



|                                                                                  |                                                                              |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                                | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN 51</b><br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                                 | <u><b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b></u> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>1 de 61                                                               |

### 1 OBJETIVO



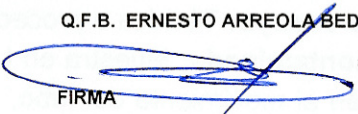
Establecer y proporcionar a los clientes la información necesaria sobre los critérios de aceptación y el envío adecuado de las muestras biológicas al LESP, para los métodos de ensayo de cada una de las secciones analíticas del Departamento de Diagnostico Epidemiológico.



### 2. ALCANCE

Este documento aplica a las muestras que se reciben por parte de clientes Oficiales y/o Clientes Particulares; en la sección de Recepción de Muestras y Control de Resultados y las secciones; Citología, Parasitología, Zoonosis, Virología, Bacteriología, VIH/SIDA y otras ITS, Biología Molecular, Tuberculosis y Bioseguridad 3 según aplique.



### 3. DEFINICIONES

- 3.1. Anticoagulante:** Relativo a una sustancia que impide o retrasa la coagulación de la sangre (8.6) (puede ser EDTA, citrato, heparina, ACD: ácido citrato dextrosa, etc).
- 3.2. Casos especiales:** Aplicable a este documento se entiende por caso especial todas aquellas muestras provenientes de pacientes Hospitalizados, pediátricos 0 a 9 años (recién nacido-escolar) (8.46), adulto mayor (a partir de 60 años) (8.47), embarazadas y defunciones.
- 3.3. Citología cervical:** Prueba de laboratorio que consiste en tomar, una muestra de células del endocérvix, procesarlas y observarlas con un microscopio de luz para detectar alteraciones de la morfología celular. También conocida como Prueba de Papanicolaou (8.7).
- 3.4. Cliente oficial:** Se consideran clientes oficiales a la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios y a la Dirección de Salud Pública. Siendo parte operativa de ellos el personal que se encuentra en las 11 Jurisdicciones Sanitarias y unidades de salud (hospitales, centros de salud y otras unidades) del estado.
- 3.5. Cliente Particular:** Persona o institución (del sector salud o privado) que solicitan los servicios analíticos que proporciona el Laboratorio Estatal de Salud Pública de Veracruz y que realiza el pago de una cuota de recuperación y/o realizan trámites de subrogación.

|                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>REALIZADO POR:</b><br><br>Q.C. FERNANDO CRUZ SOLANO<br><br>06/FEB/2024<br><b>FIRMA</b> <b>FECHA</b> | <b>REVISADO POR:</b><br><br>Q.F.B. ERNESTO ARREOLA BEDOLLA<br><br>07/FEB/2024<br><b>FIRMA</b> <b>FECHA</b> | <b>APROBADO POR:</b><br><br>Q.F.B. ERNESTO ARREOLA BEDOLLA<br><br>08/FEB/2024<br><b>FIRMA</b> <b>FECHA</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                  |                                                                              |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                                | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b><u>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</u></b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>2 de 61                                                               |



- 3.6 Cliente:** Persona u organización que podría recibir o que recibe un producto o un servicio destinado a esa persona u organización o requerido por ella. (8.1)
- 3.8. Días de tránsito:** Son los días transcurridos desde la fecha de la toma de la muestra y la fecha en que llega al LESP.
- 3.9. Días Hábiles:** Todos los días excluyendo los festivos y fines de semana, que es la forma de reporte general.
- 3.10. Días Naturales:** Son todos los días del año, incluyendo festivos y fines de semana, (cuando aplique).
- 3.11. Documentos o documentación de los clientes:** Puede incluir oficio externo, solicitud de análisis y/o formatos, impresión de la plataforma del Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica (SINAVE), listado de muestras, Estudio socioeconómico (cuando aplique).
- 3.12. Encéfalo:** Porción del sistema nervioso central contenida dentro del cráneo. Consta del cerebro, cerebelo, la protuberancia o puente, el bulbo raquídeo y el mesencéfalo.(8.6)
- 3.13. Espujo:** Material expulsado por la tos, procedente de los pulmones y expectorado a través de la boca. Contiene moco, restos celulares o microorganismos, y en ocasiones también sangre o pus. (8.6)
- 3.14. Estándar de servicio:** Los estándares de servicio o tiempo de emisión de resultados están referidos en días hábiles contados a partir del día posterior a la fecha de recepción.
- 3.15. Fecha de inicio de síntomas:** fecha o día en la que el paciente refiere el inicio de la sintomatología y/o signos clínicos de la enfermedad.
- 3.16. Fecha de toma de la muestra:** fecha o día en la que el paciente acude al laboratorio o unidad de salud para la toma de muestra y/o realiza la recolección de la misma. Puede incluir hora según aplique.
- 3.17. Frotis (laminilla, muestra fijada):** Muestra de laboratorio para estudio microscópico preparada mediante extensión de una fina película de tejido sobre un portaobjetos de vidrio. Puede tratarse la muestra con un colorante, un tinte, un reactivo, un disolvente o un agente que favorece la lisis celular. (8.6)
- 3.18. Hemólisis:** Fragmentación de los hematíes con liberación de hemoglobina resultado de la interrupción de la integridad de la membrana plasmática. (8.6)
- 3.19. Laminilla con frotis y/o Gota gruesa:** Portaobjeto de cristal en el cual es depositada sangre (células sanguíneas en su mayoría glóbulos rojos), formando una capa delgada o gruesa según sea el caso.
- 3.20. Lipemia:** Es el aumento de la concentración de grasas en la sangre. (8.5)
- 3.21. Método de ensayo:** Técnica o procedimiento de examen a realizar.
- 3.22. Muestra contaminada:** Muestra en la cual se observan grumos o partículas (de diversos tamaños), halos blanquecinos (los cuales se disuelven al movimiento del tubo, en el caso de suero no se centrifuga) o cualquier objeto ajeno a la muestra y se consideran muestras inadecuadas, se procede al rechazo definitivo.

|                                                                                  |                                                                              |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                                | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b><u>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</u></b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>3 de 61                                                               |

- 3.23. **Muestra icterica:** Coloración o tinte que va de amarillo intenso a verde en las muestras de suero, plasma o sangre entera, debido al aumento y acumulación de pigmentos biliares en el torrente sanguíneo.
- 3.24. **Muestra:** una o más partes tomadas de una muestra primaria. (8.2)
- 3.25. **Plasma:** Parte líquida de la sangre y la linfa. Constituye del 30 al 50 % de la sangre, conteniendo nutrientes, electrolitos, que son sales disueltas, gases, albúmina, factores de coagulación, y hormonas. (8.5)
- 3.26. **Recipiente primario:** Recipiente hermético, el que contiene la muestra: tubo, frasco u otro con tapón o tapa, a prueba de filtraciones.
- 3.27. **Red fría:** Conservación de los elementos de ensayo con congelantes, gel o hielo en bolsa, frasco o recipiente, frio/congelado o cualquier otro material que preserve la red fría (refrigeración, de 2 a 8°C). Revisión durante la recepción de Muestras.
- 3.28. **Sangre entera (completa o total):** Tejido hemático tal y como se obtiene en una sesión de extracción, suspendido en una solución anticoagulante (8.8).
- 3.29. **Suero:** Es el componente de la sangre resultante tras permitir la coagulación de esta y eliminar el coagulo de fibrina y otros componentes. Obtenido de muestra de sangre por centrifugación y/o separación del coagulo. (8.5)
- 3.30. **Temperatura ambiente:** Conservación de los elementos a ensayo sin congelantes, gel o hielo en bolsa, frasco o recipiente, frio/congelado o cualquier otro material que preserve la red fría. Revisión durante la recepción de Muestras.
- 3.31. **Tiempo óptimo de toma de muestra:** Días de evolución de la enfermedad. Días transcurridos desde el inicio de síntomas y la toma de muestra.
- 3.32. **Urgencia Epidemiológica:** Evento que, por su magnitud o trascendencia, requiere la inmediata instrumentación de acciones. (8.3)
- 3.33. **Muestra de alto valor:** Es aquella que se recibe en el laboratorio y que no cumple con alguno de los criterios de aceptación, pero por las características de evolución del paciente se considera una muestra de alto valor epidemiológico. Cuando el laboratorio opta por procesar la muestra de alto valor se debe asegurar que en el informe de resultados se indique la naturaleza del problema y se especifique que se requiere precaución cuando se interprete el resultado, siendo este último, responsabilidad del solicitante del servicio (8.40).
- 3.34. **Permiso de desviación:** Autorización para apartarse de los requisitos originalmente especificados de un producto o servicio, antes de su realización (8.1), la autorización debe de ser indicada por el cliente.

#### 4. DOCUMENTOS APLICABLES



- 4.1. **AC-P-021** Supervisión de los procesos.
- 4.2. **DE-P-004** Procedimiento de Contingencias
- 4.3. **DE-F-031** Relación de muestras Hisopos de Moore

|                                                                                  |                                                                              |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                                | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b><u>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</u></b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>4 de 61                                                               |

- 4.4. **BITACORA 4** Control De Envios
- 4.5. **ECT-E-012** Solicitud y reporte de resultado de Citología Cervical (anexo 7.4).
- 4.6. **ECT-E-014** Solicitud y reporte de la prueba de papiloma virus (anexo 7.3 y 7.4).
- 4.7. **EI-I-004** Respaldo y recuperación de los recursos de información
- 4.8. **EPS-E-003** SIPE 0001003 Servicio de entrega de muestras a laboratorio.
- 4.9. **EPS-E-004** Envío semanal de muestras de sangre para verificar la observación microscópica.
- 4.10. **EPS-E-007** SiPE 0301002-N1 Programas preventivos y control de enfermedades chagas.
- 4.11. **EPS-E-012** SiPE 0201002- N1 Programas preventivos y control de enfermedades Paludismo.
- 4.12. **EPS-E-013** SiPE 0401002-N1 Programas preventivos y control de enfermedades Leishmania.
- 4.13. **EPS-E-015** SiPE 0001001-B1-PN1 Programas preventivos y control de enfermedades transmitidas por vector.
- 4.14. **EPS-E-022** Envío de muestras de sangre para verificar la observación microscópica-programa de chagas-M3
- 4.15. **EPS-E-023** Envío de muestras de sangre para verificar la observación microscópica-programa de leishmaniasis-M3
- 4.16. **ETB-F-006** Listado de Control de Calidad Externo.
- 4.17. **ERC-E-002** Formato único para el envío de muestras biológicas REMU F-12/6.
- 4.18. **ERC-E-019** Estudio Epidemiológico de caso de Tos Ferina.
- 4.19. **ERC-E-020** Estudio Epidemiológico de Enfermedades Invasivas.
- 4.20. **ERC-E-024** Estudio Epidemiológico De Caso De Rabia EPI-RAB.
- 4.21. **ERC-F-001** Solicitud de Análisis.
- 4.22. **ERC-F-003** Informe de Rechazo
- 4.23. **ERC-F-018** Solicitud y resultado de examen bacteriológico.
- 4.24. **ERC-F-050** Solicitud de claves
- 4.25. **ERC-E-026** Formato de estudio de caso de defectos del tubo neural y craneofaciales
- 4.26. **ERC-P-001** Procedimiento de Recepción de Muestras.
- 4.27. **ERC-I-001** Toma de Muestras Biológicas

## 5. RESPONSABILIDADES.

- 5.1. **Dirección.**
- 5.1.1. Asegurar la actualización de este documento y su difusión oportuna a los clientes.

|                                                                                  |                                                                              |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                                | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b><u>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</u></b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>5 de 61                                                               |

## 5.2. Jefe de Departamento

- 5.2.1. Supervisar el cumplimiento de este documento
- 5.2.2. Informar los cambios de este documento
- 5.2.3. Proporcionar los recursos necesarios para el desempeño adecuado de este documento.

## 5.3 Jefe de Recepción de Muestras y Control de Resultados.



- 5.3.1 Editar, revisar y actualizar adecuadamente este documento.
- 5.3.2 Informar los cambios de este documento.
- 5.3.3 Verificar que el Químico Analista, Técnico Laboratorista y Auxiliar Administrativo aplique correctamente este instructivo.
- 5.3.4 Participar en actividades del documento en la sección cuando se requiera.
- 5.3.5 Revisar y firmar los informes de rechazo, cuando las muestras no cumplan con los criterios de aceptación para su proceso.
- 5.3.6 Supervisar el orden y la limpieza en la sección.
- 5.3.7 Verificar que el personal técnico cuente con los recursos necesario para el proceso y solicitar los insumos cuando se requiera.
- 5.3.8 Realizar supervisión de la sección de acuerdo a lo indicado en AC-P-021.
- 5.3.9 Informar al Jefe de Departamento cuando existan circunstancias ajenas a lo establecido para proceder a toma de decisiones aplicables a la recepción de muestras.

## 5.4 Químico Analista o Técnico Laboratorista

- 5.4.1 Realizar las actividades descritas en este documento.
- 5.4.2 Participar en la elaboración y actualización de este documento.
- 5.4.3 Cumplir con el documento en los criterios de aceptación de muestras para las secciones.
- 5.4.4 Revisión de la documentación, clasificar el tipo de muestra y el diagnóstico solicitado.
- 5.4.5 Realizar la identificación única de cada muestra que ingresa al LESP y proceder al registro correspondiente.
- 5.4.6 Solicitar la captura de las bases de datos correspondientes y los informes preliminares de resultados para cada una de las secciones.
- 5.4.7 Cotejar la información de la documentación (capturada por el auxiliar administrativo) y dar el Visto Bueno mediante antefirma.
- 5.4.8 Mantener el orden y limpieza dentro de área de trabajo.
- 5.4.9 Entregar al jefe de sección la notificación de muestras rechazadas, para su correspondiente rechazo.

## 5.5 Auxiliar administrativo (capturista).

- 5.5.1 Realizar la captura de la información requerida en la base de datos correspondiente, generar el informe preliminar de resultados, informe de rechazo e informe de resultado, según se le solicite.
- 5.5.2 Participar en tiempo y forma en el respaldo y recuperación de los recursos de la información EI-I-004.

|                                                                                  |                                                                              |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                                | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b><u>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</u></b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>6 de 61                                                               |

## 5.6. Jefes de sección de áreas operativas

- 5.6.1** Revisar que este documento se encuentre acorde a las normas, lineamientos, manuales o documentos oficiales aplicables a cada método.
- 5.6.2** Informar oportunamente a la sección de Recepción de Muestras los cambios de criterios de aceptación, según las actualizaciones indicadas en los documentos oficiales.



