



Resolución Ministerial

Lima, 2... de DICIEMBRE del... 2014

Visto el Expediente N° 12-055511-003 que contiene el Memorando N° 1892-2014-DGE-DVE-DSVSP/MINSA de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I, II y IV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo la salud pública responsabilidad primaria del Estado y la responsabilidad en materia de salud individual, es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado;

Que, los artículos 76, 78 y 79 de la Ley precitada, establece que la Autoridad de Salud de nivel nacional es responsable de dirigir y normar las acciones destinadas a evitar la propagación y lograr el control y erradicación de las enfermedades transmisibles en todo el territorio nacional, ejerciendo la vigilancia epidemiológica, la inteligencia sanitaria y dictando las disposiciones correspondientes; asimismo determina las enfermedades transmisibles de declaración y notificación obligatoria, quedando facultada a dictar medidas de prevención y control para evitar la aparición y propagación de enfermedades transmisibles, contando con la participación de las personas naturales o jurídicas que están en la obligación de proporcionar dicha información epidemiológica, dentro de los términos de responsabilidad, clasificación, periodicidad, destino y claridad;

Que, los numerales 3) y 5) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone que dentro del ámbito de competencia del Ministerio de Salud, se encuentra las epidemias y emergencias sanitarias, y la Inteligencia sanitaria;

Que, los literales a) y b) del artículo 57 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, establecen como funciones de la Dirección General de Epidemiología, el diseñar, normar y conducir el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, en el ámbito nacional, así como diseñar, normar y conducir el proceso de análisis de la situación de salud para la determinación de prioridades sanitarias, como base del planeamiento estratégico en salud;



P. MINAYA



A. Velásquez



P. GIUSTI



D. CESAPEDES M.



M. YAGUI M.



J. Zavala S.

Que, por Resolución Ministerial N° 506-2012-MINSA se aprobó la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01 "Directiva Sanitaria de Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública", con la finalidad de contribuir a la prevención, control, eliminación o erradicación de las enfermedades y eventos de importancia para la salud pública, estableciendo la notificación de enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en salud pública;

Que, en virtud de ello, la Dirección General de Epidemiología propone la Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Poliomiélitis / Parálisis Flácida Aguda, con la finalidad de contribuir a evitar y contener la reintroducción del poliovirus salvaje, y la circulación de poliovirus derivados de vacunas en el país, así como establecer las pautas, procedimientos e instrumentos para la identificación, captación, notificación, investigación epidemiológica y clasificación de casos de parálisis flácida aguda;

Que, estando a lo propuesto por la Dirección General de Epidemiología;

Con la visación del Director General de la Dirección General de Epidemiología, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Viceministro de Salud Pública y de la Viceministra de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la Directiva Sanitaria N° 059 - MINSA/DGE-V.01 "Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Poliomiélitis / Parálisis Flácida Aguda", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2°.- Encargar a la Dirección General de Epidemiología la difusión, seguimiento y evaluación en el ámbito nacional de la aplicación y cumplimiento de la presente Directiva Sanitaria.

Artículo 3°.- Disponer que el Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las Direcciones de Salud de Lima, las Direcciones Regionales de Salud y las Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces a nivel regional son responsables de la difusión, implementación, monitoreo y supervisión de la presente Directiva Sanitaria, dentro del ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

Artículo 4°.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones, la publicación de la presente Resolución Ministerial en el portal institucional del Ministerio de Salud, en la dirección electrónica: <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/normas.asp>.

Regístrese, comuníquese y publíquese



Aníbal Velásquez Valdivia

ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA
Ministro de Salud



DIRECTIVA SANITARIA N° 059 -MINS/DGE-V-01
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE
POLIOMIELITIS/PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

1. FINALIDAD

Contribuir a evitar y contener la reintroducción del poliovirus salvaje, y la circulación de poliovirus derivados de vacunas en el país.

2. OBJETIVO

Establecer las pautas, procedimientos e instrumentos para la identificación, captación, notificación, investigación epidemiológica y clasificación de los casos de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años de edad.

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva Sanitaria es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos del sector salud, públicos y privados del ámbito nacional (del Ministerio de Salud, de Gobiernos Regionales y Gobiernos locales, EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, y establecimientos de salud privados).

4. BASE LEGAL

- Reglamento Sanitario Internacional 2005.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 236-96-SA/DM, que establecen y oficializan la organización del Sistema de la Red Nacional de Laboratorios de Referencia en Salud.
- Resolución Ministerial N° 115-2005/MINSA que conforma la "Comisión Nacional Revisora de Casos de Parálisis Flácida Aguda".
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las Normas para elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N°046 – MINS/DGE-V.01 que establece la "Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en salud Pública
- Resolución Ministerial N° 545-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 047-MINS/DGE-V.01, "Notificación de Brotes, Epidemias y otros eventos de importancia para la Salud Pública".

5. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

- 5.1.1. **Parálisis flácida aguda (PFA):** Está caracterizada por pérdida o disminución de la fuerza muscular (parálisis o paresia), disminución o ausencia de tono muscular (hipotonía) y disminución o ausencia de reflejos (hipo o arreflexia), con una instalación aguda de curso progresivo o rápidamente progresivo sin asociación a trauma previo.
- 5.1.2. **Poliomielitis:** Enfermedad infecciosa viral producida principalmente por cualquiera de los tres serotipos de poliovirus: salvaje, vacunal o derivado de vacuna y que puede presentar compromiso espinal o compromiso bulbar. Las infecciones subclínicas son comunes, sin embargo el cuadro clínico más importante que produce es la poliomyelitis paralítica que se presenta en 0.5 a 1% de los infectados. La manifestación clínica típica de la poliomyelitis paralítica es la parálisis flácida aguda (PFA). El periodo de incubación tiene un rango que va de 4 a 40 días; y el periodo de transmisibilidad mayor es de una semana antes y dos semanas después del inicio de la parálisis; sin embargo, el poliovirus puede estar presente en las heces hasta 3 a 6 semanas después de la infección.
- 5.1.3. **Poliovirus salvaje:** Los poliovirus son enterovirus, miembros de la familia *Picornaviridae*, virus de ARN cortos, que han sido clasificados en tres serotipos, denominados Poliovirus 1 (PV1), Poliovirus 2 (PV2) y Poliovirus 3 (PV3) y se transmiten a través de la vía fecal – oral.
- 5.1.4. **Poliovirus derivado de vacuna (PVDV):** Son formas de poliovirus que han mutado genéticamente de la cepa contenida en la vacuna oral contra la poliomyelitis, que han readquirido la neurovirulencia y transmisibilidad. Son divididos en los siguientes tipos:
- a) **Circulantes (cPVDV):** Cuando existe evidencia de transmisión de persona a persona en la comunidad. Están asociados con brotes de polio en áreas con baja cobertura de vacunación.
 - b) **Asociados con inmunodeficiencia (iPVDV):** Cuando los virus son aislados en pacientes con inmunodeficiencia (defectos en la producción de anticuerpos) que tienen infección prolongada.
 - c) **Ambiguos (aPVDV):** Aislamientos casuales en personas sin inmunodeficiencias conocidas u obtenidos del medio ambiente, cuya fuente no ha sido determinada.
- 5.1.5. **Parálisis residual:** Se considera parálisis residual a aquella parálisis que persiste más allá de los 60 días del inicio del cuadro clínico.
- 5.1.6. **Caso de parálisis flácida aguda:** Es todo caso de parálisis flácida aguda (PFA) en un menor de 15 años, por cualquier razón excepto trauma.
- 5.1.7. **Caso confirmado de poliomyelitis:** Es todo caso de parálisis flácida aguda asociada al aislamiento de poliovirus salvaje o de poliovirus derivado de vacuna (PVDV), con parálisis residual o sin ella.
- 5.1.8. **Caso de poliomyelitis por poliovirus salvaje:** Es todo caso de parálisis flácida aguda en el que se aísla el poliovirus salvaje en muestra de heces.
- 5.1.9. **Caso de poliomyelitis por poliovirus derivado de vacuna:** Es todo caso de parálisis flácida aguda en el que se ha aislado poliovirus derivado de vacuna en la muestra de heces.
- 5.1.10. **Caso de poliomyelitis paralítica asociado a vacuna (PPAV):** Es todo caso de parálisis flácida aguda cuyo origen se atribuye al virus de la vacuna oral contra la poliomyelitis (VOP), y donde se han excluido otras causas. Los casos asociados a la vacuna deben separarse de los casos de poliomyelitis por poliovirus salvaje o

por poliovirus derivado circulante. Para clasificar un caso como asociado a la vacuna han de reunirse los siguientes requisitos:

- a) En vacunados: caso de parálisis flácida aguda (PFA) que inicia la parálisis entre 4 y 40 días después de recibir la vacuna oral contra la poliomielitis (VOP).
- b) En contactos de vacunados: caso de parálisis flácida aguda (PFA) que inicia la parálisis entre 4 a 40 días posterior al contacto con una persona que recibió la vacuna oral contra la poliomielitis (VOP) entre 4 a 85 días previo al inicio de la parálisis.
- c) Debe haberse aislado el poliovirus vacunal en la muestra de heces.
- d) Debe haber secuela neurológica compatible con poliomielitis a los 60 días de iniciada la parálisis flácida aguda.

5.1.11. **Caso compatible con poliomielitis:** Es todo caso de parálisis flácida aguda con parálisis residual compatible con poliomielitis a los 60 días de seguimiento y sin evidencia de otra patología; o bien falta de seguimiento o defunción, en la que no se obtuvo una muestra de heces durante los primeros 15 días siguientes al comienzo de la parálisis.

5.1.12. **Caso descartado de poliomielitis:** Es todo caso de parálisis flácida aguda con muestra de heces dentro de los 14 días posteriores al inicio de la parálisis en la cual no se aísla poliovirus salvaje o derivado. Los casos que no tengan una muestra de heces y no presenten parálisis residual compatible con poliomielitis a los 60 días serán evaluados por la Comisión Nacional Revisora de Casos de Parálisis Flácida Aguda.

5.1.13. **Muestra adecuada de heces:** Se considera muestra adecuada cuando llega al Instituto Nacional de Salud (INS) dentro de los 5 días de obtenida, acompañada de la ficha de investigación clínica epidemiológica y de laboratorio y que cumpla con las siguientes características:

- a) **Cantidad:** 10 g. de heces aproximadamente.
- b) **Tiempo de obtención:** hasta los 14 días después del inicio de la parálisis.
- c) **Conservación:** entre +2°C a +8°C después de su obtención.
- d) **Envase:** de plástico de boca ancha y tapa rosca.
- e) **Rotulado:** apellidos y nombres, edad, fecha de obtención de la muestra y procedencia.

