



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección General de Epidemiología

# FICHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA

## VIGILANCIA DE PARALISIS FLACIDA AGUDA (P.F.A.)

Nro. ficha	Fecha de conocimiento local	Fecha de investigación	Fecha notificación EE SS a Red/Microred	Fecha notificación Red/Microred a DISA	Fecha de notificación de DISA a DGE

<b>1. REGISTRO:</b> N°. de orden nacional: _____ Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____	<b>2. DATOS PERSONALES</b> Nombre del paciente: _____ Fecha nacimiento _____ Edad _____ Sexo ( ) F ( ) DNI _____ Padre _____ Madre _____ Residencia permanente _____ Teléfono: _____ Residencia provisional _____
---	--

<b>3. CONOCIMIENTO DEL CASO</b> ( ) Notificación ( ) Búsqueda activa	<b>PRIMER NOTIFICANTE (persona que vio el caso por primera vez)</b> _____ Institución/ Establecimiento de Salud _____ Dirección _____ Teléfono _____
---	---

### 4. CUADRO CLINICO

<b>Fecha inicio síntomas generales</b> (pródromos) ___/___/___ <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Desc</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Tos</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> <tr><td>Fiebre</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> <tr><td>Estreñimiento</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> <tr><td>Vómitos</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> <tr><td>Diarrea</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> </tbody> </table> <b>Signos</b> Dolor muscular ( ) ( ) ( ) Cefalea ( ) ( ) ( ) Mening. ( ) ( ) ( ) <b>Breve descripción de: sensorio, marcha, parálisis.</b>		Si	No	Desc	Tos	( )	( )	( )	Fiebre	( )	( )	( )	Estreñimiento	( )	( )	( )	Vómitos	( )	( )	( )	Diarrea	( )	( )	( )	<b>Semana epidemiológica N°</b> _____ <b>Fecha de la fiebre al inicio:</b> ___/___/___ <b>Fecha de la deficiencia motora:</b> ___/___/___ <b>N° días con parálisis</b> (o tiempo en que parálisis se instaló totalmente:) _____ <b>Progresión de parálisis:</b> Ascendente ( ) Descendente ( ) Mixta ( ) <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>IGN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Paresia</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> <tr><td>Parálisis</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> <tr><td>Pares craneal.</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> <tr><td>Flacidez</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> <tr><td>Súbita</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> <tr><td>Asimetría</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> <tr><td>Sensibilidad</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> <tr><td>Parestesia</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> <tr><td>Babinski</td><td>( )</td><td>( )</td><td>( )</td></tr> </tbody> </table> <b>Localización parálisis :</b> SI NO IGN Prox Dist.		Si	No	IGN	Paresia	( )	( )	( )	Parálisis	( )	( )	( )	Pares craneal.	( )	( )	( )	Flacidez	( )	( )	( )	Súbita	( )	( )	( )	Asimetría	( )	( )	( )	Sensibilidad	( )	( )	( )	Parestesia	( )	( )	( )	Babinski	( )	( )	( )	<b>Fecha de examen físico:</b> <b>Realizado por:</b> _____ <b>Diagnóstico inicial</b> 1. _____ 2. _____
	Si	No	Desc																																																															
Tos	( )	( )	( )																																																															
Fiebre	( )	( )	( )																																																															
Estreñimiento	( )	( )	( )																																																															
Vómitos	( )	( )	( )																																																															
Diarrea	( )	( )	( )																																																															
	Si	No	IGN																																																															
Paresia	( )	( )	( )																																																															
Parálisis	( )	( )	( )																																																															
Pares craneal.	( )	( )	( )																																																															
Flacidez	( )	( )	( )																																																															
Súbita	( )	( )	( )																																																															
Asimetría	( )	( )	( )																																																															
Sensibilidad	( )	( )	( )																																																															
Parestesia	( )	( )	( )																																																															
Babinski	( )	( )	( )																																																															

Fuerza muscular		DIM	AUS	NORM	IGN
Miembro superior izquierdo		( )	( )	( )	( )
Miembro superior derecho		( )	( )	( )	( )
Miembro inferior izquierdo		( )	( )	( )	( )
Miembro inferior derecho		( )	( )	( )	( )

Tono muscular		DIM	AUS	NORM	IGN
Miembro superior izquierdo		( )	( )	( )	( )
Miembro superior derecho		( )	( )	( )	( )
Miembro inferior izquierdo		( )	( )	( )	( )
Miembro inferior derecho		( )	( )	( )	( )
Músculos cervicales		( )	( )	( )	( )

Reflejos		DIM	AUS	NORM	IGN

MSI ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	Miembro superior izquierdo ( ) ( ) ( ) ( )
MSD ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	Miembro superior derecho ( ) ( ) ( ) ( )
MII ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	Miembro inferior izquierdo ( ) ( ) ( ) ( )
MID ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	Miembro inferior derecho ( ) ( ) ( ) ( )
<b>SI NO</b>	<b>Signos irritación meníngea</b>
Múscul. respiratorios ( ) ( )	Rigidez de nuca ( ) ( ) ( )
Múscul. cervicales ( ) ( )	Kerning ( ) ( ) ( )
Otros: Cara lado (Der) (Izq)	Brudzinski ( ) ( ) ( )
	Lasegue ( ) ( ) ( )

