VIGILANCIA CENTINELA POR FISIOTERAPEUTAS EN CONTROL Y DESCARTE DE PARALISIS FLACCIDA POR POLIOMIELITIS

FT. Andrea Buitrago Buitrago*
FT. Iris Adriana Franco*

FT. Cecilia Díaz**
Ps. Martha Lucía Jiménez***
Dr.Franklyn Prieto***
Dr. Carlos Álvarez***
Dr. Jaime Ospina***

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA ESCUELA COLOMBIANA DE REHABILITACION

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal con un componente de estudio de caso prospectivo centinela y de incidencia, siendo parte de un sistema de notificación y vigilancia epidemiológica sumado a la aplicación de un diagnóstico diferencial mediante la evaluación fisioterapeútica, la muestra de laboratorio (coprológico) y la historia clínica, logrando ser parte de un sistema de notificación pública. Los participantes son tres niños, de los cuales uno es de sexo femenino con edad de 12 años y los otros dos de sexo masculino con edades de 13 y 2 años, con diagnóstico de parálisis fláccida secundaria a intoxicación por organofosforados, encefalopatía viral y miastenia gravis. Con la notificación al Instituto Nacional de Salud, el diagnóstico diferencial por medio de la evaluación fisioterapeútica, se les comunicó a los familiares responsables de los pacientes la negatividad para poliomielitis y se aclaró la patología que presentan actualmente.
Palabras Clave (DECS): Vigilancia epidemiológica, Poliomielitis, Notificación de enfermedad, Debilidad muscular, Parálisis, Diagnóstico Diferencial.

Palabras Clave (DeCS): Vigilancia epidemiológica, Poliomielitis, Notificación de enfermedad, Debilidad muscular, Parálisis, Diagnóstico Diferencial

INTRODUCCIÓN

Desde sus principios, la poliomielitis es una enfermedad que afecta de manera letal o incapacitante a la población menor de 15 años. Para su control se requirió del desarrollo de vacunas que aplicadas en campañas masivas permitieron disminuir los casos hasta su erradicación

El fisioterapeuta durante la atención en el segundo, tercero o cuarto nivel puede en su práctica clínica cotidiana tener contacto con niños con parálisis fláccida, lo que permitirá que se constituya en puntal para el cumplimiento de la búsqueda activa, logrando caracterizar a profundidad los casos, garantizar las muestras respectivas, realizando seguimiento clínico y facilitando la notificación en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

Teniendo en cuenta las recomendaciones de la Reunión latina de los laboratorios de polio, realizada en Río de Janeiro-Brasil del 25 al 27 de agosto del 2002 y con el fin de mantener la tasa de casos de parálisis fláccida aguda mayor o igual a 1 por 100.000 menores de 15 años, se debe fortalecer la Búsqueda Activa Institucional de Parálisis Fláccida Aguda.

Este Sistema de Vigilancia de la Erradicación de la Poliomielitis, diseñado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, establece el seguimiento de los diferentes componentes del mismo a través de unos indicadores, los cuales permiten evaluar la gestión del sistema desde el nivel local, departamental, nacional hasta el internacional

*Estudiante de Fisioterápia, Fundación Escuela Colombiana de Rehabilitación.
**Fisioterapeuta, asesora temática, docente Escuela Colombiana de Rehabilitación.
***Psicóloga, asesora metodológica, docente Universidad de la Sabana y Universidad Javeriana.
***Médico Epidemiólogo, asesor metodológico, Centros de Control de Enfermedades , Instituto Nacional de Salud.
***Médico Epidemiologo, tutor metodológico institucional, jefe del departamento de infectología Hospital Simón Bolívar
***Médico Neuropediatra, tutor institucional, jefe del servicio de urgencias Hospital Simón Bolívar.

