

**PARÁLISIS AGUDA FLÁCCIDA EN  
MENORES DE 15 AÑOS( PAF)**

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

**Definición de caso****Sospechoso:** Todo caso de parálisis aguda y flácida en persona menor de 15 años.**Recordar:** Si el paciente es < 1 año debe proceder a notificar y estudiar de forma conjunta PAF y Botulismo del lactante.**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo al nacer: M  F  Indeterminado Sexo legal: M  F  No binario  Género: Mujer CIS  Varón CIS  Mujer Trans  Varón Trans  Desconocido 

Teléfono Propio o vecino: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Al ser paciente menor de 15 años se deberá consignar quien brinda la información:

Madre:  Padre:  Otros: \_\_\_\_\_**DATOS CLÍNICOS**

Fecha de inicio de los síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de primera consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fiebre Si  No Ausencia de espasticidad Si  No Respiratorios Si  No Mialgia Si  No Digestivos Si  No Parálisis flácida Si  No 

Fecha de la parálisis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de primera internación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Miembro	Parálisis						Reflejos Osteotendinosos(*)					Sensibilidad (*)				
	Proximal			Distal												
	Si	No	NS	Si	No	NS	N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS
Brazo derecho							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS
Brazo izquierdo							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS
Pierna derecha							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS
Pierna izquierda							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS

(\*)N: Normal, H:Hiperreflexia, D:Disminuido, A: Ausente, NS: No sabe (Marcar lo que corresponda).

**Progresión de la Parálisis**

Ascendentes	Descendentes	Sin progresión

**Distribución de la Parálisis**

Ascendentes	Descendentes	Sin progresión

Compromiso de pares craneanos Si  No  n/s Se realiza EMG Si  No Compromiso respiratorio Si  No  n/s Punción lumbar Si  No ARM Si  No **DATOS DE VACUNACIÓN****SABIN (Vacuna Polio Oral Bivalente)**N° de dosis: \_\_\_\_\_ Esquema completo para edad Si  No  Fecha última dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**SALK (Vacuna Polio Inactivada)**N° de dosis: \_\_\_\_\_ Esquema completo para edad Si  No  Fecha última dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## DATOS LABORATORIO

Tipo de muestra	Momento ideal de toma	Fecha de toma
Materia fecal	Dentro de los 15 días de iniciada la parálisis	

LCR	Fecha de muestra: ____/____/____	N° de céculas: _____	PMN	<input type="text"/> <input type="text"/> %	Prot.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Aspecto	_____		Linfoc.	<input type="text"/> <input type="text"/> %	Gluc	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Disociación albúmino/citológica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Monoc.	<input type="text"/> <input type="text"/> %		

## DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

### Factores de riesgo/Vías más probables de transmisión/ otros antecedentes de interés.

Antecedentes de contacto con pacientes confirmado poliomielitis: Si  No

Antecedentes de viaje a zona con circulación de poliovirus: Si  No

Inmunización incompleta: Si  No

Inmunocomprometido: Si  No

## ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

- Medidas de control de caso sospechoso: Aislamiento de tipo entérico y desinfección concurrente durante la internación.
- Se deberá realizar la visita domiciliaria para evaluación de contactos, identificación de sintomáticos y control de esquemas de vacunación.
- Ante las siguientes situaciones: Caso sin muestra de MF.  
Fallecido con clínica de poliomielitis.  
Sin posibilidad de seguimiento. } se deberán recolectar muestras de 5 contactos menores de 7 años, y realizar vacunación de bloqueo.

## DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: \_\_\_\_\_

Establecimiento Notificación: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ e- mail: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma y sello del notificador