5.1.14. **Vacuna oral contra la poliomielitis (VOP):** Consiste en la preparación de cepas vivas atenuadas (cepa Sabin) de los tres serotipos de poliovirus en diferentes proporciones; se obtienen a través de varios pasajes en los cultivos de células Vero.

5.1.15. **Vacuna inactivada contra la poliomielitis (VIP):** También conocida como tipo Salk, es una vacuna no replicativa de aplicación parenteral subcutánea o intramuscular, preparada con virus inactivos o muertos. El virus no se elimina en las heces ni coloniza el tejido linfóide de la garganta. La vacuna estimula la producción de anticuerpos circulantes y bloquea la excreción faríngea, pero no previene la infección intestinal; por lo tanto, no ha sido utilizada durante la erradicación de la poliomielitis.

5.1.16. **Códigos CIE10:** El Código Internacional de Enfermedades (CIE 10), elaborado por la Organización Mundial de la Salud, tiene como propósito permitir el registro sistemático, análisis, interpretación, y comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en diferentes épocas. Se utiliza para convertir los términos diagnósticos y otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información.

- 5.1.17. **HIS (Health Information System) o Sistema de Información en Salud:** Es una herramienta indispensable que garantiza, el adecuado registro de las actividades de salud, contribuyendo a mejorar la calidad del registro de datos, homogenizando criterios, incorporando nuevas formas de registro y consolidándolo como única fuente de información, con el propósito de instrumentalizar el soporte para la toma de decisiones.
- 5.1.18. **Net Lab:** Es el sistema de información electrónico del Instituto Nacional de Salud (INS) que permite a pacientes y a los profesionales de la salud consultar rápidamente los resultados de las pruebas de laboratorio realizadas por el INS y la Red Nacional de Laboratorios de Referencia a través del internet.
- 5.1.19. **NOTISP (Notificación en salud pública):** Es un aplicativo informático elaborado por la Dirección General de Epidemiología (DGE) del Ministerio de Salud, para la vigilancia epidemiológica a través de la notificación de casos de enfermedades sujetas a vigilancia.
- 5.1.20. **ISIS (Sistema Informático Integrado para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación):** El Sistema Informático Integrado para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación (ISIS), diseñado por OMS para proveer un mecanismo de captura de datos, inicialmente relativo a los casos de poliomielitis, sarampión y rubéola.
- 5.2. La vigilancia epidemiológica de parálisis flácida aguda (PFA) es de carácter obligatorio en todos los establecimientos del sector salud, públicos y privados del ámbito nacional (del Ministerio de Salud, de gobiernos regionales, gobiernos locales, EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú y establecimientos de salud privados).
- 5.3. Todo personal de salud que identifique un caso de parálisis flácida aguda deberá reportar de forma inmediata a los encargados de vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces en cada establecimiento de Salud para su conocimiento e inicio de las acciones respectivas.
- 5.4. La notificación e investigación de los casos de parálisis flácida aguda deben ser realizadas de forma inmediata luego de conocido el caso, bajo responsabilidad de los encargados de vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces en todos los establecimientos del sector salud, públicos y privados del ámbito nacional (del Ministerio de Salud, de gobiernos locales, EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú y establecimientos de salud privados).
- 5.5. Todo caso de parálisis flácida aguda (PFA) debe ser investigado dentro de las 48 horas de conocido el caso, bajo responsabilidad del director o jefe del Establecimiento de Salud y responsable de la vigilancia de la red de salud.
- 5.6. El flujo de la notificación se realizará desde el nivel local, nivel regional hasta el nivel nacional, mediante la Red Nacional de Epidemiología (RENACE) y siguiendo los procesos establecidos en la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01 "Directiva Sanitaria de Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública", aprobada por Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA.

6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. Identificación, captación y notificación de casos de PFA

- 6.1.1. Todo el personal de salud debe estar capacitado para identificar un caso de parálisis flácida aguda (PFA) y reportarlo al responsable de la vigilancia del establecimiento. La captación de los casos de parálisis flácida aguda (PFA) se realizará en los servicios de emergencia, consulta externa u hospitalización de los servicios de salud.

- 6.1.2. Una vez identificado el caso de parálisis flácida aguda por el personal de salud, se deberá reportar de forma inmediata a los encargados de vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces en cada establecimiento de Salud.
- 6.1.3. El responsable de vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces en cada establecimiento de salud realizará la notificación inmediata, dentro de las 24 horas de conocido el caso de parálisis flácida aguda (PFA) al nivel inmediato superior según el flujo establecido en cada DISA/DIRESA/GERESA o la que haga sus veces, para su notificación a través del Sistema Integrado Epidemiológico de Notificación de Brotes, Emergencias y Desastres a través del portal web de la DGE (<http://www.dge.gob.pe/notificar/>) dentro de los plazos establecidos. A través de la Red Nacional de Epidemiología (RENACE) se consolidará semanalmente los casos notificados durante la semana y se enviará la información mediante el software de notificación NOTI-SP (Notificación en Salud Pública) a la Dirección General de Epidemiología (DGE).
- 6.1.4. Notificación negativa: Ante la ausencia de casos las unidades notificantes deben informar tal condición semanalmente según el flujo de la Red Nacional de Epidemiología (RENACE).

6.2. Investigación epidemiológica de casos de PFA

Todo caso de parálisis flácida aguda (PFA) será investigado por un equipo coordinado por el responsable de la vigilancia epidemiológica y conformado por los responsables de vigilancia epidemiológica, inmunizaciones y laboratorio del establecimiento. La investigación deberá realizarse dentro de las 48 horas siguientes a su conocimiento. La investigación de los casos cuya procedencia no corresponde a la jurisdicción de la DISA/DIRESA/GERESA notificante, deberá ser realizada de forma compartida con el establecimiento de la jurisdicción de procedencia y de acuerdo a sus competencias. La investigación comprende los siguientes procesos:

6.2.1. Llenado de ficha de investigación clínica epidemiológica y de laboratorio:

- a) La información de la ficha de investigación clínica epidemiológica y de laboratorio debe ser llenada por el médico que atiende al caso (datos clínicos), el responsable de epidemiología (información epidemiológica) y de laboratorio (información relativa a la muestra), de acuerdo a sus competencias.
- b) La ficha de investigación clínica epidemiológica y de laboratorio (Anexo N° 1 de la presente directiva sanitaria) de todos los casos de parálisis flácida aguda (PFA) deben llenarse por triplicado
- c) Hacer énfasis en averiguar el antecedente de vacunación, verificando la información en el carné de vacunación y en los casos en lo que no se cuente con el mismo, coordinar con la encargada de inmunizaciones del establecimiento de salud donde se vacunó.
- d) El original de la ficha de investigación clínica epidemiológica y de laboratorio queda en el establecimiento de salud, la primera copia es enviada a la oficina de epidemiología del nivel inmediato superior siguiendo el flujo establecido por la Red Nacional de Epidemiología (RENACE) y la segunda copia se envía con la muestra de heces al laboratorio.
- e) El responsable de epidemiología o quien haga sus veces en la Red de Salud debe hacer el control de calidad del llenado de la ficha de investigación clínica epidemiológica y de laboratorio y del seguimiento para completar su llenado.
- f) Todas las fichas de investigación de los casos notificados deben ser archivadas por epidemiología del establecimiento de salud.

6.2.2. Obtención y transporte de muestras de laboratorio

- a) El responsable de epidemiología o quien haga sus veces en el establecimiento de salud es el encargado de coordinar la obtención de las muestras, así como de

verificar que se realice el envío de las muestras del establecimiento de salud al laboratorio referencial por el encargado de laboratorio.

- b) Se debe obtener una muestra de heces (sólidas o diarreicas) de 10 gramos aproximadamente (equivalente al volumen de 2 dedos pulgares de un adulto o 2 cucharas soperas), dentro de los 14 días calendario del inicio de la parálisis. La muestra debe ser colocada en un envase de plástico de boca ancha con tapa de rosca de cierre hermético. Se debe evitar la exposición solar de la muestra.
- c) En caso de obtener una muestra menor a 10 gramos, ésta será considerada como insuficiente, por lo que deberá obtenerse una segunda muestra de heces la cual deberá estar dentro de los 14 días de iniciada la parálisis.
- d) En caso que no se pueda obtener la muestra, se puede realizar la estimulación del esfínter anal con un hisopo estéril y esperar a que se produzca la deposición. No usar enemas.
- e) Para evitar la contaminación de las muestras, éstas no deben ser recolectadas del suelo o del inodoro o retrete.
- f) El envase debe estar rotulado correctamente (apellidos y nombres, edad, fecha de obtención de la muestra y procedencia) y conservada en refrigeración entre +2°C y +8°C.
- g) El responsable de laboratorio del establecimiento de salud deberá enviar la muestra de heces dentro de las 24 horas, manteniendo la cadena de frío (+2°C y +8°C) y medidas de bioseguridad, al Laboratorio de Referencia Regional para ser enviada al INS dentro de los 5 días de haber sido obtenida adjuntando una copia de la ficha de investigación clínica epidemiológica y de laboratorio.
- h) En todo caso confirmado de poliomiélitis por virus derivado de vacuna se obtendrá una muestra mensual hasta que el resultado de aislamiento viral sea negativo en tres ocasiones consecutivas.
- i) Si el caso de parálisis flácida aguda (PFA) fallece se procederá a realizar la necropsia dentro de las 24 horas y se coordinará con el Ministerio Público para la obtención de las siguientes muestras además de las que se obtienen para los aspectos legales pertinentes:
 - Muestra de heces del contenido intestinal o de heces ya formadas para el aislamiento viral, colocar en un frasco de polipropileno sin adicionar ningún tipo de solución y debe ser conservada en cadena de frío (+2°C y +8°C)
 - Una muestra de: cerebro, protuberancia, bulbo raquídeo, segmentos médula espinal dorsal y lumbar. Para estudio anatomopatológico: colocar en frasco de boca ancha con formol de acuerdo a protocolos establecidos. El tamaño de la muestra del sistema nervioso central debe ser de más de 1cm³. La muestra debe ser colocada en una cantidad de formol equivalente a 10 veces el volumen de la muestra (ej. 1 cc de muestra en 10cc de formol) y se debe conservar a temperatura ambiente.
 - Se debe solicitar una copia del protocolo y del informe de la necropsia.
- j) El responsable del Laboratorio referencial o de laboratorio del establecimiento (si no hubiera laboratorio referencial), es el encargado de enviar en forma adecuada las muestras al Instituto Nacional de Salud
- k) El responsable de epidemiología de las DISA/DIRESA/GERESA o la que haga sus veces, es el encargado de verificar el envío de las muestras de laboratorio desde el laboratorio referencial al Instituto Nacional de Salud (INS).