Se crearon indicadores que determinan la incidencia y casos reportados.
- *Tasa de Parálisis Flácida Aguda.*
- *Porcentaje de casos con una muestra oportuna de heces dentro de los 15 días de inicio de Parálisis Fláccida Aguda*
-*Porcentaje de casos investigados dentro de las 48 horas*
- *Porcentaje De Unidades Notificadoras.*

La poliomielitis, se define como una enfermedad aguda de etiología viral que se presenta como una infección inaparente o abortiva, que causa daño en el sistema nervioso central por destrucción de las neuronas motoras del asta anterior de la medula espinal y genera parálisis flácida asimétrica, que compromete con mayor frecuencia en miembros inferiores. La ubicación de la parálisis depende de la localización de la destrucción neuronal y la persistencia de esta por más de 60 días, puede ser indicativa de parálisis persistente.
No existe el estado de portador asintomático, excepto en personas inmunosuprimidas. La transmisión del polivirus ocurre de persona a persona, siendo la vía fecal- oral el principal mecanismo de transmisión, particularmente en zonas pobres, en países de alto nivel de sarcamiento, la poliomielitis es trasmitida por vía respiratoria. Los agentes etiológicos que producen la enfermedad son los Poliovirus (Género Enterovirus) tipos 1,2 y 3, todos los tipos causan parálisis.

El periodo de incubación es de 7 a 14 días y puede variar a 35 días. El Poliovirus es demostrable en las secreciones faríngeas después de 36 horas de la exposición a la infección y en las heces a las 72 horas, tanto en los casos clínicos como en los asintomáticos. La susceptibilidad a la infección es común en menores de 5 años y todas las personas que no estén inmunizadas son susceptibles de desarrollarla. Los recién nacidos de madres inmunizadas, están protegidos naturalmente contra la enfermedad paralítica durante semanas.

Hay dos tipos de vacunas para la prevención de poliomielitis, la vacuna oral de virus vivos atenuados, La Vacuna Oral contra la Poliomielitis y la vacuna de virus inactivados. La principal ventaja de esta vacuna es que produce inmunidad local intestinal y su desventaja es el riesgo, aunque muy bajo de enfermedad paralítica, en el receptor de la vacuna, en especial cuando se administra a una persona con inmunosuficiencia. Hay también un riesgo extremadamente pequeño de presentar parálisis en un contacto de receptor de vacuna.
La forma de instalación de la debilidad muscular en la poliomielitis es generalmente unilateral o asimétrica, "en parches", con predominio proximal y llega al acmé en 24-48 horas.

La Parálisis Fláccida Aguda es precedida de mialgias tanto en el miembro afectado como en la espalda y otros músculos. Hay dolores musculares difusos espontáneos o a la palpación.

La fiebre desaparece en el momento de instalación de la debilidad muscular. Los reflejos se encuentran disminuídos o normales y sólo desaparecen en el miembro severamente afectado. La hipotonía es mayor en los grupos musculares más severamente afectados. La disminución de la frecuencia de los casos se relacionó con el incremento de coberturas de vacunación a partir de 1984 cuando se iniciaron las jornadas nacionales de vacunación. En 1991 se presentó el último caso de polio en el municipio de Argona (Bolívar) desde esa época no han habido mas aislamientos de Poliovirus salvaje en Colombia. La tasa de incidencia paso de 2,04 en 1.975 a 0/100.000 menores de 15 años en 1.999.

Teniendo en cuenta los antecedentes mencionados, se debe realizar un diagnóstico clínico diferencial de la parálisis fláccida aguda, tomando diferentes patologías que se acerquen a la misma y empleando una evaluación objetiva de las condiciones del paciente. El síndrome de Guillain-Barré o polineuritis desmielinizante, es la desmielinizaciòn aguda de los nervios periféricos y el daño axonal primario de inicio agudo y progresivo. Su causa es desconocida, pero existen factores predisponentes como la hipersensibilidad o alergia a virus o alérgenos desconocidos, en el 50% de los casos el comienzo de los síntomas es precedido por una leve infección gastrointestinal o respiratoria. Sus síntomas son, hipotonía, parálisis progresivamente ascendente, dolor, déficit respiratorio, parestesias en las extremidades, deformidad a nivel distal, pie caído, pie cavo, tetraparesia fláccida con arreflexia de rápida progresión (máximo en un mes en la mayoría de los casos).

