INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

TOMA DE MUESTRA, EMBALAJE Y TRANSPORTE DE MUESTRAS PARA AISLAMIENTO DE PARALISIS FLACIDA AGUDA

Blga. Johanna Nery Balbuena Torres
Blga. Liz Kelly Arango Yupanqui
Centro Nacional de Salud Publica – INS
LRN Virus Inmunoprevenibles
Laboratorio de Enterovirus

MARZO – 2023

DIRECTIVA SANITARIA Nº 059 -MINSA/DGE-V-01

DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE POLIOMIELITIS/PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

1. FINALIDAD

Contribuir a evitar y contener la reintroducción del poliovirus salvaje, y la circulación de poliovirus derivados de vacunas en el país.

2. OBJETIVO

Establecer las pautas, procedimientos e instrumentos para la identificación, captación, notificación, investigación epidemiológica y clasificación de los casos de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años de edad.

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva Sanitaria es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos del sector salud, públicos y privados del ámbito nacional (del Ministerio de Salud, de Gobiernos Regionales y Gobiernos locales, EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú y establecimientos de salud privados).

Recolección de muestras

Insumo para Obtención

- Envase de plástico (polipropileno) estéril de boca ancha y con tapa rosca.

- Destapar el recipiente y colocar las heces con ayuda de la paleta.
- Aproximadamente 10 gr o 10 ml, en casos de muestras liquidas.
- Asegurar la tapa y sellar con Parafilm.

Rotulo del frasco

Apellidos y nombres
Edad
Fecha de obtención de la muestra
Procedencia

Conservación:

- Entre +2°C a +8ºC después de su obtención hasta las 24 horas para su envió.
- A congelación -20°C por mas de 24 horas.

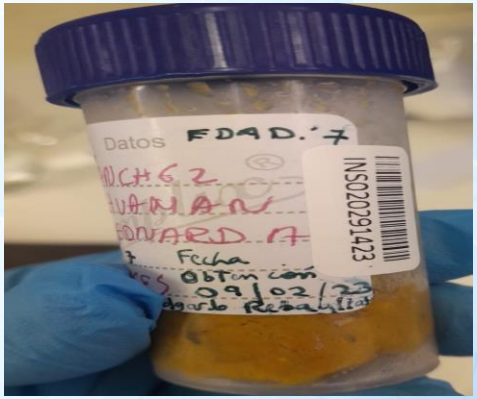
Envío de muestra:

- Cadena de frio: +2°C a +8ºC.
- Bioseguridad.
- Ficha de investigación epidemiológica.

Calidad de la muestra

Muestra adecuada de heces

- 10 g de heces, obtenidas entre los 14 días del inicio de la parálisis.
- En el caso de muestras insuficientes, se obtendrá una 2da muestra dentro de los 14 días del inicio de la parálisis.
- Enviada al INS dentro de los 5 días de obtenida la muestra.
- Ficha clínica de investigación epidemiológica.



1. REGISTRO DE LA PROCEDENCIA:

Nº. de orden nacional: _____

Departamento _____

Provincia _____

Distrito _____

Localidad _____

2. DATOS PERSONALES

Apellidos y nombres del paciente: _____

Fecha nacimiento _____ Edad : _____ Sexo M ( ) F ( )

Número de DNI _____

Padre _____ Madre _____

Residencia permanente _____ Teléfono: _____

Referencia para localización: _____

Residencia provisional _____ Teléfono: _____

3. CONOCIMIENTO DEL CASO

( ) Consulta ( ) B. Activa Instit.