6.2.3. Construcción de la cadena de transmisión:

La construcción de la cadena de transmisión es responsabilidad del responsable de Epidemiología y se debe realizar en la investigación de todo caso de parálisis flácida

aguda (PFA). Tiene dos objetivos, el primero es identificar la fuente de infección donde se infectó el caso, para ello se calcula el periodo de exposición de la enfermedad y se buscan los lugares visitados, visitas recibidas, viajes realizados, lugares con mayor frecuencia visitados, participación en lugares de conglomerados de personas con las que estuvo relacionado. El segundo corresponde a la identificación de los contactos con quien el caso estuvo relacionado durante el periodo de transmisibilidad, por lo que es necesario censarlos y hacerle seguimiento sistemático, para evitar el riesgo de que se disemine la enfermedad a la población.

Se realizará de la siguiente manera:

- a) *Investigación de la fuente de infección:* en el periodo comprendido entre los 4 a 40 días previos al inicio de la parálisis se debe identificar las áreas geográficas por donde se desplazó el caso y las personas con las que estuvo en contacto en su asistencia a lugares públicos, visitas realizadas o recibidas, participación en conglomerados (reuniones familiares, espectáculos públicos, entre otros), rutas y medios de transporte utilizados y otros; donde se procederá a hacer la búsqueda activa de casos.
- b) *Identificación, censo y seguimiento de los contactos:* Se debe identificar a los contactos en el periodo comprendido entre una semana antes hasta dos semanas posteriores al inicio de la parálisis, los que serán registrados en la tabla Anexo N° 2 para hacerles un seguimiento por 6 semanas.

6.2.4. Búsqueda activa de casos:

La búsqueda activa de casos, tanto de manera institucional como comunitaria, es de responsabilidad del personal de epidemiología del establecimiento de salud y debe realizarse en la investigación de todo caso de parálisis flácida aguda (PFA). Es una metodología que permite monitorear la calidad de la vigilancia de las parálisis flácida aguda (PFA) a través de la identificación de casos en los servicios de salud y la comunidad, los que son contrastados con los casos reportados a través de la vigilancia de rutina.

a) Búsqueda activa institucional:

- 1) Es una actividad que se realiza de manera mensual por los responsables de epidemiología de los establecimientos de salud, ante la presencia de un caso de PFA el responsable de la red de salud deberá realizar el control de calidad de la información consignada en los informes mensuales del distrito de donde procede el caso notificado.
- 2) En los establecimientos que cuentan con base de datos de consulta externa, emergencia y hospitalización; realizar el filtrado de los códigos CIE10 de diagnósticos diferenciales de poliomiélitis, según lo indicado en el Anexo N° 3 de la presente directiva sanitaria.
- 3) En los establecimientos de salud que no cuenten con base de datos, se debe realizar la revisión manual e identificación de los diagnósticos diferenciales de poliomiélitis en los registros de atención en consulta externa, emergencia y hospitalización. Se recomienda revisar los diagnósticos diferenciales consignados en el Anexo N° 3 de la presente directiva sanitaria a través de la búsqueda activa institucional manual en las hojas HIS.
- 4) Una vez identificados los registros con los diagnósticos diferenciales de poliomiélitis, se debe obtener y revisar las historias clínicas y verificar si cumplen con la definición de caso de parálisis flácida aguda, así como su registro en el sistema de notificación.
- 5) En caso de no estar notificado, se procederá a notificar y realizar los procesos de investigación epidemiológica respectivos.

- 6) Todos los casos identificados independientemente de si están o no notificados se registrarán en la tabla del Anexo N° 4 de la presente directiva sanitaria, la cual será enviada al nivel inmediato superior.
- 7) Se debe consignar el número total de diagnósticos revisados o filtrados según el Anexo N° 5 de la presente directiva sanitaria.

b) Búsqueda activa comunitaria:

- La búsqueda activa comunitaria será liderada por el responsable de vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces en el establecimiento de salud, para ello conformará brigadas de intervención, las cuales estarán integradas por personal de epidemiológica y de inmunizaciones del establecimiento de salud y de ser necesario solicitará el apoyo al responsable de epidemiología de la Red de Salud, quien coordinará con otros establecimiento de salud para garantizar el número de recurso humano necesario. Las brigadas de intervención, estarán integradas por personal de epidemiología y de inmunizaciones del establecimiento de salud, así como por personal de otros establecimientos de salud que conforman la red/microrred. Esta actividad forma parte del proceso de investigación del caso notificado y consiste en buscar la presencia de casos de parálisis en menores de 15 años en los últimos 6 meses, en un radio de cinco manzanas de casas alrededor del caso notificado (revisar Anexo N° 12 de la presente directiva sanitaria) o urbano marginales. En zonas rurales comprende la visita total de las viviendas.
- Los casos identificados deben ser evaluados por un médico y si cumplen con la definición de caso de parálisis flácida aguda se registrarán en la tabla del Anexo N° 6 de la presente directiva sanitaria y se procederá a la investigación y notificación correspondiente.
- Se debe consignar el número total de viviendas visitadas de acuerdo al formato de búsqueda activa comunitaria (Anexo N° 6 de la presente directiva sanitaria).

6.2.5. Monitoreo rápido epidemiológico de vacunación antipoliomelítis (MRV):

Corresponde al responsable de epidemiología o quién haga esta función en el establecimiento de salud liderar esta actividad, para ello conformará brigadas de intervención, las cuales estarán integradas por personal de epidemiología y de inmunizaciones del establecimiento de salud, y de ser necesario, solicitará el apoyo al responsable de epidemiología de la Red de Salud quien coordinará con otros establecimiento para garantizar el número de recurso humano necesario.

Es una herramienta que permite determinar si todos los niños y niñas menores de 5 años, del ámbito de responsabilidad del establecimiento de salud que notificó el caso están vacunados con las dosis correspondientes de vacuna antipoliomelítica para la edad, en caso contrario las razones o motivos por las que no se vacunó (registrarlo en el Anexo N° 7 de la presente directiva sanitaria). El ámbito de monitoreo es el mismo número de casas a visitar en la búsqueda activa comunitaria.

- a) Se visitará la totalidad de las viviendas en un radio de cinco manzanas de casas alrededor del caso notificado en las zonas urbanas (revisar Anexo N° 12 de la presente directiva sanitaria) o urbano marginales. En zonas rurales comprende la visita total de las viviendas. En el caso de ausencia de la persona informante se reprogramará la visita de dicha vivienda.
- b) Se solicitará el carné de vacunación de todos los menores de (05) cinco años para verificar las dosis recibidas de vacuna antipoliomelítica. De no contar con el carné, se le preguntará al informante el nombre del establecimiento de salud donde el niño recibió la vacunación para la verificación posterior del dato.

- c) Si el niño no ha sido vacunado o no ha recibido las dosis oportunamente para completar el esquema de vacunación de acuerdo a su edad, se registrará como no vacunado y se preguntará la razón o motivos de dicha condición registrando la información en el instrumento que se incluye en el Anexo N° 7 de la presente directiva sanitaria, Luego se procederá a vacunarlo y registrarlo.
- d) Al finalizar la actividad se calculará el porcentaje de vacunados por MRV, que es el total de niños vacunados con vacuna inactivada contra la poliomielitis 1 y 2 (VIP1 e VIP2), y vacuna oral contra la poliomielitis 3 (VOP3) según corresponda a su edad y se divide entre el total de niños encuestados. En el total de niños vacunados no debe incluirse los niños que fueron vacunados en las actividades del bloqueo de vacunación.

$$\%MRV = \frac{\text{Total de niños/as vacunados}}{\text{Total de niños encuestados}}$$

- e) El estándar de los vacunados por el monitoreo rápido de vacunación (MRV) debe ser igual o mayor al 95% para considerar a dicha área como adecuadamente vacunada.
- f) Esta actividad se realizará simultáneamente a la búsqueda activa y a las acciones de vacunación de bloqueo, dentro de las 48 horas de notificado el caso.
- g) Los resultados serán colocados en la ficha de investigación clínica epidemiológica y de laboratorio del Anexo N° 1 de la presente directiva sanitaria.

6.2.6. Actividades de bloqueo con vacunación anti poliomielítica

Actividad que se debe realizar dentro de las 48 horas de conocido el caso y es de responsabilidad del personal a cargo de inmunizaciones del establecimiento de salud, quien conformará equipos de vacunación, de ser necesario solicitará apoyo al responsable de inmunizaciones de la Red de Salud para conformar equipos con personal de salud de otros establecimiento de la red/microrred.

- a) Esta actividad comprende el ámbito donde se realiza el monitoreo rápido de vacunados y la búsqueda activa comunitaria.
- b) Consiste en administrar a los niños menores de cinco años la dosis de vacuna correspondiente según su edad, previa revisión del carné de vacunación. La dosis de vacuna antipolio administrada se registrará en el mismo carné del niño o niña.

Si el niño padece de una inmunodeficiencia o tiene dentro de sus familiares a personas con dicha condición se procederá a vacunar con vacuna inactivada contra la poliomielitis (VIP).

Los resultados del bloqueo con vacunación serán consignados en la ficha de investigación clínica epidemiológica y de laboratorio del anexo N° 1 de la presente directiva sanitaria.

Los procesos de la investigación epidemiológica como: el llenado de ficha de investigación clínica epidemiológica y de laboratorio, la obtención y transporte de muestras de laboratorio, la construcción de la cadena de transmisión, la búsqueda activa de casos, el monitoreo rápido epidemiológico de vacunación y las actividades de bloqueo con vacunación, mencionados anteriormente deberán hacerse de forma simultánea para la optimización de los recursos logísticos y humanos

6.2.7. Evaluación del riesgo por acúmulo de susceptibles.

Corresponde al responsable de vigilancia epidemiológica de la red de salud realizar esta evaluación dentro de las 48 horas de conocido el caso. Es una metodología que permite identificar poblaciones de mayor riesgo de presentación de un caso en función de niños no vacunados y niños que no responden a la vacunación en la cohorte de 0 a 4 años, permitiendo priorizar los ámbitos a intervenir.