La Mielitis Transversa, se define como la inflamación de la medula espinal en todo su espesor y que afecta tanto vías motoras como sensitivas, las causas de Mielitis Transversa se clasifican en idiopática, infecciosa, parainfecciosa, autoinmune y su incidencia anual es de 0.46/100000 habitantes. La edad más frecuente de presentación es entre la segunda y cuarta década de la vida, con aumento entre los 10 y 19 años. No existe diferencia por el sexo ni variación estacional. Afecta principalmente la sustancia blanca en los cordones anteriores, posteriores y laterales. Afección de motoneuronas y neuronas del Sistema Nervioso Autónomo en la sustancia gris. Las manifestaciones clínicas se dan con compromiso motor inicial correspondiente a una parálisis fláccida, parestesias ascendentes, paresias, disfunción esfinteriana, compromiso de la sensibilidad superficial y profunda. Las Polineuropatìas, son trastornos del nervio periférico. Afectan los axones, su envoltura mielìnica o ambas. Se manifiesta con síntomas y signos sensitivos y motores autonómicos. Las causas de polineuropatía son múltiples, siendo las más frecuentes la polineuropatía diabética y las tóxico-carenciales, los síntomas generales son debilidad muscular distal con poca atrofia, alteración de la propiocepciòn, alteración de la sensibilidad,

hiporreflexia, dolor, hipotonía, problemas intestinales. Los trastornos sensitivos suelen ser la primera manifestación clínica. Se pierden los reflejos osteotendinosos de estiramiento, inicialmente los aquileanos, luego los rotulianos. La debilidad se localiza principalmente en los músculos extensores del pie.

La encefalitis es una inflamación del cerebro, causada generalmente por infecciones. La causa más frecuente de la encefalitis es una infección viral y muchos tipos de virus la pueden provocar. La exposición a los virus puede suceder por picaduras de insectos, contaminación de los alimentos o las bebidas. La clínica más frecuente comprende cefalea, fiebre y signos meníngeos. Puede haber irritabilidad, síndrome confusional y depresión del nivel de conciencia, así como crisis y signos neurológicos focales.

La mielitis séptica es la inflamación de las meninges que recubren el cerebro y la médula espinal. A diferencia de la meningítis clásica, esta no presenta pus en el líquido que recubre el cerebro. Afecta a ambos sexos, a cualquier edad. Los síntomas más frecuentes de esta enfermedad son fiebre, dolor de cabeza, irritabilidad, sensibilidad de los ojos a la luz, vómitos y confusión.

La meningoencefalitis viral presenta un cuadro clínico de irritación meníngea, pero su evolución tiene un carácter menos fulminante. Las principales vías de propagación incluyen transporte axonal o diseminación hematógena, ocurre esporádicamente o en epidemias de rápida difusión con daño en la población infantil. El diagnóstico clínico y las imágenes radiológicas son importantes para detectar las complicaciones, las cuales incluyen hidrocefalia, atrofia, ventriculitis e infartos.

La hemiplejia súbita infantil es una enfermedad neurológica que se presenta cuando hay lesión de nervios craneales III, VI, XII y en ocasiones V produciendo una parálisis de neurona motora inferior del mismo lado de la lesión se caracterizada por episodios frecuentes, transitorios y recurrentes de hemiplejia (parálisis de un lado cuerpo). Los síntomas comienzan generalmente antes de los 18 meses de edad. Dependiendo del origen puede encontrarse paresia o parálisis. Que puede ser permanente o recuperable, se presenta alteración del tono, parte motora, flacidez inmediata, espasticidad, coordinación.

El Accidente Cerebro Vascular en una enfermedad producida por una interrupción brusca del flujo sanguíneo a una parte del cerebro, lo que da lugar a la muerte de células cerebrales y la perdida o deterioro de funciones controladas por dicha parte del cerebro; Dependiendo del territorio vascular afectado, se presenta: Arteria carótida interna: aterotrombosis, displasia fibromuscular, déficit motor y sensitivo; Arteria Cerebral anterior: hemiparesia distal con menos compromiso del miembro inferior, debilidad en la extremidad superior por la isquemia del lóbulo frontal; Arteria cerebral media: hemiplejía densa a causa del daño en la vía cortical, hemiplejia contralateral, hemianopsia, desviación de la mirada; Arteria coroidea anterior: Puede haber síndrome motor o sensorial por el compromiso talàmico.