( ) B. Activa Comunitaria ( ) Inv. contactos

( ) Laboratorio ( ) Otros

( ) Casos reportados en la comunidad

PRIMER NOTIFICANTE (persona que vio el caso por primera vez):

Nombre del primer notificante: _____

Institución/ Establecimiento de Salud _____

Dirección _____ Teléfono _____

4. CUADRO CLÍNICO

Fecha inicio síntomas generales

(pródromos): __/__/___

Semana epidemiológica Nº ____

Fecha inicio de la fiebre: __/__/___

Fecha de inicio de la deficiencia motora: __/__/___

Nº días en que se instaló la parálisis: _____

Fecha de examen físico: __/__/___

Realizado por: _____

Diagnóstico inicial

1. _____

2. _____

	SI	No	Ignorado
Fiebre	( )	( )	( )
Respiratorios:			
Tos	( )	( )	( )
Gastrointestinales:			
Estreñimiento	( )	( )	( )
Vómitos	( )	( )	( )
Diarrea	( )	( )	( )
Otros:			
Dolor muscular	( )	( )	( )
Cefalea	( )	( )	( )
Mening.	( )	( )	( )

Progresión de parálisis:

Ascendente ( ) Descendente ( ) Mixta( )

	SI	No	Ignorado
Paresia	( )	( )	( )
Parálisis	( )	( )	( )
Pares craneal.	( )	( )	( )
Flacidez	( )	( )	( )
Súbita	( )	( )	( )
Asimetría	( )	( )	( )
Sensibilidad	( )	( )	( )
Parestesia	( )	( )	( )

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

Tono muscular	DIM	AUS	NORM	IGN

5. HOSPITALIZACIÓN: SI ___ NO ___

Fecha de internamiento ___/___/___ Hospital: _____ Servicio: _____

Nº Historia clínica: _____ Nº Cama _____ Ciudad: _____ Fecha de alta: ___/___/___

6. FALLECIDO: SI ( ) No ( ) Fecha __/__/___ Causa _____

Informe de necropsia _____

7. ANTECEDENTES DE VACUNA ANTIPOLIO

Vacunado SI ( ) NO ( ) IGN ( ) Nº dosis recibidas ( ) Verificada con carné SI ( ) NO ( ) Fecha última 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 INFECCIÓN:

(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]

Calidad de la muestra

- **Contenedor primario:**
  - ✓ Frasco rotulado con nombre del paciente, edad, fecha y hora de obtención y procedencia.
  - ✓ Frasco de boca ancha, tapa rosca
  - ✓ Sin conservantes.
- **Contenedor secundario:**
  - ✓ Cierre hermético para evitar el derrame.
  - ✓ Rígido o flexible.
- **Contenedor externo:**
  - ✓ Rígido.
  - ✓ Rotulado según normativa.

EMBALAJE, TRANSPORTE Y ENVIO DE MUETRAS BIOLÓGICAS CATEGORIA “B”

Norma técnica

NTS N°153 - MINSA/2019/INS
NORMA TÉCNICA DE SALUD SOBRE PREPARACIÓN, EMBALAJE Y DOCUMENTACIÓN PARA EL TRANSPORTE SEGURO DE SUSTANCIAS INFECCIOSAS

I. FINALIDAD Y JUSTIFICACIÓN TÉCNICA

En el marco del Reglamento Sanitario Internacional y según el compromiso asumido en la Agenda de Seguridad y Salud Global, nuestro país a través del Ministerio de Salud, debe reducir las brechas para mejorar la salud de nuestra comunidad, lo cual se asocia al transporte seguro de sustancias infecciosas para brindar un diagnóstico oportuno y eficaz de las enfermedades que aquejan a la población con potencial epidémico e impacto internacional.

La finalidad de la presente Norma Técnica de Salud (NTS) es fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud en lo relacionado al transporte seguro de sustancias infecciosas, por vía aérea, terrestre y fluvial; dando las disposiciones necesarias que serán de cumplimiento obligatorio a nivel nacional, estableciendo los procedimientos técnicos estandarizados que debe seguir el expedidor o remitente para el transporte seguro de sustancias infecciosas y muestras de pacientes o animales en las categorías A y B, así como los especímenes exentos de origen humano o animal, en los servicios de salud a nivel nacional, a fin de contribuir con el diagnóstico oportuno y eficaz de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

