

**LINEAMIENTOS PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO CLÍNICO INTEGRAL DE ANOMALÍAS  
CONGÉNITAS EN FETOS EXPUESTOS AL VIRUS DEL ZIKA DURANTE LA GESTACIÓN DE  
PACIENTES EN COLOMBIA**

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN  
GRUPO CURSO DE VIDA**

**BOGOTA D.C., MARZO DE 2016**

**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**

Ministro de Salud y Protección Social

**FERNANDO RUIZ GÓMEZ**

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios.

**GERMAN ESCOBAR MORALES**

Jefe Oficina de Calidad

**ELKIN OSORIO SALDARRIAGA**

Director Promoción y Prevención

**DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO**

Subdirector de Enfermedades Transmisibles (e)

**MARTHA IMELDA LINERO DELUQUE**

Coordinadora Grupo Curso de Vida

Documento técnico elaborado por:

**MARTHA PATRICIA OSPINO GUZMAN**

Profesional Especializado Grupo Curso de Vida

**FREDY EBERTO LIZARAZO LOZANO**

Consultor Enfermedades Endemo – Epidémicas ETV y Zoonosis

Colaboradores técnicos:

**GLORIA EDITH VILLOTA**

Asesor Oficina de Calidad

**CLARA PILAR ZAMBRANO**

Consultora para Enfermedad Zika, Dirección de Epidemiología y Demografía

**DRA. MARÍA FERNANDA LENGUA ORJUELA**

Especialista en Neuropediatría

**DR. ÀLVARO HERNANDO IZQUIERDO BELLO**

Especialista en Neuropediatría

**DRA. TAILANDIA RODRIGUEZ**

Especialista en Infectología Pediátrica

**Dr. IGNACIO ZARANTE**

Especialista en Genética Médica

## Tabla de Contenido

Alcance y objetivos:.....	5
Metodología:.....	5
INTRODUCCIÓN .....	7
1. DETECCIÓN Y MANEJO DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS EN FETOS EXPUESTOS AL VIRUS DEL ZIKA DURANTE LA GESTACIÓN .....	7
1.1. Definición de caso sospechoso de Anomalía congénita en fetos expuestos al virus Zika:.....	7
2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS: .....	7
3. DIAGNÓSTICO .....	8
1.2. ANAMNESIS .....	8
1.3. EXAMEN FÍSICO SISTEMÁTICO: .....	8
1.4. CONFIRMACIÓN DIAGNOSTICA.....	9
4. MANEJO DE CASOS.....	10
5. ACCIONES DE SEGUIMIENTO:.....	11
Flujograma de atención al niño o la niña expuesto al virus del ZIKA en la gestación desde el nacimiento hasta los 2 años de edad .....	13
BIBLIOGRAFÍA.....	14
Anexo 1 Tablas de crecimiento de Fenton para prematuros .....	15
Anexo 2 Tablas de perímetro cefálico, peso y talla para niñas y niños de la OMS .....	16
Anexo 3. Resumen de las atenciones al niño o la niña desde el nacimiento hasta los 2 años de edad que garanticen la atención integral .....	19
Anexo 4. Recolección, manejo y envío de muestras de suero y Líquido Céfalo Raquídeo .....	20

### **Alcance y objetivos:**

Este documento está dirigido a los profesionales de la salud en niveles de atención de baja y alta complejidad, especialistas en Pediatría, Neuropediatría, Infectología Pediátrica, cuidado intensivo, medicina de urgencias, laboratorio clínico y apoyos diagnósticos, profesionales en vigilancia epidemiológica y administradores de los regímenes subsidiado y contributivo, que desarrollan actividades en las zonas endémicas afectadas por presencia de Zika en Colombia, así como a centros de referencia por fuera de estas zonas. Así mismo da alcance a las circulares de 2015 y 2016 que emitieron lineamientos iniciales de atención y otros actos administrativos generados durante la contingencia.

Su contenido está dirigido a generar una información clara y concisa sobre los aspectos biológicos, clínicos, epidemiológicos y administrativos que faciliten la correcta detección de los casos en la zona de procedencia, el diagnóstico oportuno, la evaluación clínica completa, la toma de muestras con los métodos estandarizados, los registros en el sistema de vigilancia epidemiológica, el tratamiento, seguimiento y rehabilitación de los casos.

Sus recomendaciones deberán ser actualizadas en la medida que se disponga de información relevante o que modifique la dirección de las recomendaciones.

### **Metodología:**

1. Conformación del grupo experto: El grupo experto asesor fue conformado con el apoyo del grupo asesor de la OMS/OPS, miembros del programa de fortalecimiento a enfermedades infecciosas, los profesionales de las divisiones de epidemiología, demografía, promoción y prevención, prestación de servicios del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, epidemiólogos del Instituto Nacional de Salud y expertos temáticos en las áreas de Pediatría, Neuropediatría e infectología pediátrica, Ginecología y Salud materno fetal.

2. Declaración del conflicto de interés: Los miembros del grupo responsable representan las Instituciones nacionales e internacionales responsables del control y la atención de enfermedades y brotes epidémicos, la administración de servicios y expertos temáticos en representación de las Universidades, centros de investigación, sociedades científicas y colegios médicos. No existen conflictos de interés, participación en grupos privados con ensayos en curso o en desarrollo de tecnologías diagnósticas.

3. Revisión de la literatura y construcción del documento preliminar. Los grupos expertos desarrollaron de manera independiente una búsqueda de la literatura reciente relacionada con la epidemia del virus Zika desde su aparición en Uganda y su propagación posterior por las islas del Pacífico y el continente suramericano. La recuperación de información fue predominantemente de estudios descriptivos, series de casos, documentos técnicos. Se revisaron así mismo todos los documentos técnicos, normativos y de alerta expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Salud, los informes del SIVIGILA y sus estadísticas consolidadas para Colombia 2015-2016. Los expertos internacionales aportaron los estudios desarrollados en el curso de la reciente epidemia en Brasil.

