


**HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA. SERVICIO DE NEUROLOGÍA
PROTOCOLO DE ABORDAJE CLÍNICO: PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA
(PFA)**

1. AUTOR
2. REVISORES
3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES
4. JUSTIFICACIÓN
5. ALCANCE
6. PROPÓSITO
7. OBJETIVO GENERAL
8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
9. ANTECEDENTES LOCALES DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD
10. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD
11. EPIDEMIOLOGÍA
12. DEFINICIÓN
13. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
14. HALLAZGOS DE LABORATORIO
15. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
16. TRATAMIENTO
17. CRITERIOS DE REFERENCIA
18. RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE Y FAMILIARES
19. SEGUIMIENTO Y CONTROLES
20. BIBLIOGRAFÍA
21. ANEXO

| | | | |
|---|---|--|---------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neurología | CÓDIGO: PR-19-03 | Página 2 de 9 |
| | Título Protocolo de Abordaje Clínico de Parálisis Flácida Aguda | Edición: Mayo 2026 | |
| | Elaborado: Dra. Paula Abrego Servicio de Neurología | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Carmen Báez Jefa de Servicio de Neurología | |

1. AUTOR: Dra. Paula Abrego A., Servicio de Neurología Hospital del Niño: Dr. José Renán Esquivel.

2. REVISORES: Dra. Carmen Báez, Dra. Marion Alleyne, Dra. Eva Pérez, Servicio de Neurología, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: El autor y los revisores que contribuyeron en la elaboración y revisión de este documento declaran que no existen conflictos de intereses que puedan influir en el contenido.

4. JUSTIFICACIÓN

La parálisis flácida aguda es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida rápida de la fuerza muscular, tono y reflejos en una o más extremidades. Debido al riesgo de compromiso de los músculos respiratorios (especialmente en Síndrome de Guillain-Barré) o compresión medular irreversible, se requiere un diagnóstico diferencial ágil y certero en el cuarto de urgencias.

4. ALCANCE


Este protocolo está dirigido a la población pediátrica que requiera atención en el Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel, ya sea a través del cuarto de urgencias, áreas de hospitalización o consulta externa especializada, que presente una pérdida súbita de la fuerza muscular, hipotonía y disminución de reflejos, compatibles con el espectro clínico de la Parálisis Flácida Aguda (PFA).

6. PROPÓSITO

El propósito fundamental es implementar y estandarizar un protocolo clínico que permita el abordaje sistemático, diagnóstico y terapéutico de los pacientes con sospecha de Parálisis Flácida Aguda. Esta guía busca facilitar la identificación temprana de patologías críticas como el Síndrome de Guillain-Barré, Mielitis Transversa, Mielitis Flácida Aguda, Compresiones Medulares y Miopatías/Toxinas, garantizando una intervención oportuna para reducir el riesgo de insuficiencia respiratoria y secuelas neurológicas permanentes.

7. OBJETIVO GENERAL

Estandarizar el manejo inicial del paciente pediátrico con pérdida súbita de fuerza muscular para asegurar un diagnóstico oportuno y tratamiento precoz.

| | | | |
|---|---|--|---------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neurología | CÓDIGO: PR-19-03 | Página 3 de 9 |
| | Título Protocolo de Abordaje Clínico de Parálisis Flácida Aguda | Edición: Mayo 2026 | |
| | Elaborado: Dra. Paula Abrego Servicio de Neurología | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Carmen Báez Jefa de Servicio de Neurología | |

8. OBJETIVO ESPECIFICO

Identificar signos de alarma respiratoria y hemodinámica.

- Diferenciar entre causas periféricas (SGB) y centrales (Mielitis).
- Establecer la batería de laboratorios y estudios de imagen prioritarios.

9. ANTECEDENTES LOCALES

En Panamá, el Síndrome de Guillain-Barré es la causa principal de parálisis flácida aguda en pediatría. Estudios retrospectivos realizados en el Hospital del Niño (1990-2004) por Brin, Correa y colaboradores, demuestran una mayor prevalencia en el sexo masculino (ratio 3:1) y en preescolares. Localmente, se observa un patrón estacional ligado a picos de infecciones respiratorias y gastrointestinales.

La vigilancia nacional de PFA reporta casos esporádicos que cumplen con los criterios de la OPS/OMS, subrayando la importancia de la notificación obligatoria inmediata (dentro de las primeras 24 horas) para mantener el estatus de país libre de polio.

10. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD

Parálisis Flácida Aguda (PFA).


- CIE-10:
 - G61.0 (Síndrome de Guillain Barre)
 - G37.3 (Mielitis Transversa).