La Intoxicación por metales pesados tan conocidos y utilizados como el plomo, mercurio, cadmio, niquel, vanadio, cromo, cobre, aluminio, arsénico o plata, son sustancias tóxicas si están en concentraciones altas. En la intoxicación por organofosforados, los efectos agudos aparecen inmediatamente o poco tiempo después de la exposición: Algunos compuestos pueden retenerse en el tejido graso resultando en un retraso de los síntomas hasta por 24 horas, presenta un síndrome intermedio. Incluye debilidad muscular, afección de músculos inervados por nervios craneales (músculos de la respiración y flexores cervicales) y alto riesgo de muerte por problemas respiratorios y un síndrome de neurotoxicidad retardada. Se caracteriza por flacidez inicial, debilidad muscular de extremidades, seguida por espasticidad, hipertonicidad, híperreflexia, clonus y reflejos patológicos, indicativo de daño al haz piramidal y a neuronas corticales.

El Botulismo es causado por una neurotoxina producida por el bacilo Clostridium botulinum. Los síntomas neurológicos más frecuentes son boca seca, visión doble, dificultad en la visión cercana, dificultad para tragar y para pronunciar las palabras. Suele haber síntomas abdominales previos o acompañando a los neurológicos, como náuseas, vómitos, retorcijones y diarrea. Los signos clínicos incluyen: Debilidad o parálisis de las extremidades, bilateral en el 80 % de los casos, tórax inmóvil, con dificultades para ventilar, estreñimiento.

La Parálisis fláccida se caracteriza por un inicio rápido de debilidad muscular en las extremidades, afectando en ocasiones a los músculos de la respiración y/o a las estructuras anatómicas dependientes del tronco del encéfalo. Aunque puede afectar a individuos de cualquier edad, es fundamentalmente una enfermedad de la infancia la Enfermedad enteroviral se caracterizan porque provocan una gran cantidad de manifestaciones clínicas y subclínicas, pueden sufrir desde una enfermedad febril leve hasta una parálisis muy severa y permanente que puede ser fatal. La severidad de la enfermedad va desde enrojecimiento en la piel, parálisis hasta la destrucción de órganos. Los enterovirus penetran por las vías respiratorias altas, la orofaringe o la mucosa intestinal e infectan el tejido linfático.

La Miastenia Gravis es un trastorno autoinmune adquirido, debido a la presencia de anticuerpos IgG dirigidos contra el receptor de la acetilcolina. La miastenia juvenil se presenta en los primeros dieciséis años de vida, sus principales características clínicas son

debilidad asimétrica, compromiso de los músculos oculares, exacerbación con la fatiga y procesos infecciosos. La miastenia neonatal es una entidad que afecta del 10 al 20% de los niños de madre miasténicas, las manifestaciones clínicas más frecuentes son dificultad para la alimentación en un 87% de los casos con compromiso de la succión, deglución y presencia de regurgitación, hipotonía, debilidad en los movimientos de las extremidades**.** Con base en el abordaje descrito, las autoras establecieron los siguientes objetivos

Objetivo General:
Descartar los casos de poliomielitis, entre los casos de parálisis fláccida en niños menores de 15 años, usuarios del hospital Simón Bolivar

Objetivos específicos:
Detectar todos los casos de parálisis fláccida en el periodo Agosto 20 a Octubre 20 de 2003 hacer la evaluación fisioterapéutica para la caracterización de los casos
Promover la toma de muestras de laboratorio (coprológico) al 100% de los casos
Establecer el diagnostico final diferencial.
Las variables elegidas como indicadores determinantes en este estudio son:

Caso de Parálisis Flácida
Caso Probable
Todo individuo menor de 15 años que presente parálisis fláccida aguda no causada por trauma, tumor o regeneramiento de la neurona motora.
Caso Confirmado
Caso probable confirmado por aislamiento de poliovirus salvaje o poliovirus neurovirulento derivado de la vacuna oral de polio Vacuna Oral contra la poliomielitis a partir de las heces del caso o de sus contactos, con o sin parálisis residual.
Caso Compatible
Caso probable del cual no se obtuvo al menos una muestra de heces dentro de los primeros 15 días de inicio de la parálisis y presenta parálisis residual compatible con poliomielitis a los sesenta días de iniciado el cuadro, o sobreviene la muerte dentro de los 60 días siguientes o no se hace seguimiento del caso.
Caso Asociado a la Vacuna
Caso probable en el cual la parálisis apareció después de la primera o segunda dosis de Vacuna Oral contra la Poliomielitis, y el estudio de laboratorio informa poliovirus vacunal.

Evaluación Fisioterapeútica
Historia Clínica:
Observación General
Patrón Respiratorio
Piel y faneras
Dolor (Escala análoga visual)
Sensibilidad (superficial, profunda y cortical)
Tono
Actividad Motora Voluntaria
Actividad Motora Involuntaria
Actividad Refleja
Medidas Especiales
Flexibilidad
Coordinación
Equilibrio
Postura o actitud postural
Marcha:
Desplazamientos y traslados

Muestra de Laboratorio
Caso Descartado
Todo caso con PFA en el que se ha obtenido una muestra de buena calidad y cantidad dentro de las 2 semanas posteriores al inicio de la parálisis, cuyos resultados son negativos para poliovirus y no presenta secuelas compatibles con poliomielitis a los 60 días.

Diagnóstico Diferencial
Todo individuo menor de 15 años que presente parálisis fláccida aguda con síntomas corresponde a las patologías anteriormente explicadas.

Método

Tipo de investigación
El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo, basado en la observación de las características del fenómeno en relación al tiempo, el espacio, el huésped, el agente y el medio ambiente. Longitudinal, porque se realiza la observación de un fenómeno en un periodo de tiempo, por lo tanto el estudio es de incidencia, porque los estudios de incidencia se aplican solo a los nuevos casos de una enfermedad durante un periodo dado y para una población determinada. Es un estudio centinela debido a que emplea una unidad de notificación, la cual se ha estructurado con fisioterapeutas que se encuentran en los servicios o unidades operativas, elevadas a la categoría de fisioterapeuta centinela, el cual se ubica en el nivel de notificadores. Para completar la unidad, se crea el observatorio o áreas centinelas, las cuales son lugares donde se recibe la información de la notificación y esta vigilancia porque tiene factores epidemiológicos de origen en el registro y la declaración obligatoria de las enfermedades trasmisibles

Participantes
Todo niño menor de 15 años, hospitalizado con diagnóstico de parálisis fláccida, sin distinción por diagnostico de ingreso como Enfermedad de Guillain Barre, Mielitis Transversa, Polineuropatias, Encefalitis, Mielitis séptica, Meningoencefalitis Viral, Hemiplejía Súbita Infantil, Miastenia gravis, Accidente Cerebrovascular, Intoxicación por Metales Pesados, Intoxicación por Organofosforados, Botulismo, Enfermedad Enteroviral, ò Poliomielitis.

Instrumento

Muestras de laboratorio (coprológico) Formularios de búsqueda institucional con número de diagnósticos revisados, historias clínicas revisadas, listado de casos probables, compatibles, descartados y correlación con la notificación y la evaluación fisioterapeútica.

Procedimiento

Se realizó el estudio en el Hospital Simón Bolívar, el tiempo de la vigilancia fue de tres meses, en el cual se incluyeron los niños menores de 15 años hospitalizados con diagnóstico de parálisis fláccida, con el cual se logró hacer una detección de los casos por medio de la historia clínica (registro de la enfermedad); como herramienta se necesitó la toma de muestra de laboratorio (coprológico).

Se llevó a cabo un control para la toma de muestra, dependiendo del ingreso y la permanencia en el hospital, se realizó visita de chequeo que permitió detectar el tiempo de hospitalización.

El envio y el resultado de las muestras estuvieron a cargo de las investigadoras y el apoyo del Instituto Nacional de Salud, el cual asumió los costos de los procedimientos.

