



Montevideo 17 de enero de 2024

De: Unidad de Inmunizaciones

Para: Economía de la Salud

Materiales para enviar a los prestadores para capacitación frente a vacunación de poliomielitis y vigilancia de parálisis flácida aguda.

Por el presente se adjuntan los materiales informativos a considerar para la capacitación de personal de salud frente a poliomielitis y vigilancia de parálisis flácida aguda.

Los materiales anexos son estrictamente referenciales en cuanto a contenido, lo cual implica que pueden ser adaptados según el perfil del personal capacitado.

Los temas a tratar incluyen: aspectos virológicos, epidemiología, manifestaciones clínicas, historia de la poliomielitis en Uruguay, tipos de vacuna contra poliomielitis, esquema de vacunación nacional, recuperación de esquemas. Se aborda además vigilancia de la parálisis flácida aguda en Uruguay, notificación de casos.

Los contenidos se encuentran definidos en 2 presentaciones que se adjuntan. Se incluye además una evaluación final a considerar para las capacitaciones.

Cualquier duda o consulta nos encontramos a la orden,

Unidad de Inmunizaciones
Área de Vigilancia en Salud de la Población
Ministerio de Salud Pública



Anexo 1:

Evaluación final

- 1. ¿Cuál es la ventaja principal de la IPV frente a la OPV en términos de seguridad?**
 - a) No requiere refrigeración
 - b) No hay riesgo de poliomielitis parálitica asociada a la vacuna
 - c) Menor costo por dosis
 - d) Mayor duración de la inmunidad

- 2. ¿Por qué es importante la vacunación oportuna contra la poliomielitis en el contexto de mantener su erradicación?**
 - a) La vacunación oportuna solo es importante en países donde la poliomielitis sigue siendo endémica.
 - b) La vacunación oportuna asegura la inmunidad individual, pero no afecta la erradicación global.
 - c) La vacunación oportuna es crucial para prevenir la reintroducción del virus en áreas libres de poliomielitis.
 - d) La vacunación oportuna es menos importante que la higiene y el saneamiento en la prevención de la poliomielitis.

- 3. ¿Cuál es la importancia de la vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) en el contexto de la erradicación de la poliomielitis?**
 - a) Solo se utiliza para diagnosticar la poliomielitis en individuos sintomáticos.
 - b) Se enfoca en el tratamiento de los pacientes con poliomielitis, no en la prevención.
 - c) Es una estrategia de bajo impacto en el seguimiento de la erradicación de la poliomielitis.
 - d) Ayuda a identificar casos de poliomielitis y monitorear la circulación del virus en la población.

- 4. ¿Qué estrategia de vacunación con IPV se sería la más apropiada para un niño de 3 años que nunca ha recibido vacuna contra polio?**
 - a) Administración única a los 5 años
 - b) Vacunar con al menos 3 dosis con un intervalo de 1 mes entre cada una.
 - c) Refuerzos a los 15 años con 1 dosis única
 - d) No se recomienda vacunar porque en Uruguay no hay circulación

- 5. ¿Qué tipo de muestras se deben enviar para el diagnóstico de PFA?**
 - a) Muestras de sangre, orina y heces.
 - b) Muestras de líquido cefalorraquídeo.
 - c) Solo muestras de orina.
 - d) Solo muestra de sangre.



6. ¿Cuál es el tiempo máximo recomendado para la toma de muestras de sangre después del inicio de síntomas de PFA?

- a) 48 horas.
- b) 5 días.
- c) 10 días.
- d) 2 semanas.

Respuestas:

- 1) B
- 2) C
- 3) D
- 4) B
- 5) A
- 6) A



Ministerio
de Salud Pública

POLIOMIELITIS EN URUGUAY

**Actualización sobre vacunación contra el virus
de la poliomielitis**

2024

Unidad de Inmunizaciones, División Epidemiología, MSP



Enterovirus

- Los enterovirus son **virus ARN** pertenecientes a la familia de los *Picornavirus*.
- El **aparato digestivo** de los seres humanos es el hábitat natural de estos microorganismos.
- El ser **humano es el único hospedero** natural para los poliovirus, aunque su capacidad de infectar otras especies animales permite que la **contaminación alimentaria** pueda ser una fuente probable de infección para seres humanos.