## 6. DESARROLLO

### 6.2 Criterios de aceptación en las muestras.

Para llevar a cabo el ingreso de muestras en la sección de Recepción de Muestras y Control de Resultados del Departamento de Diagnóstico Epidemiológico, el Químico Analista, Técnico Laboratorista o auxiliar de laboratorio, deberá realizar la recepción de muestras dando cumplimiento a las definiciones operacionales y criterios de aceptación indicados para cada diagnóstico que se realizan en el departamento de Diagnóstico Epidemiológico del LESP, mismos que a continuación se detallan:

## TUBERCULOSIS

| <b>Definiciones operacionales</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Caso probable de Tuberculosis Pulmonar (TBP)</b><br>Toda persona que presente tos con expectoración o hemoptisis, de dos o más semanas de evolución. En menores de 15 años que presenten durante dos o más semanas tos con o sin expectoración y por lo menos uno de los siguientes: fiebre vespertina, diaforesis nocturna, detención del crecimiento o baja de peso sin causa aparente.                                                                                                                                                                   | <b>Caso de TBP confirmado por laboratorio</b><br>Todo caso probable en quien se ha identificado por laboratorio el complejo <i>Mycobacterium tuberculosis</i> en cualquier muestra proveniente del árbol bronquial, ya sea por cultivo, Baciloscopia o por métodos moleculares reconocidos por e I nDRE. | <b>Caso de TBP confirmado por clínica</b><br>Todo caso probable en quien la sintomatología, signos físicos, elementos auxiliares de diagnóstico o respuesta terapéutica, sugieran la evidencia de tuberculosis, pero la Baciloscopia, cultivo o métodos moleculares fueron negativos.                                   |
| <b>Contacto</b><br>Persona que convive o ha convivido con un enfermo de tuberculosis de manera intra o extra domiciliaria y que tienen la posibilidad de contraer la infección.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Caso de TBM confirmado por clínica</b><br>A la persona en quien la sintomatología, signos físicos, elementos auxiliares de diagnóstico o respuesta terapéutica, sugieren la evidencia de tuberculosis meníngea y la Baciloscopia, cultivo o métodos moleculares fueron negativos.                     | <b>Caso de Tuberculosis Extrapulmonar (TBE)</b><br>Se refiere a cualquier caso confirmado por laboratorio o clínicamente diagnosticado de tuberculosis que involucra otros órganos que no sean los pulmones, por ejemplo, ganglios linfáticos, abdomen, tracto genitourinario, piel, articulaciones, huesos y meninges. |
| <b>Caso probable de Tuberculosis Meníngea (TBM)</b><br>A toda persona que presente cualquiera de los siguientes síndromes: infeccioso, meníngeo, cráneo hipertensivo y encefálico, de manera individual o combinada. En menores de 5 años de edad: los que presenten rechazo al alimento, somnolencia e irritabilidad, aunado a los síndromes arriba mencionados. Con o sin antecedentes de contacto con algún caso de tuberculosis pulmonar, con sospecha por cualquier auxiliar de diagnóstico (por ejemplo: citoquímico de LCR, imagenología, entre otros). |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN 51</b><br>CLAVE:<br>ERC-C-001                                        | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br>PÁGINA<br>7 de 61                                                                      |

| <b>BAC CCB</b>                                                          | <b>BACILOSCOPIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Método de ensayo: <b>ETB-M-003</b> Identificación de BAAR por tinción de ZIEHL-NEELSEN |                     |                                                                                    |                  |                           |                                                                                       |                      |                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                        |                     |                                                                                    |                  |                           |                                                                                       |                      |                                                                                                                             |
| TIPO DE MUESTRA                                                         | CALIDAD DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                       | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA                                                                 | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE                                                               | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                     |
| EXPECTORACIÓN (ESPUTO)                                                  | MUCOPURULENTA SANGUINOLENTA MUCOSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NO APLICA                                                                              | NO APLICA           | RED FRIA 4 a 8 °C, O BIEN EN UN LUGAR FRESCO PROTEGIDO DE LA LUZ HASTA SU PROCESO. | 5 DÍAS           | 3 A 5 mL                  | RECIPIENTE DE PLÁSTICO ESTÉRIL, BOCA ANCHA CON TAPA DE ROSCA, TRANSPARENTE.           | 3 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ERC-F-018 SOLICITUD Y RESULTADO DE EXAMEN BACTERIOLÓGICO (CON NUMERO DE FOLIO DE PLATAFORMA) |
| MUESTRA FIJADA                                                          | EXTENDIDO DE 2cm DE LARGO POR 1cm DE ANCHO APROXIMADAMENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NO APLICA                                                                              | NO APLICA           | TEMPERATURA AMBIENTE                                                               | NO APLICA        | NO APLICA                 | PROTEGIDA INDIVIDUALMENTE (NO ENVOLVER LA MUESTRA FIJADA CON EL FORMATO DE SOLICITUD) | 3 DÍAS HÁBILES       | PARA INTERINSTITUCIONALES: LO ANTERIOR SUBROGADO VIGENCIA DE DERECHOS                                                       |
| MUESTRA FIJADA Y TENIDA PARA SUPERVISIÓN INDIRECTA (CONTROL DE CALIDAD) | EXTENDIDO DE 2cm DE LARGO POR 1cm DE ANCHO APROXIMADAMENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NO APLICA                                                                              | NO APLICA           | TEMPERATURA AMBIENTE                                                               | NO APLICA        | NO APLICA                 | TRIPLE EMBALAJE EN CONTENEDOR RÍGIDO                                                  | 25 DÍAS HÁBILES      | OFICIO ETB-F-006 LISTADO DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO COPIA DE LA LIBRETA DE TRABAJO DEL MES ENVIADO A CONTROL DE CALIDAD  |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>El formato ERC-F-018 Solicitud de estudio Bacteriológico debe traer el FOLIO de plataforma incluido.</li> <li>De acuerdo a la NOM-006-SSA2-2013 todas las muestras frescas inadecuadas (saliva) se deben procesar, por lo que ninguna muestra será causa de rechazo. Serán causa de rechazo las muestras derramadas, en recipiente con tapa de presión, discordancia de datos entre muestra y documentos, recipiente sin muestra.</li> <li>Para el control de calidad las unidades de SESVER cuentan con un Plan de Trabajo de acuerdo a su productividad. Las unidades interinstitucionales (IMSS, ISSSTE, SEMAR, SEDENA) deben enviar el 10% de muestras negativas y 100% de muestras positivas de forma mensual.</li> </ul> |                                                                                        |                     |                                                                                    |                  |                           |                                                                                       |                      |                                                                                                                             |

| <b>GXP</b>                                      | <b>GENEXPERT</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Método de ensayo: <b>EBS-M-002</b> Detección de <i>Mycobacterium tuberculosis</i> por qPCR (XPRT/MTB) |                     |                    |                  |                           |                                                                                                                                    |                      |                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                       |                     |                    |                  |                           |                                                                                                                                    |                      |                                                                                                                                                                  |
| TIPO DE MUESTRA                                 | CALIDAD DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                      | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE                                                                                                            | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                          |
| 1. EXPECTORACIÓN (ESPUTO)                       | MUCOPURULENTA, SANGUINOLENTA, MUCOSA Y/O SALIVOSA NO CONTAMINADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | NO APLICA                                                                                             | NO APLICA           | RED FRIA 2 a 8 °C  | 3 DÍAS           | 3 a 5 ml                  | FRASCO DE PLASTICO ESTERIL CON BOCA ANCHA Y TAPA DE ROSCA                                                                          | 5 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO PLATAFORMA SINAVE IMPRESA RESUMEN O HISTORIA CLINICA<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES: LO ANTERIOR SUBROGADO VIGENCIA DE DERECHOS |
| 2. LAVADO O ASPIRADO BRONQUIAL                  | NO CONTAMINADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NO APLICA                                                                                             | NO APLICA           | RED FRIA 2 a 8 °C  | 3 DIAS           | 1 A 3 ml                  | FRASCO ESTERIL CON BOCA ANCHA Y CON TAPA DE ROSCA                                                                                  |                      |                                                                                                                                                                  |
| 3. LAVADO Y/O JUGO GÁSTRICO                     | NO CONTAMINADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NO APLICA                                                                                             | NO APLICA           | RED FRIA 2 a 8 °C  | 3 DIAS           | 3 A 5 ml                  | FRASCO ESTERIL CON BOCA ANCHA Y CON TAPA DE ROSCA                                                                                  |                      |                                                                                                                                                                  |
| 4. LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO                      | NO CONTAMINADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NO APLICA                                                                                             | NO APLICA           | RED FRIA 2 a 8 °C  | 3 DÍAS           | 1 a 3 ml                  | TUBO O FRASCO ESTERIL CON TAPÓN DE ROSCA (CAPACIDAD DE 5 A 60 ML, DE ACUERDO A LA DISPONIBILIDAD DE INSUMOS QUE CUENTE EL CLIENTE) |                      |                                                                                                                                                                  |
| 5. BIOPSIAS                                     | NO CONTAMINADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NO APLICA                                                                                             | NO APLICA           | RED FRIA 2 a 8 °C  | 3 DÍAS           | 1 gr/1 cm3                | FRASCO ESTÉRIL BOCA ANCHA, TAPA ROSCA                                                                                              |                      |                                                                                                                                                                  |
| 6. LIQUIDO PLEURAL, ASCITIS, PERICÁRDICO, OTROS | NO CONTAMINADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NO APLICA                                                                                             | NO APLICA           | RED FRIA 2 a 8 °C  | 3 DÍAS           | 1 a 3 ml                  | FRASCO ESTÉRIL BOCA ANCHA, TAPA ROSCA                                                                                              |                      |                                                                                                                                                                  |
| 7. MATERIA FECAL                                | NO CONTAMINADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NO APLICA                                                                                             | NO APLICA           | RED FRIA 2 a 8 °C  | 3 DÍAS           | 3 a 5 gr                  | FRASCO DE PLASTICO ESTÉRIL BOCA ANCHA, TAPA ROSCA                                                                                  |                      |                                                                                                                                                                  |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                           | <ol style="list-style-type: none"> <li>Muestras insuficientes de pacientes que vengan para cultivo diagnostico serán aceptadas para su proceso, debido a la importancia de su valor diagnóstico (muestra de alto valor).</li> <li>Si la muestra no es enviada el mismo día de su recolección, conservar en refrigeración durante su almacenamiento y transporte.</li> <li>Si el tiempo es mayor a 4 horas, la muestra se neutralizará con 1 mg de bicarbonato de sodio por ml de muestra y se conservará en refrigeración.</li> <li>Se requiere procesamiento inmediato una vez obtenida la muestra.</li> <li>Agregar solución fisiológica o agua destilada esteril, cubrir la muestra, no agregar cloroformo o formal.</li> <li>Agregar de 2 a 3 gotas de citrato de sodio al 10% por cada 10 ml de muestra en refrigeración, el líquido pleural, no es una buena muestra por su baja sensibilidad, en su lugar debe procesarse biopsia pleural en el caso de los cartuchos XPRT/MTB RIF, para el metodo EBS-M-002 (GENEXPERT), las muestras de sangre no deben ser procesadas para el EBS-M-002. (la presencia de partículas pueden invalidar la prueba).</li> <li>Evitar que la muestra se mezcle con la orina, muestras de niños que utilizan pañal, obtener las heces directamente del pañal lo antes posible o de preferencia colocar un material de plastico sobre el pañal para evitar el contacto prolongado entre las heces y el pañal, ya que los pañales pueden contener sustancias que inhiben la PCR.</li> </ol> |                                                                                                       |                     |                    |                  |                           |                                                                                                                                    |                      |                                                                                                                                                                  |
| <b>NOTA:</b>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>No se realiza GENEXPERT para control de tratamiento.</li> <li>Es importante recalcar, que el uso de pruebas moleculares rapidas, como el GENEXPERT (EBS-M-002) no es apropiado para el monitoreo del tratamiento, debido a que estas pruebas detectan ADN residual de bacilos no viables, se recomienda cultivo en medio LOWENSTEIN JENSEN (EBS-M-003).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                       |                     |                    |                  |                           |                                                                                                                                    |                      |                                                                                                                                                                  |

**CXM**  
**CRM**  
**CTB**



**CULTIVO PARA TB.**

Método de ensayo: **EBS-M-003** Aislamiento e identificación de *Mycobacterium tuberculosis*. **EBS-M-004** perfil de sensibilidad a medicamentos primarios (SIREP) método fluorométrico.

#### CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA

| TIPO DE MUESTRA                                | CALIDAD DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE                                                                                                            | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------|--------------------|------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. EXPECTORACIÓN (ESPUTO)                      | MUCOPURULENTE, SANGUINOLENTE, MUCOSA Y/O SALIVOSA NO CONTAMINADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NO APLICA                        | NO APLICA           | RED FRIA 2 a 8 °C  | 3 DÍAS           | 3 a 5 ml                  | FRASCO DE PLASTICO ESTERIL CON BOCA ANCHA Y TAPA DE ROSCA                                                                          | 60 DIAS NATURALES    | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO PLATAFORMA SINAVE IMPRESA RESUMEN O HISTORIA CLINICA<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES: LO ANTERIOR SUBROGADO VIGENCIA DE DERECHOS |
| 2. LAVADO O ASPIRADO BRONQUIAL                 | NO CONTAMINADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NO APLICA                        | NO APLICA           | RED FRIA 2 a 8 °C  | 3 DIAS           | 1 A 3 ml                  | FRASCO ESTERIL CON BOCA ANCHA Y CON TAPA DE ROSCA                                                                                  |                      |                                                                                                                                                                  |
| 3. LAVADO Y/O JUGO GÁSTRICO                    | NO CONTAMINADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NO APLICA                        | NO APLICA           | RED FRIA 2 a 8 °C  | 3 DIAS           | 3 A 5 ml                  | FRASCO ESTERIL CON BOCA ANCHA Y CON TAPA DE ROSCA                                                                                  |                      |                                                                                                                                                                  |
| 4. LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO                     | NO CONTAMINADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NO APLICA                        | NO APLICA           | RED FRIA 2 a 8 °C  | 3 DÍAS           | 1 a 3 ml                  | TUBO O FRASCO ESTERIL CON TAPÓN DE ROSCA (CAPACIDAD DE 5 A 60 ML, DE ACUERDO A LA DISPONIBILIDAD DE INSUMOS QUE CUENTE EL CLIENTE) |                      |                                                                                                                                                                  |
| 5. ORINA                                       | NO CONTAMINADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NO APLICA                        | NO APLICA           | RED FRIA 2 a 8 °C  | INMEDIATO        | MÍNIMO 50 ml              | FRASCO DE PLASTICO ESTERIL CON BOCA ANCHA Y TAPA DE ROSCA                                                                          |                      |                                                                                                                                                                  |
| 6. SEDIMENTO URINARIO                          | NO CONTAMINADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NO APLICA                        | NO APLICA           | RED FRIA 2 a 8 °C  | 3 DIAS           | MÍNIMO 1.0 ml             | TUBO ESTERIL CON TAPÓN                                                                                                             |                      |                                                                                                                                                                  |
| 7. BIOPSIAS                                    | NO CONTAMINADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NO APLICA                        | NO APLICA           | RED FRIA 2 a 8 °C  | 3 DÍAS           | 1 gr/1 cm3                | FRASCO ESTÉRIL BOCA ANCHA, TAPA ROSCA                                                                                              |                      |                                                                                                                                                                  |
| 8. LIQUIDO PLEURAL ASCITIS, PERICARDICO, OTROS | NO CONTAMINADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NO APLICA                        | NO APLICA           | RED FRIA 2 a 8 °C  | 3 DÍAS           | 1 a 3 ml                  | FRASCO ESTÉRIL BOCA ANCHA, TAPA ROSCA                                                                                              |                      |                                                                                                                                                                  |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                          | <p>1. Muestras insuficientes de pacientes que vengan para cultivo diagnostico serán aceptadas para su proceso, debido a la importancia de su valor diagnóstico (muestra de alto valor).</p> <p>2. Si la muestra no es enviada el mismo día de su recolección, conservar en refrigeración durante su almacenamiento y transporte.</p> <p>3. Si el tiempo es mayor a 4 horas, la muestra se neutralizará con 1 mg de bicarbonato de sodio por ml de muestra y se conservará en refrigeración.</p> <p>4. Se requiere procesamiento inmediato una vez obtenida la muestra.</p> <p>5. La muestra debe procesarse inmediatamente porque el pH ácido afecta la viabilidad del bacilo, se recomienda enviar el sedimento de toda la orina centrifugada durante 15 minutos a 3000 gravedades, neutralizando con 1 mg de bicarbonato de sodio y conservado entre 2 a 8 °c, las muestras de orina no deben ser procesadas para el EBS-M-002 (genexpert) dada su poca utilidad.</p> <p>6. Centrifugar como mínimo 50 ml de orina a 3000 gravedades / 15 minutos neutralizado con 1 mg de bicarbonato de sodio, las muestras de orina no deben ser procesadas para el (EBS-M-002 GENEXPERT), dada su poca utilidad.</p> <p>7. Agregar solución fisiológica o agua destilada esteril, cubrir la muestra, no agregar cloroformo o formol.</p> <p>8. Agregar de 2 a 3 gotas de citrato de sodio al 10% por cada 10 ml de muestra, mantener en refrigeración</p> |                                  |                     |                    |                  |                           |                                                                                                                                    |                      |                                                                                                                                                                  |
| <b>NOTA:</b>                                   | <p><b>CULTIVO DIAGNÓSTICO (CXM):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En caso de sospecha clínica y radiológica de TB pulmonar</li> <li>Casos no confirmados bacteriológicamente (3 baciloscopias negativas de expectoración) cultivo, pcr, etc.</li> <li>Pacientes de primera vez</li> </ul> <p><b>CULTIVO CONTROL (CTB):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Control mensual de tratamiento en primera línea o segunda línea</li> <li>Término de tratamiento</li> </ul> <p><b>CULTIVO PARA PERFIL DE FARMACSENSIBILIDAD (CRM):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Casos nuevos: contacto de un TBFR, TB/VIH, TB/DIABETES descompensada, personas privadas de la libertad, trabajador de la salud.</li> <li>Casos previamente tratados: BK+ al segundo mes de tratamiento, fracaso, recaída, pérdida de seguimiento (abandono).</li> <li>Casos especiales: desnutrición, embarazadas, etc.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                  |                     |                    |                  |                           |                                                                                                                                    |                      |                                                                                                                                                                  |



|                                                                                  |                                                                       |                                                                    |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26                      |  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>9 de 61 |                                                                                    |