TRANSPORTE DE MUESTRAS

COLECTA Y ENVIO DE MUESTRAS

MUESTRA DE HECES
Colectar

10 grs

HOSPITALES
CENTROS DE SALUD
OTROS

↓

LABORATORIO DE REFERENCIA REGIONAL

↓

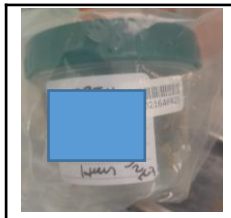
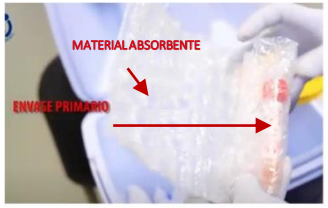
INSTITUTO MACIONAL DE SALUD
Laboratorio de Enterovirus

DIRECCION: DEFENSORES DEL MORRO N° 2268, CHORRILLOS - LIMA

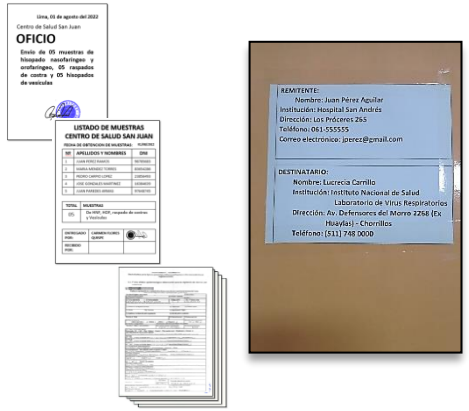
TRANSPORTE DE MUESTRAS

10 grs

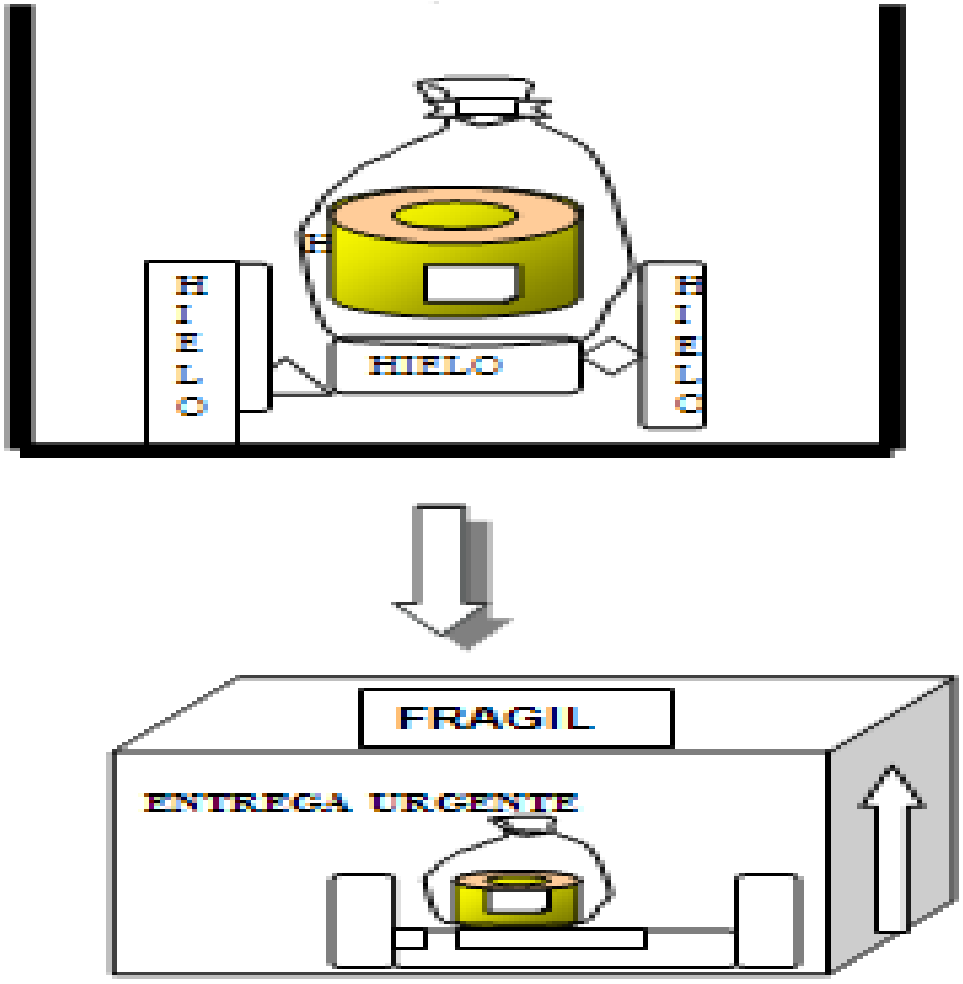
EMBALAJE DE MUESTRAS PARA ENVÍO AL LABORATORIO DE REFERENCIA

				
El personal que recepciona las muestras verifica la concordancia de los datos de los pacientes registrados en el frasco primario y en la ficha de investigación clínica epidemiológica.	Revisa la integridad del frasco primario y sella las tapas del contenedor primario con parafilm.	Envuelve los contenedores primarios con material absorbente y los coloca dentro del contenedor secundario.	Cierra herméticamente el contenedor secundario.	Coloca el contenedor secundario dentro del contenedor externo