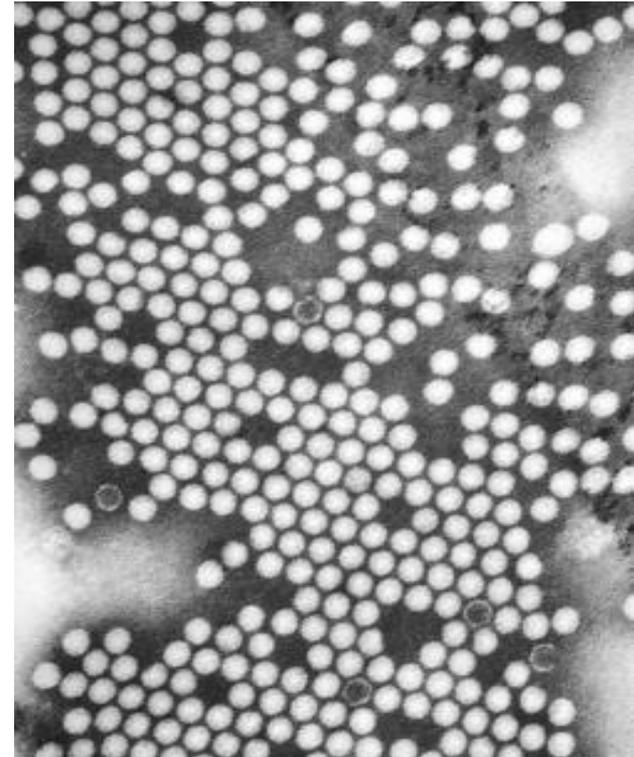
Poliomielitis

Enfermedad altamente transmisible.

Mecanismo de transmisión: de persona a persona.

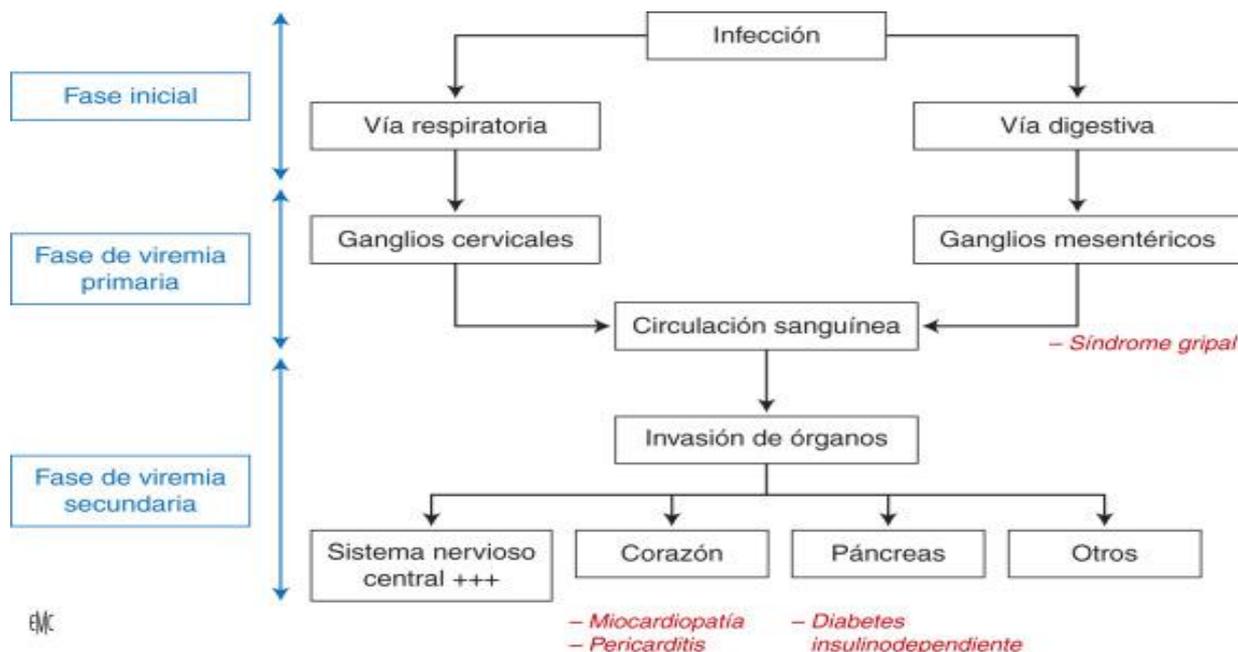
- A través de contacto con secreciones respiratorias (tos, estornudos) – colonización faríngea
- Por contacto directo con materia fecal infectada - intestinal

El virus se reproduce en la orofaringe, en el intestino - luego pasa a la sangre (viremia) y alcanza el sistema nervioso





