

Protocolo para la Vigilancia Epidemiológica de la Poliomiелitis

Costa Rica

2025



MINISTERIO
DE SALUD

GOBIERNO
DE COSTA RICA



614.549

Ministerio de Salud.

Protocolo para la vigilancia epidemiológica de la poliomielitis Costa Rica 2025.
Dirección Vigilancia de la Salud. Unidad de Epidemiología. Equipo técnico nacional.
Sub-área de vigilancia epidemiológica de la CCSS. Centro de referencia de virología de
INCIENSA. - San José, Costa Rica.

36 p., 1632 Kb

Grupo responsable de la elaboración del protocolo

Dr. Aarón Agüero Zumbado	Unidad de Epidemiología, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Coordinador
Dra. Leandra Abarca Gómez	Subárea Vigilancia Epidemiológica Caja Costarricense de Seguro Social
Dra. Ana Isela Ruíz González	Centro Nacional de Referencia Viroológica, Inciensa

Grupo responsable de la revisión:

Dr. Bernny Francisco Villarreal Cortés	Dirección General de Salud. Ministerio de Salud
Dra. Jennyffer González Luna	Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud
Dra. Xiomara Badilla Vargas	Subárea Vigilancia Epidemiológica Caja Costarricense de Seguro Social
Dr. Elvis Delgado Delgado	Subárea Vigilancia Epidemiológica Caja Costarricense de Seguro Social
Dra. Lisseth Navas Alvarado	Subárea Vigilancia Epidemiológica Caja Costarricense de Seguro Social
Dra. Sharon Porras Hidalgo	Directora de Vigilancia Basado en Laboratorio, Inciensa
Dr. Jorge Sequeira Soto	Centro Nacional de Referencia Viroológica, Inciensa
Dra. Thais Mayorga Acosta	Regional de Rectoría de la Salud Chorotega
Dr. Ricardo Orozco Matamoros	Regional de Rectoría de la Salud Occidente
Dr. Eney Emilio Solís Soto	Dirección Regional de Rectoría de la Salud Occidente
Dra. Johanna Torres González	Regional de Rectoría de la Salud Occidente
Dra. Karla Obando Mata	Rectoría de la Salud Región Central Sur
Dra. María Jesús Solís	Región Central Sur
Dr. Andrés Sánchez Moreira	Regional de Rectoría de la Salud Central Norte
Dra. Hazel Meléndez Salas	Región Central Norte
Dr. Luis Diego Solano Machado	Región Central Este
Dr. Amed La Roche Loaiza	Región Brunca
Dra. María Ethel Trejos Solórzano	Comité Nacional para la Certificación de Costa Rica
Msc. Rosa María Vargas Alvarado	Comité Nacional para la Certificación de Costa Rica
Dra. Nidya Amador Brenes	Comité Nacional para la Certificación de Costa Rica
Colaboradores de vigilancia regional y local	Región Huetar Caribe

Contenido

Abreviaturas.....	5
Prólogo	6
Alcance y ámbito de aplicación.....	6
Antecedentes.....	7
Objetivos.....	9
Objetivo general	9
Objetivos específicos.....	9
Descripción de la Poliomieltis.....	10
Diagnóstico diferencial.....	12
Contenido Técnico.....	13
Definiciones operativas de caso	13
Procedimientos de Vigilancia Epidemiológica	14
Notificación negativa.....	16
Consideraciones generales de gestión epidemiológica.....	17
Búsquedas activas de casos de poliomieltis	17
Aspectos de laboratorio	19
Estándares básicos para la respuesta a eventos o brotes de poliovirus.....	23
Actividades para fortalecer la vigilancia durante un brote de poliovirus.	24
Análisis de la información.....	25
Indicadores de vigilancia	26
Bibliografía.....	27
Anexos.....	29
Anexo 1: Boleta de notificación VE-01	29
Anexo 2: Ficha de Investigación para Vigilancia Inmunoprevenibles de PFA-Poliomieltis...30	
Anexo 3: Notificación Negativa de Caso	32
Anexo 4: Solicitud de diagnóstico Inciensa-R 85	33
Anexo 5: Formato Informe de Caso	34
Anexo 6. Búsquedas activas	35
Anexo 7. Aislamiento entérico y respiratorio:.....	36
Anexo 8. Aspectos de la Vacunación	36

Abreviaturas

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

CDC: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades

CNE: Centro Nacional de Enlace

CNVE: Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología

CNRV: Centro Nacional de Referencia de Virología

cVDPV: Poliovirus circulante derivado de la vacuna

ERRA: Equipos de Respuesta Rápida

EPV: Enfermedad prevenible por vacunación

Inciensa: Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud

iVDPV: Poliovirus derivado de la vacuna relacionado con inmunodeficiencia

aVDPV: Poliovirus ambiguo derivado de la vacuna

IPV: Vacuna inactivada contra la poliomiélitis o vacuna de Salk

MRV: Monitoreo rápido de Vacunación

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

RSI: Reglamento Sanitario Internacional

SINAVIS: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OPV: Vacuna oral contra la poliomiélitis o vacuna de Sabin.

OPV2: Serotipo vacunal oral contra la poliomiélitis que contiene el serotipo 2

mOPV: Vacuna monovalente oral contra la poliomiélitis que contiene solo un tipo

bOPV: Vacuna bivalente oral contra la poliomiélitis que contiene virus Sabin serotipo 1 y 3.

tOPV: Vacuna trivalente oral contra la poliomiélitis que contiene virus Sabin de los serotipos 1,2 y 3.

PFA: Parálisis Flácida Aguda

PCR: por sus siglas en inglés Polymerase Chain Reaction o reacción en cadena de la polimerasa

PV: Poliovirus

RSI: Reglamento Sanitario Internacional

SPP: Síndrome postpolio

VDPV: Poliovirus derivado de la vacuna

WPV: Poliovirus Salvaje

Prólogo

El Ministerio de Salud de Costa Rica elaboró este protocolo, a partir de lo dispuesto en la Ley N.º 5395 “Ley General de Salud” y los Decretos Ejecutivos, N.º 34038-S “Reglamento Sanitario Internacional” y N.º 40556-S “Reglamento de Vigilancia de la Salud”; considerando la relevancia de este evento en la población para la Salud Pública.

Alcance y ámbito de aplicación

La aplicación de este protocolo es obligatoria, el ámbito incluye establecimientos públicos, privados y mixtos, que brinden funciones de atención directa e indirecta a las personas. La implementación la realizarán los encargados de vigilancia epidemiológica, y todo funcionario de salud, que requiera seguir las indicaciones descritas en este protocolo.

La vigencia de este protocolo es por cinco años a partir de su publicación y la versión vigente se publicará en la página web del Ministerio de Salud y se socializará con todas las instituciones involucradas.

Antecedentes

La poliomiélitis hace 30 años paralizaba a casi 1000 niños cada día en 125 países del mundo. Gracias a los esfuerzos sostenidos de vacunación, la vigilancia epidemiológica y las medidas de contención del poliovirus, entre otras acciones, esta cifra ha disminuido de forma significativa. Sin embargo, aún queda mucho por hacer para lograr la erradicación total de la enfermedad.

A nivel mundial, en 1999 se detectó el último caso de poliomiélitis causado por el poliovirus salvaje tipo 2 (WPV2), y en 2015 este fue declarado erradicado. Por su parte, el último caso de poliovirus salvaje tipo 3 (WPV3) se registró en 2012, y su erradicación fue oficializada en 2019. No obstante, el poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) continúa siendo endémico en Afganistán y Pakistán. En febrero de 2022, se identificó una cepa del WPV1 en Malawi (sureste de África), genéticamente relacionada con las cepas circulantes en Pakistán y Afganistán.

Los países de las Américas en 1985 establecieron la meta de erradicar la polio en la Región, alcanzándola de manera satisfactoria para 1991, año en que se registró el último caso de poliomiélitis en Perú. A partir de 1994, América fue certificada como Región libre de la circulación de poliovirus salvaje. (OPS/OMS, 2017).

