**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA EN MENORES DE 15 AÑOS**

**Enviar a** **epidemiologia.alertas@larioja.org**

**Teléfono 941291976**

**DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN**

**Fecha de declaración del caso:**    /    /

**Persona que declara el caso:**

**Centro de trabajo:**      **Teléfono:**

**Municipio:**      **Provincia:**

**DATOS DEL PACIENTE**

**Nombre y apellidos:**

**Domicilio:**       **Teléfono:**

**Municipio residencia**:       **Provincia residencia:**

**Comunidad Autónoma de residencia:**      **País residencia:**

**Fecha de Nacimiento**:    /    /      **Edad en años:** **Edad en meses en menores de 2 años:**

**Sexo: Hombre** [ ]  **Mujer** [ ]  **Desconocido** [ ]

**País de nacimiento:**      **Año de llegada a España:**

(País en el que ha nacido o del que procede)

**Ocupación**     **Centro de Estudio (aula)/ Trabajo**

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

**Fecha del caso[[1]](#footnote-1):**    /    /

**Fecha de inicio de síntomas (fecha de inicio de la parálisis):**    /    /

**Manifestación clínica:**

Fiebre al inicio de la parálisis [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No Consta

Presencia de parálisis asimétrica [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No Consta

Progresión rápida (menos de 4 días) hasta parálisis completa

 [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No Consta

Meningitis aséptica

 [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No Consta

Otra[ ]  Sí [ ]  No [ ]  No Consta

**Localización de la parálisis** (marcar uno de los siguientes)**:**

[ ]  Miembro/s[ ]  Miembro/s y bulbar [ ]  Sólo bulbar [ ]  Miembro/s y facia[ ]  Sólo Facial

**Hospitalizado[[2]](#footnote-2):** Sí [ ]  No [ ]

**Fecha de ingreso hospitalario:**    /    /      **Fecha de alta hospitalaria:**    /    /

**Defunción:** Sí [ ]  No [ ]  **Fecha de defunción:**    /    /

**Lugar del caso**[[3]](#footnote-3)**:**

 **País:**       **C. Autónoma**:

 **Provincia:**       **Municipio**:

**Importado**[[4]](#footnote-4)**:** Sí [ ]  No [ ]

**Seguimiento del caso:**

**¿Se ha realizado seguimiento del caso a los 60-90 días desde el inicio de la parálisis?:**

 Sí [ ]  No [ ]  **Fecha de seguimiento**    /    /

**Resultados del seguimiento del caso** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

[ ] Sin parálisis residual

[ ] Parálisis residual

[ ] Muerte durante el seguimiento

[ ] Pérdida de seguimiento

**DATOS DE LABORATORIO**

**Fecha de diagnóstico de laboratorio** (fecha del primer resultado concluyente):    /    /

**Agente causal[[5]](#footnote-5):** [ ]  Poliovirus

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo Muestra** | **Fecha de** | **Laboratorio[[6]](#footnote-6)** | **Aislamientos** | **PCR** |
| **Toma de muestra** | **Recepción en laboratorio** | **Resultado de laboratorio** | **Poliovirus[[7]](#footnote-7)** | **Otros virus no poliovirus[[8]](#footnote-8)** | **Poliovirus414** | **Otros virus no poliovirus415** |
| **Heces 1ª**  |       |       |       | **No LNR** |       |       |       |       |
|       |       |       | **LNR** |       |       |       |       |
| **Heces 2ª** |       |       |       | **No LNR** |       |       |       |       |
|       |       |       | **LNR** |       |       |       |       |

**DATOS DEL RIESGO**

**¿Padece algún tipo de Inmunodepresión?** Sí [ ]  No [ ]

**Exposición** (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):

[ ]  Ha tenido contacto con un caso confirmado de polio[[9]](#footnote-9)

[ ]  Ha tenido contacto con una persona vacunada con VPO[[10]](#footnote-10)

**Fecha de contacto**:    /    /

**Datos de Viaje:**

**Viaje reciente (≤35 días): Sí [ ]  No [ ]**

**Lugar del viaje:**

**País:**       **C. Autónoma**:

**Provincia:**       **Municipio**:

**Fecha de ida**:    /    /      **Fecha de vuelta**:    /    /

**DATOS DE VACUNACIÓN**

**¿Ha recibido alguna dosis de vacuna de polio?:** Sí [ ]  No [ ]

**Número de dosis de vacuna de polio recibidas:**

 **Número de dosis de vacuna de polio oral recibidas**

**Fecha de última dosis de vacuna polio oral recibida**    /    /

**¿Presenta documento de vacunación?** Sí [ ]  No [ ]

**País de vacunación**:

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

**Descartado para Poliomielitis:** Sí [ ]  No [ ]

**Agente causal identificado en los casos descartados** (marcar uno de los siguientes)**:**

[ ]  Enterovirus no polio

[ ]  Otro virus **Especificar otros virus:**

[ ]  No se ha identificado agente causal

**Diagnóstico clínico en los casos descartados** (marcar uno de los siguientes)**:**

[ ] Polirradiculoneuritis/S. Guillén Barré

[ ] Neuropatía periférica de etiología infecciosa o tóxica

[ ] Mielitis transversa

[ ] Parálisis de etiología desconocida

[ ] Enfermedad sistémica metabólica, o músculo esquelética

[ ]  Neuropatía traumática

[ ]  Tumor medular u otro tumor

[ ] Otra enfermedad neurológica

**Completar solo en caso de Poliomielitis:**

**Clasificación del caso** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

[ ]  Sospechoso[[11]](#footnote-11)

[ ]  Probable[[12]](#footnote-12)

[ ]  Confirmado[[13]](#footnote-13)