11. EPIDEMIOLOGÍA

Entre 2016 y 2025, el Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel registró 68 casos de síndrome de Guillain-Barré y 14 casos de mielitis transversa aguda, consolidando a las etiologías inflamatorias y post infecciosas como causas relevantes de parálisis flácida aguda en la población pediátrica atendida en nuestra institución.

El síndrome de Guillain-Barré representó la entidad más frecuente, con predominio en escolares y preescolares, baja mortalidad y comportamiento epidemiológico variable a lo largo de los años, mientras que la mielitis transversa mostró menor incidencia y predominio en pacientes entre 5 y 14 años. Estos hallazgos resaltan la importancia de contar con un protocolo institucional de diagnóstico temprano, vigilancia epidemiológica y abordaje multidisciplinario de la parálisis flácida aguda en pediatría.

La ausencia de codificación específica para mielitis flácida aguda (AFM) podría reflejar sub-diagnóstico o clasificación dentro de otras entidades neurológicas inflamatorias.


| | | | |
|---|---|--|---------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neurología | CÓDIGO: PR-19-03 | Página 4 de 9 |
| | Título Protocolo de Abordaje Clínico de Parálisis Flácida Aguda | Edición: Mayo 2026 | |
| | Elaborado: Dra. Paula Abrego Servicio de Neurología | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Carmen Báez Jefa de Servicio de Neurología | |

12. DEFINICIÓN CLÍNICA

Se define como la debilidad muscular de inicio súbito (progreso en días o semanas) con hipotonía y disminución o ausencia de reflejos osteotendinosos.

El síndrome de Guillain-Barré constituye la principal causa de parálisis flácida aguda de origen neuromuscular en la población pediátrica. Corresponde a una polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda inmuno mediada caracterizada por debilidad progresiva y arreflexia, pudiendo presentarse en diferentes variantes clínicas y electrofisiológicas con implicaciones diagnósticas y pronósticas. Entre las principales subclasificaciones se incluyen:

- Polirradiculoneuropatía Inflamatoria Desmielinizante Aguda (AIDP):** Es la variante más frecuente del síndrome de Guillain-Barré en la población pediátrica occidental. Se caracteriza por debilidad ascendente simétrica, arreflexia y compromiso predominantemente desmielinizante en los estudios de conducción nerviosa. Clínicamente puede asociarse a dolor neuropático y alteraciones autonómicas.
- Neuropatía Axonal Motora Aguda (AMAN):** Variante axonal motora observada con mayor frecuencia en Latinoamérica y Asia. Se asocia comúnmente a infecciones gastrointestinales por *Campylobacter jejuni* y se caracteriza por debilidad motora pura, progresión rápida y menor compromiso sensitivo.
- Neuropatía Axonal Motora y Sensitiva Aguda (AMSAN):** Forma menos frecuente y de comportamiento más severo, caracterizada por afectación axonal motora y sensitiva. Suele asociarse a mayor discapacidad residual y recuperación más prolongada.
- Síndrome de Miller-Fisher:** Variante poco frecuente en pediatría, caracterizada por la tríada clínica de oftalmoplejía, ataxia y arreflexia. Puede asociarse a anticuerpos anti-GQ1b.
- Variante Faríngeo-Cérvico-Braquial:** Forma rara del síndrome de Guillain-Barré que compromete predominantemente musculatura bulbar, cervical y de miembros superiores, pudiendo simular otras patologías neuromusculares agudas.

| | | | |
|---|---|--|---------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neurología | CÓDIGO: PR-19-03 | Página 5 de 9 |
| | Título Protocolo de Abordaje Clínico de Parálisis Flácida Aguda | Edición: Mayo 2026 | |
| | Elaborado: Dra. Paula Abrego Servicio de Neurología | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Carmen Báez Jefa de Servicio de Neurología | |

14. HALLAZGOS DE LABORATORIO Y GABINETE

El abordaje diagnóstico debe ser simultáneo a la estabilización clínica. No se debe retrasar el manejo si la sospecha clínica de compromiso ventilatorio es alta.

Triángulo de Evaluación de Urgencias (TEU)

Antes de la historia detallada, evaluar estabilidad:

- 1) **Esfuerzo respiratorio:** ¿Hay uso de músculos accesorios o respiración paradójica?
- 2) **Protección de vía aérea:** ¿Deglute secreciones? ¿Tos efectiva?
- 3) **Estado hemodinámico:** Signos de disautonomía (taquicardia/hipertensión) frecuentes en SGB.