### ENFERMEDAD RESPIRATORIA VIRAL (INFLUENZA Y COVID-19)

#### Definiciones operacionales

| Caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Caso sospechoso de enfermedad respiratoria aguda grave (IRAG)                                                                                                                                                | Caso de enfermedad tipo influenza (ETI)                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Persona de cualquier edad que en los últimos 5 días para casos ETI(Ambulatorios) y en los últimos 7 días para casos IRAG(Hospitalizados) haya presentado al menos uno de los siguientes signos y síntomas: tos, disnea, fiebre o cefalea*<br/>Acompañado de al menos uno de los siguientes signos y síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mialgias</li> <li>• Artralgias</li> <li>• Odinofagia</li> <li>• Escalofríos</li> <li>• Dolor torácico</li> <li>• Rinorrea</li> <li>• Polipnea</li> <li>• Anosmia</li> <li>• Disgeusia</li> <li>• Conjuntivitis</li> </ul> | <p>Toda persona que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso de Enfermedad Respiratoria Viral y con presencia de alguno de los siguientes datos de gravedad: disnea y / o dolor torácico.</p> | <p>Toda persona que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso de Enfermedad Respiratoria Viral en los últimos 5 días de inicio de los datos clínicos sin la presencia de datos de gravedad (disnea y/o Dolor torácico).</p> |

**NOTA:** \*En menores de 5 años edad, la irritabilidad puede sustituir la cefalea.

| PCO                                                                               | COVID-19/INFLUENZA PCR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Método de ensayo:<br><b>EBM-M-003</b> Detección y caracterización del virus de la Influenza por qRT-PCR<br><b>EBM-M-016</b> RT-PCR en tiempo real para la detección de SARS-CoV-2<br><b>EBM-M-017</b> Detección de SARS-COV-2 e Influenza por RT-QPCR en tiempo real MULTIPLEX<br><b>EBM-M-018</b> Detección preliminar para variantes de SARS-COV-2 por RT-PCR en tiempo real |                           |                    |                                                           |                                                     |                                 |                      |                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                    |                                                           |                                                     |                                 |                      |                                                                                                                                                |
| TIPO DE MUESTRA                                                                   | CALIDAD DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | MEDIO DE TRANSPORTE       | TEMPERATURA OPTIMA | DÍAS DE TRANSITO                                          | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO                           | CONTENEDOR O RECIPIENTE         | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                        |
| EXUDADO FARÍNGEO Y NASOFARÍNGEO                                                   | NO CONTAMINADA<br>MEDIO DE TRANSPORTE SIN VIRAJE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0 A 5 DÍAS DE INICIO DE SÍNTOMAS EN PACIENTES AMBULATORIOS (PRIMERAS 72 HRS)<br>HASTA 7 DÍAS DE INICIO DE SÍNTOMAS EN PACIENTES GRAVES (IRAG)                                                                                                                                                                                                                                  | MEDIO DE TRANSPORTE VIRAL | 2-8°C              | 5 DÍAS EN ÁREAS LOCALES Y HASTA 7 DÍAS EN ÁREAS FORÁNEAS. | DE 2.0 A 2.5 mL DE TRANSPORTE VIRAL                 | TUBO CON TAPA DE ROSCA ESTÉRIL. | 3 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO PLATAFORMA SINAVE IMPRESA<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| LAVADO BRONQUIO-ALVEOLAR, ASPIRADO TRAQUEAL, ASPIRADO NASOFARÍNGEO O LAVADO NASAL | NO CONTAMINADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 0 A 5 DÍAS DE INICIO DE SÍNTOMAS EN PACIENTES AMBULATORIOS (PRIMERAS 72 HRS)<br>HASTA 7 DÍAS DE INICIO DE SÍNTOMAS EN PACIENTES GRAVES (IRAG)                                                                                                                                                                                                                                  | MEDIO DE TRANSPORTE VIRAL | 2-8°C              | 5 DÍAS EN ÁREAS LOCALES Y HASTA 7 DÍAS EN ÁREAS FORÁNEAS. | 2mL (1mL MUESTRA MÁS 1mL DE MEDIO).                 | TUBO CON TAPA DE ROSCA ESTÉRIL. | 3 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO PLATAFORMA SINAVE IMPRESA<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| BIOPSIAS DE PULMÓN.                                                               | NO CONTAMINADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | AUN DESPUÉS DE 7 DÍAS DE INICIADOS LOS SÍNTOMAS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | MEDIO DE TRANSPORTE VIRAL | 2-8°C              | 5 DÍAS EN ÁREAS LOCALES Y HASTA 7 DÍAS EN ÁREAS FORÁNEAS. | 2 cm <sup>3</sup> DE LA PARTE VISIBLEMENTE AFECTADA | TUBO CON TAPA DE ROSCA ESTÉRIL. | 3 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO PLATAFORMA SINAVE IMPRESA<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                             | <p>Los hisopos para exudado faríngeo deberán ser de dacrón, rayón o nylon con mango de plástico.<br/> Los hisopos para exudado nasofaríngeo deberán ser de dacrón, rayón o nylon con mango de alambre o plástico flexible.<br/> El exudado faríngeo y nasofaríngeo se deberán de colocar en el mismo tubo para incrementar la carga viral, serán criterio de rechazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si utilizan hisopos con punta de algodón, mango de madera o hisopos de alginato de calcio.</li> <li>• Muestras que no estén registradas en la plataforma siver.</li> <li>• Medio de transporte viral virado (rosa, anaranjado o amarillo para medios con indicador de rojo de fenol).</li> </ul> <p>La selección de muestras para el diagnóstico del EBM-M-018 esta determinada por el Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de la enfermedad respiratoria viral (EBM-E-013).</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                    |                                                           |                                                     |                                 |                      |                                                                                                                                                |

|                                                                                  |                                                                       |                                                                     |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26                       |  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>10 de 61 |                                                                                    |

## ENFERMEDAD DE CHAGAS

### Definiciones operacionales



#### Caso probable

Toda persona con presencia de fiebre y tenga al menos dos o más de los siguientes signos o síntomas: fatiga, dolor de cabeza, exantema, pérdida de apetito, diarrea, vómito, adenomegalia, hepatomegalia, esplenomegalia, inflamación local (chagoma), Signo de Romaña, miocardiopatía, miocarditis, cardiopatía dilatada, mega esófago o megacolon y que se identifique alguna asociación epidemiológica; o Presencia de vectores, o Antecedente de:

- Visita o residencia en áreas de transmisión en las dos semanas previas al inicio del cuadro clínico. Existencia de casos confirmados en la localidad.
- Existencia de animales confirmados en la localidad.
- Transfusión sanguínea o trasplante de persona seropositiva.
- Hijo de madre seropositiva, reactiva a dos pruebas serológicas diferentes a *Trypanosoma cruzi*
- Bien, sea un caso doblemente reactivo a la misma prueba, mediante pruebas reconocidas por el InDRE.

| <b>CHA</b>                                                                                                                                                                                  | <b>CHAGAS SEROLOGÍA</b>                                 | <b>Método de ensayo:</b><br><b>EPS-M-001</b> Ensayo inmunoenzimático (ELISA) para la detección de anticuerpos contra el <i>Trypanosoma cruzi</i> .<br><b>EPS-M-002</b> Prueba cualitativa y/o cuantitativa de hemaglutinación indirecta (HAI) para la detección de anticuerpos Anti- <i>Trypanosoma cruzi</i> .<br><b>EPS-M-003</b> Determinación de anticuerpos Anti- <i>Trypanosoma cruzi</i> por Inmunofluorescencia indirecta (IFI).<br><b>EPS-M-006</b> Ensayo inmunoenzimático (ELISA) lisado para la detección de anticuerpos contra el <i>Trypanosoma cruzi</i> . |                     |                    |                  |                           |                            |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA                                                                                                                                                       |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                    |                  |                           |                            |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| TIPO DE MUESTRA                                                                                                                                                                             | CALIDAD DE LA MUESTRA                                   | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE    | ESTANDAR DE SERVICIO                                            | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                                                                                                                   |
| SUERO                                                                                                                                                                                       | NO ICTÉRICA, NO CONTAMINADA, NO HEMOLIZADA, NO LÍPÉMICA | DURANTE FASE AGUDA TARDÍA Y CRÓNICA DE LA ENFERMEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NO APLICA           | RED FRÍA 2 a 8 °C  | <7 días          | 1-2 ml.                   | TUBO DE PLÁSTICO CON TAPÓN | HOSPITALIZADOS 48 HRS.<br>7 DÍAS HÁBILES<br>DIAGNÓSTICO NORMAL. | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO<br>PLATAFORMA SINAVE IMPRESA<br>ERC-F-001 SOLICITUD DE ANALISIS<br>ERC-E-002 FORMATO UNICO PARA ENVIO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS REMU<br>RESUMEN CLINICO<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b> Muestra aceptada por alto valor. En casos especiales si la muestra no cumple con los criterios de aceptación y se considera una muestra de alto valor epidemiológico. |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                    |                  |                           |                            |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| <b>CHT</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>CHAGAS TAMIZAJE</b>                                                                                                         | <b>Método de ensayo:</b> <b>EPS-M-008</b> Ensayo inmunoenzimático (ELISA) para la detección de anticuerpos contra el <i>Trypanosoma cruzi</i> (Tamizaje en eluidos de sangre seca en papel filtro) |                     |                      |                  |                                                                                                                                     |                                                                                                                |                      |                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                     |                      |                  |                                                                                                                                     |                                                                                                                |                      |                                                                                                                                   |
| TIPO DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CALIDAD DE LA MUESTRA                                                                                                          | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                   | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA   | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO                                                                                                           | CONTENEDOR O RECIPIENTE                                                                                        | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                           |
| SANGRE ENTERA SECA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NO SOBRESATURADA, NO COAGULADA, NO CONTAMINADA, SUFICIENTE EN RECUADRO 14 X 14 mm. NO SE OBSERVEN ANILLOS DE SUERO, NO DILUIDA | DURANTE FASE AGUDA TARDÍA Y CRÓNICA DE LA ENFERMEDAD                                                                                                                                               | NO APLICA           | TEMPERATURA AMBIENTE | <5 días          | ENVIAR DOS MUESTRAS CON 50 µL CADA UNA EN PAPEL FILTRO WHATMAN No. 1 CON ÁREA PREIMPRESA CON LÁPIZ GRAFITO (CUADRADO DE 14 X 14 mm) | BOLSA ZIPLOC CIERRE HERMÉTICO CON DESECANTE DE GEL DE SILICA DE 1 gr. EN SOBRE DE PAPEL CON MÁXIMO 12 MUESTRAS | 7 DÍAS HÁBILES.      | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO<br>EPS-E-007<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b> Este método se encuentra en proceso de transferencia por parte del InDRE, y actualmente se utiliza como apoyo a un protocolo del programa de chagas, por lo que no se oferta a los clientes. No cumplen las muestras con los criterios de aceptación de calidad para su proceso en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• No traspaso el papel filtro</li> <li>• Muestra coagulada o en capas</li> <li>• Tiempo de secado insuficiente</li> <li>• Muestra sobresaturada</li> <li>• Muestra colocada con dispositivo, rayada o maltratada.</li> <li>• Muestra decolorida, diluida o contaminada.</li> <li>• Presencia de anillos de suero.</li> <li>• Cantidad de sangre insuficiente.</li> <li>• Papel filtro no válido</li> <li>• Datos incompletos</li> <li>• Discordancia de datos</li> <li>• Uso de tinta para llenado de datos del papel filtro</li> <li>• Papel filtro llevo sin muestra</li> <li>• No llevo la replica de la muestra</li> </ul> |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                     |                      |                  |                                                                                                                                     |                                                                                                                |                      |                                                                                                                                   |



|                                                                                  |                                                                       |                                                                     |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26                       |  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>11 de 61 |                                                                                    |

| <b>CHD</b>                            | <b>CHAGAS GOTA GRUESA</b>                                                     | Método de ensayo: <b>EPS-M-007</b> Identificación morfológica de <i>Trypanosoma cruzi</i> en muestras de sangre (gota gruesa y extendido fino).                       |                     |                      |                  |                                                                                                                                                                                   |                                                                                 |                      |                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA |                                                                               |                                                                                                                                                                       |                     |                      |                  |                                                                                                                                                                                   |                                                                                 |                      |                                                                                                                                                                                             |
| TIPO DE MUESTRA                       | CALIDAD DE LA MUESTRA                                                         | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                      | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA   | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO                                                                                                                                                         | CONTENEDOR O RECIPIENTE                                                         | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                                     |
| GOTA GRUESA                           | GOTA REDONDA, CUADRADA O RECTANGULAR EXTENDIDO FINO CON CABEZA, CUERPO Y COLA | DURANTE FASE AGUDA DE LA ENFERMEDAD                                                                                                                                   | NO APLICA           | TEMPERATURA AMBIENTE | NO APLICA        | GOTA GRUESA CUADRADA 1X1 CM. RECTANGULAR 1.0 X1.5 CM. REDONDA 1.5 CM. DE DIAMETRO. FROTIS 3 CM DE LARGO CON CABEZA CUERPO Y COLA EN UN MISMO PORTAOBJETO GOTA GRUESA Y EXTENDIDO. | EMBALAJE RIGIDO PORTAOBJETOS NUEVOS LIMPIOS Y DESENGRADADOS, ENVUELTOS EN PAPEL | 24 HORAS             | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO<br>EPS-E-012<br>EPS-E-015<br>EPS-E-007<br>EPS-E-003<br>RESUMEN CLINICO<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                 |                                                                               | Muestra aceptada por alto valor. En casos especiales si la muestra no cumple con los criterios de aceptación y se considera una muestra de alto valor epidemiológico. |                     |                      |                  |                                                                                                                                                                                   |                                                                                 |                      |                                                                                                                                                                                             |