Compromiso del SNC: Parálisis flácida



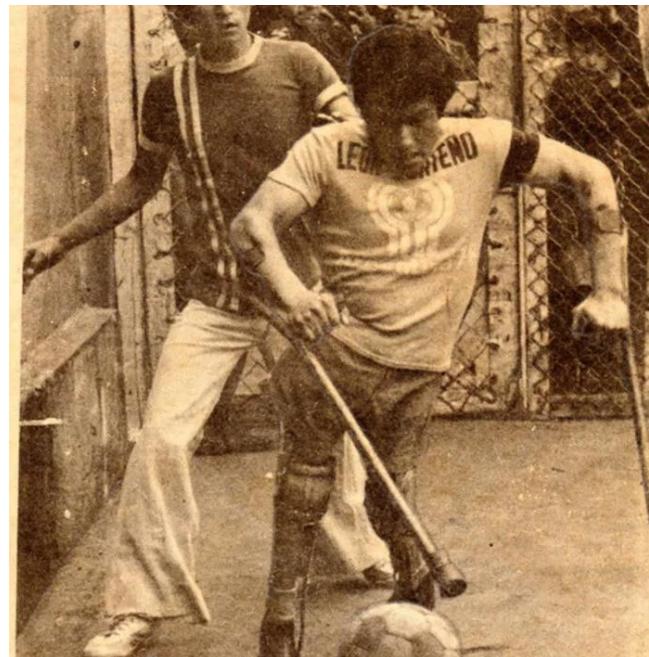


Manifestaciones clínicas

- Los **síntomas iniciales** son similares a un síndrome de impregnación viral: odinofagia, fiebre, cansancio, cefalea, vómitos.
- Se pueden manifestar síntomas neurológicos: rigidez nucal, parestesias, disestesias.
- Síntomas autolimitados, (2 a 5 días)
- **1 de cada 200** infecciones produce una **parálisis irreversible** (generalmente de las piernas)
- **5% al 10%** de estos casos fallecen por parálisis de los músculos respiratorios.
- **Meningitis:** se presenta en aproximadamente **1 a 5 de cada 100 infecciones.**
- **Síndrome post-polio:** atrofia muscular posterior a la infección, que afecta a los sobrevivientes de la poliomielitis décadas después de haberse recuperado de la infección inicial.



Joven con una deformidad en la pierna derecha como consecuencia de la polio.



Hombre adulto con síndrome post-poliomielitis

Extraído de:

1, CDC, 1995, <https://phil.cdc.gov/details.aspx?pid=5578>

2, <https://www.paho.org/es/historias/superando-polio>



Ministerio
de Salud Pública

VACUNAS CONTRA POLIOVIRUS

Historia de la Vacunación

Unidad de Inmunizaciones, División Epidemiología, MSP



Impacto de la vacunación en Uruguay

Previo a la introducción de la vacuna Uruguay presentaba alrededor de **500 casos anuales**.



1966:

Se introduce la vacunación universal con (OPV).



1978:

Último caso registrado.



1983:

Identificación de casos vinculados a vacuna oral.



1989:

identificación circulación de virus polio 3 vinculado a vacuna oral.

