



PERÚ

Ministerio
de Salud



PROGRESO
PARA TODOS

DIRECTIVA SANITARIA Nº 059 - MINSA/DGE-V-01

DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE POLIOMIELITIS/PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

TALLER NACIONAL DE MANEJO DE EMERGENCIAS
ENFERMEDADES PRIORITARIAS DE FORMACIÓN





PERÚ

Ministerio
de Salud

**DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
DE POLIOMIELITIS /PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA**

Dirección General de Epidemiología

Lima, Perú - 2015

Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Poliomielitis / Parálisis Flácida Aguda.

Documento elaborado por:

Lic. María Ticona Zegarra
Méd. Gladys Turpo Mamani
Méd. Ana Rosalía Escudero Quintana
Méd. Elizabeth Morí Quispe
Lic. Pablo Cesar Renjifo Ramos
Méd. César Augusto Bueno Cuadra
Méd. Fiorela Loayza Guevara

Colaboradores:

Méd. Washington Toledo Hidalgo
Méd. Fabiana Michel Valdéz
Lic. Jeannette Ávila Vargas Machuca
Lic. Luis Angel Ordóñez Ibargüen
Lic. Noemí Iraida Flores Jaime
Blga. Johanna Balbuena Torres

Revisado por:

Méd. Juan Carlos Arrasco Alegre
Director Ejecutivo de Vigilancia Epidemiológica

©MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ

Dirección General de Epidemiología

Calle Daniel Olavechea N° 199, Jesús María – Lima 11
Teléfono 6314500
Página Web: www.dge.gob.pe

Diseño e Impresión:

Hynoscha Import SAC

Jr. Callao 623 - Lima
Telf.: 719-2783

Primera edición, agosto 2015

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2015-11305

ISBN: 978-612-4222-19-1

Tiraje: 2,000 ejemplares

CONTENIDO

	Pág.
Presentación	5
RESOLUCION MINISTERIAL N°931/MINSA “DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA POLIOMIELITIS / PARALISIS FLÁCIDA AGUDA N°059”	7
1. FINALIDAD	9
2. OBJETIVO	9
3. AMBITO DE APLICACIÓN	9
4. BASE LEGAL	9
5. DISPOSICIONES GENERALES	9
6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	12
6.1 Identificación, captación, y notificación	12
6.2 Investigación epidemiológica de casos	13
6.3 Seguimiento de caso	18
6.4 Documentación de la investigación	18
6.5 Clasificación final del caso	19
6.6 Expediente del caso	19
6.7 Indicadores	19
6.8 Actividades complementaria	20
6.9 Registro, flujo y periodicidad de la información	20
7. RESPONSABILIDADES	21
8. ANEXOS	21
Anexo 1: Ficha de investigación clínica epidemiológica y de laboratorio	22
Anexo 2: Tabla para censar los contactos durante la investigación de casos de PFA	25
Anexo 3: Tabla de diagnósticos diferenciales y códigos CIE10 de poliomielitis	26
Anexo 4: Tabla de registro de casos identificados por búsqueda activa institucional	27
Anexo 5: Consolidado de Búsqueda activa de casos de Parálisis flácida aguda en establecimientos de Salud	28
Anexo 6: Consolidado de Búsqueda activa Comunitaria de casos de PFA	29

Anexo 7:	Consolidado del Monitoreo Rápido de Vacunación antipolio	30
Anexo 8:	Censo de casos de Parálisis Flácida Aguda Identificada en la B.A.C.	31
Anexo 9:	Flujo de clasificación de casos de PFA	32
Anexo 10:	Cálculo de susceptibles e índice de riesgo para OPV	33
Anexo 11:	Tabla de Indicadores de Vigilancia en Salud Pública de Parálisis Flácida Aguda	34
Anexo 12:	Gráfico del área a tomar en consideración para las actividades de búsqueda activa comunitaria, bloqueo con vacunación y monitoreo rápido epidemiológico de vacunación	35
Anexo 13:	Modelos de informes de investigación de los casos de PFA	36
9. BIBLIOGRAFÍA		40

PRESENTACIÓN

Desde el lanzamiento de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis en 1988 por la OMS y otros organismos, el número de casos ha disminuido casi hasta desaparecer en algunas regiones del mundo, no obstante existen aún países endémicos como Pakistán, Afganistán y Nigeria, junto con otros siete países en los que ha reiniciado recientemente la transmisión, que continúan reportando casos en la actualidad.