## PALUDISMO

|                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Definiciones operacionales</b>                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Caso probable:</b>                                                                                                                                                                                                                               |
| Toda persona que resida o provenga de área con antecedente de transmisión de paludismo (en los últimos tres años) y que en el último mes presente o haya presentado fiebre más los siguientes signos y síntomas: cefalea, diaforesis y escalofríos. |

| <b>PAL</b>                            | <b>PALUDISMO GOTA GRUESA</b>                                                  | Método de ensayo: <b>EPS-M-005</b> <i>Plasmodium spp.</i> Identificación diferencial de especies en muestras de sangre. |                     |                      |                  |                                                                                                                                                                                   |                                                                                 |                      |                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA |                                                                               |                                                                                                                         |                     |                      |                  |                                                                                                                                                                                   |                                                                                 |                      |                                                                                                                                                             |
| TIPO DE MUESTRA                       | CALIDAD DE LA MUESTRA                                                         | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                        | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA   | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO                                                                                                                                                         | CONTENEDOR O RECIPIENTE                                                         | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                     |
| GOTA GRUESA                           | GOTA REDONDA, CUADRADA O RECTANGULAR EXTENDIDO FINO CON CABEZA, CUERPO Y COLA | DURANTE EL ACCESO FEBRIL, ESCALOFRIOS, CEFALEA, Y SUDORACIÓN CON PERIODICIDAD TERCIANA O CUARTANA                       | NO APLICA           | TEMPERATURA AMBIENTE | 48 HRS           | GOTA GRUESA CUADRADA 1X1 CM. RECTANGULAR 1.0 X1.5 CM. REDONDA 1.5 CM. DE DIAMETRO. FROTIS 3 CM DE LARGO CON CABEZA CUERPO Y COLA EN UN MISMO PORTAOBJETO GOTA GRUESA Y EXTENDIDO. | EMBALAJE RIGIDO PORTAOBJETOS NUEVOS DESENGRASADOS Y LIMPIOS ENVUELTOS EN PAPEL. | 24 HORAS             | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO<br>EPS-E-012<br>EPS-E-015<br>EPS-E-003<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                 |                                                                               | Gota gruesa dejar secar a temperatura ambiente antes de enviar.                                                         |                     |                      |                  |                                                                                                                                                                                   |                                                                                 |                      |                                                                                                                                                             |

|                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN 51</b><br>CLAVE:<br>ERC-C-001                                        | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>12 de 61                                                              |



|                            |                                                                             |                                                                                                                              |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CCP<br/>CLE<br/>CHG</b> | <b>CONTROL DE CALIDAD<br/>GOTA GRUESA<br/>PALUDISMO, LEISHMANIA, CHAGAS</b> | Procedimiento: <b>EPS-P-001</b> Control de Calidad de la Red Estatal de Laboratorios de Enfermedades Transmitidas por Vector |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA |                                        |                                                                                                                                           |                     |                      |                  |                           |                                                                |                      |                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TIPO DE MUESTRA                       | CALIDAD DE LA MUESTRA                  | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                          | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA   | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE                                        | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                        |
| GOTA GRUESA                           | GOTA GRUESA CON DIAGNÓSTICO PREVIO     | NO APLICA                                                                                                                                 | NO APLICA           | TEMPERATURA AMBIENTE | NO APLICA        | NO APLICA                 | LÁMINAS PORTAOBJETOS ENVUELTOS EN EMBALAJE RIGIDO              | 17 DIAS HÁBILES      | PALUDISMO NEGATIVO (-)<br>OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO<br>EPS-E-004<br><br>*PALUDISMO POSITIVO (+)<br>FORMATO DE CUANTIFICACIÓN<br>RESUMEN CLINICO<br>EPS-E-012<br>EPS-E-004 |
| FROTIS/IMPRONTA                       | FROTIS/IMPRONTA CON DIAGNÓSTICO PREVIO | NO APLICA                                                                                                                                 | NO APLICA           | TEMPERATURA AMBIENTE | NO APLICA        | NO APLICA                 | LÁMINAS PORTAOBJETOS ENVUELTOS EN EMBALAJE RIGIDO              | 7 DIAS HÁBILES       | *LEISHMANIASIS<br>OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO<br>EPS-E-023<br>EPS-E-013<br>RESUMEN CLINICO                                                                                  |
| GOTA GRUESA                           | GOTA GRUESA CON DIAGNÓSTICO PREVIO     | NO APLICA                                                                                                                                 | NO APLICA           | TEMPERATURA AMBIENTE | NO APLICA        | NO APLICA                 | ENVUELTOS EN LÁMINAS PORTAOBJETOS ENVUELTOS EN EMBALAJE RIGIDO | 17 DIAS HÁBILES      | *CHAGAS<br>OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO<br>EPS-E-007<br>EPS-E-022                                                                                                            |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                 |                                        | Gota gruesa dejar secar a temperatura ambiente antes de enviar.<br>Frotis/Leishmania: dejar secar a temperatura ambiente antes de enviar. |                     |                      |                  |                           |                                                                |                      |                                                                                                                                                                                |

## LEISHMANIASIS



| Caso sospechoso:                                                                                                                                   | Caso probable:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Toda persona con cuadro inespecífico de Leishmaniasis que refiera antecedentes de residencia o visita a zona endémica de este padecimiento.</p> | <p>Todo caso sospechoso que presente alguno o varios de los siguientes signos y síntomas:</p> <p><b>Caso probable de Leishmania Cutánea Localizada (LCL):</b> aparición de una o más lesiones nodulares o úlceras de bordes indurados, fondo limpio e indoloro, o bien reacción positiva a la intradermorreacción (IDR).</p> <p><b>Caso probable de Leishmania Mucocutánea (LMC):</b> obstrucción o perforación de mucosas de nariz, boca y garganta.</p> <p><b>Caso probable de Leishmania Visceral (LV):</b> presencia de fiebre irregular y prolongada, hepatoesplenomegalia indolora, linfadenopatía y pérdida de peso. O</p> <p><b>Caso probable de Leishmaniasis Cutánea Difusa (LCD):</b> presencia de múltiples nódulos que se diseminan a lo largo de casi todo el cuerpo con anergia a la intradermorreacción (IDR).</p> |

| <b>LEI</b>                            | <b>IMPRONTA/FROTIS<br/>LEISHMANIA</b>                                              | Método de ensayo: <b>EPS-M-004</b> <i>Leishmania spp.</i> Identificación de agente en muestras clínicas                                                                                                                                                                                |                     |                      |                  |                                                         |                                                                                 |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                      |                  |                                                         |                                                                                 |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| TIPO DE MUESTRA                       | CALIDAD DE LA MUESTRA                                                              | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                       | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA   | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO                               | CONTENEDOR O RECIPIENTE                                                         | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| IMPRONTA/FROTIS                       | OPTIMO 3 LÁMINAS CON 3 IMPRESIONES/FROTIS EN CADA PORTAOBJETO DE 0.5 mm. X 0.5 mm. | AL MOMENTO DE LA SOSPECHA Y ANTES DE INICIAR TRATAMIENTO                                                                                                                                                                                                                               | NO APLICA           | TEMPERATURA AMBIENTE | MENOS DE 2 DIAS  | 1 PORTAOBJETO CON 3 FROTIS/IMPRONTAS DE 0.5 mm x 0.5 mm | EMBALAJE RIGIDO PORTAOBJETOS NUEVOS DESENGRASADOS Y LIMPIOS ENVUELTOS CON PAPEL | 5 DIAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO<br>PLATAFORMA SINAVE IMPRESA<br>ERC-F-001 SOLICITUD DE ANALISIS<br>EPS-E-013<br>ERC-E-002 FORMATO UNICO PARA ENVIO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS REMU<br>RESUMEN CLINICO/HISTORIA CLINICA<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                 |                                                                                    | <b>Muestra representativa:</b> impresión/frotis de la lesión de leishmania del exudado seroso, que se produce, dejar secar al ambiente (muestra verificada por personal de PARASITOLOGÍA).<br><b>Muestra no representativa:</b> sanquinolenta, contaminada de la lesión de leishmania. |                     |                      |                  |                                                         |                                                                                 |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>13 de 61                                                              |



## CÓLERA

| Definiciones operacionales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Caso probable de cólera*</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Caso confirmado por laboratorio</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Caso confirmado por asociación epidemiológica</b>                                                                                                                                                                                                            |
| <p>En localidades donde no se ha demostrado la circulación (o se desconoce) de <i>V. cholerae</i> O1 o de <i>V. cholerae</i> NO O1 O139 TOXIGÉNICOS (en humanos, alimentos o muestras ambientales): Persona de cualquier sexo que presente diarrea, que tenga cinco años de edad o más, que presente cinco evacuaciones o más en 24 horas y cuyo cuadro clínico no sea mayor a cinco días de evolución (estas características se conocen como "regla de los cinco").</p> <p>En localidades donde se ha demostrado la circulación de <i>V. cholerae</i> O1 o de <i>V. cholerae</i> no O1 O139 TOXIGÉNICOS (en humanos, alimentos o muestras ambientales), en los últimos 90 días o en las comunidades ubicadas dentro del área de los cercos epidemiológicos: Persona de cualquier sexo que presente evacuaciones líquidas de no más de cinco días de evolución, independientemente de su edad o del número de evacuaciones en 24 horas.</p> | <p>Es todo caso probable en quien se aisle o demuestre la presencia de <i>V. cholerae</i> O1 o de <i>V. cholerae</i> NO O1 O139 TOXIGÉNICOS** en materia fecal por un laboratorio de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP).</p>                                                                                                                                               | <p>Es el caso probable que fue contacto de un caso confirmado por un laboratorio de la RNLSP durante o en algún momento de los 10 días previos a la fecha de inicio de signos y síntomas de la enfermedad.</p>                                                  |
| <p><b>Caso descartado</b></p> <p>Todo caso probable en el cual las pruebas de laboratorio evaluadas por el InDRE fueron negativas a <i>V. cholerae</i> O1 o <i>V. cholerae</i> NO O1 O139 TOXIGÉNICOS**.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p><b>Contacto</b></p> <p>Es la persona que, en el hogar, lugar de trabajo o sitio de reunión, haya compartido, o preparado o manipulado alimentos, bebidas, agua o hielo de los casos probables o confirmados en los cinco días previos al inicio de la enfermedad.</p>                                                                                                                         | <p><b>Portador</b></p> <p>Es la persona que alberga al agente infeccioso sin que presente manifestaciones clínicas y en quien se aísla o demuestra la presencia de <i>V. cholerae</i> O1 o <i>V. cholerae</i> NO O1 O139 TOXIGÉNICOS** en la materia fecal.</p> |
| <p><b>Hospitalizado por cólera</b></p> <p>Es la persona a la que se le brinda atención médica en un establecimiento de salud, formal o improvisado y que permanezca en las mismas 12 horas o más y en quien se aísla o demuestre la presencia de <i>V. cholerae</i> O1 o de <i>V. cholerae</i> NO O1 O139 TOXIGÉNICOS**.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p><b>Defunción por cólera</b></p> <p>Fallecimiento de un caso confirmado (por laboratorio o por asociación epidemiológica) hasta dos semanas posteriores al inicio de las manifestaciones clínicas y en cuyo certificado de defunción aparezcan como causa básica o asociada: gastroenteritis o diarrea más deshidratación; gastroenteritis o diarrea más desequilibrio hidroelectrolítico.</p> | <p><b>Brote</b></p> <p>Es la presencia de dos o más casos confirmados relacionados epidemiológicamente entre sí o la aparición de un caso en un área donde no se había demostrado la circulación o existencia previa del cólera.</p>                            |
| <p><b>NOTA:</b><br/>*La definición de caso probable es equivalente al "caso sospechoso" que aparece en la Norma Oficial Mexicana: NOM-016-SSA2-2012, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.<br/>**Como aparece en la Norma Oficial Mexicana: NOM-016-SSA2-2012, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>14 de 61                                                              |

| <b>EDA<br/>AGN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>CÓLERA<br/>CULTIVO BACTERIOLÓGICO</b> | Método de ensayo: <b>EBT-M-001</b> Aislamiento e identificación de <i>Vibrio cholerae</i>                                                            |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                           |                         |                                                                                               |                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                          |                                                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                           |                         |                                                                                               |                                                                                                                                                                        |
| TIPO DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CALIDAD DE LA MUESTRA                    | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                     | MEDIO DE TRANSPORTE                                                                          | TEMPERATURA OPTIMA                                                                                                                                                                                                                   | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE | ESTANDAR DE SERVICIO                                                                          | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                |
| *CEPA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NO APLICA                                | LAS MUESTRAS DE MATERIA FECAL SE DEBEN OBTENER EN LOS PRIMEROS ESTADIOS DE CUALQUIER ENFERMEDAD ENTERICA. ANTES DE QUE HAYA INICIADO EL TRATAMIENTO. | TUBO DE ENSAYE DE 13 X 100 MM CON TAPON DE ROSCA. EN AGAR BASE SANGRE, SELLADOS CON PARAFILM | TEMPERATURA AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                 | 5 DIAS NATURALES | NO APLICA                 | NO APLICA               | 8 DÍAS HÁBILES<br>(PROGRAMA NORMAL 2%)<br>5 DÍAS HÁBILES (COLE)<br>8 DÍAS NATURALES (NUTRAVE) | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO<br>PLATAFORMA SINAVE<br>IMPRESA<br>ERC-E-002 FORMATO UNICO PARA ENVIO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS REMU (EN CASO DE MANEJADORES DE ALIMENTOS) |
| HISOPO RECTAL (CARY-BLAIR)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                                                                                                                                      | HISOPO CON MEDIO CARY-BLAIR                                                                  | TEMPERATURA AMBIENTE (25°C ± 5°C) Y CUANDO LA TEMPERATURA AMBIENTE SUPERE LOS 30 °C SE RECOMIENDA MANTENER LAS MUESTRAS PARA SU TRANSPORTE EN UN AMBIENTE FRESCO UTILIZANDO REFRIGERANTE PARA ASEGURAR LA VIABILIDAD EN LAS MUESTRAS |                  |                           |                         |                                                                                               | PARA INTERINSTITUCIONALES: LO ANTERIOR SUBROGADO VIGENCIA DE DERECHOS                                                                                                  |
| HECES FECALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                                                                                                                                      | NO APLICA                                                                                    | 2-8 °C                                                                                                                                                                                                                               | 48 HORAS         |                           |                         |                                                                                               | FRASCO BOCA ANCHA CON TAPA DE ROSCA.                                                                                                                                   |
| **AGUAS RESIDUALES-NEGRAS, HISOPO DE MOORE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                                                                                                                                      | 24 A 48 HORAS POSTERIOR A LA SIEMBRA                                                         | AGUA PEPTONADA ALCALINA 500 ml.                                                                                                                                                                                                      | 24 HORAS         |                           |                         |                                                                                               | FRASCO DE 1L. CON TAPA ETIQUETA DE DATOS ADHERIDA AL FRASCO Y ESTOS RESGUARDADOS EN NEVERA                                                                             |
| <b>OBSERVACIONES:</b> Este método también aplica para cepas de control de calidad de Colera.<br>*Cepa: debe estar identificada con nombre y/o clave, edad, fecha y hora de siembra, microorganismo aislado, muestra a partir de donde se aisló la cepa, debe venir perfectamente sellada con parafilm, se rechazará si la cepa viene manipulada y no cumple con los criterios de aceptación, días de tránsito de las cepas que no excedan ≤ 5 días de haber sido sembradas en el tubo de base agar sangre.<br>**Si la etiqueta de datos no esta adherida al frasco la muestra será rechazada. |                                          |                                                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                           |                         |                                                                                               |                                                                                                                                                                        |

| <b>PVC</b>                                                                                                                                                                               | <b>COLERA TOXINAS<br/>PCR</b> | Método de ensayo: <b>EBM-M-010</b> Detección de toxinas de <i>Vibrio cholerae</i> por PCR |                        |                      |                  |                           |                         |                                                                                        |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA                                                                                                                                                    |                               |                                                                                           |                        |                      |                  |                           |                         |                                                                                        |                         |
| TIPO DE MUESTRA                                                                                                                                                                          | CALIDAD DE LA MUESTRA         | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                          | MEDIO DE TRANSPORTE    | TEMPERATURA OPTIMA   | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE | ESTANDAR DE SERVICIO                                                                   | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA |
| CEPAS DE VIBRIO CHOLERAEE                                                                                                                                                                | NO APLICA                     | NO APLICA                                                                                 | AGAR BASE SANGRE (BAB) | TEMPERATURA AMBIENTE | 5 DÍAS NATURALES | APROX 20 COLONIAS         | CAJA PETRI              | 1 DÍA HÁBIL PARA DIAGNOSTICO EPIDEMIOLÓGICO<br>3 DÍAS HÁBILES PARA ANÁLISIS SANITARIOS |                         |
| <b>OBSERVACIONES:</b> CULTIVO PURO DE <i>Vibrio Cholerae</i> O1 o <i>Vibrio Cholerae</i> O139. Método complementario al EBT-M-001 Aislamiento e identificación de <i>Vibrio cholerae</i> |                               |                                                                                           |                        |                      |                  |                           |                         |                                                                                        |                         |



|                                                                                  |                                                                       |                                                                     |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26                       |  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>15 de 61 |                                                                                    |

| <b>PVP</b>                                   | <b>TOXINAS <i>Vibrio parahaemolyticus</i> PCR</b> | Método de ensayo: <b>EBM-M-008</b> Detección de TOXINAS de <i>Vibrio parahaemolyticus</i> por PCR |                        |                      |                  |                           |                         |                      |                         |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA</b> |                                                   |                                                                                                   |                        |                      |                  |                           |                         |                      |                         |
| TIPO DE MUESTRA                              | CALIDAD DE LA MUESTRA                             | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                  | MEDIO DE TRANSPORTE    | TEMPERATURA OPTIMA   | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA |
| CEPAS DE VIBRIO PARAHAEMOLYTICUS             | NO APLICA                                         | NO APLICA                                                                                         | AGAR BASE SANGRE (BAB) | TEMPERATURA AMBIENTE | 5 DÍAS NATURALES | APROX. 10 COLONIAS        | CAJA PETRI              | 3 DÍAS HÁBILES       |                         |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                        |                                                   | Método complementario al EBT-M-001 Aislamiento e identificación de <i>Vibrio cholerae</i>         |                        |                      |                  |                           |                         |                      |                         |

## ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA NUTRAVE)

| Definiciones operacionales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Caso de EDA moderada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Caso de EDA grave                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Contacto                                                                                                                                                                                                                             |
| Persona de cualquier sexo y edad que demande atención médica por presentar cuadro diarreico con cinco o más evacuaciones en 24 horas, cuya evolución no sea mayor a cinco días y que presente datos de deshidratación moderada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Persona de cualquier sexo y edad que demande atención médica por presentar cuadro diarreico con cinco o más evacuaciones en 24 horas, cuya evolución no sea mayor cinco días y que tenga dos o más de los siguientes signos o síntomas: Vómito (más de cinco en 24 horas); Cuadro disentérico; Temperatura mayor a 38°C; Datos de deshidratación moderada a grave. | Cualquier persona que, en el hogar, escuela, trabajo u otro sitio de reunión haya compartido alimentos (incluyendo agua) con algún caso de EDA en los cinco días previos al inicio de la enfermedad, presente o no un cuadro de EDA. |
| Defunción por EDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |
| Fallecimiento de un caso de EDA en la que se confirme la presencia de alguno de los agentes en estudio y que se encuentre dentro de las dos semanas posteriores al inicio de las manifestaciones clínicas y, toda muerte en cuyo certificado de defunción aparezcan como causa básica o asociada: gastroenteritis, o diarrea más deshidratación, o gastroenteritis, o diarrea más desequilibrio hidroelectrolítico, o enteritis, o diarrea, o diarrea disintérica, o diarrea epidémica o enfermedad diarreica infecciosa, específicamente los diagnósticos con código CIE-10 A00-A09 y E86 que corresponde deshidratación por gastroenteritis de origen infeccioso (A09). |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |

| <b>EDA</b>                                   | <b>ENTEROBACTERIAS CULTIVO BACTERIOLÓGICO</b> | Método de ensayo: <b>EBT-M-002</b> Aislamiento e identificación de Enterobacterias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                           |                                      |                      |                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------|--------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA</b> |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                           |                                      |                      |                                                                                                                                                               |
| TIPO DE MUESTRA                              | CALIDAD DE LA MUESTRA                         | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | MEDIO DE TRANSPORTE                                                                         | TEMPERATURA OPTIMA                                                                                                                                                                                                                   | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE              | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                       |
| CEPA                                         | NO APLICA                                     | LAS MUESTRAS DE MATERIA FECAL SE DEBEN OBTENER EN LOS PRIMEROS ESTADIOS DE CUALQUIER ENFERMEDAD ENTERICA, CUANDO LOS AGENTES PATÓGENOS ESTAN EN MAYOR NUMERO Y ANTES DE QUE SE HAYA INICIADO EL TRATAMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | TUBO DE ENSAYE DE 13 X 100 MM CON TAPON DE ROSCA EN AGAR BASE SANGRE, SELLADOS CON PARAFILM | TEMPERATURA AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                 | 5 DÍAS NATURALES | NO APLICA                 | NO APLICA                            | 8 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO PLATAFORMA SINAVE IMPRESA ERC-E-002 FORMATO UNICO PARA ENVIO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS REMU (EN CASO DE MANEJADORES DE ALIMENTOS) |
| HISOPO RECTAL (CARY-BLAIR)                   |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | HISOPO CON MEDIO CARY-BLAIR                                                                 | TEMPERATURA AMBIENTE (25°C ± 5°C) Y CUANDO LA TEMPERATURA AMBIENTE SUPERE LOS 30 °C SE RECOMIENDA MANTENER LAS MUESTRAS PARA SU TRANSPORTE EN UN AMBIENTE FRESCO UTILIZANDO REFRIGERANTE PARA ASEGURAR LA VIABILIDAD EN LAS MUESTRAS |                  |                           |                                      |                      |                                                                                                                                                               |
| MATERIA FECAL                                |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NO APLICA                                                                                   | RED FRIA (2 a 8 °C)                                                                                                                                                                                                                  | 48 HORAS         |                           | FRASCO BOCA ANCHA CON TAPA DE ROSCA. |                      |                                                                                                                                                               |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                        |                                               | Enviar 2 hisopos por cada paciente. Muestras que envíen 1 hisopo solo sera procesado para diagnostico de <i>Vibrio cholerae</i> (EBT-M-001). Si las muestras son de brote o niños menores de 5 años, especificar presencia de sangre y moco para la busqueda de <i>Escherichia coli</i> . *Cepa: debe estar identificada con nombre y/o clave, edad, fecha y hora de siembra, microorganismo aislado, muestra a partir de donde se aisló la cepa, debe venir perfectamente sellada con parafilm, se rechazará si la cepa viene manipulada y no cumple con los criterios de aceptación, días de tránsito de las cepas que no excedan ≤ 5 días de haber sido sembradas en el tubo de base agar sangre. Este método también aplica para cepas de control de calidad de Enterobacterias. |                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                           |                                      |                      |                                                                                                                                                               |

|                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>16 de 61                                                              |



**INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS GRAVES E INFECCIONES BACTERIANAS INVASIVAS POR *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* y *Haemophilus influenzae***

| Definiciones operacionales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Caso probable de meningitis por bacteria invasiva:</b><br>Toda persona que presente fiebre (mayor de 38° C) y dos o más de los siguientes signos o síntomas meníngeos o encefálicos:<br><b>meníngeos:</b> fontanela abombada (<1 año), rigidez de nuca, signo de Kernig, signo de Brudzinski, dolor lumbar o fotofobia.<br><b>encefálicos:</b> irritabilidad, desorientación, confusión, sopor, somnolencia, estupor, coma, apatía, agresividad, cefalea, habla farfullada, ataque a pares craneales o convulsiones.<br>Y líquido cefalorraquídeo sugestivo de infección bacteriana (presión aumentada, turbio, aumento de la celularidad, hipoglucoorraquia, incremento de las proteínas, pleocitosis a expensas de polimorfonucleares).* | <b>Caso confirmado de meningitis por bacteria invasiva:</b><br>Todo caso probable donde se identifique la presencia de <i>N. meningitidis</i> , Hib o <i>S. pneumoniae</i> en sangre o LCR mediante técnicas de laboratorio reconocidas por el InDRE. | <b>Caso probable de meningococcemia:</b><br>Toda persona que presente fiebre (mayor de 38° C), malestar súbito, con signos meníngeos o encefálicos y uno o más de los siguientes:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• erupción cutánea petequeial,</li> <li>• datos de choque séptico (alteración del estado de conciencia, oliguria, hipotensión, taquicardia o palidez).</li> </ul> Los lactantes pueden presentar elementos de depresión neuropsíquica, irritabilidad, rechazo del alimento, vómitos o abombamiento de Fontanela. |
| <b>Caso confirmado de meningococcemia:</b><br>Todo caso probable de meningococcemia donde se identifique la presencia de <i>N. meningitidis</i> mediante técnicas de laboratorio reconocidas por el InDRE o todo caso probable donde se demuestre asociación epidemiológica con un caso confirmado por laboratorio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Caso probable de neumonía por bacterias invasivas:</b><br>Toda persona que presente tos con expectoración mucopurulenta de menos de 14 días de duración y uno o más de los siguientes: tiraje intercostal, estertores o taquipnea.                 | <b>Caso confirmado de neumonía por bacterias invasivas:</b><br>Todo caso en quien se confirme la presencia de Hib o <i>S. pneumoniae</i> mediante técnicas de laboratorio reconocidas por el InDRE, o caso probable en quien se demuestre asociación epidemiológica con otro caso confirmado por laboratorio.                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Caso descartado de bacterias invasivas:</b><br>Todo caso probable en el que no se identifique alguna bacteria invasiva mediante técnicas de laboratorio reconocidas por el InDRE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Caso confirmado farmacorresistente:</b><br>Todo caso confirmado con aislamiento por cultivo de <i>N. meningitidis</i> , Hib o <i>S. pneumoniae</i> identificado como no susceptible a uno o más antimicrobianos.                                   | <b>Contacto:</b><br>Cualquier persona que se exponga a las secreciones respiratorias de un caso probable o confirmado a una distancia máxima de 91 cm o que comparta un espacio cerrado sin ventilación por más de una hora o personal de salud que se expone a secreciones en procedimientos de aspiración o broncoscopia.                                                                                                                                                                                                                  |

**NOTA:** \*En menores de 1 año de edad se debe de sospechar de un caso de meningitis por bacteria invasiva con la sola presencia de fiebre/hipotermia con rechazo al alimento, abombamiento de la fontanela, vómitos, somnolencia, irritabilidad/letargia o convulsiones, con o sin erupción cutánea petequeial.

| IRB                                                                                                                            | INFECCIONES RESPIRATORIAS BACTERIANAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Método de ensayo: EBT-M-004 Aislamiento e identificación <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Neisseria meningitidis</i> y <i>Haemophilus influenzae</i> |                                                        |                                  |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                          |                                                        |                                  |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  |
| TIPO DE MUESTRA                                                                                                                | CALIDAD DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                         | MEDIO DE TRANSPORTE                                    | TEMPERATURA OPTIMA               | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                  |
| EXUDADO FARINGEO, EXUDADO NASOFARINGEO, EXUDADO ÓTICO, EXUDADO CONJUNTIVAL                                                     | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | LAS MUESTRAS DEBEN SER TOMADAS ANTES DE INICIAR LA TERAPIA ANTIBIÓTICA                                                                                   | MEDIO DE TRANSPORTE AMIES CON CARBÓN ACTIVADO O STUART | TEMPERATURA AMBIENTE             | 2 DÍAS           | NO APLICA                 | NO APLICA               | 8 DIAS HABILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ERC-E-020 ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE ENFERMEDADES INVASIVAS<br>ERC-E-002 FORMATO ÚNICO PARA ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS REMU<br>RESUMEN CLÍNICO (ESPECIFICAR CARACTERÍSTICAS DEL LIQUIDO CEFALORRAQUÍDEO, RESULTADOS DEL EXAMEN CITOLOGICO, BIOQUÍMICO Y SI REALIZO TINCIÓN DE GRAM).<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES: LO ANTERIOR SUBROGADO VIGENCIA DE DERECHOS |                                  |
| CEPA                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                          | AMIES CON CARBÓN ACTIVADO                              |                                  | ≤ 5 DÍAS         | NO APLICA                 | NO APLICA               |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  |
| LCR                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                          |                                                        |                                  |                  |                           | 3 - 5 mL                |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | TUBO ESTÉRIL CON TAPÓN           |
| OTROS LIQUIDOS CORPORALES (PLEURAL, LIQUIDO DE LESIONES PETEQUIALES, ARTICULAR, SINOVIAL, PERITONEAL, ASPIRADO DE MEDULA OSEA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                          |                                                        |                                  |                  |                           | 3 mL                    |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | FRASCO ESTÉRIL CON TAPA DE ROSCA |
| BIOPSIA DE LESIONES                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                          |                                                        |                                  |                  | NO APLICA                 | NO APLICA               |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | TUBO ESTÉRIL CON TAPÓN           |
| ASPIRADO BRONQUIAL                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                          |                                                        |                                  |                  |                           | 1 mL                    |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | FRASCO HEMOCULTIVO               |
| HEMOCULTIVO                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                          |                                                        | NIÑOS 2 - 3 mL ADULTOS 5 - 10 mL |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>EXUDADO FARINGEO:</b> las muestras deberán venir acompañadas de su extendido a partir de la toma con el hisopo antes de depositarlo en el medio de transporte.</li> <li>• <b>LCR:</b> para niños se acepta mínimo 1 ml.</li> <li>• <b>LESIONES PETEQUIALES:</b> se recibe como mínimo 1ml.</li> <li>• <b>HEMOCULTIVO:</b> considerar el volumen o medio de cultivo a utilizar, procurando mantener una proporción 1:10 con el volumen final del medio de cultivo. el laboratorio recibe el hemocultivo inoculado con la muestra (sangre entera), utilizar frasco para hemocultivo de anaerobiosis.</li> <li>• <b>CEPA:</b> Debe estar identificada con nombre y/o clave, edad, fecha y hora de siembra, microorganismo aislado, muestra a partir de donde se aisló la cepa. Debe venir perfectamente sellada con parafilm. Si no cuenta con Medio de transporte de Amies con carbón enviar en placa y/o tubo con Agar chocolate y/o agar sangre carnero 5% según aplique. Días de tránsito de las cepas que no excedan ≤ 5 días de haber sido depositadas en el medio de transporte</li> </ul> |                                                                                                                                                          |                                                        |                                  |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  |





|                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>17 de 61                                                              |