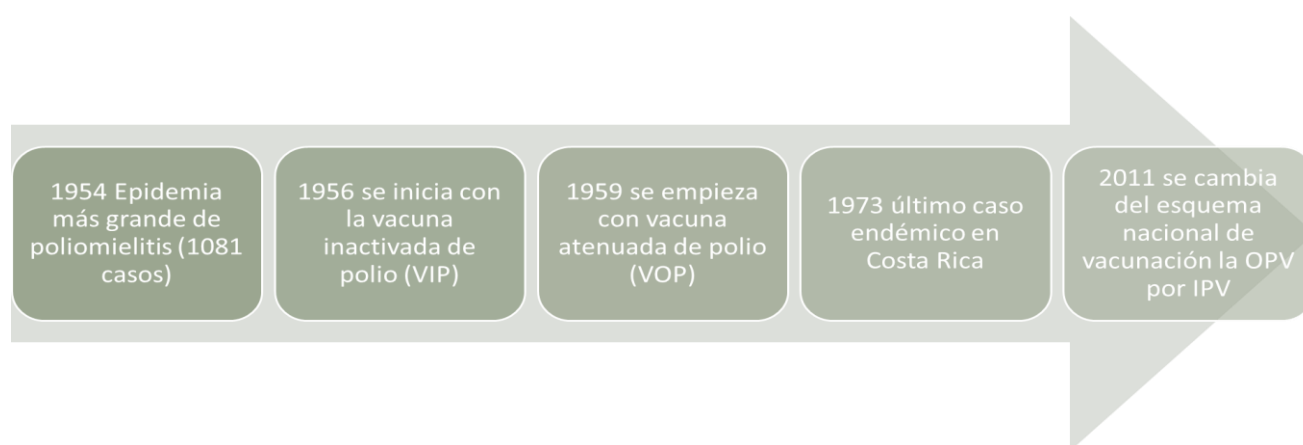
En julio de 2022, se detecta en el condado de Rockland, Nueva York, Estados Unidos, un caso de poliomiélitis en un adulto no vacunado causado por poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV), provocando que se declare un estado de alerta que lleva a estudios ambientales y a la detección de cVDPV en aguas residuales de Nueva York y Canadá. En marzo de 2023, Perú confirmó un caso de poliomiélitis derivado de la vacuna en un niño de una comunidad indígena de la Amazonía, sin antecedentes de vacunación. Este caso, un niño de 14 meses con parálisis flácida aguda, generó preocupación por la vulnerabilidad de poblaciones marginadas y la necesidad de fortalecer la vacunación regular.

Las cepas circulantes de vacuna son un estado de preocupación a nivel mundial, que ha llevado a hacer el cambio de la vacuna viva atenuada contra polio (OPV) por la inactivada (IPV), en un esquema único o mixto, para evitar esta mutación de la cepa vacunal que produce la enfermedad en poblaciones vulnerables.

En Costa Rica, esta enfermedad se presentaba en pequeños brotes hasta el año 1936, en que se registró la primera epidemia, con 17 casos. En el periodo de 1936 y 1973 se presentaron 11 epidemias, donde la más severa se presentó en 1954 con 1081 casos. En 1956 se iniciaron una serie

de campañas de vacunación antipoliomielítica y programas permanentes de inmunización contra la polio, que lograron altas coberturas y permitieron la erradicación de la enfermedad en el territorio nacional. El último caso confirmado en el país se dio en 1973. En el año 2011 se hizo el cambio de Vacuna Oral de Polio (OPV) a Vacuna Inactivada de Polio (IPV), aumentando una dosis en el esquema básico de vacunación quedando 2-4-6 meses, y dos refuerzos: uno al año y tres meses y el otro a los 4 años.

Figura 1: Aspectos históricos de poliomiélitis en Costa Rica, 1954-2011.



Fuente: Equipo Técnico Nacional para la vigilancia de poliomiélitis, 2025

Las coberturas de vacunación para la Polio en el período 2020-2024, fueron mayores al 90 %, se pueden observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Costa Rica: Cobertura nacional de vacunación para IPV1 e IPV2 en menores de 1 año, 2020-2024

Dosis	2020	2021	2022	2023	2024
IPV 1	99,97	93,30	93,17	96,63	97,74
IPV 2	96,7	96,91	93,88	105,95	98,56

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2025.

En 2019, Costa Rica recibió el reconocimiento de la OPS/OMS tras la aprobación del informe de contención de poliovirus, en el cual se declaró que no existen en el país instalaciones o laboratorios que almacenen materiales con poliovirus de los tipos 1, 2 y 3, ni cepas vacunales tipo Sabin. Esta declaración representa un paso importante para minimizar el riesgo de liberación accidental del poliovirus desde instalaciones nacionales.

El país mantiene una vigilancia constante de las Parálisis Flácidas Agudas condición característica de la enfermedad que afecta principalmente a menores de 15 años, con el fin de detectar la introducción de casos importados y su intervención inmediata, continua el trabajo en la mejora de las coberturas de vacunación en todos los distritos del país y fortaleciendo la coordinación interinstitucional, para dar respuesta tanto a un caso sospechoso como a uno importado.

Objetivos

Objetivo general

Proporcionar el procedimiento estandarizado de vigilancia epidemiológica, que orienten al personal de salud público y privado para identificar y vigilar los casos de PFA en menores de 15 años o personas que cumplan con criterios clínicos de la enfermedad, con el fin de hacer la detección oportuna de la circulación del virus de la polio, virus vacunales o sus derivados, para realizar la investigación y medidas de control, que permita mantener la condición de país libre de poliomieltis.

Objetivos específicos

- Establecer un sistema de vigilancia sensible para captar todo caso sospechoso de PFA y diagnósticos diferenciales semejantes en población menor de 15 años que se identifiquen en el país por la vigilancia activa o por la búsqueda activa de casos.
- Detectar, notificar, recolectar las muestras para diagnóstico de laboratorio y efectuar la investigación epidemiológica del caso y el trabajo de campo respectivo, para confirmar oportunamente la circulación del virus salvaje, virus derivado de la vacuna o virus vacunal de la poliomieltis.

- Sensibilizar al personal de salud público y privado sobre la importancia de este sistema de vigilancia epidemiológica, y definir el papel que le corresponde a cada una de las partes involucradas en el proceso.
- Cumplir con los indicadores nacionales e internacionales establecidos para la vigilancia de la PFA y mantener la certificación de la eliminación de la poliomielitis en nuestro país.

Descripción de la Poliomielitis

Enfermedad viral aguda con 3 serotipos de poliovirus, todas producen un espectro de manifestaciones que puede variar desde una infección asintomática, meningitis, hasta formas paralíticas severas que pueden llevar a la muerte. Más de 95% de las infecciones por poliovirus ocurridas naturalmente son subclínicas y el 1% puede desarrollar polio paralítico.

La poliomielitis aguda clínica tiene dos fases distintas:

-Enfermedad menor con un periodo de incubación de 3 a 7 días, consistente en viremia, síntomas no específicos como fiebre, dolor de cabeza, malestar de la garganta, anorexia o una enfermedad diarreica, estos síntomas resuelven en uno o dos días.

-Enfermedad mayor que inicia después de la enfermedad menor, solo entre 0,1 y 1% de los infectados, está asociada a síntomas de afección del sistema nervioso central, que, incluyen fiebre, dolor de cabeza, vómito y meningitis, en esta fase se produce la parálisis flácida aguda.

La Parálisis Flácida Aguda que causa el virus polio se define como la pérdida parcial o total de la capacidad para realizar movimientos voluntarios, de aparición abrupta y progresiva, alcanza su nivel más alto de afectación de dos a tres días, la parálisis flácida es asimétrica principalmente proximal, mialgias fuertes con tono muscular disminuido o ausente en la extremidad afectada, los músculos no presentan rigidez ni espasticidad, acompañado de disminución o pérdida de reflejos tendinosos profundos, la sensibilidad se conserva y las paresias pueden tener una duración desde varias horas hasta varios días. Los nervios craneales pueden afectarse en 5 a 35% de los casos paralíticos (poliomielitis bulbar), puede afectar movimientos involuntarios como los respiratorios,

deglutorios y oculares. El fallo respiratorio por la parálisis de los músculos intercostales y del diafragma representa la complicación más seria de la poliomiелitis paralítica.

La ubicación de la parálisis depende de la localización de la destrucción neuronal y su persistencia por más de 60 días puede indicar parálisis permanente.

Tabla 2. Descripción General de la Poliomiелitis

Aspecto	Descripción
Agente etiológico	Poliovirus tipo 1, 2 y 3 (familia Picornaviridae, género Enterovirus) Todos los serotipos pueden causar parálisis.
Modo de transmisión	Fecal- oral común en países con saneamiento deficiente. Secreciones faríngeas por diseminación oral-oral de persona a persona.
Periodo de incubación	De 7 hasta 14 días y puede variar hasta 30 días.
Periodo de transmisibilidad	Persiste de 1 a 2 semanas en faringe, después de la infección. Se multiplica en intestino y es excretado en las heces de 3 a 6 semanas. Esto puede presentarse en casos clínicos o asintomáticos. El poliovirus es demostrable en las secreciones faríngeas después de 36 horas de la exposición a la infección y en las heces después de 72 horas, tanto en los casos clínicos como en los asintomáticos
Susceptibilidad	La población susceptible es la no inmunizada o con esquemas incompletos de vacunación.
Patogénesis	La boca es el punto de entrada común. El virus se multiplica primero en los ganglios linfáticos de la faringe y sistema gastrointestinal, y generalmente está presente en la faringe y heces antes de la enfermedad paralítica. Una vez en el interior del organismo, el virus invade el tejido linfoide local, ingresa al torrente sanguíneo y en ciertos tipos de células nerviosas para multiplicarse en su interior, y dañarlas o destruirlas por completo.
Reservorio	El hombre es el único reservorio del virus.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (31 julio, 2025).

En el 25- 40 % de las personas que padecieron de poliomiélitis pueden desarrollar posteriormente entre 15 a 40 años, un trastorno neurológico denominado síndrome postpolio (SPP), estas personas no son infecciosas, pero presentan debilidad y dolores musculares, fatiga y episodios de parálisis. Los síntomas pueden ser graduales y progresivos, e incluyen atrofia muscular, problemas para deglutir y respirar e intolerancia al frío.