Con los resultados de la muestra de laboratorio se descartó la presencia de poliomielitis y se elaboró un diagnóstico diferencial basado en la valoración fisioterapéutica, para la cual se requirió la autorización de los padres de los pacientes para el procedimiento.

Hipótesis: se espera que los casos de parálisis fláccida en menores de quince años, correspondan a poliomielitis.

Procedimiento

Se realizó el estudio en el Hospital Simón Bolívar, en el cual se incluyeron los niños menores de 15 años hospitalizados con diagnóstico de parálisis fláccida , con el cual se logró hacer una detección de los casos por medio de la historia clínica (registro de la enfermedad), como herramienta se necesitó la toma de muestra de laboratorio (coprológico).

Se llevó a cabo un control para la toma de muestra, dependiendo del ingreso y la permanencia en el hospital, se realizó visita de chequeo que permitió detectar el tiempo de hospitalización.

Resultados

Dependiendo de las variables propuestas al inicio de la investigación, en el primer caso del niño de 2 años de edad, con diagnóstico médico de Intoxicación por organofosforados dió como resultado un caso no probable y confirmado. El niño ingresó con parálisis fláccida y fiebre debido a su diagnóstico, donde se sospechó que había una posible caso de poliomielitis, se toma la muestra de laboratorio (coprológico) dentro de los 3 días siguientes del inicio de la parálisis, sin embargo los resultados no fueron obtenidos, pese a la falla de almacenamiento; se realiza la evaluación fisioterapéutica para el diagnóstico diferencial.

Su sintomatología es más específica de la intoxicación por organofosforados, la fiebre y la parálisis se da por la misma patología de base.

En el segundo caso del niño de trece años con diagnóstico de encefalopatía viral, se le realizó el procedimiento correspondiente: La toma de materia fecal que fue enviada inmediatamente al Instituto Nacional de Salud, luego se trata de realiza la evaluación fisioterapeútica para el diagnóstico diferencial, pero por las condiciones mentales el paciente no se puede realiza esta. La muestra de materia fecal dio negativa para poliomielitis.

El cuadro clínico que el paciente presentaba era de una encefalitis viral que por sus características de parálisis fláccida y fiebre se pensaba que podía ser una poliomielitis. El último caso de la paciente de 12 años de edad, que ingresa a urgencias por presentar cuadro de debilidad muscular en miembros inferiores, crisis respiratoria y un poco de fiebre, se pensaba que podía ser un caso probable de poliomielitis. Se realizó el procedimiento correspondiente y al recibir los resultados de laboratorio y con el diagnóstico diferencial no presentaba poliomielitis aunque si presenta una parálisis fláccida correspondiente a su patología de base Miastenia Gravis.

Discusión

La investigación se realizo con el fin de descartar los casos de poliomielitis, entre los casos de parálisis fláccida en niños menores de 15 años, usuarios del hospital Simón Bolívar en un periodo de vigilancia de tres meses.

Basados en los resultados obtenidos de las muestras de laboratorio se demostró que aun continua erradicada la poliomielitis en el Hospital Simón Bolívar; además gracias a la evaluación Fisioterapeútica se logró evidenciar el compromiso neurológico que presenta cada paciente con un cuadro de parálisis fláccida, lo cual ocasiona alteraciones significativas en cuanto a la actividad motora voluntaria debido a la debilidad generalizada. Estas alteraciones se evidenciaron en las variables elegidas por las autoras (Caso de parálisis flácida: caso probable, caso confirmado, caso compatible, caso asociado con la vacuna; evaluación Fisioterapeútica, muestra laboratorio: caso descartado y diagnóstico diferencial). Para su análisis se utilizaron todos aquellos implementos necesarios para la toma de muestra (coprológico) y un formato de evaluación que nos permitió llegar a un diagnóstico final, para lo cual se utilizaron varios implementos como objetos de diferentes texturas, aguja punta roma, martillo de reflejos, objetos de pesos y tamaños diferentes, fonendoscopio, la escala análoga visual del dolor.

En cuanto a los casos de parálisis fláccida, se observó que serían posibles candidatos para poliomielitis, puesto que eran individuos menores de 15 años que presentaban parálisis fláccida, la cual no era causada por trauma, tumor o regeneramiento de la neurona motora.