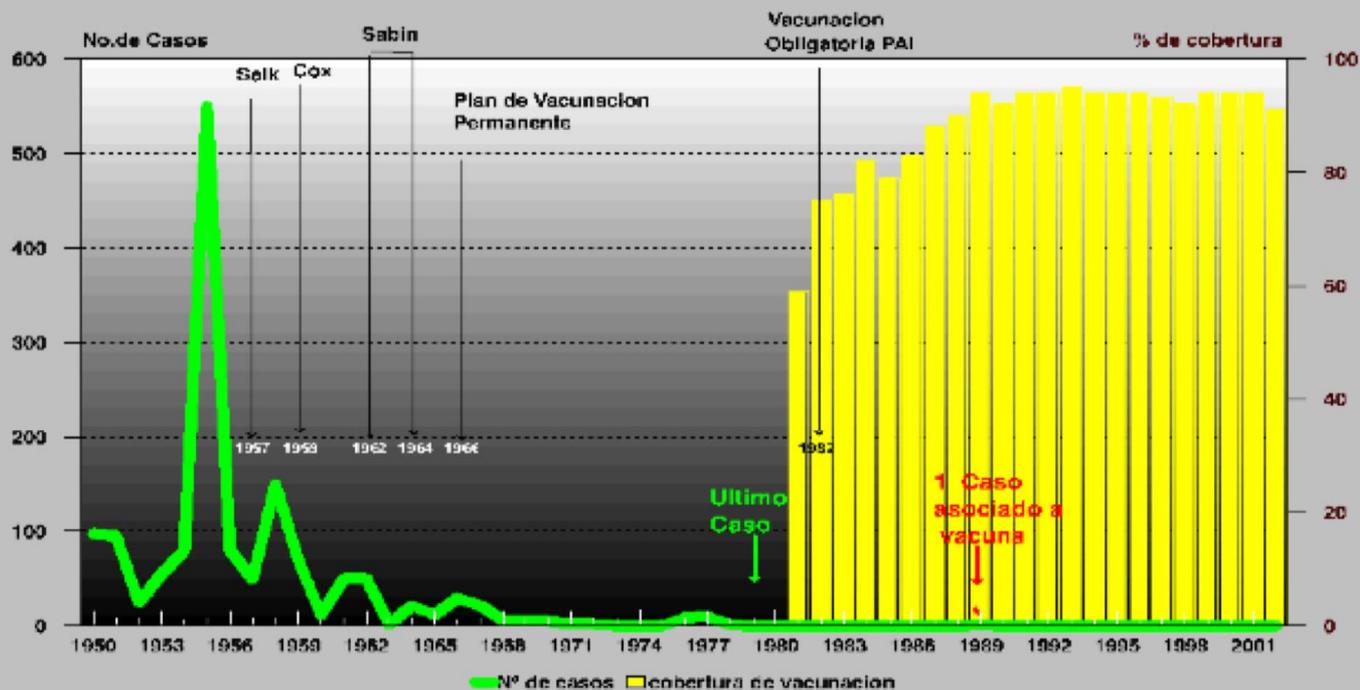


1994:

Se declara la **erradicación** de la enfermedad en el territorio nacional.



Poliomielitis, Uruguay 1950 - 2002*



Fuente: Dpto. de Epidemiología
Área Vigilancia Epidemiológica
Área Inmunizaciones :PAI
CHLAEP



Vacunas orales

- Vacuna a virus vivos atenuados.
- Bajo costo de producción, favoreció su implementación masiva.
- Se administra vía oral **por gotas**, fácil de administrar.
- No requiere personal capacitado.
- Altamente eficaz.
- Estimula la inmunidad en la mucosa siendo efectiva para disminuir la transmisión.



Vacunas orales

tOPV (1,2,3)

- Fue la vacuna oral más empleada para la vacunación de forma sistemática a nivel mundial, fue retirada en 2016

bOPV (1,3)

- Vacuna bivalente, serotipos 1 y 3. Se emplea en países con alta carga de polio en la infancia, se recomienda completar el esquema con vacuna inactivada.

Monovalente (mOPV):

- Emplea virus tipo 1 o 3.
- Principalmente utilizada en actividades suplementarias de vacunación en zonas donde solo circula el tipo 1 o el tipo 3



OPV

- La vacuna oral contra la poliomielitis del tipo 2 conlleva los dos riesgos:

Poliomielitis parálítica asociada con la vacuna (VAPP):

- Parálisis flácida que se produce en niños (especialmente inmunocomprometidos) después de recibir la vacuna OPV
- A nivel mundial: Un caso por cada 2,4 millones de dosis administradas (entre 250 y 500 casos por año).
- 40% de los casos de VAPP eran causados por el virus tipo 2.

Estado de portador asintomático:

- El virus se replica en el intestino delgado y es eliminado a través de las heces, generando una **circulación de virus polio derivado de la vacuna - (cVDPV)**.
- Estos virus circulantes, pueden generar casos secundarios en personas no inmunizadas (especialmente niños que no han completado el esquema).



Vacuna Antipoliomielítica inactivada (Salk)

- Vacuna inactivada de Virus enteros, incluye los 3 serotipos.
- Acceso gratuito y solamente disponible por MSP.
- **Esquema nacional:** 4 dosis.
- Genera anticuerpos protectores en un 95 % de los casos luego de 2 dosis y del 100% luego de la 3era.
- Polivalente – 3 serotipos
- **Se puede administrar de forma simultánea con otras vacunas del esquema regular.**



Consideraciones sobre IPV

- No conlleva ningún riesgo de VAPP ni de cVDPV.
- IPV induce niveles muy bajos de inmunidad en el intestino.
- Una persona inmunizada con IPV que luego se infecta con poliovirus salvaje, puede ser portadora (es decir el virus puede multiplicarse en el tracto digestivo y eliminarse a través de las heces, con riesgo de que continúe la circulación. (Estado de portador asintomático) – No desarrolla enfermedad.



Consideraciones del grupo asesor de OMS sobre vacunas contra Polio



- **Poliovirus salvaje 2** no se aislaba desde 1999.
 - Es el causante del **40 % de Poliomieltis parálitica asociado a vacuna (VAPP)**.
 - 97 % de poliovirus derivados de la vacuna (VDPV) en regiones de baja cobertura.
- Por estos antecedentes se definió retirar el poliovirus 2 de la OPV (vacuna atenuada trivalente).
 - Los países que emplean OPV usan vacuna bivalente (serotipos 1 y 3) seguida de 1 dosis estratégica de IPV (vacuna inactivada trivalente).
- El **objetivo mundial** es el **retiro de la vacuna oral contra la poliomieltis bivalente**, una vez certificada la erradicación de los poliovirus salvajes.
- La **función primaria de introducir IPV** en los programas de vacunación sistemática fue **reducir** los riesgos inherentes al retiro de las vacunas antipoliomielticas orales y la posible reintroducción de los poliovirus.