En la Región de las Américas se consiguió interrumpir la circulación del virus de polio salvaje en el año 1991, fue precisamente en el Perú donde se reportó el último caso de polio salvaje en dicho año. Tres años después la región fue certificada como libre de polio, producto de estrategias regionales y locales que contribuyeron a elevar la protección inmunológica de la población, como campañas de vacunación de puesta al día, “Semana de Vacunación de las Américas” y barridos de vacunación.

El Perú y el resto de países de la región de las Américas tienen la responsabilidad de salvaguardar estos logros obtenidos, sin embargo la presencia de casos de polio salvaje en otras regiones del mundo, así como poliovirus circulante derivado de vacuna (cVDPV) tipo 1, sumado al intenso comercio y turismo internacional, pone en riesgo a los países del continente americano de presentar la importación del virus y restablecerse la transmisión endémica de esta enfermedad. Por lo tanto es necesario garantizar óptimas coberturas de vacunación que permitirá reducir el riesgo de aparición de brotes asociados a casos importados y casos secundarios.

Reconociendo que es indispensable la vigilancia epidemiológica para la fase final de erradicación mundial de la poliomielitis, y evitar su reintroducción en el Perú, La Dirección General de Epidemiología, en cumplimiento de su rol conductor y normativo de la Vigilancia Epidemiológica en el país, ha elaborado la Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica De Poliomielitis / Parálisis Flácida Aguda, con los aportes de otros órganos del Ministerio de Salud, en atención a la realidad sanitaria y de los servicios de las regiones del país.

La Directiva Sanitaria permitirá desarrollar un proceso articulado y de respuesta inmediata, establece las pautas, procedimientos e instrumentos claros y precisos para la identificación, captación, notificación, investigación epidemiológica y clasificación de los casos de parálisis flácida aguda (PFA).

La presente directiva es de aplicación en todos los establecimientos de salud del país, según los roles que le toca cumplir a cada trabajador de salud, porque la contribución a la seguridad en salud pública es un esfuerzo que corresponde a todos los prestadores del sector salud.

Méd. Martín Javier Alfredo Yagui Moscoso
Director General
Dirección General de Epidemiología



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;



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

ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA
Ministro de Salud



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 – MINSA/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-MINSA/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 areflexia), con una instalación aguda de curso progresivo o rápidamente progresivo sin asociación a trauma previo.
- 5.1.2. Poliomiелitis: 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 poliomiелitis paralítica que se presenta en 0.5 a 1% de los infectados. La manifestación clínica típica de la poliomiелitis 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 poliomiелitis, 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 inmuno deficiencias 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 poliomiелitis: 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 poliomiелitis 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 poliomiелitis 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 poliomiелitis paralítica asociado a vacuna (PPAV): Es todo caso de parálisis flácida aguda cuyo origen se atribuye al virus de la vacuna oral contra la poliomiелitis (VOP), y donde se han excluido otras causas. Los casos asociados a la vacuna deben separarse de los casos de poliomiелitis 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 poliomiелitis (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 poliomiелitis (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 poliomiелitis a los 60 días de iniciada la parálisis flácida aguda.

- 5.1.11. Caso compatible con poliomiелitis: Es todo caso de parálisis flácida aguda con parálisis residual compatible con poliomiелitis 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 poliomiелitis: 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 poliomiелitis 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 poliomiелitis (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 poliomiелitis (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 linfático 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 poliomiелitis.
- 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 con 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 poliomielitis 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 poliomieltitis, 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 poliomieltitis 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 poliomieltitis, 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 antipoliomielitis (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 antipoliomielítica 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 antipoliomielítica. 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 poliomiélitis 1 y 2 (VIP1 e VIP2), y vacuna oral contra la poliomiélitis 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.

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

- 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 1.
 - Mediano riesgo: de 0.5 a 0.99
 - Bajo riesgo: Igual o menor a 0.5
- 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.