## TOS FERINA Y SINDROME COQUELUCHOIDE

| Definiciones operacionales                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Caso de Síndrome Coqueluchoide</b>                                                                                                                                                                                              | <b>Caso probable de Tos ferina</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Caso confirmado por laboratorio de Tos ferina</b>                                                                                                                                                                                                                            |
| Toda persona con tos paroxística o en accesos, sin importar la duración.                                                                                                                                                           | Toda persona con tos paroxística con siete o más días de evolución con al menos uno o más de los siguientes signos o síntomas: tos en accesos, cianosante, emetizante, apnea o estridor laríngeo inspiratorio. En menor de 6 meses los únicos signos pueden ser apnea-cianosis, sin importar los días de evolución. | Caso probable en quien se identifique la presencia de <i>B. pertussis</i> mediante técnicas de laboratorio reconocidas por el InDRE o, con asociación epidemiológica a otro caso confirmado por laboratorio o a contacto conviviente positivo a <i>B. pertussis</i> (portador). |
| <b>Caso confirmado por clínica de Tos ferina</b>                                                                                                                                                                                   | <b>Caso descartado de Tos ferina</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Contacto</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Caso probable sin resultado de laboratorio o negativo a cultivo para <i>B. pertussis</i> y con aumento en la cuenta leucocitaria con predominio de linfocitos ( $\geq 25,000$ leucocitos/ $\mu$ l, con $\geq 60\%$ de linfocitos). | Caso probable en quien no se demuestre la presencia de <i>B. pertussis</i> mediante pruebas reconocidas por el InDRE y/o sin elevación de la cuenta leucocitaria con predominio de linfocitos y/o sin asociación epidemiológica a otro caso o contacto confirmado a <i>B. pertussis</i> .                           | Cualquier persona que se exponga a secreciones respiratorias de casos probables o confirmados de tos ferina.                                                                                                                                                                    |
| <b>Portador</b>                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Persona asintomática respiratoria en la cual se aísla <i>B. pertussis</i> .                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| <b>BOP</b>                                                                        |                       | <b>BORDETELLA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Método de ensayo: <b>EBT-M-005</b> Aislamiento e identificación de <i>Bordetella pertussis</i>                              |                      |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>CULTIVO BACTERIOLÓGICO</b>                                                     |                       | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                             |                      |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                |  |
| TIPO DE MUESTRA                                                                   | CALIDAD DE LA MUESTRA | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | MEDIO DE TRANSPORTE                                                                                                         | TEMPERATURA OPTIMA   | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                        |  |
| EXUDADO NASOFARÍNGEO CON HISOPO DE ALGINATO DE CALCIO, DACRÓN O RAYON (POLIESTER) | NO APLICA             | DURANTE EL PERIODO AGUDO DE LA ENFERMEDAD (1 A 3 SEMANAS INICIADOS LOS SÍNTOMAS) Y ANTES DE ADMINISTRAR TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | TUBO CON 3 mL DE MEDIO DE TRANSPORTE REGAN LOWE CON SANGRE DE CABALLO AL 10% O DE CARNERO AL 15% Y CEFALEXINA 40 $\mu$ g/mL | RED FRÍA<br>2 a 8 °C | 48 - 72 HORAS.   | NO APLICA                 | NO APLICA               | 15 DÍAS NATURALES    | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO<br>ERC-E-019 FORMATO ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO TOSFERINA<br>ERC-E-002 FORMATO UNICO PARA ENVIO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS REMU |  |
| ASPIRADO NASOFARÍNGEO                                                             |                       | DURANTE LA FASE CATARRAL HASTA LAS 2 PRIMERAS SEMANAS DE LA FASE PAROXÍSTICA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NO APLICA                                                                                                                   |                      | 24 HORAS         | 2 mL                      | TUBO ESTERIL CON TAPON  |                      | PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS                                                                                 |  |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                             |                       | Las muestras de contactos enviadas al LESP deben de estar relacionadas en el estudio epidemiológico de caso TOS FERINA. LA FASE CATARRAL tiene una duración 1-2 semanas, se caracteriza por un inicio insidioso de rinorrea, estornudos, lagrimeo, febrícula, fase máxima de transmisibilidad de la enfermedad. La toma de la muestra puede ser con hisopo de alginato de calcio, rayon o dacrón (nunca algodón) el mango del hisopo debe ser flexible (alambre aluminio o plástico) para no lastimar al paciente. |                                                                                                                             |                      |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                |  |



|                                                                                  |                                                                       |                                                                     |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26                       |  |
| <b>REVISIÓN 51</b><br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                                 | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>18 de 61 |                                                                                    |

| <b>PBO</b>                                    | <b>BORDETELLA PCR</b> | Método de ensayo: <b>EBM-M-009</b> Detección de <i>Bordetella spp</i> por qPCR Multiplex                                                                                                               |                                                                                                                                                                                     |                     |                                                                                                                                          |                                                                                                                                            |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA</b>  |                       |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                     |                     |                                                                                                                                          |                                                                                                                                            |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| TIPO DE MUESTRA                               | CALIDAD DE LA MUESTRA | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                       | MEDIO DE TRANSPORTE                                                                                                                                                                 | TEMPERATURA OPTIMA  | DÍAS DE TRANSITO                                                                                                                         | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO                                                                                                                  | CONTENEDOR O RECIPIENTE | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| EXUDADO NASOFARÍNGEO O ASPIRADO NASOFARÍNGEO. | NO APLICA             | DURANTE LA FASE CATARRAL Y HASTA LAS 4 SEMANAS DE LA FASE PAROXÍSTICA.                                                                                                                                 | HISOPO DE RAYÓN Y DACRÓN EN SOLUCIÓN SALINA CON CEFALEXINA (40 µG/ML) PARA EXUDADO O ASPIRADO NASOFARÍNGEO. HISOPO DE RAYÓN Y DACRÓN EN SOLUCIÓN SALINA PARA ASPIRADO NASOFARÍNGEO. | RED FRÍA (2 a 8 °C) | 3 DÍAS CON SOLUCIÓN SALINA CON CEFALEXINA PARA EXUDADO O ASPIRADO NASOFARÍNGEO. 24 HORAS CON SOLUCIÓN SALINA PARA ASPIRADO NASOFARÍNGEO. | EXUDADO NASOFARÍNGEO: EN 1ML DE SOL. SALINA CON CEFALEXINA. ASPIRADO NASOFARÍNGEO: 2 ML DEL ASPIRADO EN 1ML DE SOL. SALINA CON CEFALEXINA. | TUBO CON TAPÓN DE ROSCA | 3 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ERC-E-019 FORMATO ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO TOSFERINA<br>ERC-F-001 SOLICITUD DE ANALISIS<br>ERC-E-002 FORMATO UNICO PARA ENVIO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS REMU<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS<br><br>NOTA: LAS MUESTRAS DE CONTACTOS ENVIADAS AL LESP DEBEN DE ESTAR RELACIONADAS EN EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO TOSFERINA. |
| CEPAS DE <i>Bordetella spp.</i>               | NO APLICA             | NO APLICA                                                                                                                                                                                              | PARA CEPAS EN PLACAS DE AGAR BORDET GENGOU.                                                                                                                                         | RED FRÍA (2 a 8 °C) | ENVIAR EN UN TIEMPO MÁXIMO 48 A 72 HORAS EN MEDIO DE TRANSPORTE DE AMIES.                                                                | NO APLICA                                                                                                                                  | CAJA PETRI              | 3 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ERC-E-019 FORMATO ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO TOSFERINA<br>ERC-F-001 SOLICITUD DE ANALISIS<br>ERC-E-002 FORMATO UNICO PARA ENVIO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS REMU<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS<br><br>NOTA: LAS MUESTRAS DE CONTACTOS ENVIADAS AL LESP DEBEN DE ESTAR RELACIONADAS EN EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO TOSFERINA. |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                         |                       | Utilizar exclusivamente hisopos de rayón o dacrón (poliéster)<br>Nunca de alginato de calcio ya que este último inhibe la acción de la adn polimerasa y se pueden obtener resultados falsos negativos. |                                                                                                                                                                                     |                     |                                                                                                                                          |                                                                                                                                            |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

## RABIA



| Definiciones operacionales                                                                                                                                                  |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Caso sospechoso de Rabia                                                                                                                                                    | Caso probable de Rabia                                                                                                   | Caso confirmado de Rabia                                                                                                                                                                                                               | Caso descartado de Rabia                                                                                                                                     |
| Persona de cualquier edad, con antecedentes de contacto con animal sospechoso de padecer rabia, el cual se encuentre desaparecido, en observación clínica o haya fallecido. | Persona de cualquier edad con síntomas de la enfermedad o, con antecedentes de contacto con animal con rabia confirmada. | Persona o defunción en persona sospechosa o probable de rabia, que presentó síntomas de la enfermedad, más una o ambas de las condiciones siguientes: 1: antecedentes de transmisión rábica y 2: resultados positivos por laboratorio. | Persona sospechosa o probable de rabia, cuyos antecedentes de infección y resultados de laboratorio son negativos y en la que se establece otro diagnóstico. |

| <b>RAB</b>                                   |                                                                                                                                                                                       | <b>RABIA INMUNOFLUORESCENCIA (ANTEMORTEM)</b>                                                                                                                             |                                                                                                                                                     | Método de ensayo: <b>EZN-M-001</b> Inmunofluorescencia Directa (IFD) ó Técnica de anticuerpos fluorescentes para el diagnóstico de Rabia |                  |                                                                                                               |                                                                                        |                      |                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA</b> |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                          |                  |                                                                                                               |                                                                                        |                      |                                                                                                                                                                        |
| TIPO DE MUESTRA                              | CALIDAD DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                 | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                          | MEDIO DE TRANSPORTE                                                                                                                                 | TEMPERATURA OPTIMA                                                                                                                       | DIAS DE TRANSITO | VOLUMEN MINIMO APROXIMADO                                                                                     | CONTENEDOR O RECIPIENTE                                                                | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                |
| BIOPSIA DE CUERO CABELLUDO (ANTEMORTEM)      | TOMADA DE LA REGIÓN DE LA NUCA. POR UN DERMATÓLOGO O PERSONAL CAPACITADO                                                                                                              | A PARTIR DE UNA SEMANA DESPUÉS DE INICIADOS LOS SINTOMAS                                                                                                                  | SIN SOLUCIÓN ALGUNA O EN UNA SOLUCIÓN DE GLICEROL 50% Y SOLUCIÓN SALINA FISIOLÓGICA                                                                 | RED FRIA<br>2 a 8 °C                                                                                                                     | ENVÍO INMEDIATO  | 5 mm <sup>3</sup>                                                                                             | RECIPIENTE HERMÉTICO. CON ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN                                   | PROCESO EN INDRÉ     | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ESTUDIO DE CASO Ó HISTORIA CLÍNICA DETALLADA Y COMPLETA<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR SUBROGADO VIGENCIA DE DERECHOS |
| HISOPO SUBLINGUAL (ANTEMORTEM)               | TOMA CON HISOPO DE DACRÓN O EN SU DEFECTO HISOPO DE ALGODÓN. POR PERSONAL TÉCNICO DE LABORATORIO O PERSONAL MÉDICO CAPACITADO                                                         | A PARTIR DE UNA SEMANA DESPUÉS DE INICIADOS LOS SINTOMAS                                                                                                                  | SUMERGIR EL HISOPO EN 2.0 ML DE SOLUCIÓN SALINA O MEDIO DE TRANSPORTE ESTÉRIL                                                                       | RED FRIA<br>2 a 8 °C                                                                                                                     | ENVÍO INMEDIATO  | INTRODUCIR EL HISOPO DEBAJO DE LA LENGUA Y REALIZAR UN RASPADO SUAVE Y SUFICIENTE EN LAS GLÁNDULAS SALIVALES. | TUBO O RECIPIENTE HERMÉTICO. CON ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN                            | PROCESO EN INDRÉ     | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ESTUDIO DE CASO Ó HISTORIA CLÍNICA DETALLADA Y COMPLETA<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR SUBROGADO VIGENCIA DE DERECHOS |
| IMPRESIÓN DE Córnea (ANTEMORTEM)             | IMPRESIONES CON MATERIAL SUFICIENTE, EN LAMINILLAS PORTAOBJETO PREVIAMENTE DESENGRASADO CON MEZCLA ETANOL/ETER VV. TOMADA POR UN OFTALMÓLOGO O PERSONAL MÉDICO CAPACITADO             | A PARTIR DE UNA SEMANA DESPUÉS DE INICIADOS LOS SINTOMAS                                                                                                                  | SECAR AL AMBIENTE POR 30 MINUTOS Ó SI ES POSIBLE FIJAR EN ACETONA A -20°C POR 30 MIN EMPACADAS INDIVIDUALMENTE EN PAPEL. EVITAR SE FROTEN ENTRE SI. | TEMPERATURA AMBIENTE, SIN HUMEDAD, PROTEGER DE LA LUZ SOLAR Ó DEL CALOR EXCESIVO                                                         | ENVÍO INMEDIATO  | 2 LÁMINAS CON IMPRESIONES CORNEALES POR CADA OJO                                                              | LAMINILLAS PORTAOBJETOS DENTRO DE RECIPIENTE HERMÉTICO. CON ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN | PROCESO EN INDRÉ     | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ESTUDIO DE CASO Ó HISTORIA CLÍNICA DETALLADA Y COMPLETA<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR SUBROGADO VIGENCIA DE DERECHOS |
| LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (ANTEMORTEM)         | SE SOLICITA EL TERCER TUBO QUE SE OBTIENE PARA EVITAR CONTAMINACIÓN SANGUÍNEA. LA TOMA LA REALIZA MÉDICO INTERNISTA O PERSONAL MÉDICO CAPACITADO EN RIGUROSAS CONDICIONES DE ASEPSIA. | A PARTIR DE 14 DÍAS DE INICIADA LA SINTOMATOLOGÍA                                                                                                                         | NO APLICA                                                                                                                                           | RED FRIA<br>2 a 8 °C                                                                                                                     | ENVÍO INMEDIATO  | 3.0 A 5.0 mL                                                                                                  | TUBO DE PLÁSTICO ESTÉRIL CON TAPÓN DE ROSCA. CON ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN            | PROCESO EN INDRÉ     | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ESTUDIO DE CASO Ó HISTORIA CLÍNICA DETALLADA Y COMPLETA<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR SUBROGADO VIGENCIA DE DERECHOS |
| SALIVA (ANTEMORTEM)                          | EXTRAER DE LA REGIÓN SUBLINGUAL CON JERINGA SIN AGUJA. LA TOMA LA REALIZA PERSONAL TÉCNICO DE LABORATORIO O PERSONAL MÉDICO CAPACITADO. NO UTILIZAR INDUCTORES DE SALIVACIÓN.         | A PARTIR DE UNA SEMANA DESPUÉS DE INICIADOS LOS SINTOMAS. REALIZAR AL MENOS 3 TOMAS CON INTERVALOS DE 3 A 6 HORAS ENTRE ELLAS.                                            | NO APLICA                                                                                                                                           | RED FRIA<br>2 a 8 °C                                                                                                                     | ENVÍO INMEDIATO  | 1.0 A 3.0 mL                                                                                                  | TUBO DE PLÁSTICO ESTÉRIL CON TAPÓN DE ROSCA. CON ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN            | PROCESO EN INDRÉ     | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ESTUDIO DE CASO Ó HISTORIA CLÍNICA DETALLADA Y COMPLETA<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR SUBROGADO VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                        |                                                                                                                                                                                       | Por ningún motivo las muestras para este diagnóstico deben sumergirse en solventes como formaldehído, alcohol o fenol. Ya que esto inadecua la muestra para los procesos. |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                          |                  |                                                                                                               |                                                                                        |                      |                                                                                                                                                                        |

|                                                                                  |                                                                       |                                                                     |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26                       |  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>20 de 61 |                                                                                    |