**5. HOSPITALIZACION:** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Fecha de internamiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hospital: \_\_\_\_\_  
 Servicio \_\_\_\_\_ Nº Historia clínica: \_\_\_\_\_ Nº Cama \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_:

**6. FALLECIDO:** Si ( ) No ( ) Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Causa \_\_\_\_\_  
 Informe necropsia \_\_\_\_\_

**7. ANTECEDENTES DE VACUNA ANTIPOLIO**  
 Vacunado SI ( ) NO ( ) IGN ( ) Nº dosis recibidas ( ) Verificada con carné SI ( ) NO ( ) Fecha ultima dosis recibida \_\_\_\_\_  
 Establecimiento donde fue vacunado \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

**8. DATOS DE LABORATORIO:**

Muestra	Fecha obtención	Fecha de envío a INS	Fecha resultado Fio Cruz	Agente aislado	Observaciones
Heces 1	/ /	/ /	/ /		
Heces 2	/ /	/ /	/ /		

**9. FUENTE PROBABLE DE INFECCION:**  
 (a) Viajes realizados en los 30 días antes del inicio de la deficiencia motora [ Si ] A donde \_\_\_\_\_ [No ]  
 (b) Visitas recibidas en los 30 días antes del inicio de la deficiencia motora [ Si ] De donde \_\_\_\_\_ [No ]  
 (c) Existen otros casos semejantes en el área [ Si ] [ No ] [ No sabe ]

**10. CADENA DE TRANSMISIÓN: Objetivo: Instrucciones: Identificar el caso primario, luego:**  
**a)** Tomar como referencia la fecha de inicio de parálisis del caso. **b)** Identificar los contactos individuales o de grupo que tuvo el caso 45 días antes y 45 días después del inicio de la parálisis. **c)** Enumerar en orden cronológico en la siguiente tabla. **d)** Programar el seguimiento de los contactos asintomáticos hasta por 60 días a partir de su captación, para los que inician parálisis se apertura nuevas ficha.

Nombre	Edad	Nº dosis recibida	Fecha última dosis	Fecha colecta heces	Fecha envío	Fecha resultado	Resultado aislamiento
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

**11. ACCIONES DE CONTROL (Iniciar de inmediato cuando se presente UN caso probable)**

<b>Bloqueo</b> Localidad (es) _____ Fecha inicio: _____	<b>Búsqueda activa</b> (otros casos similares en el área o localidades vecinas) Nº casos hallados _____ Ingresan al sistema _____ Se descartan _____ (no cumplen criterio) _____
--	---

1 año	1 – 4 años	5 – 14 años	> 15 años	TOTAL VAC	Casas abiertas (casa donde se vacunó)	Casas cerradas (sus residentes han salido)	Casas Abandonadas	TOTAL CASAS

<b>12. SEGUIMIENTO DE SECUELAS:</b>					30 días	60 días	90 días	180 días
Fecha programada					/ /	/ /	/ /	/ /
Fecha que se realizó					/ /	/ /	/ /	/ /

	EVALUACION DEL TROFISMO					EVALUACION DE REFLEJOS				
	Segmento corporal	30 días	60 días	90 días	180 días	Segmento corporal	30 días	60 días	90 días	180 días
Fuerza muscular	Miembro superior derecho					Miembro superior derecho				
	Miembro superior izquierdo					Miembro superior izquierdo				
	Miembro inferior derecho					Miembro inferior derecho				
	Miembro inferior izquierdo					Miembro inferior izquierdo				
	Cara					Babinski				
Tono muscular	Miembro superior derecho					Músculos respiratorios				
	Miembro superior izquierdo					<b>Comentarios:</b>				
	Miembro inferior derecho									
	Miembro inferior izquierdo									
	Cara									
Atrofia	Miembro superior derecho									
	Miembro superior izquierdo									
	Miembro inferior derecho									
	Miembro inferior izquierdo									
	Cervicales									
Sensibilidad										

**13. EVALUACION FINAL DE SECUELAS:** Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

TIPO DE SECUELA: Ausente ( ) LOCALIZACION: MSI ( ) Cara ( )  
 Mínima ( ) MSD ( ) Músculos cervicales ( )  
 Media ( ) MII ( ) Músculos respiratorios ( )  
 Grave ( ) MID ( )

**14. ELECTROMIOGRAFIA:** Realizado por: \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Conclusión:** \_\_\_\_\_

**15. CLASIFICACION FINAL** Polio salvaje ( ) Polio derivado de la vacuna ( ) Polio asociado a la vacuna ( ) Polio compatible ( )  
 Descartado ( )  
 Especificar \_\_\_\_\_ Fecha de clasificación \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**16. CRITERIOS PARA CLASIFICACION:** Laboratorio ( ) Defuncion ( ) Con parálisis residua I ( ) Sin parálisis residual ( )  
 Descartado ( )

**17. SE HA DESCARTADO:** SGB ( ) Neuritis traumática ( ) Mielitis transversa ( ) Tumor ( ) Desconocido ( )  
**OTRO :** Especificar \_\_\_\_\_

**18. INVESTIGADOR:** \_\_\_\_\_ **CARGO:** \_\_\_\_\_ **FIRMA:** \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**19. OBSERVACIONES**