A. Estudios de Líquido Cefalorraquídeo (LCR)

Es la piedra angular para diferenciar procesos inflamatorios de desmielinizantes.


- **Disociación Albúmina-Citológica:** Hallazgo clásico del **Síndrome de Guillain-Barré (SGB)** (proteínas elevadas con celularidad normal). *Nota:* Puede ser normal en el 25-50% de los casos durante la primera semana de síntomas.
- **Pleocitosis (>5-10 cel/mm³)** Sugiere fuertemente **Mielitis Transversa (MT)** o **Mielitis Flácida Aguda (MFA)**. En el contexto de MFA, la pleocitosis suele ser leve-moderada con predominio linfocítico.

B. Estudios de Neuroimagen (Prioridad en Urgencias)

- **Resonancia Magnética (RM) de Columna (con gadolinio):Mielitis Transversa:** Lesión hiperintensa en T2 que ocupa más del 50% del diámetro transversal de la médula, generalmente extendiéndose por 3 o más segmentos vertebrales.
 - **Mielitis Flácida Aguda (MFA):** Lesión predominantemente en la **sustancia gris** (astas anteriores), de forma longitudinal.
 - **SGB:** Puede mostrar realce de las raíces nerviosas de la cauda equina (útil si el LCR es dudoso).
 - **Compresión Medular:** Identificación de masas, abscesos o traumatismos.

C. Laboratorios de Apoyo y Diagnóstico Diferencial

- 1) **Electrolitos Completos (Na, K, Cl, Ca, Mg):** Indispensables para descartar parálisis hipopotasémica o trastornos metabólicos.

| | | | |
|---|---|--|---------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neurología | CÓDIGO: PR-19-03 | Página 6 de 9 |
| | Título Protocolo de Abordaje Clínico de Parálisis Flácida Aguda | Edición: Mayo 2026 | |
| | Elaborado: Dra. Paula Abrego Servicio de Neurología | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Carmen Báez Jefa de Servicio de Neurología | |

2) **Creatina Fosfoquinasa (CPK):** Elevada en casos de miopatías agudas o miositis viral.


3) **Reactantes de Fase Aguda (PCR y VES):** Útiles para orientar hacia procesos infecciosos o inflamatorios sistémicos.

4) **Función Renal y Pruebas Hepáticas:** Basales antes del inicio de tratamiento con Inmunoglobulina Intravenosa (IGIV) o esteroides a altas dosis.


D. Vigilancia Epidemiológica (Mandatorio MINSA)

- **Recolección de Heces:** En todo paciente con PFA se deben recolectar **dos muestras de heces** con un intervalo de 24 horas, dentro de los primeros 14 días del inicio de la parálisis, para cultivo y descarte de poliovirus (Protocolo Nacional de Vigilancia).
- **Manejo del dolor:** Esencial en pacientes con SGB o mielitis.

15. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (Orientación Clínica)

| DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA | | |
|---|--|---|
| SOSPECHA CLÍNICA | HALLAZGOS CLAVE | CONSIDERACIONES |
|  SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ (SGB) |  <ul style="list-style-type: none"> • Debilidad ascendente (de distal a proximal). • Simétrica. • Arreflexia/hiporreflexia. • Dolor lumbar o en extremidades. |  Principal causa de parálisis neuromuscular aguda en pediatría. |
|  MIELITIS TRANSVERSA |  <ul style="list-style-type: none"> • Nivel sensorial claro. • Disfunción de esfínteres (retención o incontinencia). • Debilidad simétrica por debajo del nivel. • Hiperreflexia (signo de neurona motora superior). |  Urgencia de imagen (Resonancia magnética) para confirmación. |
|  MIELITIS FLÁCIDA AGUDA |  <ul style="list-style-type: none"> • Debilidad asimétrica (predominio en MMSS > MMII). • Pródromo febril o infección respiratoria. • Hipotonía y arreflexia. • Pleocitosis (leve-moderada) en LCR. |  Asociado a Enterovirus (EV-D68, EV-A71, otros). |
|  COMPRESIÓN MEDULAR |  <ul style="list-style-type: none"> • Dolor localizado en columna (intenso). • Déficit motor por debajo del nivel de la lesión. • Signos de neurona motora superior (hiperreflexia, Babinski) en fases tardías. • Alteración sensitiva con nivel. |  EMERGENCIA QUIRÚRGICA. |
|  MIOPATÍAS / TOXINAS |  <ul style="list-style-type: none"> • Debilidad proximal (predominio en pelvis y hombros). • Antecedente de ingesta (p. ej., miel en lactantes – botulismo). • Mialgias. • Arreflexia variable. |  Evaluar CPK (elevada en miopatías) y antecedentes tóxicos. |