5. Construcción de los lineamientos: Una vez revisados los documentos disponibles, se procedió a generar la versión preliminar de los lineamientos, incluyendo los contenidos esenciales en los aspectos biológicos, epidemiológicos y clínicos, identificando en cada caso las variables relevantes. En varias rondas y mediante un proceso de consenso no formal, se procedió a consolidar el contenido del documento para generar una versión a ser validada con grupos de especialistas clínicos.

El documento preliminar así construido fue sometido a discusión con expertos nacionales e internacionales en la ciudad de Cali el 29 de febrero de 2016, en el Congreso Nacional de Neurología, logrando de esta manera la validación de constructo, contenido y apariencia del mismo. La financiación de este proyecto estuvo a cargo del Ministerio de Salud y la Oficina Panamericana en Washington.

## INTRODUCCIÓN

Las anomalías congénitas (AC) son un grupo heterogéneo de patologías que en conjunto tienen un impacto importante en la morbimortalidad infantil. La detección temprana para evitar sus graves desenlaces se convierte en una herramienta fundamental en el manejo de estas entidades e impacta directamente en las tasas de mortalidad infantil en menores de un año y en la discapacidad de las poblaciones. **Las AC son la segunda causa de mortalidad en menores de un año en Colombia y generan más del 30% de la discapacidad en la población general.** La frecuencia se calcula entre el 3 y 7%. Dentro de AC se encuentran las malformaciones congénitas con una frecuencia en Recién Nacidos (RN) cercana al 3.5%. Las malformaciones que más impacto tiene en la morbimortalidad son las cardiopatías congénitas (15.73 / 10.000 nacidos vivos), el síndrome de Down (Trisomía 21) (17.82 / 10.000 nacidos vivos), el labio y paladar hendido y los defectos de cierre de tubo neural.

Los factores asociados a las anomalías congénitas por su importancia en la etiología y en el desarrollo de estas patologías son: 1) Los antecedentes familiares de anomalías congénitas. Estos se pueden evaluar analizando la historia familiar con herramientas simples como el árbol genealógico. 2) Historia de exposición a teratógenos: Los factores físicos, químicos o microbiológicos que afectan el desarrollo embrionario son una de las causas más importantes en el desarrollo de AC. La evaluación de la exposición a posibles agentes teratogénicos es fundamental para detectar riesgo aumentado de anomalías en el RN. 3) El examen físico sistemático es una de las herramientas con mayor sensibilidad a detectar tempranamente anomalías congénitas pero debe emplearse de manera rutinaria y en la búsqueda precisa de signos sugestivos de anomalías ocultas. 4) Las respuestas anómalas a la adaptación neonatal, evaluadas con exámenes clínicos o paraclínicos, que son frecuentes en muchos RN deben ser un signo de alerta para llegar al diagnóstico de un Error Innato del Metabolismo (EIM).

### 1. DETECCIÓN Y MANEJO DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS EN FETOS EXPUESTOS AL VIRUS DEL ZIKA DURANTE LA GESTACIÓN.

La infección por el virus del ZIKA, durante la vida intrauterina, ha puesto de manifiesto su probable asociación con alteraciones en el sistema nervioso central del feto, por ser un virus neurotrópico, razón por la cual este protocolo pretende hacer la detección y manejo, de las anomalías congénitas estructurales del Sistema Nervioso Central, mediante la estrategia de seguimiento del neurodesarrollo de los niños y niñas desde el nacimiento hasta los dos años de edad. De otra parte, este seguimiento nos permitirá determinar la probable asociación con la exposición con el virus del ZIKA.

#### 1.1. **Definición de caso sospechoso de Anomalía congénita en fetos expuestos al virus Zika:**

Todo recién nacido vivo o muerto con o sin malformación congénita aparente del sistema nervioso central o asociado a él, hijo de mujer que durante la gestación presentó infección por virus de ZIKA confirmado por laboratorio, por clínica o por nexo epidemiológico.

### 2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

¿En quién se sospecha?

- De acuerdo a lo observado en Brasil y la Polinesia francesa, la manifestación más frecuente de la posible infección congénita por virus de ZIKA es la microcefalia, y las calcificaciones, seguidas de ventriculomegalia, y trastornos corticales.
- En todo recién nacido de madre con antecedente de infección viral por Zika, con disminución en el tamaño de la cabeza, menor que la de otros niños de la misma edad y sexo.
- En todo recién nacido de madre con antecedente de infección viral por Zika, en el cual la cabeza deja de crecer después del parto.
- En todo recién nacido de madre con antecedente de infección viral por virus Zika, en el cual se presenten convulsiones u otras manifestaciones neurológicas.

### 3. DIAGNÓSTICO

#### 1.2. ANAMNESIS

Elaboración de la historia clínica antenatal completa que indague antecedentes de riesgo previos al embarazo para malformaciones congénitas y factores de riesgo durante la gestación como exposición a agentes infecciosos o químicos entre otros. Enfatizar en la infección por el virus de ZIKA durante la gestación buscando establecer el trimestre en el que ocurrió y el examen diagnóstico confirmatorio realizado a la gestante. Indagar del entorno de la vivienda y la ubicación de la misma.