| <b>RAB</b>                                                                                                                                                                                      | <b>RABIA<br/>INMUNOFLUORESCENCIA<br/>(POST MORTEM)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Método de ensayo: <b>EZN-M-001</b> Inmunofluorescencia Directa (IFD) ó Técnica de anticuerpos fluorescentes para el diagnóstico de Rabia |                     |                                  |                                                   |                                         |                                                                                              |                      |                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA</b>                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                          |                     |                                  |                                                   |                                         |                                                                                              |                      |                                                                                                                                                                                                                                       |
| TIPO DE MUESTRA                                                                                                                                                                                 | CALIDAD DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                         | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA               | DÍAS DE TRANSITO                                  | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO               | CONTENEDOR O RECIPIENTE                                                                      | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                                                                               |
| ENCÉFALO ANIMAL O HUMANO                                                                                                                                                                        | ENVIAR LOS DOS HEMISFERIOS CEREBRALES O DE LO CONTRARIO LAS REGIONES DE MÉDULA ESPINAL, CEREBELO Y ASTA DE AMMÓN Y CORTEZA CEREBRAL SI SON FRAGMENTOS NO DEBEN PESAR MENOS DE 5 G. CASOS EN QUE NO SE AUTORIZA LA AUTOPSIA LA MUESTRA SE TOMA DE INMEDIATO POR PUNCIÓN RETROBITAL O A TRAVÉS DEL ORIFICIO OCCIPITAL LA TOMA LA REALIZA PATÓLOGO O PERSONAL MÉDICO CAPACITADO | EN LAS PRIMERAS HORAS DE HABERSE PRESENTADO EL FALLECIMIENTO                                                                             | NO APLICA           | RED FRIA<br>2 a 8 °C             | ENVÍO INMEDIATO, MÁXIMO 24 HORAS DE LA EXTRACCIÓN | ENCÉFALO COMPLETO                       | CONTENEDOR DE PLÁSTICO CON TAPA DE ROSCA, O BOLSA DE PLÁSTICO CON ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN | DE 24 A 48 HORAS     | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ESTUDIO DE CASO Ó HISTORIA CLÍNICA DETALLADA Y COMPLETA                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                          |                     | CONGELACIÓN<br>-20°C             | SI SE REBASAN LAS 24 HORAS                        |                                         |                                                                                              |                      | PARA DIAGNÓSTICO DE ANIMALES DE INTERÉS ECONÓMICO (BOVINO):<br>OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ESTUDIO DE CASO Ó HISTORIA CLÍNICA DETALLADA Y COMPLETA<br>ERC-E-024 FORMATO EPI-RAB ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO                     |
| ENCÉFALO DE MAMÍFEROS PEQUEÑOS                                                                                                                                                                  | REGIONES DE MÉDULA ESPINAL, CEREBELO Y ASTA DE AMMÓN Y CORTEZA CEREBRAL EN CASO DE QUIRÓPTEROS DE REQUIERE ESPÉCIMEN COMPLETO                                                                                                                                                                                                                                                | EN LAS PRIMERAS HORAS DE HABERSE PRESENTADO EL FALLECIMIENTO                                                                             | NO APLICA           | ENCÉFALO EN RED FRIA<br>4 A 8 °C | ENVÍO INMEDIATO                                   | ENCÉFALO COMPLETO Ó QUIRÓPTERO COMPLETO | CONTENEDOR DE PLÁSTICO CON TAPA DE ROSCA, O BOLSA DE PLÁSTICO CON ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN | DE 24 A 48 HORAS     | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ESTUDIO DE CASO Ó HISTORIA CLÍNICA DETALLADA Y COMPLETA<br>FORMATO EPI-RAB ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE RABIA<br>FOTOS O IMÁGENES EN ELECTRÓNICO E IMPRESAS, ASI COMO SU CLASIFICACIÓN TAXONÓMICA |
| <b>OBSERVACIONES:</b> Por ningún motivo las muestras para este diagnóstico deben sumergirse en solventes como formaldehído, alcohol o fenol. Ya que esto inadecua la muestra para los procesos. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                          |                     |                                  |                                                   |                                         |                                                                                              |                      |                                                                                                                                                                                                                                       |

| <b>TAR</b>                                                                                                                                                                                             | <b>RABIA<br/>ANTICUERPOS</b>             | Método de ensayo: <b>EZN-M-005</b> Detección y valoración de la IgG contra el virus de Rabia por ELISA          |                     |                      |                  |                           |                                                                    |                      |                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA</b>                                                                                                                                                           |                                          |                                                                                                                 |                     |                      |                  |                           |                                                                    |                      |                                                                   |
| TIPO DE MUESTRA                                                                                                                                                                                        | CALIDAD DE LA MUESTRA                    | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA   | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE                                            | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                           |
| SUERO (ANTEMORTEM)                                                                                                                                                                                     | NO LIPÉMICA NO HEMOLIZADA NO CONTAMINADA | 3 SEMANAS DESPUÉS DE HABER CONCLUIDO EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN PRE EXPOSICIÓN O DE LA APLICACIÓN DE UN REFUERZO. | NO APLICA           | RED FRIA<br>2 a 8 °C | ENVÍO INMEDIATO  | 1.0 mL                    | TUBO DE PLÁSTICO ESTÉRIL CON TAPÓN, CON ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN | 10 DÍAS HÁBILES      | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO<br>ERC-F-001 SOLICITUD DE ANALISIS |
| <b>OBSERVACIONES:</b> Únicamente se aplica el método para el monitoreo de anticuerpos protectores en las personas involucradas laboralmente con el virus de la rabia, previa coordinación con el LESP. |                                          |                                                                                                                 |                     |                      |                  |                           |                                                                    |                      |                                                                   |



|                                                                                  |                                                                       |                                                                     |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26                       |  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>21 de 61 |                                                                                    |

## BRUCELOSIS

| Definiciones operacionales                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Caso sospechoso de Brucelosis                                                                                                                                                                                                                                           | Caso probable de Brucelosis                                                                                      | Caso confirmado de Brucelosis                                                                                                                                                                             |
| A toda persona que presente fiebre y dos o más de los siguientes signos y síntomas: cefalea, diaforesis, dolor abdominal, anorexia, mialgias, artralgias, astenia, adinamia, hiporexia, náuseas, vómito o escalofríos y con factores de riesgo para padecer brucelosis. | Todo caso sospechoso que tenga resultado de laboratorio positivo a la aglutinación con antígeno Rosa de Bengala. | Todo caso probable que tenga resultados positivos a pruebas confirmatorias de laboratorio: aglutinación estándar y aglutinación en presencia de 2-mercaptoetanol y que sean o no positivos a hemocultivo. |

| <b>BRU</b>                            | <b>BRUCELOSIS ANTICUERPOS</b>                                 | Método de ensayo: <b>EZN-M-002</b> <i>Brucella spp.</i> Perfil serológico de la Brucelosis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                                         |                                        |                           |                                                                                                       |                      |                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                                         |                                        |                           |                                                                                                       |                      |                                                                                                                                                                                            |
| TIPO DE MUESTRA                       | CALIDAD DE LA MUESTRA                                         | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA                      | DÍAS DE TRANSITO                       | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE                                                                               | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                                    |
| *SUERO                                | NO HEMOLIZADO<br>NO LIPÉMICO<br>NO ICTÉRICA<br>NO CONTAMINADO | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NO APLICA           | 20 A 25°C<br>RED FRIA 2 a 8 °C<br>-20°C | 4 HORAS<br>72 HORAS<br>MÁS DE 72 HORAS | 1.5 mL                    | TUBO DE PLÁSTICO U OTRO MATERIAL QUE NO SE ROMPA, DE CIERRE HERMÉTICO, CON ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN | 5 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE DIAGNÓSTICO O CONTROL DE CALIDAD ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO CON DATOS COMPLETOS<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR SUBROGADO VIGENCIA DE DERECHOS |
| **LCR                                 | NO CONTAMINADO                                                | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NO APLICA           | 20 A 25°C<br>RED FRIA 2 a 8 °C<br>-20°C | 5 HORAS<br>48 HORAS<br>MÁS DE 48 HORAS | 1 mL                      | TUBO DE PLÁSTICO U OTRO MATERIAL QUE NO SE ROMPA, DE CIERRE HERMÉTICO, CON ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN | PROCESO EN INDRE     | OFICIO DE SOLICITUD DE DIAGNÓSTICO O CONTROL DE CALIDAD ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO CON DATOS COMPLETOS<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR SUBROGADO VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                 |                                                               | *Para confirmar el diagnóstico a los pacientes con resultado indeterminado se les solicitará por única vez una segunda muestra 15 días después de la primera toma. Se debe realizar el seguimiento de los pacientes con diagnóstico positivo, por lo que se realiza una segunda, tercera y cuarta toma a los 30, 90 y 180 días respectivamente una vez concluido el tratamiento.<br>**Indicada para pacientes con caso sospechoso de neurobrucelosis. |                     |                                         |                                        |                           |                                                                                                       |                      |                                                                                                                                                                                            |

| <b>PBR</b>                                                     | <b>BRUCELLA PCR EN ALIMENTOS</b> | Método de ensayo: <b>EBM-M-007</b> Detección de <i>Brucella spp</i> por PCR                                                                       |                     |                    |                  |                           |                                     |                      |                         |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|------------------|---------------------------|-------------------------------------|----------------------|-------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA                          |                                  |                                                                                                                                                   |                     |                    |                  |                           |                                     |                      |                         |
| TIPO DE MUESTRA                                                | CALIDAD DE LA MUESTRA            | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                  | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE             | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA |
| LECHE Y SUS PRODUCTOS DERIVADOS (ARTESANALES NO PASTEURIZADOS) | NO APLICA                        | NO APLICA                                                                                                                                         | NO APLICA           | 4-8°C              | NO APLICA        | MÍNIMO 400 (G O ML)       | BOLSA DE POLIPROPILENO O CONTENEDOR | 10 DÍAS HÁBILES      |                         |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                          |                                  | El tipo de muestras aplica a muestras artesanales (no pasteurizadas). Método complementario para el Departamento de Análisis Sanitarios del LESP. |                     |                    |                  |                           |                                     |                      |                         |



|                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>22 de 61                                                              |

## LEPTOSPIROSIS

| Definiciones operacionales                                                                                                                                             |                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CASO SOSPECHOSO DE LEPTOSPIROSIS                                                                                                                                       | CASO CONFIRMADO POSITIVO DE LEPTOSPIROSIS                                                                         |
| Persona con antecedentes de contacto con animales que realiza actividades que lo ponen en contacto con el agente y presenta sintomatología sugestiva de la enfermedad. | Todo caso probable con prueba de laboratorio confirmatoria avalada por el órgano normativo positiva a Leptospira. |

| LEP                                   | LEPTOSPIRA ANTICUERPOS                         | MÉTODO DE ENSAYO: EZN-M-003 Titulación de anticuerpos anti Leptospira mediante Microaglutinación (MAT)                                                                       |                     |                       |                                                                                  |                           |                                                                      |                      |                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA |                                                |                                                                                                                                                                              |                     |                       |                                                                                  |                           |                                                                      |                      |                                                                                                                                                                                                               |
| TIPO DE MUESTRA                       | CALIDAD DE LA MUESTRA                          | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                             | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA    | DÍAS DE TRANSITO                                                                 | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE                                              | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                                                       |
| SUERO                                 | NO HEMOLIZADO<br>NO LIPÉMICO<br>NO CONTAMINADO | <b>PRIMERA MUESTRA:</b> SE TOMA PREFERENTEMENTE EN LA ETAPA AGUDA DE LA ENFERMEDAD<br><b>SEGUNDA MUESTRA:</b> SE TOMA DESPUÉS DE 15 DÍAS Y ANTES DE 90 RESPECTO A LA PRIMERA | NO APLICA           | REF. FRÍA<br>2 a 8 °C | MENOS DE 3 SEMANAS ENTRE LA TOMA Y SU RECEPCIÓN EN EL LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO | 500 µL                    | TUBO DE PLÁSTICO U OTRO MATERIAL QUE NO SE ROMPA DE CIERRE HERMÉTICO | 7 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO<br>ERC-E-002 FORMATO ÚNICO PARA ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS REMU<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                 |                                                | Se requiere el proceso de muestras pareadas para confirmar el resultado de primeras muestras indeterminadas.                                                                 |                     |                       |                                                                                  |                           |                                                                      |                      |                                                                                                                                                                                                               |



| PLE                                                    | LEPTOSPIRA PCR        | Método de ensayo: EBM-M-002 detección de Leptospira spp por qPCR |                                     |                    |                  |                           |                                                                         |                      |                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA                  |                       |                                                                  |                                     |                    |                  |                           |                                                                         |                      |                                                                                                                                                                                                               |
| TIPO DE MUESTRA                                        | CALIDAD DE LA MUESTRA | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                 | MEDIO DE TRANSPORTE                 | TEMPERATURA OPTIMA | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE                                                 | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                                                       |
| SANGRE TOTAL                                           | NO CONTAMINADA        | PRIMEROS 10 DÍAS NATURALES DE EVOLUCIÓN                          | EDTA O CITRATO                      | 2-6°C              | < 3 SEMANAS      | 3-5 ML                    | TUBO DE PLÁSTICO CON CIERRE HERMÉTICO (U OTRO MATERIAL QUE NO SE ROMPA) | 7 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO<br>ERC-E-002 FORMATO ÚNICO PARA ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS REMU<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| ÓRGANO: HIGADO, CORAZÓN, RIÑÓN, CEREBRO, BAZO, PULMÓN. | NO CONTAMINADA        | PRIMEROS 10 DÍAS NATURALES DE EVOLUCIÓN                          | SOLUCIÓN SALINA FISIOLÓGICA ESTÉRIL | 2-6°C              | < 3 SEMANAS      | 3 X 3 X1 CM               | ENVASE ESTÉRIL DE PLÁSTICO CON BOCA ANCHA Y CIERRE HERMÉTICO            | 7 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO<br>ERC-E-002 FORMATO ÚNICO PARA ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS REMU<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                  |                       |                                                                  |                                     |                    |                  |                           |                                                                         |                      |                                                                                                                                                                                                               |

|                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>23 de 61                                                              |

## RICKETTSIOSIS

| <b>Definiciones operacionales</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Caso probable de Rickettsiosis</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                    |
| <p>Toda persona que presente fiebre y dos o más de los siguientes signos o síntomas: cefalea, mialgias, exantema, náuseas, hiperemia faríngea, vómito, dolor abdominal, diarrea, alteraciones neurológicas, signos meníngeos, alteraciones del citoquímico del LCR, púrpura, hemorragias a cualquier nivel, alteraciones hepáticas o hematológicas, hiponatremia, leucocitosis, leucopenia, elevación de DHL o choque y que se identifique alguno de los siguientes factores epidemiológicos:</p> <p>*Presencia de vectores en área de residencia o visitadas 2 semanas previas al inicio del cuadro.</p> <p>*Antecedentes de visita o residencia en áreas con transmisión de Rickettsiosis en las dos semanas previas al inicio del cuadro clínico.</p> <p>*Existencia de casos confirmados en la localidad.</p> <p>*Antecedente de mordedura de garrapata o contacto con perros en las dos semanas previas al inicio del cuadro.</p> |                                                                                                                                                    |
| <b>Caso confirmado de Rickettsiosis</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Caso descartado de Rickettsiosis</b>                                                                                                            |
| <p>Todo caso probable en quien se confirma la presencia de <i>Rickettsia spp</i> mediante pruebas de laboratorio reconocidas por el INDRÉ</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>Todo caso probable en quien no se identifica la presencia de <i>Rickettsia spp</i> mediante pruebas de laboratorio reconocidas por el INDRÉ</p> |
| <p><b>NOTA:</b> En menores de 5 años puede considerar solo la fiebre y la identificación de alguna asociación epidemiológica.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                    |

| <b>RIK</b>                                   | <b>RICKETTSIA ANTICUERPOS</b>                  | Método de ensayo: <b>EZN-M-004</b> Detección de anticuerpos <i>Rickettsias</i> IgG por Inmunofluorescencia Indirecta (IFI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                     |                                                                                  |                           |                                                                       |                      |                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA</b> |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                     |                                                                                  |                           |                                                                       |                      |                                                                                                                                        |
| TIPO DE MUESTRA                              | CALIDAD DE LA MUESTRA                          | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA  | DÍAS DE TRANSITO                                                                 | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE                                               | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                |
| SUERO                                        | NO HEMOLIZADO<br>NO LIPÉMICO<br>NO CONTAMINADO | <b>PRIMERA MUESTRA:</b> SE TOMA EN LA ETAPA AGUDA DE LA ENFERMEDAD ≤ 14 DÍAS.<br><b>SEGUNDA MUESTRA:</b> SE TOMA MÍNIMO DESPUÉS DE 2 SEMANAS RESPECTO A LA PRIMERA Y ANTES DE 3 MESES DE INICIADOS LOS SÍNTOMAS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NO APLICA           | RED FRÍA (2 a 8 °C) | MENOS DE 3 SEMANAS ENTRE LA TOMA Y SU RECEPCIÓN EN EL LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO | 500 µL                    | TUBO DE PLÁSTICO U OTRO MATERIAL QUE NO SE ROMPA, DE CIERRE HERMÉTICO | 6 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO PLATAFORMA SINAVE IMPRESA*<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES: LO ANTERIOR SUBROGADO VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                        |                                                | *Datos de identificación del médico tratante, identificación del caso (nombre del paciente, edad, sexo, lugar de residencia, ocupación, sintomatología completa), datos epidemiológicos que permitan identificar factores de riesgo, indispensable incluir la fecha de inicio de síntomas (debe ser concordante entre primera muestra y segunda) así como la fecha de toma de muestra, así como si se trata de primera o segunda y si el paciente ha recibido tratamiento (incluya el nombre del medicamento, dosis y fecha de inicio y término) |                     |                     |                                                                                  |                           |                                                                       |                      |                                                                                                                                        |