Diagnóstico diferencial

En población menor de 15 años se estudia toda parálisis flácida que no se deba a traumatismos graves, sin embargo, se deben de tomar en cuenta otras enfermedades de características muy similares a la poliomiélitis, enumeradas en la Tabla 3.

Tabla 3. Diagnósticos diferenciales de poliomiélitis en población menor de 15 años

Diagnóstico	Código CIE 10
Síndrome Guillain-Barré	G61.0
Ataxia cerebelosa de iniciación temprana	G 11.1
Mielitis transversa aguda	G37.3
Encefalitis, mielitis y encefalomiélitis, no especificadas	G04.9
Polineuropatía inflamatoria, no especificada	G61.9
Polineuropatía, no específica	G62.9
Polineuropatía debido a otro agente tóxico	G62.2
Neuropatía Autónoma Periférica Idiopática	G90.0
Encefalitis viral no especificada (Meningoencefalitis)	A86.X
Otras infecciones virales especificadas del Sistema Nervioso Central	A88.8
Otras miopatías especificadas	G72.8

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, edición 2018 (CIE-10).

En caso de que el médico tenga una firme presunción de poliomieltis independientemente de la edad, debe notificar la sospecha por el código de CIE establecidos o vigentes, estos casos deben investigarse exhaustivamente y notificar bajo los siguientes diagnósticos:

- **A80.0** Poliomieltis aguda parálitica, asociada a vacuna
- **A80.1** Poliomieltis aguda parálitica, debido a virus salvaje importado
- **A80.2** Poliomieltis aguda parálitica debida a virus salvaje autóctono
- **A80.3** Otras poliomieltis agudas paráliticas, y las no especificadas
- **A80.4** Poliomieltis aguda no parálitica
- **A80.9** Poliomieltis aguda, sin otra especificación

Contenido Técnico

Definiciones operativas de caso

El país utiliza las definiciones de caso para la vigilancia de poliomieltis las recomendadas por OPS-OMS, se detallan a continuación en Tabla 4.

Tabla 4. Definiciones operativas de caso de Poliomieltis

Aspecto	Descripción
Caso sospechoso	Toda persona menor de 15 años que presente un inicio súbito de parálisis flácida aguda o debilidad muscular, por cualquier razón excepto un traumatismo grave. Toda persona de cualquier edad que el médico tratante sospeche de poliomieltis.
Caso confirmado	Caso sospechoso con enfermedad parálitica aguda con o sin parálisis residual, y que se aíse poliovirus salvaje en las heces del caso o de sus contactos cuando no se pudo recolectar la muestra del caso.
Caso compatible	Es una falla en el sistema de vigilancia: -Caso sospechoso de poliomieltis en el que no se obtiene muestra adecuada de heces, durante los 14 días de inicio de la parálisis residual, compatible con las secuelas de la poliomieltis al seguimiento de los 60 días y no se logra imputar otra enfermedad, o caso sin muestra con falta de seguimiento o defunción. Si la vigilancia epidemiológica es óptima, la proporción de estos casos debe ser pequeña.

Caso descartado	Caso sospechoso de poliomielitis en el cual no se encuentra poliovirus en una muestra adecuada de heces.
Caso posvacunal	Caso con enfermedad paralítica aguda con aislamiento de virus vacunal (VOP) en una muestra adecuada de heces y que reúne los siguientes requisitos: -Caso con clínica típica de poliomielitis. -Antecedente de VOP entre 4 y 40 días antes del comienzo de la parálisis. -Presenta secuela neurológica compatible con poliomielitis 60 días después del inicio del déficit motor y que las secuelas no son imputables a otra enfermedad.
Caso asociado a poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV)	Persona con parálisis flácida aguda por poliovirus circulante derivado de vacuna o cVDPV, (virus de la cepa vacunal de Sabin con un gran número de cambios de nucleótidos que indican circulación independiente).
Caso asociado a poliovirus derivado de vacuna en persona inmunocomprometida	Persona con parálisis flácida aguda por poliovirus derivado de la vacuna relacionado con una inmunodeficiencia (iVDPV), es un tipo de polio derivado de la vacuna que se desarrolla en personas con sistemas inmunitarios débiles, las cuales no pueden eliminar la infección del virus vacunal. Estas personas excretan el virus durante un tiempo prolongado, lo que puede llevar a la reintroducción del poliovirus en la comunidad. La aparición de iVDPV es muy rara y ha habido pocos casos documentados a nivel mundial.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. 2024. Guía Global para conducir la vigilancia de la PFA en un contexto de la Erradicación

Procedimientos de Vigilancia Epidemiológica

Tabla 5. Procedimientos de vigilancia epidemiológica para estudio de las PFA

Detección de casos	La detección de casos sospechosos se puede dar en los servicios de salud públicos y privados y en la comunidad. El médico del establecimiento de salud que atiende el caso sospechoso debe elaborar la historia clínica, realizar el examen físico, hacer la notificación mediante la VE-01, llenar la ficha de Investigación con los datos accesibles en ese momento e indicar la recolección de las dos muestras de heces, la cual debe ser referida de inmediato al INCIENSA. La detección se realiza por vigilancia pasiva o activa, cuando una persona cumple con la definición de caso sospechoso.
Notificación	Todo caso sospechoso debe ser reportado al Ministerio de Salud en las primeras 24 horas.

	<p>Se debe completar la Boleta de notificación VE-01 (Anexo 1), la cual debe seguir el flujo de información establecido en el Reglamento de Vigilancia de la Salud vigente.</p> <p>Los servicios de salud públicos y privados deben seguir el flujo interno establecido, y notificar al ente rector. Estos eventos se clasifican dentro del Grupo A de notificación obligatoria.</p>
Laboratorio	<p>Las muestras adecuadas para el diagnóstico son las heces.</p> <p>Recolectar dos muestras de heces en cantidad suficiente (mitad del frasco de heces), con intervalo de 24 horas entre cada una, durante los primeros 14 días del inicio de la parálisis. Conservar en refrigeración.</p> <p>Ver detalle en apartado de laboratorio.</p>
Investigación	<p>Todo caso sospechoso se debe investigar dentro de las primeras 24 horas de notificado, se debe completar la información de la ficha de investigación y realizar las acciones correspondientes:</p> <p>Barrido 500 metros a la redonda.</p> <p>Lista de contactos directos con sus antecedentes vacunales y presencia o ausencia de síntomas.</p> <p>Se realizará revisión del expediente clínico u otros registros, entrevista al caso y al padre o persona encargada, historial de viaje y rutas de desplazamiento, entrevistas al personal de atención, visitas domiciliarias, entrevista al grupo familiar y social según corresponda.</p> <p>Si al caso sospechoso no se le pudo recoger las muestras adecuadas en los primeros 14 días desde el inicio de la parálisis, durante la investigación se debe de garantizar la toma de muestras a 3 contactos directos y se procederá a la toma de la muestra del caso, entre los 14 y 60 días de evolución, donde la probabilidad de aislar el poliovirus es menor.</p> <p>Los responsables de esta investigación estarán a cargo del equipo de vigilancia epidemiológica local de la CCSS si el caso es detectado en los establecimientos de salud públicos y los trabajadores del Ministerio de Salud local lo realizaran en caso de que la notificación sea realizada por un establecimiento de salud privado. Posterior al egreso se debe mantener coordinación interinstitucional según sea necesario hasta el cierre del caso.</p> <p>La información se debe compartir siguiendo el flujo establecido en el nivel local, de este al regional y de ahí a la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud y al Subárea de Vigilancia Epidemiológica del nivel central de la CCSS.</p>

	Toda la información recolectada durante la investigación se debe de incluir en uno o varios informes diarios desde la detección hasta completar la investigación, que incluya información relevante del caso, como: historia clínica y examen físico, lista de contactos (nombre completo, dirección de residencia, teléfonos y correos) y sus antecedentes personales; historial de viajes, el historial vacunal y resultados del barrido.
Documentos necesarios con todo caso	La boleta de notificación VE.01, la ficha de investigación completa, los resultados de laboratorio, informe de caso (preliminares o final) según corresponda y el Informe de seguimiento a los 60 días.
Seguimiento de caso a los 60 días	Todo caso sospechoso se debe valorar por un médico de atención a los 60 días de la fecha de inicio de la parálisis, para determinar atrofia y parálisis residual, o la ausencia de estos diagnósticos, debe de ser evidenciado en el expediente de salud del usuario. Se debe coordinar la visita al lugar de residencia del paciente o citar en un establecimiento de salud público o privado según corresponda. Para este seguimiento se debe de hacer un informe de seguimiento de 60 días.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. 2024. Guía Global para conducir la vigilancia de la PFA en un contexto de la Erradicación

Notificación negativa

Todo ente notificador que no haya detectado eventos que están eliminados o en proceso de eliminación tales como polio, sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita, tétano y tétano neonatal, entre, otros deben realizar la notificación negativa al Ministerio de Salud. Todo ente notificador que no haya detectado estos eventos bajo vigilancia debe realizar la notificación negativa cumpliendo con el flujo de información establecido a nivel nacional a través del Decreto de Vigilancia. Los entes notificadores enviarán su información los lunes de cada semana por correo electrónico (ver anexo Boleta de Notificación Negativa, tabla excel) a la Dirección del Área Rectora de Salud (DARS) correspondiente. Dicha DARS se responsabilizará de hacer llegar la información los martes al nivel regional los cuales a su vez remitirán el consolidado de sus entes notificadores los jueves a la Dirección de Vigilancia de la Salud. En el país el sistema de vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda trabaja con la red conformada por unidades notificadoras de los Establecimientos de Salud públicos y privados, para el reporte negativo semanal y la captación de los casos hasta su cierre.

Consideraciones generales de gestión epidemiológica

1. Reuniones mensuales para valoración de casos de PFA, consideraciones respecto a la documentación de los casos, análisis para cierre preliminar de casos por equipo técnico nacional.
2. Solicitud trimestral a los coordinadores de vigilancia regional para completar datos como VE-01, FIE, Investigación de campo, resultados de exámenes, seguimiento a los 60 días y evidencias documentales con criterios médicos de resultados que fortalezcan el diagnóstico final.

Clasificación final de los casos una vez recibida y revisada la información del caso enviada por los niveles regionales y locales, la Comisión Técnica de Polio realiza el cierre de los casos, y se envía a los organismos internacionales, según los compromisos de país.

El cierre de los casos se enviará al nivel regional tres veces durante el año (cada cuatrimestre) con el cierre de estos.

Búsquedas activas de casos de poliomieltis

La búsqueda activa es un instrumento de control de calidad de la vigilancia epidemiológica de rutina, pues permite detectar casos de enfermedades prevenibles por vacunación (EPV) que, por cualquier razón pueden no haber sido notificados al sistema. Tradicionalmente, la búsqueda activa se ha implementado de forma individual para documentar la ausencia o presencia de casos de parálisis flácida aguda (PFA) durante la vigilancia de rutina.

La búsqueda activa no sustituye la vigilancia de rutina porque no permite una notificación oportuna de los casos. Su implementación contribuye a identificar oportunidades de mejora en los niveles locales con el objetivo de incrementar la detección y notificación de los casos al sistema de vigilancia del país.

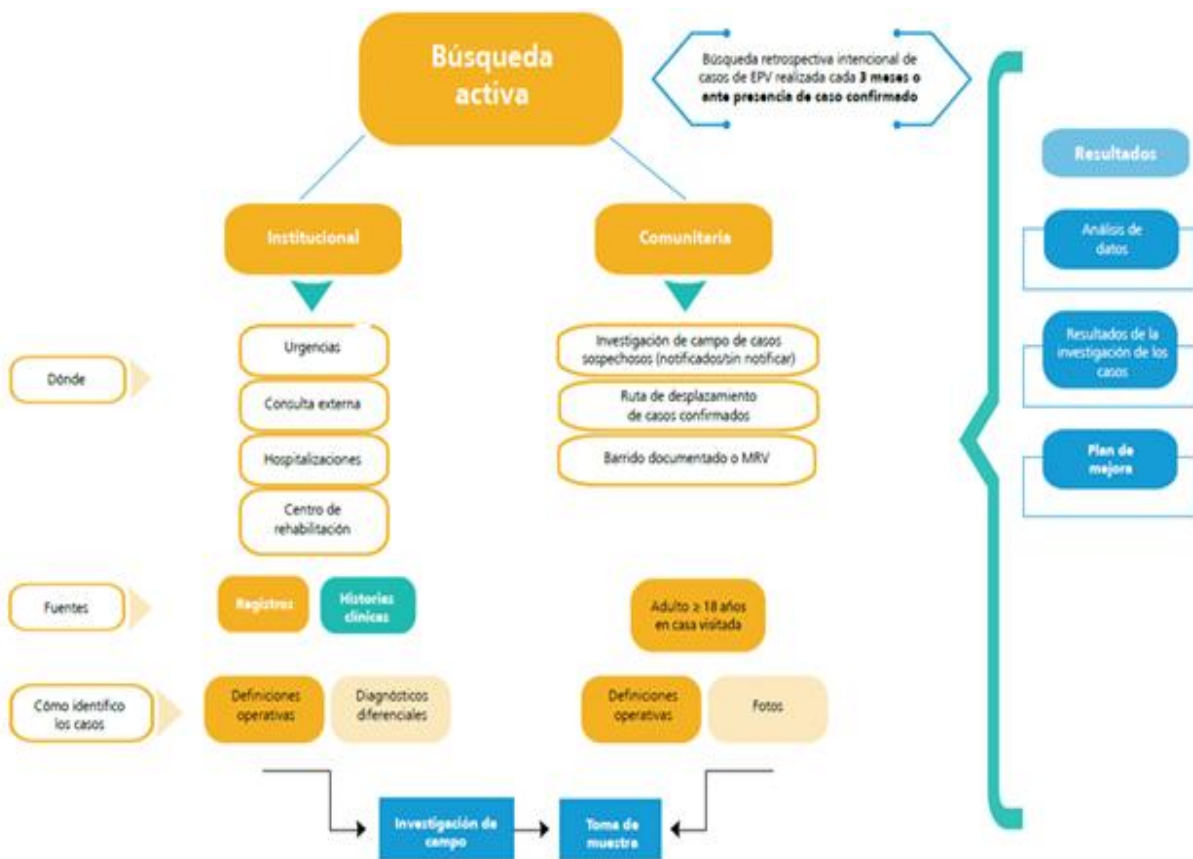
Se debe implementar la búsqueda activa en los siguientes escenarios :

- No hay notificación de casos sospechosos al sistema de vigilancia o incumplimiento de la tasa de notificación anual para PFA.

- En áreas donde se registran bajas coberturas de vacunación.
- Áreas con presencia de población migrante (temporal, en tránsito o permanente), barrios marginales o comunidades indígenas, comunidades fronterizas.
- Presencia de una elevada afluencia de turistas o destinos de ecoturismo.

La búsqueda activa debe ser realizada por el personal de salud, con el apoyo de un equipo de salud multidisciplinario conformado por profesionales de las áreas de vigilancia epidemiológica, inmunizaciones, atención primaria de la salud y laboratorio de los diferentes niveles del sistema de salud.

Figura 2. Mapa conceptual de las búsquedas activas para enfermedades prevenibles por vacunación



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. (2025). Orientaciones para la búsqueda activa de casos de parálisis flácida aguda, sarampión y rubéola.

Figura 3. Estudio de casos de parálisis flácida aguda encontrados durante la búsqueda activa según la fecha de inicio de la parálisis.

Inicio de parálisis: ≤ 14 días	Inicio de parálisis: > 14 días y < 60 días	Inicio de parálisis: ≥ 60 días y ≤ 6 meses	Inicio de parálisis: > 6 meses
<ul style="list-style-type: none"> Realizar investigación del caso de PFA Recolectar muestras de heces 	<ul style="list-style-type: none"> Registrar la información en "Casos de PFA no registrados" Realizar la investigación del caso de PFA Recolectar muestras de heces Adicionalmente, realizar: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recolección de muestras de contactos de PFA ✓ Seguimiento a los 60 días 	<ul style="list-style-type: none"> Registrar la información en "Casos de PFA no registrados" Realizar investigación del caso de PFA No recolectar muestras de heces en casos de PFA con > 60 días desde el inicio de la parálisis, incluyendo a sus contactos Realizar el seguimiento para la valoración de las secuelas 	<ul style="list-style-type: none"> Registrar la información en "Casos de PFA no registrados" No realizar la investigación del caso de PFA No recolectar muestras de heces en casos de PFA con > 6 meses desde el inicio de la parálisis, incluyendo a sus contactos Realizar la valoración de las secuelas

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. (2025). Orientaciones para la búsqueda activa de casos de parálisis flácida aguda, sarampión y rubéola.

Las búsquedas activas para polio se clasifican:

Búsqueda activa institucional (BAI): investigación intencionada de casos sospechosos de poliomieltis en los establecimientos de salud públicos y privados, que el Sistema de Vigilancia Epidemiológica no detectó en los últimos sesenta días, con el fin de captarlos y tomarles de muestras serológicas. (Anexo 6)

Búsqueda activa comunitaria (BAC): investigación de casos sospechosos, según criterios de tiempo, lugar y persona, mediante entrevistas con líderes comunales, autoridades, profesores, párrocos, padres de familia, y otros actores sociales en visitas domiciliarias, centros de educación, centros de trabajo y otros. (Anexo 6)

Aspectos de laboratorio

El laboratorio desempeña una función primordial en la vigilancia de las PFA, porque los resultados confirman o descartan un caso de poliomieltis. El análisis de las muestras de cada caso sospechoso

se realiza en los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC) en coordinación con el Centro Nacional de Referencia Virología (CNRV).

Materiales necesarios

- Recipientes de plástico limpios con tapa de rosca de boca ancha con cucharilla
- Bolsa plástica con cierre hermético.
- Marcador permanente para rotulación del nombre e identificación del paciente.



Tipo de muestra

El tipo de muestra adecuada para el diagnóstico de polio son las **heces**, ya que este virus es un enterovirus cuya multiplicación y excreción es intestinal.