Se recomienda la utilización de las Guías de Atención Integral para la Detección de Anomalías Congénitas, recién nacido sano, y recién nacido prematuro del Ministerio de Salud y Protección Social. Ver los Link:

<http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/Gu%C3%ADa-de-anomal%C3%ADas-cong%C3%A9nitas.aspx>

<http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/Guia-del-recien-nacido-sano.aspx>

<http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/Guia-del-recien-nacido-prematuro.aspx>

#### 1.3. EXAMEN FÍSICO SISTEMÁTICO:

**Identificación de alteraciones congénitas**, debido a la clasificación de riesgo realizada a la gestante, se espera que los niños nazcan en instituciones prestadoras de servicios de salud que cuenten con servicio de pediatra, en aquellos recién nacidos que nazcan en centros de atención sin pediatra se recomienda su remisión de inmediato para valoración prioritaria, con el fin de garantizar la detección y diagnóstico de malformación congénita por ZIKA y derivación a servicios de seguimiento de crecimiento y desarrollo de niños de alto riesgo. La valoración y el liderazgo del seguimiento estarán en cabeza del médico pediatra.

En el recién nacido, la identificación de alteraciones congénitas se debe realizar de acuerdo a las guías de práctica clínica, referenciadas en el apartado anterior, en las primeras 24 horas después del nacimiento, iniciando con examen físico sistemático y la realización de la historia clínica que enfatice en factores teratogénicos,

Para garantizar, la realización de exámenes diagnósticos y valoraciones por especialistas de los casos que así lo requieran, el alta se dará entre las 48 a 72 horas siguientes al nacimiento.

En el caso de los recién nacidos con microcefalia, estado definido con la medición del perímetro cefálico así: Circunferencia Occipito-frontal (Diámetro cefálico) menor al percentil 3 ( $< p3$ ) (con el fin de identificar las microcefalias leves a severas), de acuerdo a las curvas de crecimiento cefálico de la OMS, comparado con el estándar normal ajustado para la edad y sexo, para pre término y a término. Se debe analizar la condición de restricción del crecimiento intrauterino en el momento de la valoración, y la interpretación dado que puede confundirse con crecimiento asimétrico o simétrico y no ser una microcefalia. **Ver ANEXO 1 y 2.**

#### 1.4. **CONFIRMACIÓN DIAGNOSTICA**

Para todos los recién nacidos vivos que se configuren como caso sospechoso (madre con cuadro compatible con Zika durante el embarazo) con o sin malformaciones congénitas, se debe tomar muestra de suero (tomar muestra de cordón umbilical con la misma técnica usada para la muestra de tamización de hipotiroidismo neonatal) para diagnóstico diferencial que incluya detección de alguna de las enfermedades del complejo STORCH, estas pruebas deben ser procesadas en el laboratorio clínico de la EAPB e IPSS correspondiente. Una alícuota de la muestra de suero debe ser enviada al Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud con las condiciones descritas en la circular N° 061 de diciembre de 2015, allí se procesara PCR-RT para ZIKA y se almacenara en la seroteca el material necesario de la muestra de cordón umbilical o de placenta.

Para el recién nacido con microcefalia o anomalía congénita sugestiva de infección congénita por ZIKA, con los hallazgos de la ecografía transfontanelar y los resultados de PCR-RT para Zika inicialmente negativos se puede contemplar a criterio del especialista realizar toma de muestra de Líquido Cefalorraquídeo para PCR, de ser necesario para estudiar el caso. Ver Anexo 4.

Para los abortos, Óbitos fetales o mortinatos con o sin malformaciones congénitas, hijos de mujeres que durante la gestación tuvieron infección por el virus ZIKA, deberá ser llevado a estudio anatomopatológico e indagar antecedentes prenatales y factores de riesgo.

#### 4. MANEJO DE CASOS

Los exámenes paraclínicos como mínimos a realizar a los recién nacidos, son:

Los contemplados en la Guía de práctica clínica de atención al recién nacido, enfatizando en tamizaje auditivo, pulso oximetría, TSH, y STORCH a los niños con otras patologías sugestivas de infección congénita, diferente a ZIKA.

Ecografía transfontanelar en la cual se indagara por las siguientes anomalías estructurales de acuerdo a la estandarización de anomalías en las imágenes ecográficas:

Microcefalia:

- 1.1. Leve a moderada: Disminución del perímetro cefálico  $> 2$  DS por debajo de la media de las curvas-patrón para la edad gestacional y sexo.
- 1.2. Severa: Disminución del perímetro cefálico  $> 3$  DS por debajo de la media de las curvas-patrón para la edad gestacional y sexo
2. Calcificaciones: Cortico-subcorticales; Periventriculares; Núcleos basales; Cerebelo-tronco.
3. Ventriculomegalia:
  - 3.1. Leve-moderada: 10-15 mm;
  - 3.2. Severa:  $> 15$  mm
4. Anormalidades de desarrollo cortical: (Polimicrogiria, Lisencefalia)
5. Hipoplasia del cuerpo calloso
6. Hipoplasia cerebelosa:
7. Lesiones de sustancia blanca:

Si los resultados de la ecografía transfontanelar, no son conclusivos de anomalías congénitas dado por: Dificultad de acceso a evaluar el cerebro por la disminución o ausencia de la fontanela. (Dificultad Técnica) o poca experticia del examinador.

Se solicitará a los 7 días del nacimiento Resonancia Magnética o en su defecto TAC cerebral. Esta orden debe entregarse al alta de la institución prestadora de servicios de salud.

Las valoraciones por especialidades médico quirúrgicas dependerán del cada caso en particular, así como la necesidad de hospitalización, para garantizar el manejo integral del recién nacido.

El abordaje a la familia en el pico epidémico estará orientado a la información precisa, clara y educación para el seguimiento a realizar en los casos de recién nacidos que no evidencian anomalías congénitas, con el fin de que la familia y/ o el cuidador realicen la detección de signos y síntomas tempranos de alteraciones en el neurodesarrollo y así mismo concientizar de la importancia de la asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo para el seguimiento.