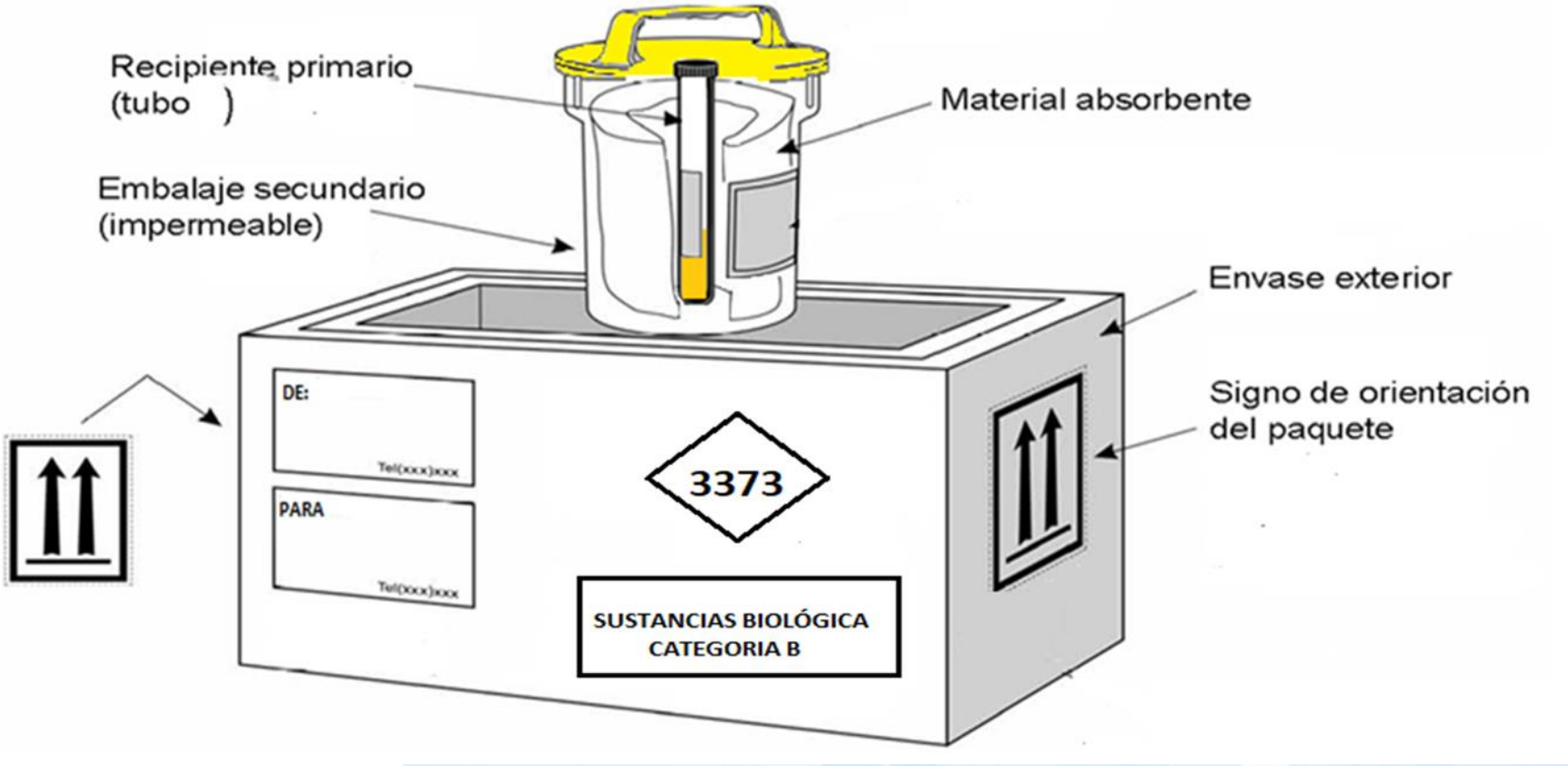
EMBALAJE DE MUESTRAS PARA ENVÍO AL LABORATORIO DE REFERENCIA

				
Coloca el material refrigerante alrededor del contenedor secundario	Mide la temperatura (2-8°C)	Cierra el contenedor externo y lo sella adecuadamente.	Comprueba que el contenedor externo está etiquetado.	Al momento de derivar las muestras al laboratorio de referencia se debe adjuntar la documentación necesaria para el laboratorio (oficio, listado de muestras, la ficha de investigación clínica epidemiológica de la vigilancia de rotavirus), en un sobre de plástico adherido al contenedor externo.

EMBALAJE DE MUESTRAS PARA ENVÍO AL LABORATORIO DE REFERENCIA



Transporte de muestras al Laboratorio INS o Referencia Regional



CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE MUESTRAS INS

- Cumplen con los criterios de inclusión según etiología
- Tienen fichas clínicas epidemiológicas.
- Están correctamente identificadas y etiquetadas, según tipo de muestra;
- Obtenidas oportuna y adecuadamente
- Están debidamente embaladas y conservadas óptimamente