Los casos no estaban confirmados, ya que no existió un aislamiento del polivirus y la parálisis no se derivó de la vacuna oral de la poliomielitis. Eran compatibles puesto que se realizó la toma de muestra dentro de las 2 semanas del inicio de la parálisis fláccida, pero el resultado arrojado fue negativo para poliomielitis en el caso 2 y 3, mientras que en el caso 1, hubo falla en el almacenamiento y la temperatura no fue apropiada para la conservación del polivirus.

En cuanto a la evaluación Fisioterapeútica se recopilaron datos de la historia clínica de cada paciente, encontrando que no existía relación alguna entre los antecedentes y la patología. A la observación general encontramos que el estado de salud varió de paciente a paciente y de patología a patología. En relación al Patrón Respiratorio se evidenció un cuadro de dificultad respiratoria en dos pacientes, en el caso 2 se evidenciaron tirajes subxifoideos, externales, claviculares y sibilancias; en el caso 1 síntomas específicos como cianosis, taquipnea, fiebre; mientras que en el caso 3 no se presentó signos ni síntomas respiratorios.

Todos conservaron las características tróficas de la piel, conservación de la sensibilidad, en el tono se observó una leve hipotonía, la funcionalidad fue de un 75%. En cuanto al examen muscular, se nota una pérdida considerable de la fuerza muscular, sumado a la instauración de la actividad refleja anormal, las cual se presentó solo en el caso 1 y en el caso 2 evidenciando hiperreflexia, clonus espontáneo, algunas fasciculaciones, provocando una alteración en la actividad motora voluntaria del paciente, en tanto a la postura se observaron algunas alteraciones que no fueron provocadas por el cuadro clínico pero que de alguna u otra forma se agudizan con el mismo. En tanto a la coordinación fue buena; sin embargo en el caso 1 falta coordinación de los movimientos en las extremidades de las extremidades inferiores. El equilibrio, no mostró cambios significativos y la marcha no presentó alteración.

En relación a la muestra de laboratorio (coprológico), los casos resultaron negativos para polivirus, lo cual demuestra la inexistencia de poliomielitis en el hospital Simón Bolívar, encontrando tres casos probables en un periodo de tiempo de tres meses de vigilancia.

En cuanto al Diagnóstico diferencial y basados en el cuadro clínico se determinó que correspondían a: el caso 1 intoxicación por organofosforados, encontrando debilidad muscular de las extremidades, hiperreflexia y clonus espontáneo, (basados en la revisión bibliográfica). El caso 2 se diagnostica Miastenia gravis, encontrando: debilidad asimétrica, fatiga, dificultades para la deglución, debilidad en los miembros, (basados en la revisión bibliográfica). En el caso tres se diagnostica encefalitis viral; encontrando leve hipotonía, confusión, alteración del estado mental, irritabilidad, lenguaje bradiládico (basados en la revisión bibliográfica).

Es importante que las fisioterapeutas intervengan en este tipo de investigaciones, ya que si no se hace esta vigilancia por fisioterapeutas, nadie va a realizar la misma, puesto que los médicos tienen el concepto de la erradicación de la poliomielitis en el País.

Sin lugar a duda el papel desempeñado dentro del hospital Simón Bolívar ha sido reconocido como una labor necesaria para la salud pública, convirtiéndonos en gestadoras de un proceso investigativo importante, aportando además todo su conocimiento en cuanto al diagnóstico diferencial, estableciendo de este modo una caracterización de los casos que ingresaron al estudio.

Conclusiones

La fisioterapia es la ciencia que estudia el movimiento corporal humano, habilita o incrementa la capacidad motriz de los individuos mediante procedimientos adecuados, con fundamentos científicos e investigativos y un alto sentido ético y social, basado en la búsqueda del conocimiento, el fomento de un habito científico y el desarrollo de destrezas para aplicar el conocimiento.

Con la realización de este trabajo de investigación se demostró que en nuestro campo sin lugar a duda podemos liderar, ejecutar y diseñar procesos investigativos, siendo reconocidos como un ente gestador en pro del avance de la ciencia.