Está dirigido a los distritos y establecimientos de salud del ámbito donde se notificó el caso, el lugar probable de infección y donde pueden presentarse casos secundarios.

a) Para el cálculo del acúmulos de susceptibles, los datos que se requiere son:

- Población menor de un año de edad, por cada año, de los últimos cinco años. transcurridos, es decir, desde el primero, segundo, tercero, cuarto y quinto año.
- Población vacunada: Número de niños con tercera dosis de vacuna oral contra la poliomielitis (VPO) por cada año de los últimos (05) cinco años.
- Población no vacunada: es la diferencia de la población total de los últimos 5 años y la población vacunada del mismo periodo.
- Población vacunada no inmune: se calcula el 5% de la población vacunada de los últimos 5 años.
- Población susceptible: es la suma de la población no vacunada más la población vacunada no inmune.

b) Se calculará el Índice de Riesgo (IR) por acúmulo de susceptibles de la siguiente manera: *Total de susceptibles / Total de la población menor de un año del último año considerada para el cálculo.*

$$IR = \frac{\text{Total de susceptible}}{\text{Total de la población menor de un año del último año}}$$

c) De acuerdo a los resultados del índice de riesgo, los distritos o establecimientos de salud, se clasificarán en:

- Alto riesgo: Igual o mayor a 0.80
- Mediano riesgo: de 0.50 a 0.79
- Bajo riesgo: Igual o menor a 0.49

d) Se agruparán los distritos y establecimientos de salud en orden descendente (de mayor a menor) de acuerdo a los índices de riesgo obtenidos.

e) Se graficarán en un mapa los resultados obtenidos, marcando las área de color rojo cuando el valor es de alto riesgo, amarillo de mediano riesgo y verde de bajo riesgo.

f) Las acciones mínimas que deben ser tomadas en cuenta de acuerdo a los Índices de riesgo (IR) obtenidos para los distritos y/o establecimientos, están referidas principalmente a vacunación, búsqueda activa y monitoreo de coberturas.

6.3. Seguimiento del caso:

Todos los casos de parálisis flácida aguda (PFA) notificados o identificados en la búsqueda activa deben ser sujetos de seguimiento para identificar la parálisis residual y es de responsabilidad del personal a cargo de epidemiología del establecimiento de salud garantizar el cumplimiento de las evaluaciones

DIRECTIVA SANITARIA N°059 -Minsa/DGE-V-01
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE POLIOMIELITIS/PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

- a) Las evaluaciones médicas de seguimiento de la parálisis residual se realizarán a los 30 y 60 días de iniciado el cuadro clínico. En caso que el paciente no acuda a la evaluación se realizará la visita domiciliaria para brindar la cita correspondiente.
- b) Los resultados serán consignados en la ficha de investigación clínica epidemiológica y de laboratorio del Anexo N° 1 de la presente directiva sanitaria.

6.4. Documentación de la investigación

Los encargados de epidemiología de las DISA/DIRESA/GERESA o la que haga sus veces, son los encargados de la remisión de la documentación a la Dirección General de Epidemiología. La consolidación de la información obtenida a través del desarrollo de las actividades realizadas durante la investigación epidemiológica de casos de parálisis flácida aguda deberá remitirse a través de 3 informes:

- a) Informe Inicial: Se registrará información de las actividades iniciales realizadas en la investigación y el grado de avance de la investigación. Se deberá adjuntar copia de la ficha (Anexo N°1) con los datos actualizados. Se remitirá a las 72 horas de haber iniciado la investigación, El informe se elaborará en función al formato que figura en el Anexo N° 13 de la presente directiva sanitaria y tomando en consideración la recomendación N° 5 de dicho anexo.
- b) Informe de Seguimiento: registrará información de las actividades realizadas en la investigación y el grado de avance de la investigación a la semana de notificación del caso. Se deberá adjuntar copia de la ficha (Anexo N°1) con los datos actualizados. Se remitirá a los 10 días de haber iniciado la investigación. El informe se elaborará en función al formato que figura en el Anexo N° 13 de la presente directiva sanitaria y tomando en consideración la recomendación N°5 de dicho anexo.
- c) Informe Final: consignará el resumen de las labores de investigación realizadas como parte de la vigilancia del caso de parálisis flácida aguda. Se remitirá a los 63 días de haber notificado el caso, El informe se elaborará en función al formato que figura en el Anexo N° 13 de la presente directiva sanitaria y tomando en consideración la recomendación N° 5 de dicho anexo.

6.5. Clasificación final del caso:

- a) Se realizará por la Dirección General de Epidemiología (DGE) hasta los 70 días de notificado el caso, siguiendo el flujo establecido en el Anexo N° 9 de la presente directiva sanitaria. La DGE clasificará los casos que no tengan secuelas a los 60 días y cuya investigación en los componentes clínico, epidemiológico y de laboratorio permitan descartar el caso. Los casos con secuelas a los 60 días o con información incompleta serán evaluado por el comité nacional revisor de PFA
- b) La Comisión Nacional Revisora de Casos de Parálisis Flácida Aguda clasificará los casos de Parálisis flácida Aguda que no tengan muestras de heces adecuadas y que posean o no secuela a los 60 días de seguimiento, así como los que tengan aislamiento de poliovirus derivado de vacuna o virus de la vacuna VOP y otras situaciones especiales que requieran evaluación de expertos. La conclusión del comité estará en relación a las definiciones comprendidas del numeral 5.1.7 al 5.1.12 de la presente directiva sanitaria.

6.6. Expediente del caso:

Todo caso de parálisis flácida aguda (PFA) deberá contar con un expediente producto de la investigación epidemiológica que será resguardado en la DISA/DIRESA/GERESA, el encargado de epidemiología de la DISA/DIRESA/GERESA es el responsable de remitir la información necesaria a la

Dirección General de Epidemiología para la conformación del expediente, el cual estará conformado por:

- a) Copia de la ficha de investigación.
- b) Copia de la historia clínica fechada.
- c) Copia del carné de vacunación.
- d) Copia del informe final.
- e) Copia del informe de necropsia (en caso que el paciente fallezca).

Una copia del expediente de la investigación debe ser resguardada en archivo físico en la DISA/DIRESA/GERESA y en la Dirección General de Epidemiología (DGE)

6.7. Indicadores de vigilancia y laboratorio

6.7.1. Para el monitoreo del cumplimiento de esta vigilancia se utilizarán los siguientes indicadores:

INDICADOR	OPERACIONALIZACIÓN	ESTÁNDAR
Tasa de notificación	Nº de casos de PFA en < 15 años/ población total < 15 años x 100 000	≥1 por cada 100 000 menores de 15 años
Porcentaje de notificación semanal	Nº de unidades notificantes que notifican semanalmente / Total de unidades notificantes x 100	≥80%, aunque no se haya producido ningún caso
Porcentaje de casos de PFA con investigación dentro de las 48 horas de notificados	Nº de casos de PFA investigados (casos de PFA que fueron notificados , estudiados, visitados y se despliega todo el proceso de trabajo epidemiológico en campo) dentro de las 48 horas de ser notificados/ Total de casos notificados x 100	100%
Porcentaje de casos de PFA que cuentan con muestra adecuada	Nº de casos de PFA que cuentan con muestra adecuada / Total de casos notificados x 100	≥80%
Porcentaje de muestras enviadas oportunamente al INS	Nº de casos de PFA con muestras enviadas al INS en ≤5 días de ser obtenidas/ Total de casos con muestras x 100	100%
Porcentaje de Notificación Semanal	Nº de unidades que notificaron oportunamente en la semana/Total de unidades notificantes x 100	≥80%
Porcentajes de casos investigados dentro de las 48 horas	Nº de casos investigados dentro de las 48 horas / Total de casos notificados x 100	≥80%
Porcentaje de muestras con tiempo adecuado de recolección	Nº de muestras recolectadas dentro de los 14 días de iniciado la parálisis/Total de casos con muestra x 100	≥80%
Porcentaje de muestras enviadas el INS	Nº de muestras enviadas al INS dentro de los 5 días de su recolección/ Total de casos con muestra x 100	≥80%

DIRECTIVA SANITARIA N° 059 -Minsa/DGE-V-01
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE POLIOMIELITIS/PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

Porcentaje de casos clasificados por laboratorio (la clasificación se hace en base a los resultados recibidos del laboratorio internacional de referencia)	N° de casos con resultados de laboratorio / Total de casos con muestras x 100	100%
Porcentaje de aislamiento de enterovirus no polio	N° de casos con resultados de enterovirus no polio / Total de casos con resultados de laboratorio x 100	≥10%
Porcentaje de resultados de laboratorio emitidos dentro de los 45 días de recepción de la muestra por el INS.	N° total de muestras con resultado dentro de los 45 días / N° total de muestras con resultado x 100	≥80%
Porcentaje de casos con seguimiento a los 60 días	N° de casos con seguimiento a los 60 días / Total de casos notificados x 100	100%
Porcentaje de casos de PFA en los que se realizaron vacunación de bloqueo dentro de las 48 horas de notificación un caso de PFA	N° de casos de PFA en los que se realizaron actividades de bloqueo con vacunación dentro de las 48 horas de notificación / Total de casos notificados x 100	≥90%
Porcentaje de casos de PFA en los que se realizaron MRV dentro de las 48 horas de notificado un caso de PFA	N° de casos de PFA en los que se realizaron MRV dentro de las 48 horas de notificación / Total de casos notificados x 100	≥90%
Porcentaje de casos de PFA en los que se realizaron BAC dentro de las 48 horas de notificado un caso de PFA.	N° de casos de PFA en los que se realizaron BAC dentro de las 48 horas de notificación / Total de casos notificados x 100	≥90%

6.8. Actividades complementarias de la vigilancia epidemiológica de parálisis flácida aguda

6.8.1. Corresponde al responsable de vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces en los establecimientos de salud realizar la búsqueda activa institucional de casos de parálisis flácida aguda de forma mensual y enviar el consolidado de la búsqueda a los encargados de vigilancia epidemiológica de las respectivas DISA/ DIRESA/GERESA para su consolidación y envío a la Dirección General de Epidemiología (DGE) los días 15 de cada mes.

6.9. Registro, flujo y periodicidad de la información (ISIS/NOTISP/NetLab)

6.9.1. Los responsables de epidemiología de los establecimientos de salud remitirán la información de los casos de parálisis flácida aguda (PFA), en el Registro Semanal de Notificación Epidemiológica Individual (Directiva Sanitaria N° 046-Minsa/DGE-V.01) cada semana según el flujo establecido, previo control de calidad, a la Microrred /Red o DISA/DIRESA/GERESA o la que haga sus veces,; en el caso de ausencia de casos colocará "No hubo casos". Estas a su vez realizarán el ingreso de información al sistema de notificación nacional (NOTI-SP)

6.9.2. La DGE consolidará e ingresará las fichas de investigación clínica epidemiológica y de laboratorio de PFA al software ISIS.