En el caso de niños con anomalías congénitas del sistema nervioso central principalmente la observada en la epidemia por Zika (microcefalia, calcificaciones, ventriculomegalia), a la familia se le debe brindar atención institucional con un abordaje integral que contemple la valoración y acompañamiento sicosocial para facilitar el cuidado del niño o la niña con este tipo de patologías e incidir en el proceso de rehabilitación. A la salida de la institución debe contemplar un programa de rehabilitación que incluya como mínimo Ver anexo 1:

- Valoración por Neuropediatría
- Valoración por Genética Médica
- Terapia ocupacional
- Terapia física
- Terapia de lenguaje
- Intervención a la familia con siquiatría o psicología y trabajo social
- Valoración por nutrición
- Valoración a fisiatría
- Valoración por oftalmología
- Valoración por infectología
- Valoración por Otorrinolaringología.

Con asistencia individual al menos 1 vez por semana, con una duración de 30 minutos por sesión

Si el recién nacido no tiene evidencia de malformación congénita se realizara tamizaje para detectar los errores innatos del metabolismo de acuerdo a lo estimado en la Guía de práctica clínica de alteraciones congénitas, para descartar otra etiología de alteración en el neurodesarrollo.

Se deberá realizar la notificación del caso al SIVIGILA. . (Ver lineamientos de la Vigilancia en Salud Pública dados por el Instituto Nacional de Salud).

## 5. ACCIONES DE SEGUIMIENTO:

Para los recién nacidos vivos contemplados en el seguimiento, la valoración sistemática se realizara hasta los dos años.

- ✓ Las frecuencias de las consultas serán las siguientes: (Ver Anexo 3).

**Al recién nacido sano sin aparente anomalía congénita**, controles, a las 72 horas del alta. Posterior a esta, se realizara al mes, a los 2 meses y a los 3 meses. Durante este periodo al niño se le practicarán los siguientes exámenes como mínimo:

1. A partir del 3 día realizar valoración por oftalmología hasta los 3 meses.
2. Valoración con otoemisiones acústicas hasta máximo los 3 meses.

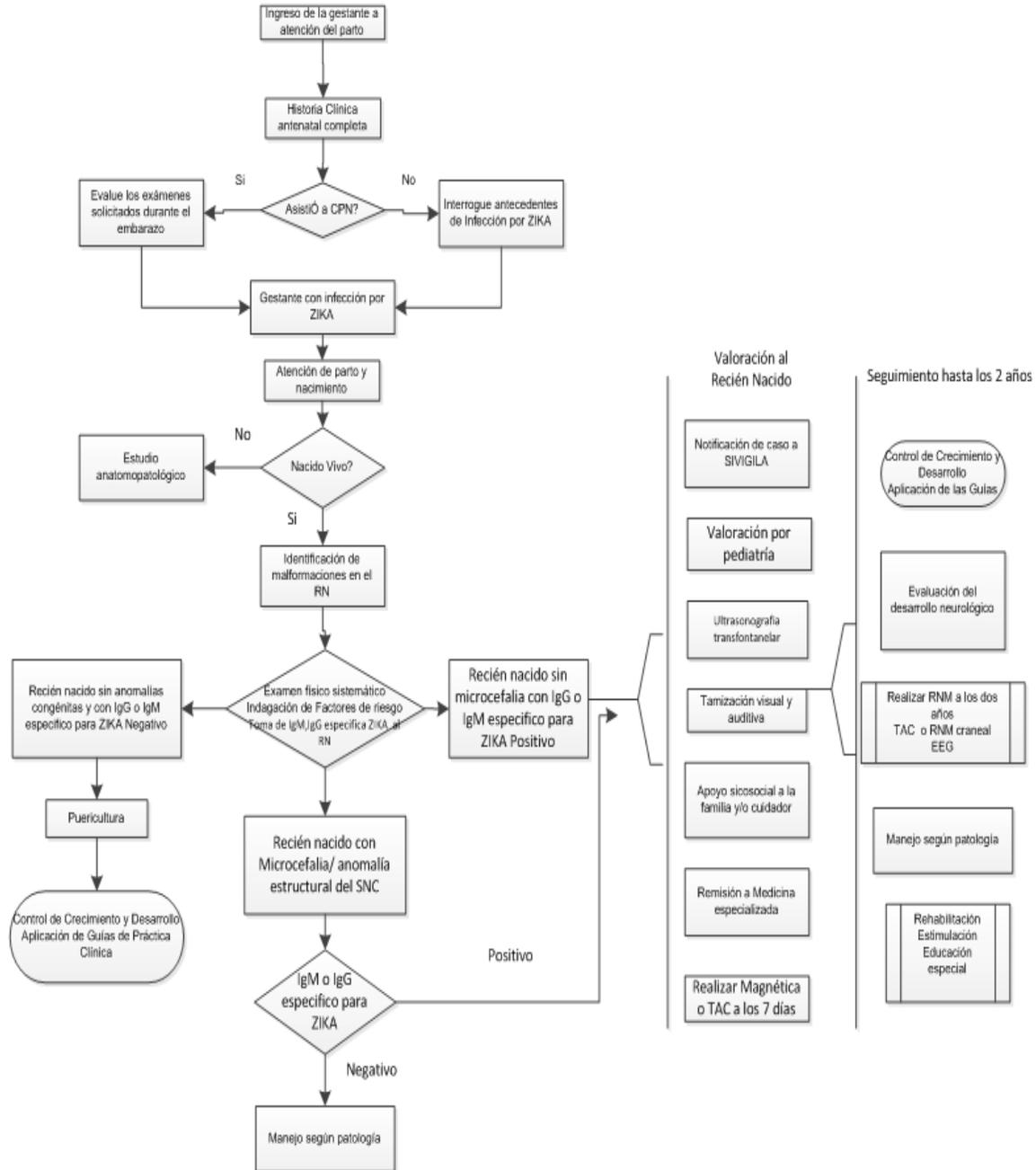
3. A partir de los 3 meses, continuará en las consultas de control y crecimiento y desarrollo de niño de alto riesgo a los 6 meses, 9 meses, 12 meses del nacimiento.
4. Valoración por Neuropediatría solo si se presenta alguna alteración que justifique la remisión a esta sub especialidad por parte de pediatría.
5. Realización de Resonancia Magnética a criterio de Neuropediatría, es decir, si se encontró algún tipo de justificación clínica o diagnóstica.
6. Brindar apoyo sicosocial a la familia, educación a la madre, cuidador o la familia para el manejo de los niños de alto riesgo.