- 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 fedateada.
- 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 muestras con tiempo adecuado de recolección.	N° de muestras recolectadas dentro de los 14 días de iniciado la parálisis/Total de casos con muestra x 100.	$\geq 80\%$
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.	$\geq 10\%$
Porcentaje de resultados de laboratorio emitidos dentro de los 45 días de recepción la muestra por el INS.	N° total de muestras con resultado dentro de los 45 días / N° total de muestras con resultado x 100.	$\geq 80\%$
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.	$\geq 90\%$
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.	$\geq 90\%$
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.	$\geq 90\%$

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 o la que haga sus veces, 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/GERESAS 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

 PERÚ		Ministerio de Salud				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 _____ DISA/DIRESA _____ 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 () Consulta () B. Activa Instit. () B. Activa Comunitaria () Inv. contactos () Laboratorio () Otros () 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): ____/____/____ 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: ____				Fecha de examen físico: ____/____/____ Realizado por: _____ Diagnóstico inicial 1. _____ 2. _____																																																																				
Breve descripción de: sensorio, marcha, parálisis.			Progresión de parálisis: Ascendente () Descendente () Mixta () <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Ignorado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Paresia</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Parálisis</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Pares craneal.</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Flacidez</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Súbita</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Asimetría</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Sensibilidad</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Parestesia</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Babinski</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> </tbody> </table>					Si	No	Ignorado	Paresia	()	()	()	Parálisis	()	()	()	Pares craneal.	()	()	()	Flacidez	()	()	()	Súbita	()	()	()	Asimetría	()	()	()	Sensibilidad	()	()	()	Parestesia	()	()	()	Babinski	()	()	()	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Fuerza muscular</th> <th>DIM</th> <th>AUS</th> <th>NORM</th> <th>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	Ignorado																																																																					
			Paresia	()	()	()																																																																					
			Parálisis	()	()	()																																																																					
			Pares craneal.	()	()	()																																																																					
Flacidez	()	()	()																																																																								
Súbita	()	()	()																																																																								
Asimetría	()	()	()																																																																								
Sensibilidad	()	()	()																																																																								
Parestesia	()	()	()																																																																								
Babinski	()	()	()																																																																								
Fuerza muscular	DIM	AUS	NORM	IGN																																																																							
Miembro superior izquierdo	()	()	()	()																																																																							
Miembro superior derecho	()	()	()	()																																																																							
Miembro inferior izquierdo	()	()	()	()																																																																							
Miembro inferior derecho	()	()	()	()																																																																							
Localización parálisis : <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>IGN</th> <th>Prox</th> <th>Dist.</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>					SI	NO	IGN	Prox	Dist.	MSI	()	()	()	()	()	MSD	()	()	()	()	()	MII	()	()	()	()	()	MID	()	()	()	()	()	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tono muscular</th> <th>DIM</th> <th>AUS</th> <th>NORM</th> <th>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	IGN	Prox	Dist.																																																																						
MSI	()	()	()	()	()																																																																						
MSD	()	()	()	()	()																																																																						
MII	()	()	()	()	()																																																																						
MID	()	()	()	()	()																																																																						
Tono muscular	DIM	AUS	NORM	IGN																																																																							
Miembro superior izquierdo	()	()	()	()																																																																							
Miembro superior derecho	()	()	()	()																																																																							
Miembro inferior izquierdo	()	()	()	()																																																																							
Miembro inferior derecho	()	()	()	()																																																																							
Músculos cervicales	()	()	()	()																																																																							
Otros: Cara lado Der () Izq ()				<table border="1"> <thead> <tr> <th>Reflejos</th> <th>DIM</th> <th>AUS</th> <th>NORM</th> <th>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"> <thead> <tr> <th>Signos irritación meníngea</th> <th>AUS</th> <th>PRES</th> <th>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	()	()	()																																																																								

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		
	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: especifique _____ OTRO :Especificar _____						
18. INVESTIGADOR: Nombre: _____ Cargo: _____ Fecha: ____/____/____ Firma: _____						
19. OBSERVACIONES 						

Tabla para censar los contactos durante la investigación de casos de PFA

[illegible]

*Nota: Entreviste a todas las personas que viven o trabajan en el lugar y a los que visitaron 10 días antes y 6 semanas después del inicio de la parálisis

El estado de vacunación (columna 4) debe comprobarse por medio del carné de vacunación u otro documento escrito, si no hay forma de comprobación anote "desconocido".