6.9.3. El original de la ficha de investigación clínica epidemiológica y de laboratorio, previo control de calidad, será enviado a la Oficina de Epidemiología del nivel inmediato

superior hasta llegar a las DISA/DIRESA/GERESA o la que haga sus veces,; los cuales a su vez remitirán a la Dirección General de Epidemiología.

- 6.9.4. El control de calidad de los datos ingresados en la base de datos del Sistema Informático Integrado para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación (ISIS) es realizado por la Dirección General de Epidemiología (DGE).
- 6.9.5. El ingreso de la actualización de datos, resultados de laboratorio y clasificación de los casos deben ser realizados por la Dirección General de Epidemiología (DGE) en coordinación con el Instituto Nacional de Salud (INS).
- 6.9.6. La Dirección General de Epidemiología (DGE) y el Instituto Nacional de Salud (INS) deben garantizar el control de calidad periódica de la base de datos y retroalimentar a los niveles regionales.

7. RESPONSABILIDADES

7.1. A Nivel Nacional:

- a) El MINSA, a través de la Dirección General de Epidemiología (DGE) es el responsable de difundir la presente Directiva Sanitaria hasta el nivel regional, brindar y realizar la asistencia técnica, así como supervisar la aplicación de lo establecido en la presente Directiva Sanitaria.
- b) El Instituto Nacional de Salud (INS) es responsable de capacitar al personal de salud hasta el ámbito de Laboratorios Referenciales (DISA/DIRESA/GERESA o la que haga sus veces,) para la correcta aplicación de la presente Directiva Sanitaria. El Instituto Nacional de Salud es responsable de coordinar con el Laboratorio de Referencia Internacional el procesamiento de las muestras y transferencia tecnológica. El Instituto Nacional de Salud es el responsable de brindar la información requerida de forma oportuna para el cálculo de los indicadores de vigilancia de parálisis flácida aguda

7.2. A Nivel Regional:

- a) Las DISA/DIRESA/GERESA o la que haga sus veces, a través de las Oficinas de Epidemiología son responsables de difundir la presente Directiva Sanitaria a nivel de redes, microrredes y establecimientos de salud, de capacitar al personal de salud de su ámbito para la correcta aplicación de la presente Directiva Sanitaria y de supervisar la implementación y ejecución regional de la presente Directiva Sanitaria en el ámbito de su competencia.
- b) Los Laboratorios Referenciales de las DISA/DIRESA/GERESA o la que haga sus veces son responsables de capacitar al personal de salud de su ámbito para la correcta aplicación de la presente Directiva Sanitaria, remitir oportunamente las muestras al INS, y de supervisar, la implementación y ejecución regional de la presente Directiva Sanitaria en el ámbito de su competencia.

7.3. A Nivel Local:

Las redes, microrredes y establecimientos de salud son responsables de aplicar y cumplir lo dispuesto en la presente directiva sanitaria, así como de realizar las gestiones correspondientes para la movilización del personal para el desarrollo de las actividades de investigación.

8. ANEXOS


- Anexo N°1. Ficha de investigación clínica epidemiológica y de laboratorio.
- Anexo N° 2. Tabla para censar a los contactos durante la investigación de casos de PFA
- Anexo N° 3. Tabla de diagnósticos diferenciales y códigos CIE10 de poliomielititis

DIRECTIVA SANITARIA N° 059 -Minsa/DGE-V-01
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE POLIOMIELITIS/PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

- Anexo N° 4. Tabla de registro de casos identificados por búsqueda activa institucional
- Anexo N° 5. Consolidado de búsqueda activa institucional de parálisis flácida aguda (PFA)
- Anexo N° 6. Consolidado de búsqueda activa comunitaria de casos de parálisis flácida aguda (PFA)
- Anexo N° 7. Consolidado del monitoreo rápido epidemiológico de vacunación.
- Anexo N° 8. Censo de casos de parálisis flácida aguda captada en la B.A.C.
- Anexo N° 9. Flujo de clasificación de casos de PFA
- Anexo N° 10. Cálculo de susceptibles e índice de riesgo para OPV.
- Anexo N° 11. Tabla de Indicadores de vigilancia en salud pública de parálisis flácida aguda (PFA).
- Anexo N° 12. Gráfico del área a tomar en consideración para las actividades de búsqueda activa comunitaria, bloqueo con vacunación y monitoreo rápido epidemiológico de vacunación.
- Anexo N° 13. Modelos de informes de investigación de los casos de PFA.



Anexo N° 1: Ficha de investigación clínica epidemiológica y de laboratorio

 PERU Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología		FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA Y DE LABORATORIO VIGILANCIA DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA (PFA)																																																																																																																																				
Nro. ficha local	Fecha de conocimiento local	Fecha de investigación	Fecha notificación EE SS a Red/Microrred	Fecha notificación Red/Microrred a DISA	Fecha de notificación de DISA a DGE																																																																																																																																	
1. REGISTRO DE LA PROCEDENCIA: N°. de orden nacional: _____ Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____		2. DATOS PERSONALES Apellidos y nombres del paciente: _____ Fecha nacimiento _____ Edad: _____ Sexo M () F () Número de DNI _____ Padre _____ Madre _____ Residencia permanente _____ Teléfono: _____ Referencia para localización: _____ Residencia provisional _____ Teléfono: _____																																																																																																																																				
3. CONOCIMIENTO DEL CASO <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> B. Activa Instit. <input type="checkbox"/> B. Activa Comunitaria <input type="checkbox"/> Inv. contactos <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Casos reportados en la comunidad		PRIMER NOTIFICANTE (persona que vio el caso por primera vez): Nombre del primer notificante: _____ Institución/ Establecimiento de Salud _____ Dirección _____ Teléfono _____																																																																																																																																				
4. CUADRO CLÍNICO																																																																																																																																						
Fecha inicio síntomas generales (pródromos): ____/____/____ <table border="0" style="width:100%;"> <tr><td align="center" colspan="2">SI</td><td align="center" colspan="2">No</td><td align="center" colspan="2">Ignorado</td></tr> <tr><td>Fiebre</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Respiratorios:</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Tos</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Gastrointestinales:</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Estreñimiento</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Vómitos</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Diarrea</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Otros:</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dolor muscular</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Cefalea</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Mening.</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> </table>	SI		No		Ignorado		Fiebre	()	()	()	()	()	Respiratorios:						Tos	()	()	()	()	()	Gastrointestinales:						Estreñimiento	()	()	()	()	()	Vómitos	()	()	()	()	()	Diarrea	()	()	()	()	()	Otros:						Dolor muscular	()	()	()	()	()	Cefalea	()	()	()	()	()	Mening.	()	()	()	()	()	Semana epidemiológica N° _____ Fecha inicio de la fiebre: ____/____/____ Fecha de inicio de la deficiencia motora: ____/____/____ N° días en que se instaló la parálisis: _____ Progresión de parálisis: Ascendente () Descendente () Mixta () <table border="0" style="width:100%;"> <tr><td align="center" colspan="2">SI</td><td align="center" colspan="2">No</td><td align="center" colspan="2">Ignorado</td></tr> <tr><td>Paresia</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Parálisis</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Pares craneal.</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Flacidez</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Súbita</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Asimetría</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Sensibilidad</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Parestesia</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Babinski</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> </table>	SI		No		Ignorado		Paresia	()	()	()	()	()	Parálisis	()	()	()	()	()	Pares craneal.	()	()	()	()	()	Flacidez	()	()	()	()	()	Súbita	()	()	()	()	()	Asimetría	()	()	()	()	()	Sensibilidad	()	()	()	()	()	Parestesia	()	()	()	()	()	Babinski	()	()	()	()	()	Fecha de examen físico: ____/____/____ Realizado por: _____ Diagnóstico inicial 1. _____ 2. _____
SI		No		Ignorado																																																																																																																																		
Fiebre	()	()	()	()	()																																																																																																																																	
Respiratorios:																																																																																																																																						
Tos	()	()	()	()	()																																																																																																																																	
Gastrointestinales:																																																																																																																																						
Estreñimiento	()	()	()	()	()																																																																																																																																	
Vómitos	()	()	()	()	()																																																																																																																																	
Diarrea	()	()	()	()	()																																																																																																																																	
Otros:																																																																																																																																						
Dolor muscular	()	()	()	()	()																																																																																																																																	
Cefalea	()	()	()	()	()																																																																																																																																	
Mening.	()	()	()	()	()																																																																																																																																	
SI		No		Ignorado																																																																																																																																		
Paresia	()	()	()	()	()																																																																																																																																	
Parálisis	()	()	()	()	()																																																																																																																																	
Pares craneal.	()	()	()	()	()																																																																																																																																	
Flacidez	()	()	()	()	()																																																																																																																																	
Súbita	()	()	()	()	()																																																																																																																																	
Asimetría	()	()	()	()	()																																																																																																																																	
Sensibilidad	()	()	()	()	()																																																																																																																																	
Parestesia	()	()	()	()	()																																																																																																																																	
Babinski	()	()	()	()	()																																																																																																																																	
Breve descripción de: sensorio, marcha, parálisis.		Localización parálisis: <table border="0" style="width:100%;"> <tr><td></td><td align="center">SI</td><td align="center">NO</td><td align="center">IGN</td><td align="center">Prox</td><td align="center">Dist.</td></tr> <tr><td>MSI</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>MSD</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>MII</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>MID</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> </table>			SI	NO	IGN	Prox	Dist.	MSI	()	()	()	()	()	MSD	()	()	()	()	()	MII	()	()	()	()	()	MID	()	()	()	()	()	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:40%;">Fuerza muscular</th> <th style="width:10%;">DIM</th> <th style="width:10%;">AUS</th> <th style="width:10%;">NORM</th> <th style="width:10%;">IGN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Miembro superior izquierdo</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Miembro superior derecho</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Miembro inferior izquierdo</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Miembro inferior derecho</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> </tbody> </table>				Fuerza muscular	DIM	AUS	NORM	IGN	Miembro superior izquierdo	()	()	()	()	Miembro superior derecho	()	()	()	()	Miembro inferior izquierdo	()	()	()	()	Miembro inferior derecho	()	()	()	()																																																																								
			SI	NO	IGN	Prox	Dist.																																																																																																																															
MSI	()	()	()	()	()																																																																																																																																	
MSD	()	()	()	()	()																																																																																																																																	
MII	()	()	()	()	()																																																																																																																																	
MID	()	()	()	()	()																																																																																																																																	
Fuerza muscular	DIM	AUS	NORM	IGN																																																																																																																																		
Miembro superior izquierdo	()	()	()	()																																																																																																																																		
Miembro superior derecho	()	()	()	()																																																																																																																																		
Miembro inferior izquierdo	()	()	()	()																																																																																																																																		
Miembro inferior derecho	()	()	()	()																																																																																																																																		
<table border="0" style="width:100%;"> <tr><td align="center" colspan="2">SI</td><td align="center" colspan="2">NO</td></tr> <tr><td>Múscul. respiratorios</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Múscul. cervicales</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> </table>		SI		NO		Múscul. respiratorios	()	()	()	Múscul. cervicales	()	()	()	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:40%;">Tono muscular</th> <th style="width:10%;">DIM</th> <th style="width:10%;">AUS</th> <th style="width:10%;">NORM</th> <th style="width:10%;">IGN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Miembro superior izquierdo</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Miembro superior derecho</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Miembro inferior izquierdo</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Miembro inferior derecho</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Músculos cervicales</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> </tbody> </table>				Tono muscular	DIM	AUS	NORM	IGN	Miembro superior izquierdo	()	()	()	()	Miembro superior derecho	()	()	()	()	Miembro inferior izquierdo	()	()	()	()	Miembro inferior derecho	()	()	()	()	Músculos cervicales	()	()	()	()																																																																																							
SI		NO																																																																																																																																				
Múscul. respiratorios	()	()	()																																																																																																																																			
Múscul. cervicales	()	()	()																																																																																																																																			
Tono muscular	DIM	AUS	NORM	IGN																																																																																																																																		
Miembro superior izquierdo	()	()	()	()																																																																																																																																		
Miembro superior derecho	()	()	()	()																																																																																																																																		
Miembro inferior izquierdo	()	()	()	()																																																																																																																																		
Miembro inferior derecho	()	()	()	()																																																																																																																																		
Músculos cervicales	()	()	()	()																																																																																																																																		
		Cara lado Der () Izq ()		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:40%;">Reflejos</th> <th style="width:10%;">DIM</th> <th style="width:10%;">AUS</th> <th style="width:10%;">NORM</th> <th style="width:10%;">IGN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Miembro superior izquierdo</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Miembro superior derecho</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Miembro inferior izquierdo</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Miembro inferior derecho</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> </tbody> </table>		Reflejos	DIM	AUS	NORM	IGN	Miembro superior izquierdo	()	()	()	()	Miembro superior derecho	()	()	()	()	Miembro inferior izquierdo	()	()	()	()	Miembro inferior derecho	()	()	()	()																																																																																																								
Reflejos	DIM	AUS	NORM	IGN																																																																																																																																		
Miembro superior izquierdo	()	()	()	()																																																																																																																																		
Miembro superior derecho	()	()	()	()																																																																																																																																		
Miembro inferior izquierdo	()	()	()	()																																																																																																																																		
Miembro inferior derecho	()	()	()	()																																																																																																																																		
				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:40%;">Signos irritación meníngea</th> <th style="width:10%;">AUS</th> <th style="width:10%;">PRES</th> <th style="width:10%;">IGN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Rigidez de nuca</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Kerning</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Brudzinski</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Lasegue</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> </tbody> </table>		Signos irritación meníngea	AUS	PRES	IGN	Rigidez de nuca	()	()	()	Kerning	()	()	()	Brudzinski	()	()	()	Lasegue	()	()	()																																																																																																													
Signos irritación meníngea	AUS	PRES	IGN																																																																																																																																			
Rigidez de nuca	()	()	()																																																																																																																																			
Kerning	()	()	()																																																																																																																																			
Brudzinski	()	()	()																																																																																																																																			
Lasegue	()	()	()																																																																																																																																			