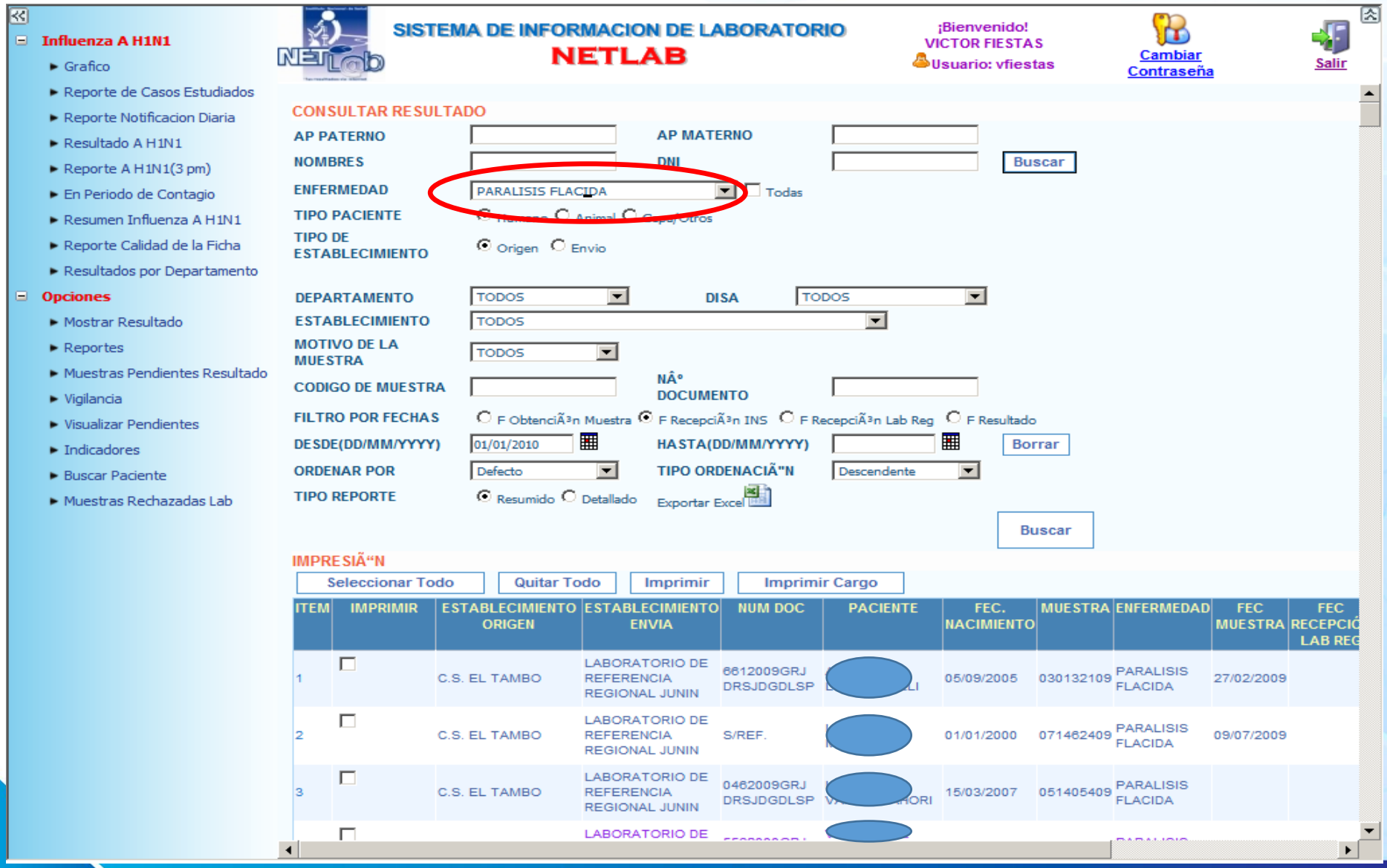
CRITERIOS DE RECHAZO DE MUESTRAS INS

- No cumplen con los criterios de inclusión
- Datos incompletos en la solicitud de análisis
- Envase roto y/o con derrame de muestra
- Evidente contaminación
- Datos de la ficha epidemiológica que no correlacionan con el rotulado de la muestra.
- Deficiente conservación

El área de Recepción y Obtención de Muestras (ROM) del INS verificará el estado de muestras, rechazándola en caso no cumplan con los criterios de aceptación.

Opciones
Ingresar Resultado
Editar Resultado
Registrar Fecha Laboratorio
Visualizar Pendientes
Buscar Paciente
Rechazadas por Rom
Mostrar Resultados Externo
SISTEMA DE INFORMACION DE LABORATORIO
NETLAB
¡Bienvenido!
Liz Kelly Arango Yupanqui
Usuario: LArango
Cambiar Contraseña
Salir
MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ
Instituto Nacional de Salud
ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DEL MINISTERIO DE SALUD
"Investigar para proteger la salud"
Instituto Nacional de Salud
NETLab

CONSULTA DE RESULTADO



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. El equipo de investigación del caso (epidemiología , laboratorio y establecimiento de salud) deben procurar la obtención de la muestra en cantidad (10gr) y calidad adecuada
2. El Laboratorio de Referencia Regional debe realizar el control de calidad exhaustivo de las muestras.
3. Cuando la muestra es insuficiente Se debe obtener una segunda muestra de heces dentro de los 14 días del inicio de síntomas.
4. Enviar la muestra dentro de los 5 días de obtención.
5. Hacer el seguimiento de las muestras hasta el llegado al INS.