Ministerio
de Salud Pública

Vacunación contra poliomielitis

Unidad de Inmunizaciones, División Epidemiología, MSP



Oportunidad de vacunación

- La **vacunación oportuna** durante la infancia es fundamental porque ayuda a brindar inmunidad antes de la exposición al agente.
- **Esquema básico:** 3 dosis administradas con un intervalo de 6 a 8 semanas comenzando a partir de los 2 meses de vida.
- **Esquema completo:** Haber completado el esquema básico y recibir la 4^o dosis o 1^o refuerzo a los 5 años.
- Se considera **esquema básico oportuno** si el menor ha **recibido al menos 3 dosis de IPV** antes del primer año de vida.



Esquema nacional

Uruguay Esquema de vacunación

Actualizado 2022

	Indicada			Recomendada			Contraindicada				
	Edad en meses						Edad en años				
	0	2	4	6	12	15	21	5	11	45	65
BCG	✓										
Pentavalente*		✓	✓	✓			✓				
Polio		✓	✓	✓				✓			
Sarampión-Rubeola-Paperas**					✓	✓	✓				
Varicela					✓	✓		✓			
Neumococo 13V		✓	✓		✓						
Hepatitis A						✓	✓				
Triple bacteriana (DPT)								✓			
Doble bacteriana (dT)***										✓	✓
Triple bacteriana acelular (dpaT)									✓		
Virus del papiloma humano (VPH)****									✓		
Anti-influenza*****											✓



La población inmigrante que llega al país debe adecuar sus vacunas al Certificado Esquema de Vacunación (CEV) vigente.

* La vacuna pentavalente contiene los componentes DPT: Difteria, Pertussis (tos convulsiva), Tétanos; HB: hepatitis B; Hib: Haemophilus influenzae tipo b.

** Los nacidos después del año 1967 que no puedan certificar 2 dosis de vacunas SRP deben iniciar o completar el esquema de vacunación.

*** A partir del año 2020, la vacunación de adultos con dT se modificó para aquellos que puedan certificar 5 o más dosis de vacuna antitetánica, requiriendo la administración de una dosis refuerzo a los 45 y 65 años.

**** La vacuna contra el VPH se administra a partir de los 11 años, en un esquema de 2 dosis con un intervalo de 6 meses. Quien no recibió o no completó el esquema a partir de los 11 años, puede hacerlo hasta los 26 años inclusive.

***** La vacuna anti-influenza se recomienda especialmente en aquellos grupos considerados de riesgo por grupo etario, exposición laboral o comorbilidad.

Se administra a partir de los 6 meses, cada año al inicio de temporada invernal

- En el **año 2012** se sustituyó la vacuna antipoliomelítica vía oral (VPO) por la inactivada (VPI).
- En el año 2017 el refuerzo (4ta dosis) pasó a los 5 años, por lo que los niños empezaron a vacunarse a partir de 2021.



Recuperación de esquemas

Menores de 15 años sin vacuna previa:

- Se recomienda administrar un ciclo de inmunización primaria con 3 dosis de IPV.
- El intervalo recomendado entre las dosis es de 6 a 8 semanas
- **Esquema acelerado:** 3 dosis con un intervalo de 4 semanas entre cada una.

Para las personas con esquema básico incompleto:

- Si se **interrumpe**, se puede **reanudar sin repetir las dosis anteriores**.
- Se puede administrar una dosis de refuerzo si han pasado **10 años desde la última dosis** en adolescentes y existe la posibilidad de exposición (por ejemplo, en el caso de un viajero a una zona donde circula el virus; esto no está financiado).

Esquemas que iniciaron con OPV en país de origen:

- Si un niño que comenzó un curso de OPV en otro país se muda a Uruguay, puede cambiar a IPV para completar las dosis finales.
- Se debe administrar una dosis adicional de IPV incluso si han completado un curso completo de OPV (OPV o bOPV).