❗ **NOTA:** La correlación clínica, estudios complementarios (LCR, RM, EMG) y evaluación multidisciplinaria son esenciales para un diagnóstico preciso.

| | | | |
|---|---|--|---------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neurología | CÓDIGO: PR-19-03 | Página 7 de 9 |
| | Título Protocolo de Abordaje Clínico de Parálisis Flácida Aguda | Edición: Mayo 2026 | |
| | Elaborado: Dra. Paula Abrego Servicio de Neurología | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Carmen Báez Jefa de Servicio de Neurología | |

17. CRITERIOS DE ADMISIÓN Y REFERENCIA

- Todo paciente con PFA debe ser ingresado a una unidad de cuidados intensivos o cuidados intermedios para monitoreo cardiaco y respiratorio continuo.
- Evaluación obligatoria por Neurología Pediátrica y Medicina Crítica.


18. RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE Y FAMILIARES

Posterior a la fase aguda intrahospitalaria, todo paciente con parálisis flácida aguda debe continuar seguimiento multidisciplinario enfocado en rehabilitación temprana y recuperación funcional. Se recomienda iniciar terapia física y ocupacional de forma precoz para prevenir contracturas, atrofia muscular y limitación de la movilidad. Los familiares deben recibir orientación sobre la importancia del cumplimiento de las terapias, vigilancia de signos de alarma respiratoria o nueva debilidad, así como medidas de prevención de complicaciones asociadas a inmovilidad. La recuperación neurológica puede ser progresiva y prolongada, por lo que el acompañamiento familiar y el seguimiento por Neurología Pediátrica y Medicina Física y Rehabilitación son fundamentales para disminuir secuelas y optimizar la reintegración funcional del paciente.

19. SEGUIMIENTO


- Terapia física y rehabilitación temprana para prevenir contracturas.
- Control de esfínteres y prevención de úlceras por presión.

Recomendación de Bioseguridad: Debido a la vigilancia epidemiológica internacional, todo caso de PFA debe ser notificado al sistema de salud pública para descartar poliomielitis (según normativas locales actuales).

| | | | |
|---|---|--|---------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neurología | CÓDIGO: PR-19-03 | Página 8 de 9 |
| | Título Protocolo de Abordaje Clínico de Parálisis Flácida Aguda | Edición: Mayo 2026 | |
| | Elaborado: Dra. Paula Abrego Servicio de Neurología | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Carmen Báez Jefa de Servicio de Neurología | |

20. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. *Surveillance standards for acute flaccid paralysis*. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. Centers for Disease Control and Prevention. *Acute Flaccid Myelitis: Clinical Guidance for Health Care Providers*. Atlanta: CDC; 2024.
3. Kevin Messacar, Schreiner TL, Maloney JA, et al. Acute flaccid myelitis: a clinical review. *The Lancet Infectious Diseases*. 2022;22(7):e210-e220.
4. Maloney JA, Mirsky DM, Messacar K, Dominguez SR. Acute flaccid myelitis: diagnosis and management. *JAMA Neurology*. 2021;78(6):735-742.
5. Willison HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome. *Nature Reviews Neurology*. 2023;19(7):384-402.
6. American Academy of Neurology. *Practice guidance: evaluation and management of acute flaccid paralysis in children*. Minneapolis: AAN; 2023.
7. Sejvar JJ, López AS, Cortese MM, et al. Acute flaccid myelitis in the United States, August–December 2014: results of nationwide surveillance. *Clinical Infectious Diseases*. 2016;63(6):737-745.
8. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 22nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2023.
9. Swaiman KF, Ashwal S, Ferriero DM, et al. *Swaiman's Pediatric Neurology: Principles and Practice*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2022.
10. Departamento de Registros Médicos y Estadísticas. Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel. Consolidado anual por diagnóstico, sexo y grupo de edad, 2016–2025. Panamá.

| | | | |
|---|---|--|---------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neurología | CÓDIGO: PR-19-03 | Página 9 de 9 |
| | Título Protocolo de Abordaje Clínico de Parálisis Flácida Aguda | Edición: Mayo 2026 | |
| | Elaborado: Dra. Paula Abrego Servicio de Neurología | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Carmen Báez Jefa de Servicio de Neurología | |

21. ANEXO

ALGORITMO DE ABORDAJE Y ATENCIÓN PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA (PFA) EN PEDIATRÍA

HOSPITAL DEL NIÑO DR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL