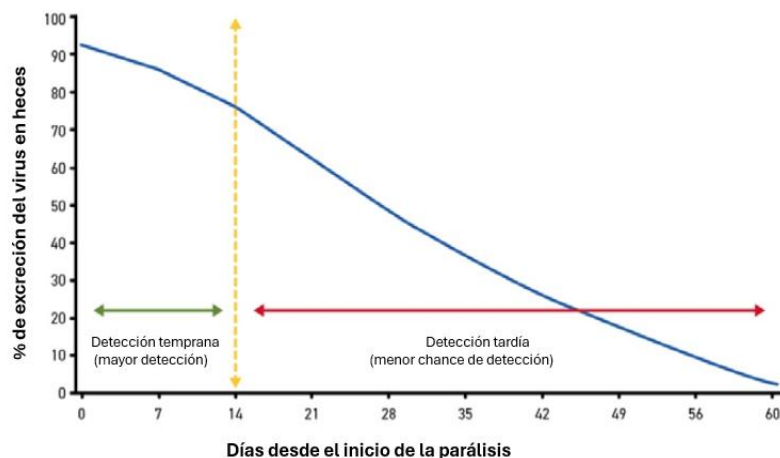
Se considera una muestra adecuada las muestras recogidas en los primeros 14 días de parálisis o debilidad muscular, muestras con suficiente cantidad para realizar el análisis (llenar mínimo la mitad del frasco con heces) y conservadas en refrigeración o en frío desde su recolecta hasta su llegada al laboratorio de referencia.

Indicaciones de toma de la muestra en un caso sospechoso

Se recolectan 2 muestras de heces durante los primeros 14 días siguientes del inicio de la parálisis, ideal con un intervalo de 24 horas entre la primera y la segunda muestra. El objetivo es recolectar 2 muestras en diferentes días.

La excreción del virus es intermitente, por eso es necesario recolectar las dos muestras con 24 horas de diferencia entre cada una. La excreción es más intensa durante las dos primeras semanas desde el inicio de la parálisis, por tanto, es necesario recolectar las heces lo más pronto posible, entre más rápido más cantidad de virus es excretado y se facilita el diagnóstico.

Figura 4. Detección del poliovirus en muestras de heces humanas



Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2024). Orientación global para la realización de la vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) en el contexto de la erradicación del poliovirus

Las heces se recolectan en un recipiente plástico limpio de boca ancha con tapa de rosca preferiblemente con cucharilla, rotulado previamente.

-Indicar al paciente que debe defecar en un bidé limpio o similar.

-Recolectar cantidad suficiente de heces (mitad del frasco) con la cucharilla sin contaminar la parte externa del recipiente.

-Tapar bien enroscando la tapa al frasco e introducirlo en una bolsa plástica de cierre hermético, y cerrarla bien.

Recolección de muestra en pacientes con estreñimiento o que han fallecido

Si el paciente no puede defecar como sucede mucho en estos casos, se puede recolectar las heces utilizando un supositorio de glicerina, lo cual no altera el resultado del examen de laboratorio.

En caso de que el paciente fallezca, se deben obtener muestras del contenido intestinal o heces casi formadas lo más pronto posible después del fallecimiento.

Toma de muestras a contactos

Si al caso sospechoso de PFA no se logra recolectar las muestras de heces en los primeros 14 días, de manera excepcional, se puede recolectar heces del paciente hasta 60 días. Además, se requiere recoger muestras de heces a tres o más niños contactos del caso, en los 30 días precedentes y verificar el antecedente vacunal de los contactos. El equipo técnico nacional por lo general indicará

tomar muestras de contactos cuando considere que el caso sospechoso posee características clínicas o epidemiológicas que permitan creer que es un caso verdadero de poliomielitis (fiebre alta, parálisis flácida aguda asimétrica, etc.), o cuando se informe más de un caso sospechoso en la comunidad.

Figura 4. Recolección de heces basado en el inicio de los síntomas

Inicio de Parálisis ≤ 14 días	Inicio de Parálisis ≥ 14 días y menos de 60 días	Inicio de Parálisis ≥ 60 días
<ul style="list-style-type: none"> • Recolectar 2 muestras de heces adecuadas, con intervalo de 24 horas entre cada una. • Realizar investigación epidemiológica • Seguimiento del caso a los 60 días. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recolectar 2 muestras de heces adecuadas, con intervalo de 24 horas entre cada una. • Recolectar muestras de heces a contactos del caso, niños preferiblemente menores de 5 años, no vacunados con vacuna oral recientemente. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se recolectan muestras ni al caso ni a los contactos. • Realizar investigación epidemiológica. • Seguimiento del caso a los 60 días.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2024). Orientación global para la realización de la vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) en el contexto de la erradicación del poliovirus

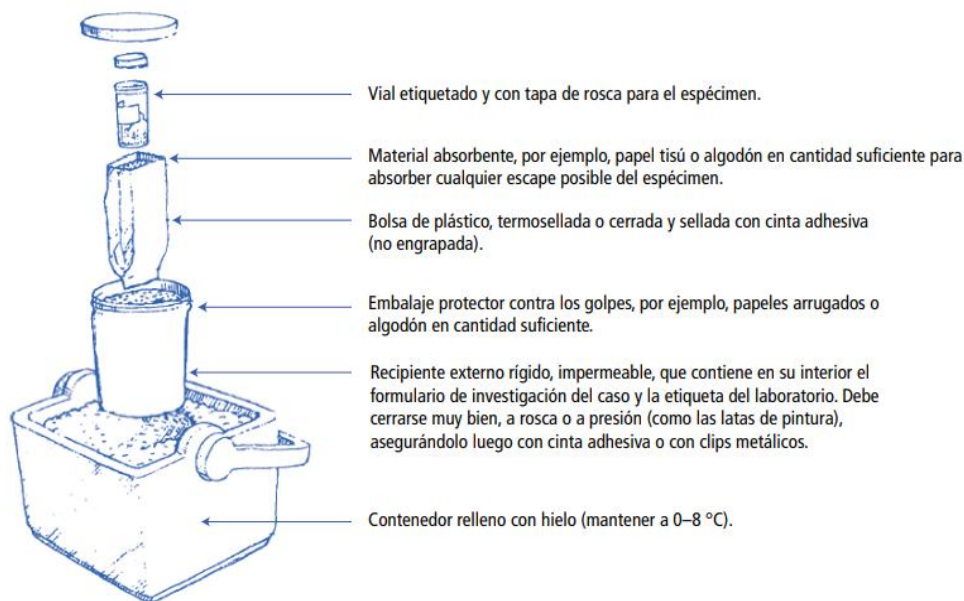
Conservación y transporte de muestra

El laboratorio local debe conservar la muestra en refrigeración y transportarla en frío con paquetes de gel congelados. Se debe enviar al CNRV del INCIENSA en las primeras 24 horas.

Cada muestra tomada debe ser enviada, no acumular muestras para hacer el envío, deben acompañarse de la boleta de laboratorio Incienssa R85 Solicitud diagnóstica con toda la información necesaria (Anexo 4).

La boleta se coloca en un sobre separado por fuera de la hielera, de modo que no entre en contacto con las muestras.

Figura 5. Embalaje para transporte de las muestras de heces al laboratorio de referencia.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. (2005). Guía práctica para la erradicación de la poliomielitis (3a ed.)

Pruebas diagnósticas

El CNRV realiza el tamizaje de todos los casos sospechosos de PFA, mediante reacción en cadena de la polimerasa o PCR tiempo real para enterovirus. Sin embargo, el diagnóstico lo realiza el CDC utilizando el aislamiento viral, PCR y secuenciación.

El diagnóstico de laboratorio permite realizar un estudio intra-típico y genético del poliovirus ya sea 1, 2 y 3, e identificando si es un virus salvaje, vacunal tipo Sabin, o es un virus circulante derivado de la vacuna, entre otros.

Estándares básicos para la respuesta a eventos o brotes de poliovirus

1. La confirmación de un caso es considerada como un brote y un evento de salud pública, por lo que debe informarse al Centro Nacional de Enlace del RSI, Costa Rica.

2. Aislar el caso confirmado por laboratorio, durante el período necesario hasta contar con el resultado de tres muestras de heces negativas.
3. El aislamiento debe ser domiciliario, excepto si en el análisis integral evidencia que no se puede garantizar las medidas de higiene, prevención y contención, en este caso se debe analizar las posibles opciones para un aislamiento hospitalario, consensado con las autoridades de salud.
4. Las excretas deben ser depositadas en una bolsa de desechos biopeligrosos e incinerar con medidas de bioseguridad.
5. Se debe intensificar la vigilancia epidemiológica en todos los niveles de gestión. Los procedimientos de respuesta para cada caso específico se realizarán según las características del área geográfica afectada, se debe analizar tomando en cuenta las coberturas de vacunación, la notificación y los resultados de la investigación (referente al caso, contactos, lugares de desplazamiento y origen de contagio).
6. La vacunación se realizará según indicaciones técnicas de la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, equipo técnico nacional, y autoridades de salud, con base en la información presentada. Las autoridades realizan a la OPS/OMS la solicitud de las vacunas en caso de ser necesario.
7. La comunicación de riesgo se realizará en coordinación con el equipo técnico nacional y el Ministerio de Salud será el responsable de la ejecución de las estrategias de comunicación. La Caja Costarricense del Seguro Social, establecerá estrategias de comunicación a nivel institucional que faciliten el cumplimiento de sus funciones operativas de sus trabajadores, según corresponda.

Actividades para fortalecer la vigilancia durante un brote de poliovirus.

Vigilancia de la PFA:

- a. Aumentar la tasa de notificación nacional de casos sospechosos de parálisis flácida aguda no poliomiélica a > 3 por 100,000 niños <15 años por año.
- b. Asegurarse que se recolecten las muestras adecuadas a los casos sospechosos adicionales y contactos del caso positivo.
- c. Los niveles de gestión deben revisar, analizar y enviar sus informes de vigilancia de polio, incluyendo notificación negativa.

- d. Planificar Búsquedas Activas Comunitarias de manera regular, priorizando la investigación de zonas silenciosas dentro de las áreas afectadas por el brote o de alto riesgo.
- e. Garantizar la vigilancia rutinaria (pasiva).
- f. Realizar muestreo de contactos para todos los brotes de polio y entornos de alto riesgo de polio.
- g. Realizar capacitaciones de actualización sobre vigilancia de polio para los equipos de trabajo y establecimientos de salud públicos y privados y a nivel comunitario.
- h. Realizar informes de la situación según comportamiento del brote y un informe de cierre del brote.
- i. Evaluación de la respuesta al brote.

Vigilancia ambiental:

Ante un brote se debe coordinar la participación de instituciones nacionales que puedan realizar la vigilancia ambiental dependiendo del análisis de cada brote, tomando en consideración factores demográficos, aguas potables, residuales y aguas negras entre otras, priorizando áreas de brote y de alto riesgo.

Análisis de la información

El análisis e interpretación de la información se llevará a cabo en los tres niveles de gestión, con la participación de todos los actores en salud involucrados, con el fin de brindar la información oficial tanto a nivel nacional como internacional.

Recomendaciones a la población en general

La medida más efectiva para prevenir la poliomiélitis es la vacunación. Es fundamental que los padres y cuidadores revisen periódicamente el carné de vacunación de los menores y acudan a los centros de salud para completar las dosis necesarias.

La higiene personal juega un papel esencial en la prevención de esta enfermedad. Es importante lavarse las manos con agua y jabón con frecuencia, especialmente después de ir al baño o cambiar pañales y antes de preparar alimentos.

Indicadores de vigilancia ordinarios

El análisis e interpretación de la información se lleva a cabo en los 3 niveles de gestión con la participación de todos los actores en salud involucrados, contando con la información oficial a nivel nacional e internacional. Los indicadores de vigilancia son los siguientes:

Nombre del indicador	Información necesaria	Cálculo	Criterio de cumplimiento
Indicadores de monitoreo¹			
Porcentaje de establecimientos con notificación negativa semanal²	<ul style="list-style-type: none"> Catálogo de establecimientos públicos y privados que forman la red de notificación negativa señalan por área, región y país 	$\frac{\# \text{ de establecimientos con notificación negativa semanal}}{\text{Total, de establecimientos de la red de notificación}} \times 100$	> o = 90%
Porcentaje de casos notificados dentro de las 24 horas siguientes a la captación	<ul style="list-style-type: none"> Casos notificados en primeras 24 hrs Número de casos captados 	$\frac{\# \text{ de casos notificados en 24 horas siguientes a captación en menores de 15 años}}{\text{Total, de casos captados en menores de 15 años}} \times 100$	> o = 80 %
Tasa de PFA en menores de 15 años	<ul style="list-style-type: none"> Número de casos anuales de PFA Población menor de 15 años 	$\frac{\# \text{ de casos anuales de PFA en menores de 15 años}}{\text{Total, de menores de 15 años}} \times 100$	> o = 1 por 100.000 menores de 15 años
Porcentaje de casos investigados en las primeras 24 horas	<ul style="list-style-type: none"> Número de casos investigados en las primeras 24 horas notificados por los servicios de salud Total, de casos notificados 	$\frac{\# \text{ casos investigados en 24 hrs de notificación}}{\text{Total, de casos notificados}} \times 100$	> o = 80 %

Porcentaje de casos con muestras adecuadas de heces³	<ul style="list-style-type: none"> • N° de casos con muestra adecuada de heces • Total, de casos • Fecha de inicio de la parálisis • Fecha de obtención de la muestra • Fecha de envío de la muestra al laboratorio • Fecha de notificación 	$\frac{\# \text{ de casos con muestras adecuadas de heces} \times 100}{\text{Total, de casos}}$	$> 0 = 80\%$
Indicadores internos de evaluación de calidad			
Porcentaje de seguimiento de casos de PFA	<ul style="list-style-type: none"> • # de casos • Total, de casos en seguimiento a los 60 días 	$\frac{\# \text{ de casos con seguimientos a los 60 días} \times 100}{\text{Total, de casos}}$	100%
Porcentaje de cierre de casos	<ul style="list-style-type: none"> • Casos con diagnóstico de cierre • Total, de casos seguidos a los 60 días 	$\frac{\# \text{ de casos con diagnóstico de cierre a los 60 días} \times 100}{\text{Total, de casos seguidos a los 60 días}}$	100%
Porcentaje de los casos digitados completos en el Sistema de Información OPS para reporte de casos	<ul style="list-style-type: none"> • Casos con información completa • Total, de casos digitados 	$\frac{\# \text{ de casos digitados con información completa} \times 100}{\text{Total, de casos digitados}}$	100%

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. (2005). Erradicación de la poliomieltis: Guía práctica (Publicación Científica y Técnica No. 607). Washington, D.C.: OPS.

Bibliografía

Anta, M. Á. Z. (2024, marzo 1). Cómo reconocer clínicamente un caso de poliomieltis. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 31(3), 140–143.

Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomieltis. (2022). *Orientaciones para la implementación de la vigilancia de poliovirus en pacientes con inmunodeficiencias primarias (PID)*. <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2023/04/Orientaciones-para-implementar-vigilancia-PV-en-PID-ESP.pdf>

Marranghello, L. (1995). La erradicación de la poliomieltis en Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 4(6), 55–65. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-42582015000200006

Nakoulima, A. D., Zomahoun, L. D., Guèye, M. W., Diop, M., Ba Fall, K. M., & Fall, I. S. (2023, diciembre 1). Poliomieltis. *EMC - Pediatría*, 58(4), 1–13.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10)* [Décima revisión]. <https://icd.who.int/browse10/2019/es>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Public health management of facility-related exposure to live polioviruses*. <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/05/Public-Health-Management-of-Facility-related-Exposure-to-Live-Polioviruses-EN-20210520.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Plan de acción mundial de vigilancia de la poliomieltis 2022–2024*. <https://reliefweb.int/report/world/plan-de-accion-mundial-de-vigilancia-de-la-poliomieltis-2022-2024>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Polio vaccines: WHO position paper – June 2022*. *Weekly Epidemiological Record*, 97(25), 277–300. <http://www.who.int/wer>

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Global guidance for conducting acute flaccid paralysis (AFP) surveillance in the context of poliovirus eradication*. <https://iris.who.int/handle/10665/376603>

Organización Mundial de la Salud. (2025). *Global Polio Surveillance Action Plan 2025–2026*. <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2025/01/Global-Polio-Surveillance-Action-Plan-2025-2026.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Erradicación de la poliomieltis: Guía práctica* (Publicación Científica y Técnica No. 607). Washington, D.C.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Erradicación de la poliomieltis: guía práctica [Poliomieltis eradication: field guide]* (Publicación Científica y Técnica No. 607). Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/735>

Organización Panamericana de la Salud. (2022, septiembre 31). *La historia de la polio: de la erradicación a la reemergencia*. <https://www.paho.org/es/historias/historia-polio-erradicacion-reemergencia>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Plan de acción mundial de vigilancia de la poliomieltis 2022–2024*. OPS/OMS. Recuperado el 7 de agosto de 2025, de <https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-mundial-vigilancia-poliomieltis-2022-2024>

Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Orientaciones para la búsqueda activa de casos de parálisis flácida aguda, sarampión y rubéola*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/65623>

Organización Panamericana de la Salud. (2025, julio 31). *Poliomieltis*. <https://www.paho.org/es/temas/poliomieltis>


Organización Panamericana de la Salud (PAHO). (s.f.). *Respuesta ante un evento de detección de poliovirus y un brote de poliomieltis*. https://www.paho.org/sites/default/files/Polio_RespondingToPoliovirusEvent_Outbreak_SOPs.pdf

World Health Organization. (2023). *Field guidance for the implementation of environmental surveillance for poliovirus* [Internet]. Recuperado el 7 de agosto de 2025, de <https://www.who.int/publications/b/58136>

World Health Organization = Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Weekly Epidemiological Record = Relevé épidémiologique hebdomadaire* (Vol. 97, No. 25, pp. 277–300). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/357167>

Anexos

Anexo 1: Boleta de notificación VE-01

MINISTERIO DE SALUD, COSTA RICA- DVS				MINISTERIO DE SALUD	GOBIERNO DE COSTA RICA
BOLETA DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA VE-01					
Número de cédula o identificación		<input type="text"/>			
Nombre del paciente		<input type="text"/>			
Diagnóstico de notificación		<input type="text"/>			
Diagnóstico específico		<input type="text"/>			
Fecha inicio del evento / síntomas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		Día	Mes	Año	
Fecha de diagnóstico		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		Día	Mes	Año	
Sexo:		Etnia		<input type="text"/>	
Masculino		Femenino			
Fecha Nacimiento		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		Día	Mes	Año	
Edad Cumplida		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		Años	Meses	Días	
Nacionalidad:		Ocupación			
Nombre del padre, madre o encargado (solo en caso de menores de < 18 años, o persona con discapacidad)					
<input type="text"/>					
Residencia		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Provincia	Cantón	Distrito	Localidad
Dirección Exacta		<input type="text"/>			
Teléfono Casa / Celular		<input type="text"/>			
Lugar de Trabajo		<input type="text"/>			
Localización lugar Trabajo		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Provincia	Cantón	Distrito	Localidad
Lugar de ocurrencia		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Provincia	Cantón	Distrito	Localidad
Establecimiento que informa		<input type="text"/>			
Nombre de la persona que informa					
<input type="text"/>					
Firma de paciente:					
<input type="text"/>					
Para atender notificaciones					
Correo electrónico o fax:					
<input type="text"/>					

Anexo 2: Ficha de Investigación para Vigilancia Inmunoprevenibles de PFA- Poliomielitis

Ficha de Notificación e Investigación – PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA-POLIO

Llene esta ficha para toda persona menor de 15 años con parálisis flácida aguda, y para toda persona de cualquier edad en quien se sospeche poliomielitis

I IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Nombre del que notifica: _____		Detectado por:	
Teléfono del que notifica: _____		<input type="checkbox"/> Ebale	<input type="checkbox"/> Investigación de contactos
Notificado por: _____		<input type="checkbox"/> Urgencias	<input type="checkbox"/> Casos reportados en la comunidad
		<input type="checkbox"/> Salón-Hospital	<input type="checkbox"/> Otros _____
Fecha de Diagnóstico: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	Fecha de Notificación Local: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	Fecha de investigación de campo: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	Fecha de Notificación Nacional: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>
Tipo de establecimiento que notifica: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro, Especifique _____			

II INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nº de CASO:

Nombre y apellidos del Paciente: _____		Cédula o Identificación del paciente: _____	
Fecha nacimiento: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	Edad: Años ____ Meses: ____	Sexo: M () F ()	
Lugar de residencia del paciente: Dirección exacta: _____	Provincia: _____	Cantón: _____	Distrito: _____ Teléfono: _____
Ocupación: _____	Lugar de Trabajo o Estudio: _____	Nombre de la madre o encargado: _____	

III HISTORIA VACUNAL

Tipo de Vacuna	Número de dosis	Fecha de última dosis (Día / Mes / Año)	Fuente de información sobre la vacunación
<input type="checkbox"/> Vacuna Oral de Polio	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Desconoce	____/____/____	<input type="checkbox"/> Tarjeta de vacunación <input type="checkbox"/> Registro en servicio de salud <input type="checkbox"/> Verbal
<input type="checkbox"/> Vacuna Inactivada de Polio*	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Desconoce	____/____/____	
<input type="checkbox"/> Desconoce			

*En cualquier tipo de presentación

IV DATOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO	PRODRÓMOS	HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
Diagnóstico de Ingreso: _____	<input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Síntomas respiratorios <input type="checkbox"/> Síntomas digestivos <input type="checkbox"/> Mialgias <input type="checkbox"/> Signos meníngeos	Fecha de hospitalización: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	
Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>		¿Defunción?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce	
		Fecha de defunción: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	Causa básica de muerte: _____
PARÁLISIS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	LOCALIZACIÓN DE LA PARÁLISIS O DEBILIDAD MUSCULAR	REFLEJOS	SENSIBILIDAD
Fecha de inicio de parálisis: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	Brazo Derecho <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ausente
Progresión de la parálisis: <input type="checkbox"/> Ascendente <input type="checkbox"/> Decoendente	Brazo Izquierdo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ausente
Pares craneales afectados: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Pierna Derecha <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ausente
Músculos respiratorios afectados: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Pierna Izquierda <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ausente
Comentarios: _____			

V LABORATORIO

# Muestra	Tipo de muestra	Fecha de toma de muestra	Fecha de envío de la muestra al laboratorio	Fecha de recepción de la muestra en el laboratorio
<input type="checkbox"/> Primera	<input type="checkbox"/> Heces	___/___/___ <small>Día Mes Año</small>	___/___/___ <small>Día Mes Año</small>	___/___/___ <small>Día Mes Año</small>
Nombre de la persona que envía la muestra: _____				
ID de la muestra en el Lab.	Resultado en Lab. Nacional	Fecha de resultado	Resultado en Lab. de Referencia	Fecha de resultado
	<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Enterovirus No Polio <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Sabin	___/___/___ <small>Día Mes Año</small>	<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Enterovirus No Polio <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Sabin	___/___/___ <small>Día Mes Año</small>

# Muestra	Tipo de muestra	Fecha de toma de muestra	Fecha de envío de la muestra al laboratorio	Fecha de recepción de la muestra en el laboratorio
<input type="checkbox"/> Segunda	<input type="checkbox"/> Heces	___/___/___ <small>Día Mes Año</small>	___/___/___ <small>Día Mes Año</small>	___/___/___ <small>Día Mes Año</small>
Nombre de la persona que envía la muestra: _____				
ID de la muestra en el Lab.	Resultado en Lab. Nacional	Fecha de resultado	Resultado en Lab. de Referencia	Fecha de resultado
	<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Enterovirus No Polio <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Sabin	___/___/___ <small>Día Mes Año</small>	<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Enterovirus No Polio <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Sabin	___/___/___ <small>Día Mes Año</small>

VII SEGUIMIENTO A LOS 60 DIAS

Fecha del Seguimiento a los 60 días: ___/___/___ <small>Día Mes Año</small>	Parálisis Residual a los 60 días: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	Atrofia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
--	---	--

VII CONTROL

Fecha de vacunación de susceptibles o bloqueo: ___/___/___ Población <5 años: _____ Total <5 años vacunados: _____
Día Mes Año

Número de viviendas visitadas: _____ Número de viviendas efectivas: _____

VIII CLASIFICACION

CLASIFICACIÓN FINAL: <input type="checkbox"/> Confirmado Polio Salvaje <input type="checkbox"/> Confirmado Polio Derivado de la Vacuna Fecha de Clasificación: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Confirmado Polio Asociado a la Vacuna <input type="checkbox"/> Polio Compatible <input type="checkbox"/> Descartado	CRITERIO PARA LA CLASIFICACIÓN: <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Perdido al Seguimiento <input type="checkbox"/> Defunción <input type="checkbox"/> Con Parálisis Residual <input type="checkbox"/> Sin Parálisis Residual	SI SE DESCARTÓ DIAGNÓSTICO: <input type="checkbox"/> Guillain-Barre <input type="checkbox"/> Neuritis Traumática <input type="checkbox"/> Mielitis Transversa <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otros _____
---	--	--