DIRECTIVA SANITARIA N° 059 -MINS/DGE-V-01
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE POLIOMIELITIS/PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

5. HOSPITALIZACIÓN: SI _____ NO _____ Fecha de internamiento ____/____/____ Hospital: _____ Servicio: _____ N° Historia clínica: _____ N° Cama _____ Ciudad: _____ Fecha de alta: ____/____/____							
6. FALLECIDO: Si () No () Fecha ____/____/____ Causa _____ Informe de necropsia _____							
7. ANTECEDENTES DE VACUNA ANTIPOLIO Vacunado SI () NO () IGN () N° dosis recibidas () Verificada con carné SI () NO () Fecha última dosis recibida _____ Establecimiento donde fue vacunado _____ Dirección _____ Ciudad _____							
8. DATOS DE LABORATORIO:							
Muestra	Fecha obtención	Fecha de envío a INS	Fecha resultado Fio Cruz	Agente aislado	Observaciones		
Heces 1	/ /	/ /	/ /				
Heces 2	/ /	/ /	/ /				
9. FUENTE PROBABLE DE INFECCIÓN: (a) Viajes realizados en los 30 días antes del inicio de la deficiencia motora [Si] A donde _____ [No] (b) Visitas recibidas en los 30 días antes del inicio de la deficiencia motora [Si] De donde _____ [No] (c) Existen otros casos semejantes en el área [Si] [No] [No sabe]							
10. CADENA DE TRANSMISIÓN: Objetivo: Instrucciones: Identificar el caso primario, luego: a) Tomar como referencia la fecha de inicio de parálisis del caso. b) Identificar los contactos individuales o de grupo que tuvo el caso 1 semana antes y 2 semanas después del inicio de la parálisis. c) Enumerar en orden cronológico en la siguiente tabla. d) Programar el seguimiento de los contactos asintomáticos hasta por 60 días a partir de su captación, para los que inician parálisis se apertura nuevas ficha.							
Apellidos y nombres		Edad	N° dosis recibida	Fecha última dosis	OBSERVACIONES		
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
11. ACCIONES DE CONTROL (Iniciar de inmediato cuando se presente UN caso de PFA)							
Bloqueo Localidad (es) : _____ Fecha inicio: _____ Población Menor de 5 años encontrada: _____				Búsqueda activa (otros casos similares en el área o localidades vecinas) N° casos hallados _____ Ingresan al sistema _____ Se descartan _____ (no cumplen criterio) _____ Fecha inicio: _____			
Menor de 1 año	1 – 4 años	5 – 14 años	TOTAL VAC	Casas abiertas (casa donde había alguien en casa)	Casas cerradas (sus residentes han salido)	Casas Abandonadas	TOTAL CASAS
12. SEGUIMIENTO DE SECUELAS:				30 días		60 días	
Fecha programada				/ /		/ /	
Fecha que se realizó				/ /		/ /	
EVALUACIÓN DEL TROFISMO				EVALUACION DE REFLEJOS			
Segmento corporal		30 días	60 días	Segmento corporal		30 días	60 días
Fuerza muscular	Miembro superior derecho			Miembro superior derecho			
	Miembro superior izquierdo			Miembro superior izquierdo			



DIRECTIVA SANITARIA N°059 -Minsa/DGE-V-01
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE POLIOMIELITIS/PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

	Miembro inferior derecho			Miembro inferior derecho		
	Miembro inferior izquierdo			Miembro inferior izquierdo		
	Cara			Babinski		
Tono muscular	Miembro superior derecho			Músculos respiratorios		
	Miembro superior izquierdo			Comentarios:		
	Miembro inferior derecho					
	Miembro inferior izquierdo					
	Cara					
Atrofia	Miembro superior derecho					
	Miembro superior izquierdo					
	Miembro inferior derecho					
	Miembro inferior izquierdo					
	Cervicales					
Sensibilidad						

13. EVALUACIÓN FINAL DE SECUELAS: Fecha: ___/___/___

TIPO DE SECUELA: Ausente () LOCALIZACIÓN: MSI () Cara ()
Mínima () MSD () Músculos cervicales ()
Media () MII () Músculos respiratorios ()
Grave () MID ()

14. ELECTROMIOGRAFÍA: Realizado por: _____ en _____ Fecha: ___/___/___

Conclusión:

15. CLASIFICACIÓN FINAL Polio salvaje () Polio derivado de la vacuna () Polio asociado a la vacuna () Polio compatible ()

Descartado ()

Especificar _____ Fecha de clasificación ___/___/___

16. CRITERIOS PARA CLASIFICACIÓN: Laboratorio () Defunción () Con parálisis residual () Sin parálisis residual ()

Descartado ()

17. DIAGNÓSTICO FINAL EN CASOS DESCARTADOS: SGB () Neuritis traumática () Mielitis transversa () Tumor ()

Desconocido () otro: especificar

OTRO :Especificar _____

18. INVESTIGADOR:

Nombre: _____ Cargo: _____

Fecha: ___/___/___ Firma: _____

19. OBSERVACIONES



Anexo N° 3:
Tabla de diagnósticos diferenciales y códigos CIE10 de poliomielitis

CIE10	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
A 80	Poliomielitis aguda
G 37.3	Mielitis transversa
G 61.9	Polineuropatía inflamatoria, no especificada
G 62.9	Polineuropatía no especificada
G 64	Otros trastornos del Sistema nervioso periférico
G 81.0	Síndrome de Guillain Barré
G 82.0	Paraplejía flácida
G 82.2	Paraplejía no especificada
G 82.3	Cuadriplejía flácida
G 83	Otros Síndromes paralíticos
G 90.0	Neuropatía Autónoma Periférica Idiopática
R26.8	Dificultad para caminar, no clasificada en otra parte

DIRECTIVA SANITARIA Nº 059 -MINSADGE-V-01
 DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE POLIOMIELITIS/PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

Anexo Nº 6:



RESPONSABLE: DISA/DIRESA/GERESA: RED: **Consolidado de búsqueda activa comunitaria de casos de parálisis flácida aguda (PFA)** EE.SS.