***Al recién nacido con anomalía congénita, microcefalia, calcificaciones, ventriculomegalia,*** deberá ser inscrito o establecerle un programa de rehabilitación. Posterior a la salida de la Institución prestadora de servicios de salud, será visto por pediatría como mínimo para los controles de seguimiento, al mes, a los 2 meses y a los 3 meses. Durante este periodo al niño se le practicarán los siguientes exámenes como mínimo:

1. A partir del 3 día realizar valoración por oftalmología hasta los 3 meses.
2. Valoración con otoemisiones acústicas hasta máximo los 3 meses.
3. A partir de los 3 meses, asistirá a consulta de control y crecimiento de niño de alto riesgo a los 6 meses, 9 meses, 12 meses del nacimiento. En las consultas realizadas por el pediatra se enfatizará en la evaluación del neurodesarrollo.
4. Valoración por Neuropediatría a los 3 meses, a los 12 meses y a los 24 meses.
5. Realización de Resonancia Magnética a los 24 meses.
6. Brindar apoyo sicosocial a la familia, educación a la madre, cuidador o la familia para el manejo de los niños de alto riesgo.

*Si el recién nacido es prematuro o bajo peso al nacer,* deberá inscribirse además al programa Canguro para su seguimiento.

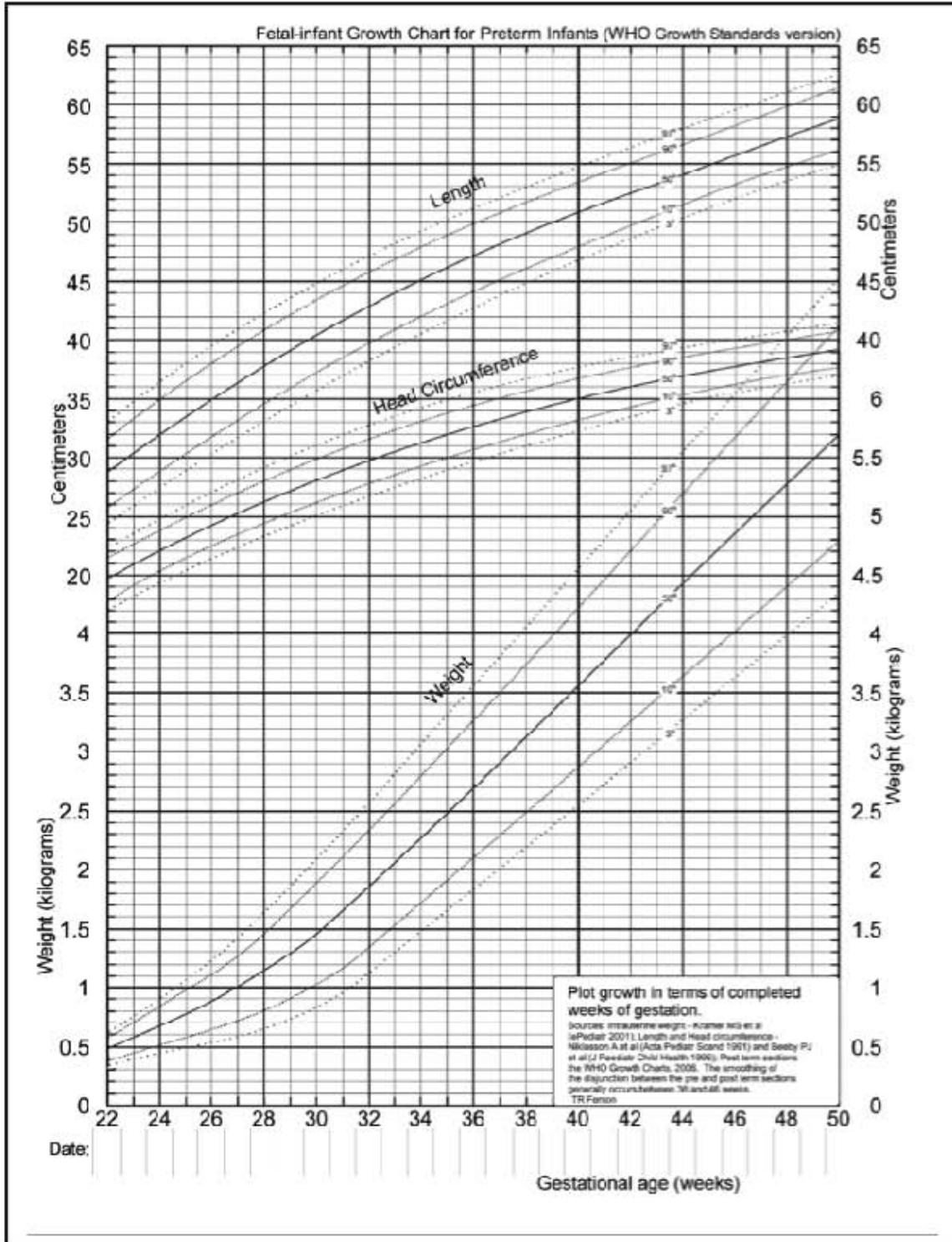
**Flujograma de atención al niño o la niña expuesto al virus del ZIKA en la gestación desde el nacimiento hasta los 2 años de edad**



## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud - OMS/Organización Panamericana de la Salud – OPS. Alerta epidemiológica Infección por Virus Zika. 7 de mayo de 2015. Disponible: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=30076&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30076&lang=es)
2. Centers for Disease Control and Prevention. Zika Virus. Disponible en: <http://www.cdc.gov/Zika/transmission/index.html> [www.cdc.gov/Zika/geo/index.html](http://www.cdc.gov/Zika/geo/index.html)
3. Organización Mundial de la Salud - OMS/Organización Panamericana de la Salud Documento Orientaciones para notificar virus ZIKAV – OPS [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11117&Itemid=41532&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11117&Itemid=41532&lang=es)
4. Ministerio de Salud, Brasil. Eventos de salud pública relacionados con casos de fiebre Zika. Fecha publicación: 14 agosto de 2015. Disponible en: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/19139-evento-de-saude-publica-relacionado-aos-casos-de-febre-do-Zika>
5. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia: evaluación de riesgo de la posible introducción del virus Zika <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/Zika-Mayo-2015-Analisis-Riesgo.pdf>
6. Update: Interim Guidelines for Health Care Providers Caring for Infants and Children with Possible Zika Virus. Disponible en: [http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6507e1er.htm?s\\_cid=mm6507e1er\\_e](http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6507e1er.htm?s_cid=mm6507e1er_e)
7. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia: Guía para la Detección de Anomalías Congénitas en el Recién nacido. <http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/Gu%C3%ADa-de-anomal%C3%ADas-cong%C3%A9nitas.aspx>
8. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia: Guía del Recién nacido Prematuro. <http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/Guia-del-recien-nacido-prematuro.aspx>
9. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia: Guía del Recién nacido Sano. <http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/Guia-del-recien-nacido-sano.aspx>

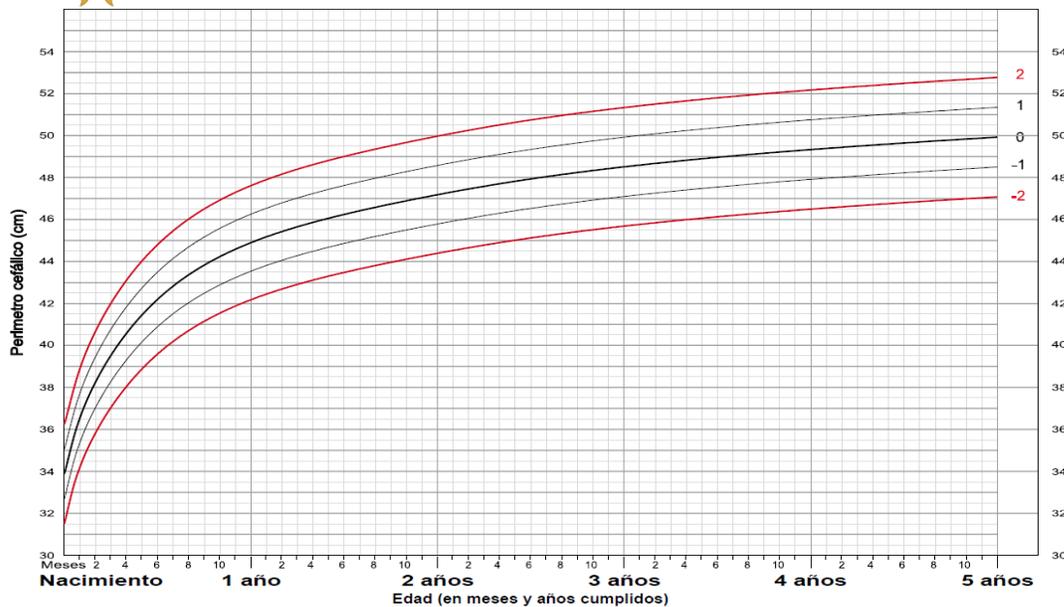
Anexo 1 Tablas de crecimiento de Fenton para prematuros



Anexo 2 Tablas de perímetro cefálico, peso y talla para niñas y niños de la OMS



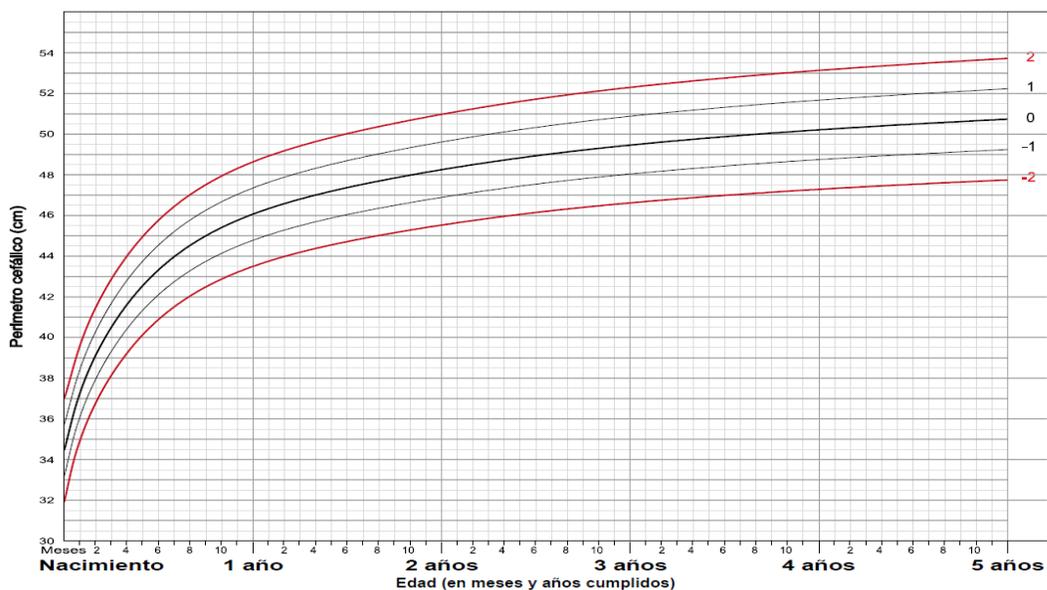
Perímetro cefálico  
Niñas de 0 a 5 años



