicio de la parálisis:

Fecha de inicio de los síntomas: ___ / ___ / ___

	sí	no	nc		sí	no	nc
. Letargia	___	___	___	. Dolor de cabeza	___	___	___
. Déficit del sistema sensitivo	___	___	___	. Dificultad respiratoria	___	___	___
. Dolor muscular	___	___	___	. Parestesias	___	___	___
. Fiebre	___	___	___				

Días hasta la presentación de la parálisis completa: _____ días

Desarrollo de la parálisis: ascendente ____, descendente ____, bulbar ____, otra ____:

3.- Localización de la parálisis fláccida

	sí	no	nc	Reflejos sensación (M/m/A/N/NS*)	Reflejos sensación (M/m/A/N/NS*)
Brazo derecho	___	___	___	Proximal _____	Distal _____
Brazo izquierdo	___	___	___	Proximal _____	Distal _____
Pierna derecha	___	___	___	Proximal _____	Distal _____
Pierna izquierda	___	___	___	Proximal _____	Distal _____

* M=mayor, m=menor; A=ausente; N=normal; NS=no sabe.

Ingreso en hospital No Sí

Fecha de hospitalización: ___ / ___ / ___

Centro _____ Servicio _____

Datos de laboratorio

Estudio virológico/bacteriológico:

Muestra/Heces	Fecha de recogida	Fecha de envío	Fecha de resultado	Estudio realizado	Agente aislado

Estudio serológico:

Fecha de recogida	Fecha de envío	Fecha de resultado	Estudio realizado	Resultado

Punción Lumbar: Sí ___ Fecha ___ / ___ / ___ Proteínas _____ Glucosa _____
 No _____ Células _____

Comentarios: _____

Anexo 1 Encuesta epidemiológica de parálisis fláccida aguda (continuación)

Datos epidemiológicos

¿Ha recibido vacuna frente a poliomielitis?

No Sí

↳ Tipo de vacuna: Oral atenuada (VOP): ; Inyectable inactivada (VIP): Lote: ____

Nº Dosis recibidas _____ Fechas aproximadas: ____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

Ultima dosis recibida _____ Fecha ____/____/____

Presenta documento de vacunación: No Sí

¿Ha realizado un viaje recientemente (< 30 días)? No Sí

↳ ¿Dónde? (Detalle lugar)

Fecha de regreso ____/____/____

Si es extranjero, citar lugar de origen: _____ Fecha de llegada ____/____/____

¿Ha tenido contacto con vacunados de VOP, 60 días antes de inicio de cuadro?

No Sí

↳ Fecha: ____/____/____ Relación:

¿Padece algún tipo de inmunodeficiencia?: No Sí Especificar

Evolución clínica

¿Presenta parálisis residual a los 60 días del inicio?:

No Sí NC

↳ Fecha: ____/____/____ Localización: _____

Defunción: No Sí → Fecha: ____/____/____ Causa: _____

Clasificación definitiva del caso:

Polio Compatible con Polio Asociado a vacuna VOP

Descartado → Especificar diagnóstico:

Contactos

Iniciales	Edad	Nº Dosis VOP	Fecha última dosis	Fecha recogida de muestra	Fecha de envío de muestra	Fecha de resultado	Estudio realizado	Resultado
Contacto 1								
Contacto 2								
Contacto 3								
Contacto 4								
Contacto 5								

Datos del declarante

Fecha declaración del caso ____/____/____

Médico que declara el caso _____

Centro de Trabajo _____ Tfno _____

Municipio _____

Provincia _____

liovirus de alguna de las muestras de heces del paciente o de muestras de un contacto. Una vez confirmado el caso y, de acuerdo a las recomendaciones de la O.M.S., este se clasificará en:

- Caso indígena de poliovirus salvaje.