MICRO RED:

FECHA:

N°	ZONA/LUGAR	TOTAL DE CASAS										TOTAL		
		ABIERTAS		CERRADAS		ABANDONADAS		RECHAZADAS						
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%			
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
	TOTAL													



DIRECTIVA SANITARIA N°055 -MINSADGE-V-01
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE POLIOMIELITIS/ PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

Anexo N° 7:

Consolidado de monitoreo rápido epidemiológico de vacunación

TOTAL DE CASAS VISITADAS

DEPARTAMENTO: _____
 DISA/DIRESA/GERESA: _____

PROVINCIA: _____
 Red/Microred: _____
 Responsable de Monitoreo: _____

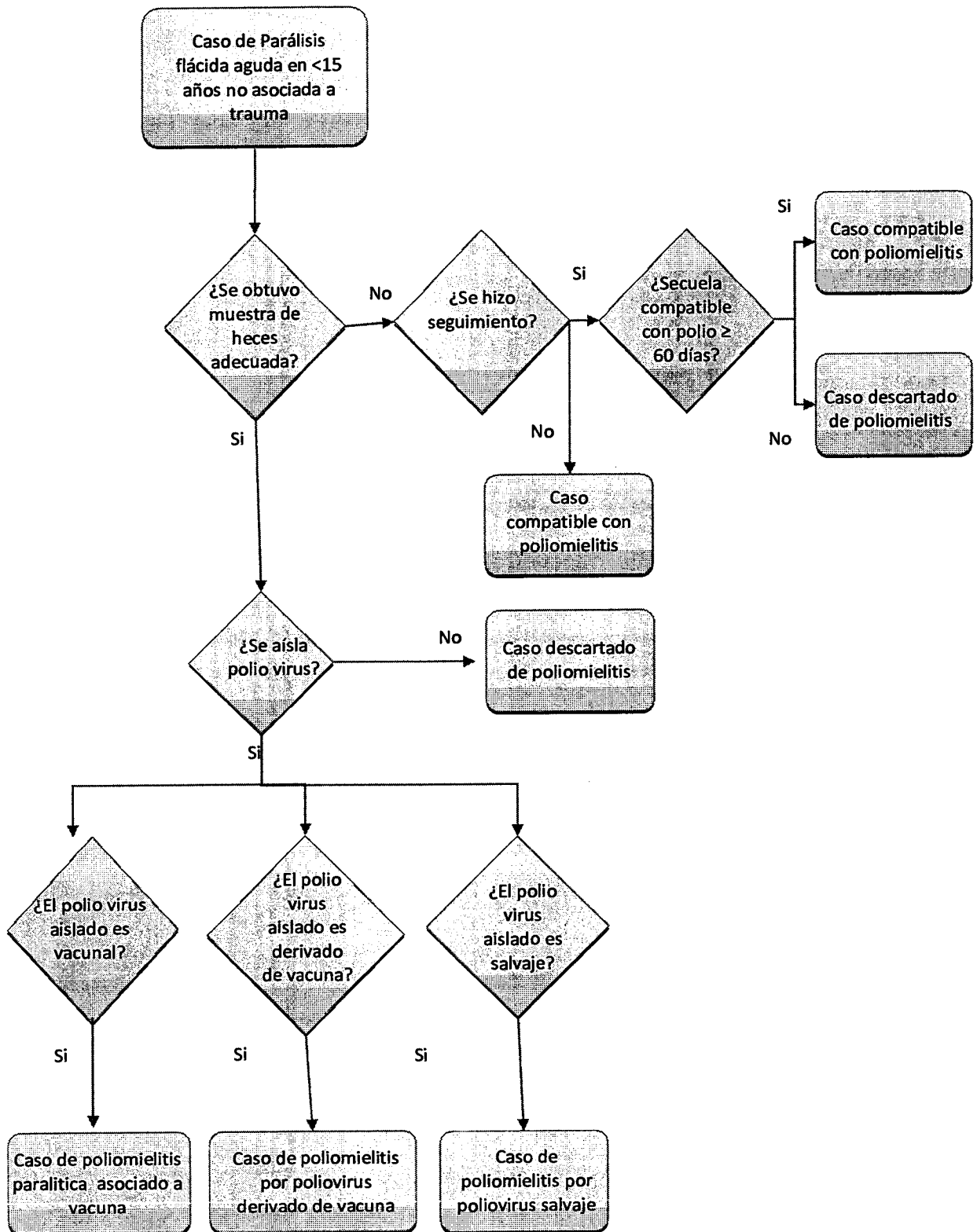
DISTRITO: _____
 Establecimiento de Salud: _____
 Fecha de monitoreo: _____

Hogar N°	N° de Niños de 2m - 11m 29 días que:		N° de niños de 1a - 11m 29 días que:		N° de niños de 2a - 11m 29 días que:		N° de niños de 3a - 11m 29 días que:		N° de niños de 4a - 11m 29 días que:		Total de niños de 2m - 4a 11m 29 días que:		Motivo por el cual la madre y el padre indican que no se vacunó el o los niños: (1) los vacunadores no vinieron; (2) los vacunadores vinieron cuando no estaba y no volvieron; (3) padres rehúsan la vacunación por estar enfermo el niño; (4) padres rehúsan la vacunación por indicación de su pediatra; (5) padres estuvieron de viaje; (6) vacunadores rehúsan la vacuna; (7) Rehúsan la vacuna por otras razones
	Viven en casa	Se vacuna**	Viven en casa	Se vacuna**	Viven en casa	Se vacuna**	Viven en casa	Se vacuna**	Viven en casa	Se vacuna**	Viven en casa	Se vacuna**	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
TOTAL													

* Niños que a la fecha de la entrevista han recibido la dosis oportuna de vacuna anti polio según edad.
 ** Niños que no ha recibido la vacuna antipolio oportunamente y se vacuna durante el monitoreo rápido Epidemiológico de vacunación.



Anexo N° 9: Flujo de clasificación de casos de PFA



**Anexo N° 10:
 Cálculo de susceptibles e índice de riesgo para OPV.**

PROVINCIAS/DISTRITOS	Población < 1 año										Vacunados (OPV 3)				TOTAL DE NIÑOS			ÍNDICE DE RIESGO (P)	
	2008 (A)		2009 (B)		2010 (C)		2011 (D)		2012 (E)		TOTAL (F)		2010 (G)		2011 (H)		2012 (I)		
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)	(j)	(k)	(l)	(m)	(n)	(o)	(p)	(q)		(r)
Provincia	9,073	8,215	9,674	8,040	7,987	42,989	8,772	6,599	7,239	6,285	8,350	37,245	5,744	1,862	7,606				
Distrito 1	6,011	4,876	6,397	3,299	3,277	23,860	5,934	4,297	4,767	3,216	4,797	23,011	849	1,151	1,989				
Distrito 2	513	319	548	310	308	1,998	400	340	344	321	380	1,785	213	89	302				
Distrito 3	349	470	376	276	274	1,745	426	325	294	418	355	1,818	-73	91	18				
Fórmulas	Suma (A+B+C+D+E)										Suma (G+H+I)		No vacunados (M+N)		Susceptibles (O)		M+N		O/E

Leyenda de las fórmulas:

- (F) Suma de la población < de 1 año de los últimos 5 años
- (L) Suma de los niños < 1 año vacunados con OPV 3 en los últimos 5 años
- (M) Diferencia entre el total de la población < 1 año en los últimos 5 años y el número de vacunados
- (N) El 5% del total de niños menores de 1 año vacunados con OPV 3
- (O) Suma de los No vacunados con los No inmunizados
- (P) La proporción entre los susceptibles y la población menor de 1 año del último año

Leyenda de Estratificación del IR:

- Rojo IR > 1
- Amarillo IR 0.8 a 0.99
- Verde IR 0 a 0.79
- Blanco IR < 0

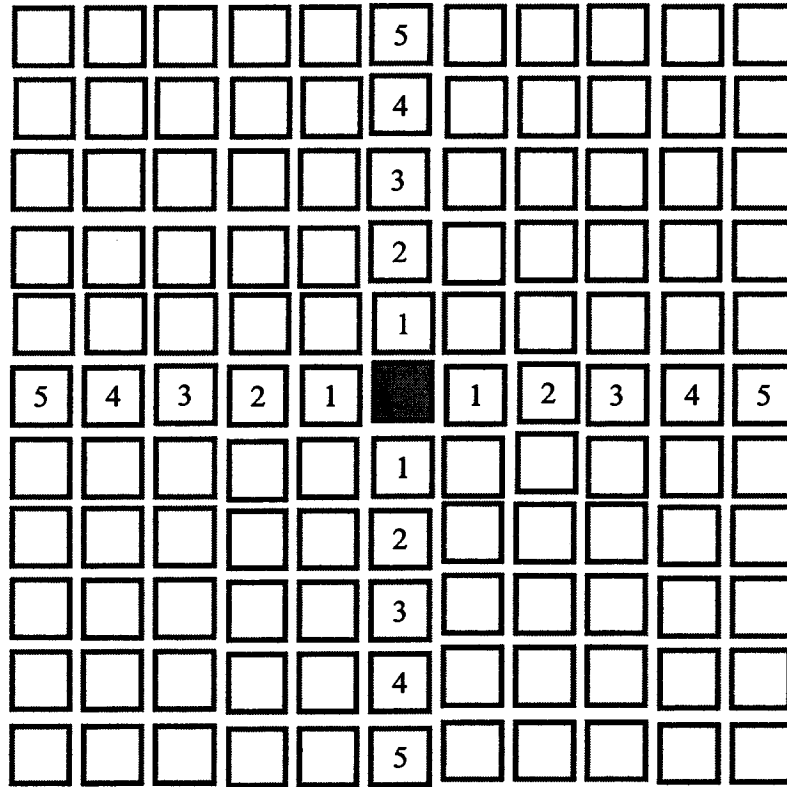


M. YAGUI M.

Anexo N° 12:

Gráfico del área a tomar en consideración para las actividades de búsqueda activa comunitaria, bloqueo con vacunación y monitoreo rápido epidemiológico de vacunación.

(Cada cuadrado representa a una manzana de casas)



Anexo N° 13: Modelos de informes de investigación de los casos de PFA

INVESTIGACIÓN DE CASO DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA
EN LOCALIDAD DE, DISTRITO DE, PROVINCIA DE
REGIÓN - S.E. AÑO
)

INFORME: INICIAL () SEGUIMIENTO () FINAL ()
INICIALES DEL CASO:.....
FECHA DE NACIMIENTO:.....
FECHA DEL INFORME:/...../..... (SE:)
FECHA DE CONOCIMIENTO DEL CASO:/...../..... (SE:)
FECHA DE INICIO DE LA PARÁLISIS:/...../..... (SE:)
FECHA DE OBTENCIÓN DE LA MUESTRA:/...../..... (SE:)
FECHA DE NOTIFICACIÓN A RED:/...../..... (SE:)
FECHA DE NOTIFICACIÓN A DISA:/...../..... (SE:)
FECHA DE NOTIFICACIÓN A DGE:/...../..... (SE:)
FECHA DE INICIO DE INVESTIGACIÓN¹:/...../..... (SE:)

I. ANTECEDENTES E INFORMACIÓN GENERAL:

Breve descripción del estado de la vigilancia de parálisis flácida aguda de la zona implicada, resaltando el estado de los indicadores del mismo del último año.