**Criterios de clasificación de caso**:

Criterio clínico[[14]](#footnote-14) Sí [ ]  No [ ]

Criterio epidemiológico[[15]](#footnote-15) Sí [ ]  No [ ]

Criterio de laboratorio[[16]](#footnote-16) Sí [ ]  No [ ]

**Categoría diagnóstica** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

[ ]  Polio salvaje[[17]](#footnote-17)

[ ]  Polio derivado de la vacuna (VDPV)[[18]](#footnote-18)

[ ]  Polio asociado a vacuna oral[[19]](#footnote-19)

**Asociado:**

A brote**[[20]](#footnote-20)**: Sí [ ]  No [ ]  Identificador del brote:

 C. Autónoma de declaración del brote[[21]](#footnote-21):

**OBSERVACIONES:**

**Fichero adjunto**: Sí [ ]  No [ ]

1. Fecha del caso: Se considerará la fecha de inicio de la parálisis, en caso de desconocerse se asignará la fecha de ingreso hospitalario. [↑](#footnote-ref-1)
2. Hospitalizado: estancia de, al menos, una noche en el hospital. [↑](#footnote-ref-2)
3. Lugar del caso (país, CA, prov, mun): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general se considerará el lugar donde el paciente ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se consignará el lugar de residencia

del caso. CompIetar este apartado sólo si se confirma caso de polio [↑](#footnote-ref-3)
4. Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España. [↑](#footnote-ref-4)
5. Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente. [↑](#footnote-ref-5)
6. No LNR: Laboratorios de la Red de Laboratorios del Plan de Erradicación de Polio, excepto LNR (Anexo)

 LNR: Laboratorio Nacional de Referencia. [↑](#footnote-ref-6)
7. Resultados: Positivo/Negativo/Indeterminado. [↑](#footnote-ref-7)
8. Aislamientos de otros virus no poliovirus: Positivo /Negativo. En caso positivo rellenar en la variable “Especificar” del agente causal identificado en los casos descartados. [↑](#footnote-ref-8)
9. * Contacto con un caso confirmado de infección por poliovirus salvaje o derivado de la vacuna en los 35 días anteriores al inicio de síntomas. [↑](#footnote-ref-9)
10. * Contacto con personas vacunadas con VPO entre 4-60 días antes del comienzo de síntomas. Se pueden esperar períodos más largos entre la vacunación y el inicio de la PFA si el niño o el adulto paralizado es inmunodeficiente. [↑](#footnote-ref-10)
11. Caso sospechoso: cualquier persona que cumpla alguno de los criterios clínicos. [↑](#footnote-ref-11)
12. Caso probable: cualquier persona que cumpla los criterios clínicos y epidemiológicos. [↑](#footnote-ref-12)
13. Caso confirmado: cualquier persona que cumpla los criterios clínicos y de laboratorio. [↑](#footnote-ref-13)
14. Criterio clínico Una persona de cualquier edad en la que un médico sospeche poliomielitis ó persona de menos de 15 años con parálisis flácida aguda (el síndrome de parálisis flácida aguda se caracteriza por inicio agudo de parálisis flácida en uno o más miembros con ausencia o disminución de reflejos tendinosos en los miembros afectados, sin pérdida sensorial o cognitiva y sin otra causa aparente). [↑](#footnote-ref-14)
15. Criterio epidemiológico: Al menos uno de los siguientes:

	* Vínculo epidemiológico con un caso confirmado de infección por poliovirus salvaje o derivado de la vacuna.
	* Antecedentes de viaje a/o procedencia de un área con circulación presunta o confirmada de poliovirus en los 35 días anteriores al inicio de síntomasAntecedente de vacunación con VPO entre 4-30 días antes del comienzo de síntomas o vínculo epidemiológico con personas vacunadas con VPO entre 4-60 días antes del comienzo de síntomas. Se pueden esperar períodos más largos entre la vacunación y el comienzo de la PFA si el niño o el adulto paralizado es inmunodeficiente [↑](#footnote-ref-15)
16. Criterio de laboratorio: Aislamiento de poliovirus y caracterización intratípica, con identificación de uno de los poliovirus siguientes:

	* Poliovirus salvaje: poliovirus que presenta una diferencia >15% en la secuencia de nucleótidos de la región VP1 con respecto al virus vacunal original del mismo serotipo.
	* Poliovirus vacunal o Sabin-like: poliovirus que presenta una diferencia <1% en la secuencia de nucleótidos de la región VP1 con respecto al virus vacunal original del mismo serotipo.
	* Poliovirus derivado de la vacuna (VDPV) poliovirus que presenta una diferencia entre un 1%-15% en la secuencia de nucleótidos de de la región VP1 con respecto al virus vacunal original del mismo serotipo [↑](#footnote-ref-16)
17. Poliovirus salvaje: poliovirus que presenta una diferencia >15% en la secuencia de nucleótidos de la región VP1 con respecto al virus vacunal original del mismo serotipo. [↑](#footnote-ref-17)
18. Poliovirus derivado de la vacuna (VDPV) poliovirus que presenta una diferencia entre un 1%-15% en la secuencia de nucleótidos de de la región VP1 con respecto al virus vacunal original del mismo serotipo [↑](#footnote-ref-18)
19. Poliovirus vacunal o Sabin-like*:* poliovirus que presenta una diferencia <1% en la secuencia de nucleótidos de la región VP1 con respecto al virus vacunal original del mismo serotipo [↑](#footnote-ref-19)
20. Brote: En un territorio que ha sido declarado libre de polio un solo caso de poliomielitis constituye un brote y supone una emergencia en salud pública. [↑](#footnote-ref-20)
21. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote. [↑](#footnote-ref-21)