Niñas de 0 a 5 años



Perímetro cefálico  
Niños de 0 a 5 años



Niños de 0 a 5 años





MINSALUD

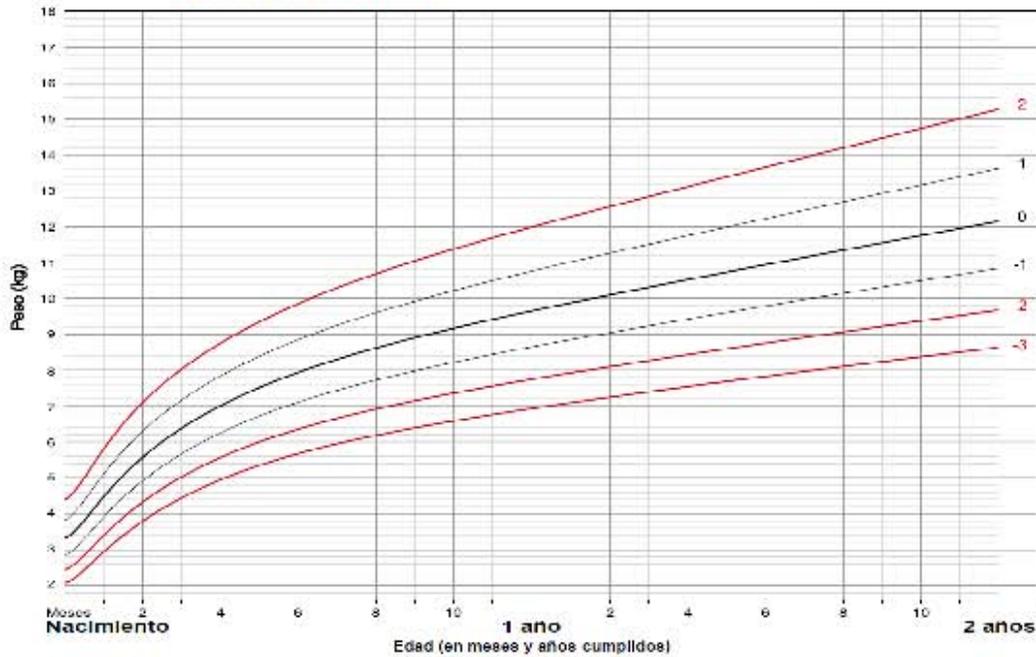


TODOS POR UN  
NUEVO PAÍS

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN



### Peso para la edad Niños de 0 a 2 años

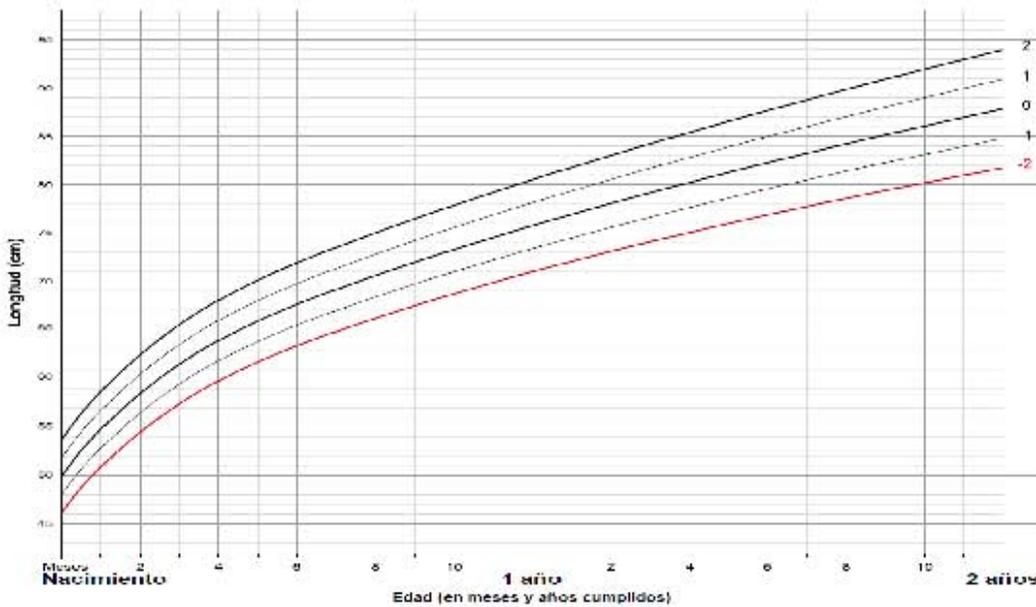


Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Salud - Instituto Nacional de Salud Familiar

Riesgo de Ba 2 años



### Talla para la edad Niños de 0 a 2 años



Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Salud - Instituto Nacional de Salud Familiar

Riesgo de Ba 2 años

**Anexo 3. Resumen de las atenciones al niño o la niña desde el nacimiento hasta los 2 años de edad que garanticen la atención integral**