IX INVESTIGADOR

Nombre del Investigador: _____ Firma: _____ Fecha: ___/___/___

Cargo: _____ Establecimiento: _____ Día Mes Año

Comentarios: _____

Anexo 4: Solicitud de diagnóstico Inciens-R 85

 INCIENSA <small>Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud</small>	Solicitud de diagnóstico Incienza-R85	
	Versión: 5	Página 1 de 2
Establecimiento que envía la(s) muestra(s) Nombre del establecimiento: _____ N° Unidad Programática CCSS _____		
Establecimiento de salud al cual se reportan los resultados Hospital: _____ EBAIS: _____ Área de salud: _____ Establecimiento privado u otro: _____		
Exámenes que solicita al INCIENSA*: Responsable solicitud: _____ Firma: _____ Fecha de solicitud: _____		
Datos del paciente		
Identificación: N° pasaporte _____ N° cédula _____ Otro: _____ N° expediente _____ N° autopsia _____	Nombre paciente: _____ Primer apellido Segundo Apellido Nombre completo Sexo: Masculino Femenino Intersexo Fecha de nacimiento: ____/____/____ (DD-MM-AAAA)	
Nacionalidad (país): Costarricense _____ Extranjero: País: _____	¿Ha viajado en el último mes? No () Sí () Dentro del país, lugares visitados: _____ Fuera del país, países visitados: _____ Fecha de ingreso (DD-MM-AAAA): _____	
Dirección del paciente: Provincia _____ Cantón _____ Distrito _____ Barrio - Caserío _____		Otras señas: (Dirección exacta) _____
Lugar de trabajo: _____ Centro de estudio: _____	Teléfono celular y/o fijo: _____	
Condición del paciente: Hospitalizado: () No () Sí Servicio/especialidad _____ Consulta externa: () No () Sí Servicio/especialidad _____ Emergencias: () No () Sí Área funcional _____		
¿Está este caso asociado a un brote? () No () Sí () Se desconoce ¿Es un contacto con paciente sintomático? () No () Sí		
Hay otras personas con síntomas similares () No () Sí en: () Casa () Centro de estudio () Trabajo () Vecindario () Otro Especifique: _____ En los últimos 5 días antes de la toma de muestra recibió tratamiento: () No () Sí: () Antibióticos () Antiparasitarios () Antivirales Especifique: _____		
Factores de riesgo y exposición		
<input type="checkbox"/> Sin factor de riesgo <input type="checkbox"/> Deporte aventura/ senderismo <input type="checkbox"/> Inmigración con paso por zonas selváticas <input type="checkbox"/> Obesidad mórbida <input type="checkbox"/> Trab. Salud <input type="checkbox"/> Zonas de Inundación <input type="checkbox"/> Agua estancada o ríos <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tabaquismo <input type="checkbox"/> Trab. Veterinario <input type="checkbox"/> Zona con circulación del vector <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Inmunosupresión <input type="checkbox"/> Trab. Agricultor/ peón <input type="checkbox"/> Resid. zona indígena <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> Madre positiva por Chagas <input type="checkbox"/> Trab. Ganadería/ lechería <input type="checkbox"/> Ventilación mecánica <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Madre positiva por Zika		
Diagnóstico presuntivo		
<input type="checkbox"/> Angiostrongilosis <input type="checkbox"/> Enfermedad de Chagas <input type="checkbox"/> Infección Respiratoria <input type="checkbox"/> Meningitis/encefalitis <input type="checkbox"/> Rickettsiosis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Antrax <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hansen (lepra) <input type="checkbox"/> Aguda Grave (IRAG) <input type="checkbox"/> Micosis sistémica <input type="checkbox"/> Rubéola/SRC <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Bronquiolitis <input type="checkbox"/> Enfermedad diarreica aguda <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Micosis subcutánea <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Virus del Nilo Occidental <input type="checkbox"/> Brucelosis <input type="checkbox"/> Enfermedad tipo Influenza (ETI) <input type="checkbox"/> Intoxicación alimentaria <input type="checkbox"/> Micosis superficial <input type="checkbox"/> Sepsis /septicemia <input type="checkbox"/> Chikungunya <input type="checkbox"/> Enterovirus <input type="checkbox"/> Leishmaniasis <input type="checkbox"/> Neumonía/ Bronconeumonía <input type="checkbox"/> Síndrome congénito asociado a Zika (SCS) <input type="checkbox"/> Zika / congénito <input type="checkbox"/> Cólera <input type="checkbox"/> Erlichiosis/anaplasma <input type="checkbox"/> Leptospirosis <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Síndrome de Guillain-Barre <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> Fiebre amarilla <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Parálisis flácida aguda/ Síndr. Guillain-Barre <input type="checkbox"/> Síndr. pulmonar por Hantavirus <input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Infección Respiratoria Aguda (IRA) <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Síndr. Guillain-Barre <input type="checkbox"/> Síndr. pulmonar por Hantavirus <input type="checkbox"/> Ebola <input type="checkbox"/> IRA <input type="checkbox"/> Meningitis bacteriana <input type="checkbox"/> Parvovirus <input type="checkbox"/> Tos ferina/Síndr. Tosferinoso		
Signos y síntoma Sintomático: () No () Sí Indique, Fecha de inicio de síntomas (DD-MM-AAAA) y marque los signos/síntomas del paciente:		
<input type="checkbox"/> Anomalia congénita del SNC <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Plaquetopenia <input type="checkbox"/> Anomalia congénita ocular <input type="checkbox"/> Diarrea/Deposiciones acuosas <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Polirradiculo neuritis <input type="checkbox"/> Apnea <input type="checkbox"/> Deposiciones mucosanguinolentas <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Prurito <input type="checkbox"/> Artralgias/artritis/edema periartricular <input type="checkbox"/> Deshidratación <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Shock <input type="checkbox"/> Artrogriposis <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Signo de Romaña <input type="checkbox"/> Ataxia y/o Síndr. Guillain Barre <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Mialgias <input type="checkbox"/> Signos meníngeos <input type="checkbox"/> Aumento del hematocrito <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Microcefalia <input type="checkbox"/> Sordera neurosensorial <input type="checkbox"/> Celulitis <input type="checkbox"/> Dolor retro-ocular <input type="checkbox"/> Odinofagia <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Chagoma de inoculación <input type="checkbox"/> Eosinofilia ≥ 20% <input type="checkbox"/> Otitis <input type="checkbox"/> Úlcera en piel o mucosa <input type="checkbox"/> Conjuntivitis <input type="checkbox"/> Erupción/rash <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/> V6mitos <input type="checkbox"/> Otros: _____		
Historia vacunal relacionada con el evento		
Vacuna(s) relacionada(s) con el evento	Número de dosis	Fecha de última dosis (DD-MM-AAAA)
_____	_____	____/____/____
Datos de la(s) muestra (s) (Completar en el laboratorio dinico que envía)		
N° de muestra o etiqueta con número de muestra	Tipo de muestra referida	Fecha de toma de la muestra (DD-MM-AAAA)
_____	_____	____/____/____
Observaciones: _____ _____		

El firmante acepta los términos para la recepción de las muestras por parte del INCIENSA, por lo que la misma está sujeta a los criterios de rechazo establecidos por la Institución**. Además, autoriza al INCIENSA a descartar la(s) muestra(s) posterior a su análisis o por motivos de bioseguridad, de acuerdo con los procedimientos y plazos establecidos.

Se distribuye como versión impresa no controlada
 Cartago, Costa Rica.
 Tel: (506) 2279-9911 Fax: (506) 2279-8175

Anexo 5: Formato Informe de Caso



MINISTERIO
DE SALUD

GOBIERNO
DE COSTA RICA



INCIENSA
INSTITUTO COSTARRICENSE DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA EN NUTRICIÓN Y SALUD

Ministerio de Salud -Caja Costarricense de Seguro Social- Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud	
<i>Dirección de Vigilancia de la salud</i>	<i>Informe de brote</i>

Fecha:

Elaborado por:

Título: Informe de

Introducción:

Objetivo:

Metodología:

Resumen de descripción del caso

Ruta de desplazamiento de caso:

Hallazgos de Laboratorio

Datos epidemiológicos relevantes:

Coberturas de vacunación:

Acciones realizadas (MS-CCSS-Inciensa)

Contacto para consultas

Bibliografía:

Anexo 6. Búsquedas activas

Formulario de Búsquedas Activas Comunitarias.



RESULTADOS DE LAS VISITAS DEL BAC

Región CCSS: _____ Región MS: _____
 Área de Salud CCSS: _____ Área de Salud MS: _____
 Sector: _____
 Comunidad: _____
 Nombre de los encargados del BAC: _____

# de Visita (No incluye lotes, ni iglesias ni establecimientos)	Efectividad (Casa Efectiva, no efectiva, Cerrada deshabitada)	Nombre del Informante	Cantidad de personas en la casa o establecimiento	Hay alguien que cumpla con definición de caso (sarampión/rubéola -Polio)	Nombre de quien cumple definición	Observaciones
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						

Cuadro resumen de la actividad de BAC

1-Total de viviendas recorridas	
2-Total de viviendas efectivas	
3-Total de personas interrogadas	
4-Total de personas en el BAC	
5-Total de personas con definiciones de caso Sarampión	
6-Total de personas con definiciones de caso Polio	

Anexo 7. Aislamiento entérico y respiratorio:

Para estos eventos se deben seguir las siguientes recomendaciones:

-Instaurar un aislamiento con medidas de protección respiratorias para aerosoles o gotitas (partículas menores a 5 micras), las cuales corresponden a contar siempre con el cuarto cerrado, bien ventilado o con presión negativa, uso del respirador N95 y lavado de manos.

-En caso de realizarse algún procedimiento o contacto estrecho con el paciente, deberá asegurarse cumplir con todas las medidas de bioseguridad para contacto (uso de bata, guantes, N95 y lavado de manos).

-Toda persona que ingrese al recinto debe reportarse a la estación de enfermería antes de ingresar. El empleo de anteojos depende del riesgo de contacto con fluidos corporales del paciente.

-En el aislamiento domiciliario el caso sospechoso deberá usar mascarilla quirúrgica al salir del cuarto o al ser contactado por personal de salud y familia, igualmente debe permanecer en una habitación exclusiva, ventilada y con la puerta cerrada.

Anexo 8. Aspectos de la Vacunación

En el Artículo N°150, se establece la obligatoriedad de la vacunación y la revacunación de las enfermedades transmisibles que el Ministerio determine, donde solamente tienen excepción ciertos casos por razón médica. La Ley de Vacunación N°8111 vigente desde el 2001, indica que la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología es la entidad autorizada para emitir criterios técnicos sobre conveniencia de la obligatoriedad de las vacunas.

Datos del Ministerio de Salud (2022) indican que el país figura entre los países con esquemas de vacunación más completos en todo el mundo, porque se ha logrado una aplicación sistemática de amplia cobertura y el acceso universal a los servicios de salud ha permitido cumplir con las metas sanitarias y sostenerlas a través del tiempo, aportando al bienestar de la población y garantizando el derecho a la salud.

Cobertura de vacunación homogénea: cuando se alcanzan coberturas de vacunación uniformes iguales o mayores al 95% en el nivel local (cantón y establecimientos de salud) y por edades simples en la población objetivo. Es un criterio de calidad de la vacunación, optimizando la productividad de los recursos para alcanzar mayores niveles de cobertura con más equidad.