- Caso importado de poliovirus salvaje.
- Caso asociado a la vacunación: todo caso de PFA en la que el virus aislado es virus-vacunal (atenuado) y no se pudo identificar otro agente causal de la enfermedad. Debe haber una his-

toria previa de administración de VOP (vacuna oral de la poliomielitis) dentro de un plazo de 7-30 días antes de la aparición de los síntomas, o haber tenido contacto con un individuo recientemente inmunizado, dentro de un plazo de 7-60 días antes de la aparición de los síntomas

Caso no-poliomielitis (descartado): Todo caso de parálisis flácida aguda en la que al menos se han recogido dos muestras adecuadas de heces en las dos semanas siguientes al inicio de los síntomas, siendo los resultados negativos para poliovirus.

Secuencia diagnóstica y de actuación

a) Todo niño con edad inferior a los 15 años que presente una PFA será investigado de forma inmediata con recogida detallada de su historia clínica, información demográfica y epidemiológica, examen físico, exploraciones complementarias oportunas y recogida de muestra de heces para el laboratorio. Es de gran importancia la obtención de dos muestras de heces, con un intervalo de 24-48 horas, dentro de las dos primeras semanas del inicio de la parálisis, ya que la probabilidad de aislar el poliovirus salvaje disminuye mucho a partir de este período. Es recomendable valorar la respuesta inmunológica frente a los poliovirus, en sendas muestra de suero que se deben obtener al inicio del cuadro clínico y entre 2-4 semanas más tarde. Con la primera muestra de suero es conveniente enviar una muestra de LCR recogida simultáneamente.

b) Se obtendrá una muestra de heces de cinco contactos del caso índice menores de 15 años, que no hayan recibido la vacuna oral contra la poliomielitis en los 30 días precedentes.

c) Si el caso sospechoso fallece se intentarán obtener muestras del contenido intestinal, de heces ya formadas o de otros tejidos (bulbo raquídeo, médula espinal) y de suero, lo más pronto posible tras el fallecimiento, con el fin de poder llegar al diagnóstico etiológico definitivo.

d) Las muestras obtenidas deberán enviarse lo antes posible al laboratorio virológico correspondiente (designado/s según la normativa de cada Comunidad Autónoma).

Las cantidades de muestra a remitir para estos estudios son:

heces (tamaño de una nuez “8 a 10 g”), suero (como mínimo 3 ml), LCR (como mínimo 2 ml).

Las muestras conviene que lleguen refrigeradas (no utilizar hielo) en envases apropiados para el transporte de muestras biológicas y en régimen de envío urgente. Se recomienda que antes de realizar otro tipo de pruebas, separen previamente las alícuotas destinadas a estudios virológicos en los laboratorios designados, con el objeto de evitar contaminaciones.

e) Una vez recogida toda la información y realizadas las pruebas de laboratorio se procederá a clasificar el caso, de acuerdo a la definición adoptada previamente, en descartado, compatible o confirmado. Es exigitivo cubrir todos los epígrafes del impreso de la Encuesta Epidemiológica de Parálisis Flácida Aguda (Anexo 1) y remitirlo con urgencia al epidemiólogo provincial o a la Unidad o Servicio de Medicina Preventiva del propio Hospital (según la normativa de cada Comunidad Autónoma).

Notificación del caso sospechoso

Todo caso sospechoso de PFA en menores de 15 años que ingrese en un hospital, será notificado por el médico que realiza el diagnóstico o por el máximo responsable del Servicio correspondiente, de forma inmediata y urgente mediante fax o teléfono. En paralelo, se recogerán y enviarán las muestras que procedan al laboratorio designado. En ambos casos se rellenará y enviará la encuesta epidemiológica del ANEXO 1 con los datos que en ese momento se conozcan, remitiendo posteriormente la encuesta completa cuando se hayan completado todos los datos, a las autoridades de salud pública provincial y/o a la Unidad o Servicio de Medicina Preventiva del propio Hospital (según la normativa de cada Comunidad Autónoma).

Bibliografía

- 1 Grupo de Trabajo del Plan Nacional de Erradicación de la Poliomielitis del Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de actuaciones necesarias para la consecución del certificado de erradicación de la Poliomielitis. Ministerio de Sanidad y Consumo. Junio, 1997.