II. INVESTIGACIÓN DEL CASO:

1. **Antecedentes del caso:** Consignar servicio de salud que detectó, fecha de detección, principales signos y síntomas, edad al momento de notificación.
2. **Antecedentes de vacunación:** Consignar vacunas antipoliomielíticas del caso, especificando número de dosis y fechas
3. **Antecedentes patológicos** (si los hubiera)
4. **Descripción del cuadro clínico:** Consignar la descripción cronológica breve del cuadro clínico en tiempo, espacio y persona, incluyendo los hallazgos de las actividades de seguimiento del caso ya sea como parte de las visitas domiciliarias o informes médicos.
5. **Descripción de las actividades de investigación clínica:** Consignar la descripción cronológica de las actividades realizadas como parte de la investigación clínica del caso en tiempo, espacio y persona, así como los exámenes auxiliares realizados como: electromiografía, resonancia magnética, proteinograma electroforético, etc.; aquí también debe incluirse las actividades de seguimiento del caso a los 30 y 60 días como las visitas domiciliarias.
6. **Descripción de la cadena de transmisión:** Consignar de forma breve el número de contactos, el estado de vacunación, así como la presencia de parálisis (al seguimiento). Adjuntar anexo 2 de la directiva y complementar datos faltantes en esta sección.

Recomendación 1:

Debe tenerse en cuenta que:

- El tiempo, espacio y persona deben describirse en forma integrada, cruzando de manera pertinente las diferentes variables.
- Si se sospecha la presencia de un caso de poliomiélitis relacionado con la vacuna, indagar el lugar donde fue aplicada la vacuna, de tal forma que sea posible identificar los lotes implicados
- En caso que fallezca, se adjuntará el protocolo de necropsia del caso, así como las muestras tomadas y la fecha de obtención de las mismas.
- Adjuntar copia de los informes médicos de los establecimientos de salud o de los médicos que evaluaron el caso (como anexo en los informes de seguimiento y final)

¹ La investigación comprende la investigación clínica del caso y la investigación en el campo realizada por el establecimiento de salud de procedencia del caso; aquí se consignará la fecha en la que se inició la investigación en el campo para los establecimientos de salud /redes /microrredes /DISA /DIRESA /GERESA de procedencia y la fecha de investigación clínica para los hospitales.



III. EVALUACIÓN DEL ESCENARIO:

1. **Condiciones socioeconómicas:** Consignar brevemente las características de las condiciones ambientales y de servicios públicos del lugar de residencia.
2. **Investigación de posibles fuentes de infección:** Describir brevemente si se han producido casos de PFA en los lugares visitados por la persona identificada como caso durante el mes precedente al inicio de la parálisis, o si ha tenido contacto con personas residentes en zonas endémicas para poliovirus salvaje. En caso que el menor asista a una institución educativa o guardería, brindar las características de la misma como nombre, año escolar, distancia entre ésta y la vivienda (énfasis en saneamiento).
3. **Resultados del seguimiento de los contactos:** Describir brevemente el estado de salud de los contactos, haciendo especial énfasis en la presencia de parálisis y las fechas.
4. **Resultados del monitoreo rápido epidemiológico de vacunación:** Describir brevemente y analizar estado de vacunación contra la poliomielitis en menores de 5 años en la zona de residencia donde se ha presentado el caso según el monitoreo rápido epidemiológico de vacunación, especificando las fechas de realización. (Adjuntar anexo 7 de la directiva)
5. **Resultados del Bloqueo vacunal:** Describir brevemente los resultados del bloqueo vacunal realizado, especificando número de niños vacunados y número de niños encontrados; así como las fechas de inicio y término de actividades.
6. **Resultados de la evaluación del Índice de riesgo:** Describir brevemente y analizar el índice de riesgo por acúmulo de susceptibles desde el nivel distrital (del distrito y distritos aledaños), provincial y regional. (Este análisis se debe hacer a nivel de DISA/DIRESA/GERESA)
7. **Evaluación del estado de la cobertura de vacunación:** Describir brevemente el estado de la cobertura contra la poliomielitis en menores de 5 años desde nivel distrital (hasta aquí llega el análisis del establecimientos de salud), provincial hasta el nivel regional. (Este análisis se debe hacer a nivel de DISA/DIRESA/GERESA)
8. **Resultados de la búsqueda activa comunitaria:** Describir brevemente los resultados de la búsqueda activa comunitaria en la zona de residencia y si se encontraron otros casos de parálisis flácida aguda, especificando las fechas de realización de las actividades. (Adjuntar anexo 6 de la directiva para complementar información).
9. **Resultados de la búsqueda activa institucional:** Describir brevemente los resultados de la búsqueda activa institucional en los establecimientos de salud del distrito en la que se presentó el caso (Adjuntar anexo 4 y 5 de la directiva para complementar información).

Recomendación 2: Consignar brevemente datos o información relevante que contribuya a configurar el escenario.

En los casos que se sospeche de casos de poliomielitis asociados o derivados de vacuna se debe analizar la cadena de frío de los biológicos en la zona.

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS:

- POR EL NIVEL LOCAL
- POR EL NIVEL REGIONAL
- POR EL NIVEL NACIONAL (Mencionar en caso hubo asistencia técnica, monitoreo y evaluación por los niveles jerárquicos superiores)

Recomendación 3:

Consignar actividades relevantes y relacionadas a:

- Coordinación intersectorial, interinstitucional y comunitaria.
- Notificación e investigación del caso (elaboración de la cadena de transmisión, búsqueda de contactos, seguimiento de contactos, etc.).
- Evaluación diagnóstica del caso (toma de muestras, evaluación neurológica, exámenes especiales, seguimiento de resultados, etc.)
- La búsqueda activa Institucional y búsqueda activa comunitaria
- Actividades realizadas a consecuencia de la evaluación de los Índices de riesgo (IR)
- Actividades de Prevención (vacunación)
- Evaluación de las actividades de control.
- Evaluación de los indicadores en los últimos 5 años
- El seguimiento para determinar el resultado clínico.
- Fortalecimiento de las capacidades para la vigilancia de parálisis flácida aguda

V. CONCLUSIONES

- Integrar la información de los antecedentes, información general, situación actual y actividades realizadas para evaluar el riesgo, la magnitud y las connotaciones sanitarias, sociales y políticas.

Recomendación 4:

Las conclusiones deben ser objetivas y dentro del contexto del informe.

VI. PLAN DE TRABAJO

- Adjuntar el plan a desarrollar considerando los ítems de la recomendación 4.

DATOS DEL RESPONSABLE DEL INFORME:

Nombre y apellidos: _____

Cargo: _____ Establecimiento: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Firma y Sello: _____



Recomendación 5:

El informe inicial registrará información de las actividades iniciales realizadas en la investigación y el grado de avance de la investigación. Se remitirá a las 72 horas de haber iniciado la investigación, deberá recopilar la siguiente información:

- I. Antecedentes e información general:
- II. Investigación del caso: Antecedentes del caso, antecedentes de vacunación, antecedentes patológicos, descripción del cuadro clínico, descripción de las actividades de investigación clínica y descripción de la cadena de transmisión.
- III. Evaluación del escenario: Condiciones socioeconómicas, investigación de posibles fuentes de infección,
- IV. Actividades realizadas:
 - Por el nivel local, regional y nacional
- V. Conclusiones
- VI. Plan de trabajo

El informe de seguimiento registrará información de las actividades realizadas en la investigación y el grado de avance de la investigación a la semana de notificación del caso. Se remitirá a los 10 días de haber iniciado la investigación deberá recopilar la siguiente información:

- I. Antecedentes e información general:
- II. Investigación del caso: Antecedentes del caso, antecedentes de vacunación, antecedentes patológicos, descripción del cuadro clínico, descripción de las actividades de investigación clínica y descripción de la cadena de transmisión.
- III. Evaluación del escenario: Condiciones socioeconómicas, investigación de posibles fuentes de infección, resultados del monitoreo rápido epidemiológico de vacunación, resultados del bloqueo vacunal, resultados de la evaluación del índice de riesgo, evaluación del estado de la cobertura de vacunación, resultados de la búsqueda activa comunitaria, resultados de la búsqueda activa institucional.
- IV. Actividades realizadas:
 - Por el nivel local, regional y nacional
- V. Conclusiones
- VI. Plan de trabajo

El informe final consignará el resumen de las labores de investigación realizadas como parte de la vigilancia del caso de parálisis flácida aguda. Se remitirá a los 63 días de haber notificado el caso, deberá recopilar la siguiente información:

- I. Antecedentes e información general:
- II. Investigación del caso: Antecedentes del caso, antecedentes de vacunación, antecedentes patológicos, descripción del cuadro clínico, descripción de las actividades de investigación clínica y descripción de la cadena de transmisión.
- III. Evaluación del escenario: Condiciones socioeconómicas, investigación de posibles fuentes de infección, resultados del seguimiento de los contactos resultados del monitoreo rápido epidemiológico de vacunación, resultados del bloqueo vacunal, resultados de la evaluación del índice de riesgo, evaluación del estado de la cobertura de vacunación, resultados de la búsqueda activa comunitaria, resultados de la búsqueda activa institucional.
- IV. Actividades realizadas:
 - Por el nivel local, regional y nacional
- V. Conclusiones
- VI. Plan de trabajo



M. YAGUI M.

9. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Organización Panamericana de la Salud (OPS). Erradicación de la poliomielitis Guía práctica. Washington DC; Tercera edición, 2005
- 2) World Health Organization. Polio vaccines: WHO position paper. Weekly epidemiological record. 2014; 9 (89): 73–92.
- 3) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Epidemiology and Prevention of Vaccine-preventable Diseases—The Pink Book: Course Textbook, 12th ed. Second Printing. Atlanta: CDC; 2012:249-262. [Consultado el 14 de marzo de 2014. Disponible en: <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/polio.pdf>]
- 4) Centers for Disease Control and Prevention, Update on vaccine-derived polioviruses. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2006; 55 (40):1093–1097.
- 5) Center for Disease Control (CDC). Update on Vaccine-Derived Polioviruses – Worldwide Abril 2011- June 2012. Morbidity and Mortality Weekly Report., 2012; 61(37): 741-748.
- 6) Sutter R. Brink E. Cochi S. Kew O. Orenstein W. Biellik R. Hinman A.A New Epidemiologic and Laboratory Classification System for Paralytic Poliomyelitis Cases. AJPH, 1989; 79 (4): 495-498.



M. YAGUI M.