Anexo N° 3**Tabla de diagnósticos diferenciales y códigos CIE10 de poliomieltitis**

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
R26.2	Dificultad para caminar, no clasificada en otra parte

Casos identificados por búsqueda activa institucional

PROVINCIA: _____

DISTRITO: _____

[illegible]

F.I.P.: FECHA DE INICIO DE PARÁLISIS

CE: CONSULTA EXTERNA

HOSP: HOSPITALIZACIÓN

EME: EMERGENCIA



Anexo N° 6

Consolidado de búsqueda comunitaria de casos de parálisis flácida

DIRESA/DISA/GERESA:
RESPONSABLE:

MICRORED: FECHA

EE.SS.:

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



Anexo N° 8

Censo de casos de Parálisis Flácida Aguda Identificada en la B.A.C.

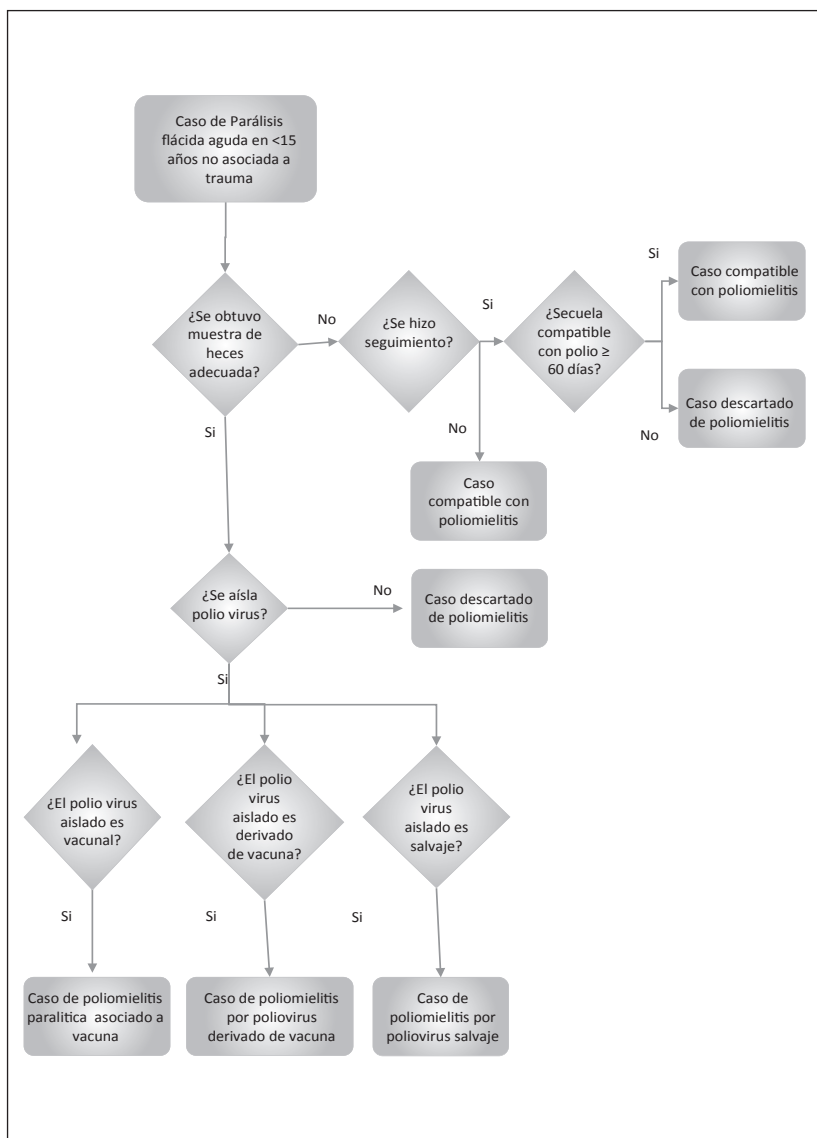
DIRESA/DISA/GERESA:

[illegible]

Leyenda: H.C.: Historia clínica; F.I.P.: Fecha de inicio de parálisis.