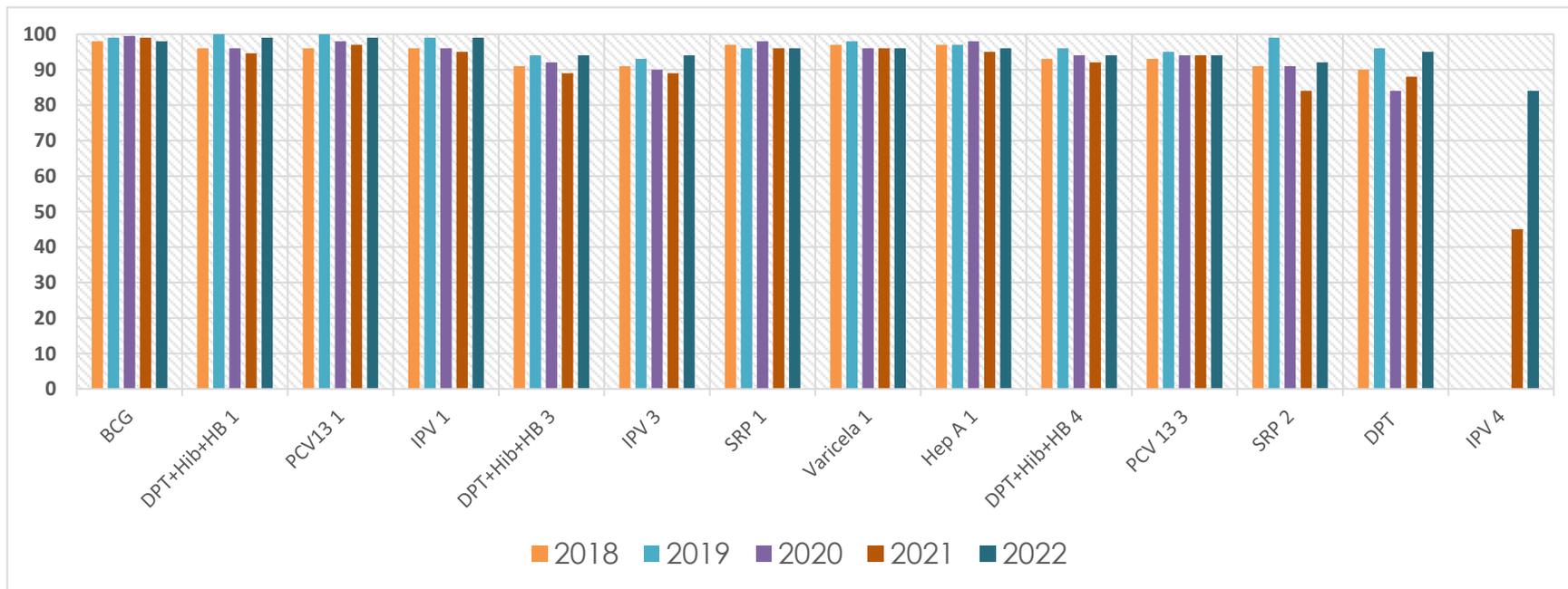


Vacunación a niños refugiados y migrantes

- Los prestadores de salud deben hacer un esfuerzo por **verificar el estado vacunal** y asegurar la vacunación contra todas las enfermedades, incluyendo la polio.
- En los casos en los que **no se conozca el antecedente vacunal**, se deben administrar **al menos 3 dosis de IPV a menores de 5 años**.
- El intervalo debe ser de **al menos 6 a 8 semanas** entre cada dosis.
- En el caso de niños que viajen a zonas consideradas de alto riesgo de transmisión, se recomienda recibir el esquema básico.
- En el caso de **niños mayores de 5 años**, recibir el refuerzo independientemente de la edad si solo completó el esquema básico.



Coberturas vacunales, años 2018 - 2022



Fuente: Sistema informático de vacunas (SIV). Elaborado por: Unidad de Inmunizaciones MSP (2023)



Vacunación en contexto de inmunocompromiso

- **Todas las personas inmunocomprometidas y sus contactos en el hogar pueden recibir IPV.**
- La **OPV** está **contraindicada** en los inmunocomprometidos debido al riesgo de VAPP.
- No hay riesgo de VAPP con IPV.
- La **revacunación** debe considerarse en caso de **trasplante de progenitores hematopoyéticos**, el esquema a recibir es similar al regular.



Contraindicaciones

- Las vacunas que contienen IPV están contraindicadas únicamente si hay antecedentes de **reacción anafiláctica** a una **dosis anterior** o a **alguno de los componentes de la vacuna**.



Conclusiones

- La **poliomielitis** es una enfermedad **totalmente inmunoprevenible**.
- Existen regiones a nivel global que persisten con circulación activa de poliovirus salvaje y poliovirus derivado de la vacuna, lo cual mantiene el riesgo de reintroducción a nivel global.
- Uruguay es un **país libre de poliomielitis**, gracias a la alta cobertura vacunal mantenida durante los últimos años.
- Mantener altas tasas de cobertura de vacunación contra poliomielitis es **fundamental** para continuar con el estatus de región libre de polio en las Américas.
- El **riesgo de reintroducción de polio está latente**, en especial producto de la migración y los desplazamientos poblacionales que carecen de vacunación previa o esta es subóptima.
- La **vacunación con un esquema oportuna** y completa es clave para reducir el riesgo de adquisición del virus de la poliomielitis, especialmente en poblaciones vulnerables.