Se logró formar parte de un sistema de notificación en casos de parálisis fláccida por poliomielitis, en donde gracias al conocimiento clínico se estableció un diagnóstico diferencial, permitiéndonos conocer la clínica entre una y otra patología; pese a la similitud entre las manifestaciones clínicas y neurologícas, se corrobora el diagnóstico clínico, sin intervenir en la labor del médico, pero facilitando un ambiente apropiado entre el grupo interdisciplinario. Esperamos fomentar con este trabajo la toma de decisión y la inquietud en cuanto a procesos de investigación en problemas de salud pública, facilitando gracias al contacto tan estrecho con el paciente un lugar para la promoción, prevención e investigación, siendo perfiles de nuestra área profesional. También proporcionó un mejor control en la salud de los individuos, facilitando el cuidado de problemas que pueden afectar a la población, conociendo su origen, sus causas y sus posibles complicaciones, permitiendo el reconocimiento de una nueva condición de salud, promoviendo para los pacientes otro enfoque.

Después de analizar los resultados se concluye que los tres casos cumplían con los parámetros de probabilidad para posible polivirus, indicando que en el país ingresan a sitios hospitalarios niños con edades menores a los 15 años, con cuadros clínicos similares a los de la poliomielitis, a los cuales no se les realiza seguimiento debido a la aparente erradicación de la misma. Aquí es donde se necesita la intervención de personas capacitadas sobre el tema y comprometidas en formar parte de la búsqueda epidemiológica,

ya que aún puede aparecer el polivirus en el país; debemos aclarar que la investigación no sólo consistió en la toma de muestras para descartar el polivirus, ya que se requirió de un diagnóstico fisioterapeutico no solo para descartar la poliomielitis, sino para caracterizar las diferentes patologías con las que ingresaron los pacientes.

Se concluye que la investigación es un nuevo campo en el que se puede explorar con resultados exitosos, con lo cual se favorece la ampliación de nuestro campo laboral, facilitando el reconocimiento por todas aquellas personas que trabajan en la búsqueda activa de enfermedades consideradas problemas de salud y bienestar público.

Durante los tres meses de la investigación y gracias al alcance de los datos obtenidos, se determina que en el hospital Simón Bolívar, no hay presencia del polivirus que afecte a la población pediátrica, concluyendo que aún continúa erradicada la poliomielitis.

Recomendaciones

Sin lugar a duda la fisioterapia puede ocupar otros campos de acción sin ir a interferir con el grupo interdisciplinario.

Pero formando parte del mismo sin olvidar el papel que desempeña cada uno. Es una investigación la cual se basa en una notificación de vigilancia epidemiológica donde la fisioterapia proporciona todas sus herramientas para la caracterización de todos los casos.

El seguimiento del estudio debe continuar gracias a su importancia, puesto que se basa en un problema de salud pública. Además nos dimos cuenta que nuestra profesión es de vital importancia por el gran contacto que tenemos con los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Meadows, J.(2000). Diagnóstico diferencial en fisioterapia, McGraw-Hill Interamericana, capitulo 1, paginas 3-4.

(Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2000)

Robbins, K. (1990). Patología funcional y estructural. Interamericana McGraw-Hill, Madrid España

Wilson, J. (1991). Principios de Medicina Interna. Interamericana McGraw-Hill, Madrid España.

Benenson A. Manual para el Control de Enfermedades Transmisibles, decimosexta edición. OPS. Publicación Científica No. 564,1.997.

Organización Mundial de la Salud. Normas de Vigilancia Recomendadas por la OMS. Poliomielitis, 1997.

Ministerio de Salud. Evaluación de la Vigilancia de Enfermedades Inmunoprevenibles Sujetas a Planes de Erradicación y Control. Colombia 1.998

Organización Panamericana de la Salud. Segunda Guía Práctica para la Erradicación de la Poliomielitis, segunda edición. Documento Técnico No. 40 1994.

Gómez Toro, J. (2001). Neurología. McGraw-Hill

Chusid, J. (1987). Neuroanatomía correlativa y neurología funcional. El manual moderno, S.A de C.V, México, D.F