Anexo N° 9

Flujo de clasificación de casos de PFA





Anexo N° 10

Cálculo de susceptibles e índice de riesgo para OPV

PROVINCIA/ DISTRITOS	Población <1 año						Vacunados (OPV 3)						TOTAL DE NIÑOS			ÍNDICE DE RIESGO (P)
	2010 (A)	2011 (B)	2012 (C)	2013 (D)	2014 (E)	TOTAL (F)	2010 (G)	2011 (H)	2012 (I)	2013 (J)	2014 (K)	TOTAL (L)	NO VACUNADOS (M)	NO INMUNIZADOS (N)	SUSCEPTIBLES (O)	
Provincia	6873	5665	7321	3885	3857	27601	6760	4962	5405	3218	5552	25897	1704	1295	2999	0.78
Distrito 1	6011	4876	6397	3299	3277	23860	5934	4297	4767	2500	4797	22295	1565	1115	2680	0.82
Distrito 2	513	319	548	310	306	1996	400	340	344	300	380	1764	232	88	320	1.05
Distrito 3	349	470	376	276	274	1745	426	325	294	418	375	1838	-93	92	-1	0.00
Fórmulas	Suma A+B+C+D+E						Suma G+H+I+J+K						Resta F-L	5% (L)	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 < de 1 año vacunados con OPV 3 en los últimos 5 años

(M) Diferencia entre el total de la población < de un año en los últimos 5 años y el número de vacunados de los últimos 5 años

(N) El 5% del total de niños < 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 < de 1 año del último año
- Leyenda de Estratificación del IR**

Rojo > 6 = 1

Amarillo 0.5 a 0.99

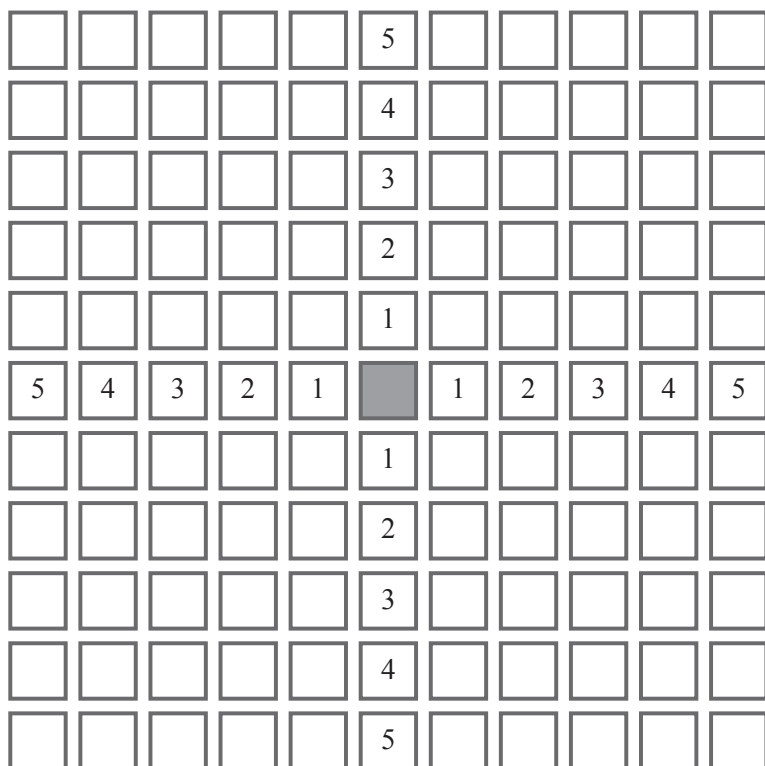
Verde 0 a 0.5

Bianco < 0

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.

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.

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 poliomielitis 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).

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.

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

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 – Worlwide 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 Poliomielitis Cases. AJPH, 1989; 79 (4): 495-498.



Dirección General de Epidemiología

Calle Daniel Olaechea N° 199, Jesús María - Lima - Perú

Página web: www.dge.gob.pe

ISBN: 978-612-4222-19-1



9 786124 222191