Valoración con pediatría	Valoración al Recién nacido	Atención al Recien nacido hasta el alta	72 h	1m	2m	3m	6m	9m	12m	16m	20m	24 m	
Con anomalías SNC / microcefalia	Examen físico sistemático Atención del recién nacido IgG/ IgM específica de LCR	Salida con programa de rehabilitación que incluya como mínimo: Terapia ocupacional Terapia física Terapia de lenguaje Con asistencia individual al menos 1 vez por semana con una duración de 30 min cada una Intervención a la familia con psicología y trabajo social Remisión a: Valoración por nutrición Valoración a fisiatría Valoración por oftalmología Valoración por neuropediatría Valoración por infectología Valoración por Otorrinolaringología	Control con Pediatría Valoración del neurodesarrollo	Control con Pediatría Valoración del neurodesarrollo	Control con Pediatría Valoración del neurodesarrollo	Control con Pediatría Valoración del neurodesarrollo	Control con Pediatría Valoración del neurodesarrollo	Control con Pediatría Valoración del neurodesarrollo	Control con Pediatría Valoración del neurodesarrollo	Control con Pediatría Valoración del neurodesarrollo	Control con Pediatría Valoración del neurodesarrollo	Control con Pediatría Valoración del neurodesarrollo	
		Apoyo y asistencia medica psicologica y siquiatria a la madre o cuidador				Tiempo máximo de Valoración por neuropediatría	Controles según necesidad individual		Obligatoria Valoración por neuropediatría			Obligatoria Valoración por neuropediatría y fisiatría	
		Realización de ecografía transfontanelar en las primeras 72h de vida. En su defecto TAC o RMN cerebral despues del 7 día de vida y antes de los 3 meses de vida.					Tiempo máximo de Valoración por fisiatría	Controles según necesidad individual		Obligatoria valoración por fisiatría			Tiempo máximo de Realización de Resonancia Magnética
Aparentemente sano	Examen físico sistemático Atención del recién nacido IgG/ IgM de Cordón Umbilical Laboratorios de tamizaje para el Recién nacido y para la detección de anomalías congénitas	Control de Crecimiento y desarrollo por Pediatría Exámenes de tamizaje para anomalías congénitas Ecografía transfontanelar , Resonancia cerebral o TAC a los 7 días	Control con Pediatría Valoración del neurodesarrollo	Valoración por pediatría y a partir del 3 día realizar Valoración por oftalmología Valoración con oteomisiones acusticas máximo hasta los 3 meses				Control con Pediatría Valoración del neurodesarrollo					
			Control con Pediatría Valoración del neurodesarrollo	Control con Pediatría Valoración del neurodesarrollo	Control con Pediatría Valoración del neurodesarrollo								
						Valoración por neuropediatría			Valoración por neuropediatría			Valoración por neuropediatría	
													Realización de Resonancia
Aparentemente Sano y otras anomalías diferentes al de SNC	Examen físico sistemático Atención del recién nacido IgG/ IgM de Cordón Umbilical Laboratorios de tamizaje para el Recién nacido y para la detección de anomalías congénitas	Valoración por Especialista Apoyo y asistencia medica psicologica y siquiatria a la madre o cuidador	Control con Pediatría Valoración del neurodesarrollo	Valoración por pediatría y a partir del 3 día realizar Valoración por oftalmología Valoración con oteomisiones acusticas hasta los 3 meses	Control con Pediatría Valoración del neurodesarrollo								
			Control con Pediatría Valoración del neurodesarrollo	Controles según condición	Valoración por neuropediatría	Controles según condición		Valoración por neuropediatría				Valoración por neuropediatría	
		Remisión a genética, fisiatría según sea la condición				Controles según condición						Tiempo máximo de Realización de Resonancia	

#### **Anexo 4. Recolección, manejo y envío de muestras de suero y Líquido Céfalorraquídeo**

Se debe realizar la recolección de muestras, en todas las personas que cumplan con la definición de caso sospechoso de síndrome neurológico asociado a Zika, se debe tomar muestra de suero y de Líquido Céfalorraquídeo (LCR), al cual se le realizara PCR si cumple con los criterios que se describen a continuación, de no cumplir con los criterios se llevara a una seroteca hasta que se cuente con una prueba adecuada para poder confirmar o no la presencia del virus Zika.

Recolección: las muestras de suero y LCR en personas vivas se realiza en aquellas que cumplen con definición de caso sospechoso, se debe coleccionar un mínimo de 2ml con un periodo máximo de evolución de cinco días posterior al inicio de síntomas.

Manejo y remisión de muestras: las muestras de suero y LCR deben ser almacenadas en condiciones de congelación (-10 a -20 °C) y enviadas al laboratorio de salud pública departamental, dentro de las primeras 48 horas después de su recolección. A su vez, el laboratorio de salud pública debe garantizar las mismas condiciones de almacenamiento y transporte para remitir al laboratorio de virología del Instituto Nacional de salud. Para esto se debe remitir la muestra con la ficha de notificación del evento que en este caso es la 895, ficha de laboratorio con todos los campos diligenciados (fecha de inicio de los síntomas y fecha de recolección de la muestra) e historia Clínica.

Reporte de resultados: la emisión de los resultados se realizara conforme al flujo establecido dentro de los procesos de laboratorio nacional de referencia del INS. Se solicita que los laboratorios de salud pública reporten de forma inmediata a las unidades de epidemiología e IPS.

Recuerde que la toma de esta muestra es para un diagnostico epidemiológico y no sirve para orientar medidas terapéuticas en el paciente.

Si el paciente fallece se deberá tomar doble muestra de los siguientes órganos: bazo, hígado, riñón, miocardio, pulmón, cerebro, medula ósea, ganglio linfático, cortes representativos de las raíces de nervios dorsales lo más proximal a medula espinal en sus diferentes localizaciones (cervical, torácica y lumbar); una muestra deberá ser refrigerada en solución salina para estudios virológicos y la otra en solución fijadora formol 10% pH neutro para estudios histopatológicos.

Para mayor información remítase al link:  
<http://www.ins.gov.co/Noticias/ZIKA/Circular%20Conjunta%20061%20de%202015.pdf>