Bibliografía

- CDC Global Health - Polio [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 2021 [cited 2024 Jan 17]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/polio/index.html>
- Lopalco PL. Wild and vaccine-derived poliovirus circulation, and implications for polio eradication. *Epidemiol Infect.* 2017;145(3):413-419. doi:10.1017/S0950268816002569
- Alfaro-Murillo JA, Ávila-Agüero ML, Fitzpatrick MC, Crystal CJ, Falleiros-Arlant LH, Galvani AP. The case for replacing live oral polio vaccine with inactivated vaccine in the Americas. *Lancet.* 2020;395(10230):1163-1166. doi:10.1016/S0140-6736(20)30213-0
- MSP, Plan Nacional de Vacunaciones. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/vacunas>



Ministerio
de Salud Pública

PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

Respuesta frente a
ocurrencia de casos
desde los servicios asistenciales



El presente material tiene como objetivo exponer de forma esquemática las principales acciones que se deben llevar a cabo en los servicios de salud al momento de la ocurrencia de un caso de parálisis flácida aguda.



¿Por qué vigilamos PFA?



La vigilancia de la poliomielitis se realiza a través de la PFA

Poliomielitis



La PFA tiene muchas causas, las más importantes son polio, mielopatía aguda y SGB

Causas de PFA



La definición sindrómica permite que el sistema de vigilancia sea sensible y capte casos de polio y de otras enfermedades

Sensibilidad



Todos los casos deben ser investigados y en menores de 15 años se debe obtener muestra de heces.

Investigación



Poliomielitis

Cadena epidemiológica





DEFINICIÓN DE CASO

Parálisis Flácida Aguda

- ✓ Toda persona que presente parálisis flácida (disminución o pérdida de fuerzas y tono muscular de una o más extremidades) de inicio agudo (menos de 5 días de evolución), sin historia de traumatismo.



NOTIFICACIÓN

- Según el decreto 41/012, la parálisis flácida aguda (PFA) constituye un evento de notificación obligatoria del grupo A, es decir dentro de las primeras 24 horas de sospechado el caso.
- La notificación debe realizarse al Departamento de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud Pública por cualquiera de las siguientes vías:



Telefónica: 1934 int. 4010



Correo electrónico: vigilanciaepi@msp.gub.uy



Sistema on line: www.msp.gub.uy*

*se requiere registro con usuario. Si aún no tiene usuario puede solicitarlo al correo electrónico vigilanciaepi@msp.gub.uy indicando su nombre, cédula de identidad, cargo e instituciones en las que trabaja)



NOTIFICACIÓN

Están **obligados** a notificar los eventos de notificación obligatoria:

- ✓ Médicos, veterinarios y otros profesionales de la salud, en el ejercicio libre de su profesión o en relación laboral de dependencia.
- ✓ Directores técnicos de hospitales o instituciones de asistencia públicos y privados.
- ✓ Directores técnicos de laboratorios de análisis clínicos y bancos de sangre.
- ✓ Otros profesionales de la salud y personal sanitario de todas las categorías.
- ✓ Responsables de internados, comunidades, campamentos y similares.
- ✓ Directores de escuelas, liceos u otros establecimientos de enseñanza públicos o privados.
- ✓ Mandos de establecimientos y dependencias de las Fuerzas Armadas y Ministerio del Interior.
- ✓ Capitanes de buques y los pilotos de aeronaves o sus representantes.
- ✓ También podrá notificar una enfermedad o evento cualquier ciudadano que tenga conocimiento o sospecha de la ocurrencia de una enfermedad o circunstancia que pueda significar riesgo para la salud pública.



FORMULARIO

INFORMACIÓN REQUERIDA EN LA NOTIFICACIÓN

Es fundamental para la investigación y seguimiento del incluir en la notificación la siguiente información que se encuentra en el formulario:

- Nombre, CI, sexo y edad del caso
- Teléfono de contacto del caso (de preferencia dos)
- Fecha de inicio de síntomas
- Datos de la internación (fecha, institución, sector)
- Datos clínicos
- Datos epidemiológicos
 - Antecedente de viaje
 - Antecedente de vacunación para polio

DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD Área de Vigilancia en Salud de la Población Departamento de Vigilancia en Salud Formulario de notificación e investigación epidemiológica		FO-13321-010 Página 1 de 1
Caso sospechoso de Parálisis Fláccida aguda y Síndrome Guillain Barre para detección de Poliovirus		
Inicio de síntomas: ____/____/____		Fecha de notificación: ____/____/____
Fecha consulta: ____/____/____	Internación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha ingreso: ____/____/____
Institución: _____	Sector: _____	Tel: _____ int: _____
Datos del caso		
Ci: _____ Nombres y apellidos (en imprenta): _____		
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Fecha nacimiento: ____/____/____	Edad: ____ años ____ meses ____ días
Dirección: _____		Barrio: _____
Departamento: _____	Localidad: _____	Telcel: _____
Datos del notificador		
Nombre y apellido: _____	Notifica como: _____	Cel: _____
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA		
Datos clínicos y epidemiológicos:		
Fiebre (Fecha de inicio: ____/____/____)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sentido de la parálisis
Cefaleas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ASCENDENTE <input type="checkbox"/> DESCENDENTE <input type="checkbox"/> SIN DATO <input type="checkbox"/>
Mialgias	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Síntomas respiratorios	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Simetría SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Síntomas digestivos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Síndrome meningeo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Compromiso de pares craneales SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Vacuna polio oral (VPO) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SIN DATO <input type="checkbox"/> Número de dosis: ____ Fecha de última dosis: ____/____/____		
Vacuna polio inactivada (VPI) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SIN DATO <input type="checkbox"/> Número de dosis: ____ Fecha de última dosis: ____/____/____		
[Viajó en los últimos 60 días? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Destino: _____ Fecha de regreso al país: ____/____/____		
Vacuna polio inactivada (VPI) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SIN DATO <input type="checkbox"/> Número de dosis: ____ Fecha de última dosis: ____/____/____		
Paraclinica:		
LCR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha toma de muestra: ____/____/____		
Materia fecal SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha toma de muestra: ____/____/____		
Orina SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha toma de muestra: ____/____/____		
Sangre SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha toma de muestra: ____/____/____		
Evolución del caso		
Requirió internación en CI: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> / CT: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Egreso: alta <input type="checkbox"/> fallecimiento <input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____		
<small>Revisión octubre 2022</small>		
<small>Av. 18 de Julio 1892 Of. 402, Tel: 2409.11.00 - 1334.4010 / Fax: 2408.58.38 Correo electrónico: vigilancia@msp.gub.uy - Pág. Web: www.msp.gub.uy</small>		

Los formularios de eventos de notificación obligatoria se encuentran disponibles en el siguiente enlace: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tramites-y-servicios/formularios/formularios-division-epidemiologia-departamento-vigilancia-salud>



MUESTRAS PARA DIAGNÓSTICO

En todos los casos de PFA y Síndrome de Guillain Barré (SGB) se debe enviar una muestra de orina y sangre al Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP). Si el caso tiene menos de 15 años, se debe enviar además una muestra de heces.

Sangre

- ✓ **Sangre obtenida en tubo seco con gel, sin anticoagulante**, de 5 a 8 mL en adultos y niños mayores de 2 años. En niños menores de 2 años se podrá enviar tubo pediátrico, con 1 mL de sangre.
- ✓ Luego de formado el coágulo, centrifugar 10 minutos a 2500 rpm.
- ✓ La muestra se debe tomar hasta 5 días después de la fecha de inicio de síntomas.

Las muestras de sangre deben enviarse dentro de las primeras 48 horas de obtenidas.

Orina

- ✓ 2,5 ml de **orina** en tubo con tapa rosca
- ✓ La muestra se debe tomar entre 5 y 15 días luego del inicio de síntomas

Materia fecal

- ✓ 8 g de **materia fecal**
- ✓ La muestra se debe tomar en los primeros 14 días luego del inicio de síntomas



MUESTRAS PARA DIAGNÓSTICO

En todos los casos de PFA y Síndrome de Guillain Barré (SGB) se debe enviar una muestra de orina y sangre al Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP). Si el caso tiene menos de 15 años, se debe enviar además una muestra de heces.

- ✓ Las muestras deben estar ingresadas al sistema Elab en el perfil 650 y en el ingreso informático debe registrarse la fecha de inicio de los síntomas y la fecha de extracción de la muestra. ***Las muestras que no vengán con estas fechas requeridas o provengan de casos no notificados, no serán procesadas.***
- ✓ **Etiquetado:** en la etiqueta de las muestras **debe figurar** la cédula de identidad del paciente y la fecha de extracción.
- ✓ **Conservación:** mantener el tubo primario refrigerado (4 – 8 °C), hasta su transporte y durante el mismo. El empaque de las muestras se debe realizar según el Anexo 4, del decreto 129/2005 del 24 de diciembre de 2014.

Información para el envío



Alfredo Navarro 3051, acceso norte.



De lunes a viernes de 9 a 15 hs.



1934 6240



Por dudas o comentarios pueden dirigirse a la oficina de DEVISA de forma telefónica al número 1934 int. 4010 o a través del correo electrónico vigilanciaepi@msp.gub.uy