|                                                                                  |                                                                       |                                                                     |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26                       |  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>24 de 61 |                                                                                    |

| PRI                                                                                                                                  | RICKETTSIA<br>PCR     | METODO DE ENSAYO: EBM-M-014 DETECCIÓN DE Rickettsia spp POR qPCR                                                                                                                                 |                                   |                     |                  |                                                           |                                                                |                      |                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------|------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA                                                                                                |                       |                                                                                                                                                                                                  |                                   |                     |                  |                                                           |                                                                |                      |                                                                                                                                           |
| TIPO DE MUESTRA                                                                                                                      | CALIDAD DE LA MUESTRA | TIEMPO ÓPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                 | MEDIO DE TRANSPORTE               | TEMPERATURA ÓPTIMA  | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO                                 | CONTENEDOR O RECIPIENTE                                        | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                   |
| SANGRE TOTAL                                                                                                                         | NO CONTAMINADA        | FASE AGUDA DE LA ENFERMEDAD. ESTO ES PRIMORDIALMENTE LA PRIMERA SEMANA DE SINTOMAS. SI LA SITUACIÓN DEL PACIENTE ES MUY GRAVE O CRÍTICA LA MUESTRA SE PUEDE TOMAR HASTA LOS 14 DÍAS DE EVOLUCIÓN | ANTICOAGULANTE CITRATOS O EDTA.   | RED FRIA (2 a 8 °C) | ≤ 1 SEMANA       | 3-5 mL                                                    | TUBO DE PLÁSTICO CON CIERRE HERMÉTICO                          | 8 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO PLATAFORMA SINAVE IMPRESA*<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR SUBROGADO VIGENCIA DE DERECHOS |
| TEJIDO U ÓRGANO PROVENIENTE DE NECROPSIA (HIGADO, PULMÓN, RIÑÓN O BAZO)                                                              | NO CONTAMINADA        | INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA DEFUNCIÓN                                                                                                                                                           | SOLUCIÓN SALINA ESTÉRIL AL 0.85 % | RED FRIA (2 a 8 °C) | ≤ 1 SEMANA       | 3 X 3 X1 cm                                               | ENVASE ESTÉRIL DE PLÁSTICO CON BOCA ANCHA Y CIERRE HERMÉTICO   | 8 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO PLATAFORMA SINAVE IMPRESA*<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR SUBROGADO VIGENCIA DE DERECHOS |
| BIOPSIA CUTÁNEA DE LAS LESIONES MACULOPAPULARES, VESÍCULAS O ESCARA DE LA PICADURA DE LA GARRAPATA O RASPADO CON HISOPO DE LA ESCARA | NO APLICA             | FASE AGUDA DE LA ENFERMEDAD. ESTO ES PRIMORDIALMENTE LA PRIMER SEMANA DE SINTOMAS. SI LA SITUACIÓN DEL PACIENTE ES MUY GRAVE O CRÍTICA LA MUESTRA SE PUEDE TOMAR HASTA LOS 14 DÍAS DE EVOLUCIÓN  | NO APLICA                         | RED FRIA (2 a 8 °C) | ≤ 1 SEMANA       | TAMANO 3mm DE DIAMETRO 1 A 2 HISOPOS ESTÉRILES POR ESCARA | ENVIAR EN SECO EN ENVASE ESTÉRIL DE PLÁSTICO HERMÉTICO CERRADO | 8 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO PLATAFORMA SINAVE IMPRESA*<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR SUBROGADO VIGENCIA DE DERECHOS |
| LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO                                                                                                              | NO APLICA             | FASE AGUDA DE LA ENFERMEDAD. ESTO ES PRIMORDIALMENTE LA PRIMERA SEMANA DE SINTOMAS. SI LA SITUACIÓN DEL PACIENTE ES MUY GRAVE O CRÍTICA LA MUESTRA SE PUEDE TOMAR HASTA LOS 14 DÍAS DE EVOLUCIÓN | NO APLICA                         | RED FRIA (2 a 8 °C) | ≤ 1 SEMANA       | 500 µL                                                    | TUBO CON TAPÓN (ESTÉRIL)                                       | 8 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO PLATAFORMA SINAVE IMPRESA*<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR SUBROGADO VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                |                       | El líquido cefalorraquídeo no es la muestra ideal, se acepta solo en caso de que sea la única disponible.                                                                                        |                                   |                     |                  |                                                           |                                                                |                      |                                                                                                                                           |

## DENGUE

| Definiciones operacionales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Caso Probable de Dengue No Grave (DNG)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Caso Probable de Dengue con Signos de Alarma (DCSA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Caso Probable de Dengue Grave (DG)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p>Toda persona de cualquier edad que resida o que proceda en los 14 días previos al inicio de signos y síntomas, de una región donde exista transmisión de la enfermedad y que presente fiebre y signos y síntomas de 2 o más de los siguientes grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo 1: Náusea y/o vómitos</li> <li>• Grupo 2: Exantema</li> <li>• Grupo 3: Mialgias y/o artralgias</li> <li>• Grupo 4: Cefalea y/o dolor retro-ocular</li> <li>• Grupo 5: Petequias y/o prueba del torniquete positiva</li> <li>• Grupo 6: Leucopenia</li> </ul> | <p>Todo caso probable que además de cumplir con cuadro de DNG presente uno o más de los siguientes signos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal intenso y continuo.</li> <li>• Vómito persistente o incoercible.</li> <li>• Acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural, pericárdico).</li> <li>• Sangrado de mucosas (epistaxis, gingivorragia).</li> <li>• Letargo o irritabilidad.</li> <li>• Hipotensión postural.</li> <li>• Hepatomegalia mayor de 2 cm.</li> <li>• Aumento progresivo del hematocrito.</li> <li>• Recuento plaquetario menor a 100.000 plaquetas por microlitro o disminución progresiva de plaquetas.</li> <li>• Disminución progresiva de la hemoglobina.</li> </ul> | <p>Todo caso probable de Dengue que presenta uno o más de los siguientes hallazgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Choque debido a extravasación grave de plasma evidenciado por: taquicardia, extremidades frías y llenado capilar igual o mayor a tres segundos, pulso débil o indetectable, presión diferencial convergente ≤ 20 mm hipotensión arterial en fase tardía, acumulación de líquidos que conlleve a insuficiencia respiratoria</li> <li>• Sangrado grave, según la evaluación del médico tratante (ejemplos: hematemesis, melena, metrorragia voluminosa, sangrado del sistema nervioso central)</li> </ul> <p>Compromiso grave de órganos tales como: daño hepático importante (AST o ALT &gt; 1000 U/L), afección renal, sistema nervioso central (alteración de la conciencia), corazón (miocarditis) u otros órganos.</p> |
| <p><b>NOTA:</b> En menores de 5 años, el único signo a considerar puede ser la fiebre. Todos los casos probables se deben registrar en el sistema especial de vigilancia epidemiológica. En todo caso con signos de alarma en los primeros cinco días de inicio del cuadro clínico y todo caso de dengue grave debe tomarse muestra para diagnóstico de laboratorio. Todos los casos probables se deben registrar en el sistema especial de vigilancia epidemiológica.</p>                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |





|                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>25 de 61                                                              |

| <b>TRI</b>                            | <b>TRIPLEX</b>                                                | Método de ensayo: <b>EBM-M-015</b> Detección de virus DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA por qRT-PCR (TRIPLEX)                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                    |                          |                                                |                                    |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|--------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                    |                          |                                                |                                    |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| TIPO DE MUESTRA                       | CALIDAD DE LA MUESTRA                                         | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA | DÍAS DE TRANSITO         | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO                      | CONTENEDOR O RECIPIENTE            | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                                                                                                                 |
| MOSCOS (GENERO AEDES)                 | NO CONTAMINADA                                                | INMEDIATAMENTE SE IDENTIFIQUE LA NECESIDAD DE VIGILANCIA ENTOMOVIROLÓGICA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NO APLICA           | 2-8°C              | NO APLICA                | 15 - 30 ESPECIMENES                            | TUBO DE PLÁSTICO CON TAPA DE ROSCA | 5 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO.<br>ERC-F-001 SOLICITUD DE ANALISIS                                                                                                                                                                                                      |
| SUERO                                 | NO CONTAMINADA<br>NO LIPÉMICA<br>NO HEMOLIZADA<br>NO ICTERICO | DE 0 A 5 DÍAS FASE AGUDA A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NO APLICA           | 2-8°C              | HASTA 15 DÍAS NATURALES. | ENTRE 1.5 A 2 mL<br>500 µL PARA RECIÉN NACIDOS | TUBO DE PLÁSTICO CON TAPON.        | 3 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO PLATAFORMA SINAVE IMPRESA*<br>ERC-E-026 ESTUDIO DE CASO DE DEFECTOS DEL TUBO NEURAL Y CRANEOFACIALES. EN CASO DE MALFORMACIONES CONGENITAS (ZIKA).<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                 |                                                               | Las muestras deben cumplir con definición operacional para cualquiera de las arbovirosis y tener registro en la plataforma única de dengue (sinave). las muestras que no estén registradas en la plataforma se tomará como criterio de rechazo. En caso de que sea la condición medica del paciente el que afecte la calidad de la muestra, deberá ser indicado en la plataforma ETV y en el oficio. |                     |                    |                          |                                                |                                    |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| <b>DEN</b>                            | <b>DENGUE IgM</b>                                             | Método de ensayo: <b>EVR-M-016</b> Dengue IgM ELISA de captura                                                                                                                                                                                                                   |                     |                     |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                                                |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                     |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                                                |
| TIPO DE MUESTRA                       | CALIDAD DE LA MUESTRA                                         | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                 | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA  | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                        |
| SUERO                                 | NO LIPÉMICA<br>NO HEMOLIZADA<br>NO ICTERICA<br>NO CONTAMINADA | ENTRE 6 Y 14° DIA DE INICIO DE SÍNTOMAS                                                                                                                                                                                                                                          | NO APLICA           | RED FRIA (2 a 8 °C) | 7 DÍAS NATURALES | 1ml                       | TUBO CON TAPON          | 3 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO PLATAFORMA SINAVE IMPRESA<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                 |                                                               | La excepción de aceptar muestras lipémicas, hemolizadas y con volumen menor a 1 ml (aprox.) en casos de pacientes: hospitalizados, en estado de gravedad, menores de 5 años de edad, urgente y defunción se indicará que la interpretación de resultados se realice con reserva. |                     |                     |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                                                |

| <b>DEN</b>                            | <b>DENGUE NS1</b>                                             | Método de ensayo: <b>EVR-M-002</b> Dengue NS1 Ag ELISA de SANDWICH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                     |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                                                |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                     |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                                                |
| TIPO DE MUESTRA                       | CALIDAD DE LA MUESTRA                                         | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA  | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                        |
| SUERO                                 | NO LIPÉMICA<br>NO HEMOLIZADA<br>NO ICTERICA<br>NO CONTAMINADA | ENTRE 0 Y 5° DIA DE INICIO DE SÍNTOMAS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NO APLICA           | RED FRIA (2 a 8 °C) | 7 DÍAS NATURALES | 1ml                       | TUBO CON TAPON          | 3 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO PLATAFORMA SINAVE IMPRESA<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                 |                                                               | La excepción de aceptar muestras lipémicas, hemolizadas y con volumen menor a 1 ml (aprox.) en casos de pacientes: hospitalizados, en estado de gravedad, urgente y defunción se indicará que la interpretación de resultados se realice con reserva. Este diagnóstico se realizará solo bajo declaratoria de Brote notificado por la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria. |                     |                     |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                                                |



|                                                                                  |                                                                       |                                                                     |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26                       |  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>26 de 61 |                                                                                    |

| PDE                                         | DENGUE PCR                                           | Método de ensayo: <b>EBM-M-004</b> Detección y serotipificación del virus del DENGUE por qRT-PCR MULTIPLEX                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                   |                    |                          |                                             |                                                                                                        |                      |                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA       |                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                   |                    |                          |                                             |                                                                                                        |                      |                                                                                                                                        |
| TIPO DE MUESTRA                             | CALIDAD DE LA MUESTRA                                | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | MEDIO DE TRANSPORTE                                                               | TEMPERATURA OPTIMA | DÍAS DE TRANSITO         | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO                   | CONTENEDOR O RECIPIENTE                                                                                | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                |
| NECROPSIA DE BAZO, HIGADO, GANGLIOS, RIÑÓN. | NO CONTAMINADA                                       | INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA DEFUNCIÓN (NECROPSIA) HASTA UNA HORA DESPUÉS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SOLUCIÓN SALINA AL 0.85% (VOLUMEN 10 VECES AL TAMAÑO DE MUESTRA (NO USAR FORMOL)) | 2-8°C              | HASTA 15 DÍAS NATURALES. | 2 - 3 cm <sup>3</sup>                       | CONTENEDOR DE PLÁSTICO BOCA ANCHA ESTÉRIL CON TAPA (CAPACIDAD 50 ML, DE 55 MM DIÁMETRO X 45 MM ALTURA) | 3 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO PLATAFORMA SINAVE IMPRESA*<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES: LO ANTERIOR SUBROGADO VIGENCIA DE DERECHOS |
| MOSCOS (GENERO AEDES)                       | NO CONTAMINADA                                       | INMEDIATAMENTE SE IDENTIFIQUE LA NECESIDAD DE VIGILANCIA ENTOMOVIROLÓGICA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NO APLICA                                                                         | 2-8°C              | NO APLICA                | 15 - 30 ESPECIMENES                         | TUBO DE PLÁSTICO CON TAPA DE ROSCA                                                                     | 3 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO. ERC-F-001 SOLICITUD DE ANALISIS                                                                        |
| SUERO                                       | NO CONTAMINADA NO LIPÉMICA NO HEMOLIZADA NO ICTÉRICO | DE 0 A 5 DÍAS FASE AGUDA A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | NO APLICA                                                                         | 2-8°C              | HASTA 15 DÍAS NATURALES. | ENTRE 1.5 A 2 mL 300 µL PARA RECIÉN NACIDOS | TUBO DE PLÁSTICO CON TAPÓN.                                                                            | 3 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO PLATAFORMA SINAVE IMPRESA*<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES: LO ANTERIOR SUBROGADO VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                       |                                                      | Las muestras deben cumplir con definición operacional (DENGUE NO GRAVE, DENGUE GRAVE O DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA) y tener registro en la plataforma única de dengue (SINAVE) , las muestras que no estén registradas en la plataforma se tomará como criterio de rechazo.<br>En caso de que sea la condición medica del paciente la que afecte la calidad de la muestra, debe ser indicado en la Plataforma ETV. |                                                                                   |                    |                          |                                             |                                                                                                        |                      |                                                                                                                                        |

## CHIKUNGUNYA

| Definiciones operacionales                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Caso Probable de Fiebre Chikungunya:                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Toda persona de presente cuadro febril agudo más la presencia de poli artralgias severes (incapacitantes) o artritis de comienzo agudo y se identifique asociación epidemiológica como son:                                                                                                                         |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia del vector <i>Aedes aegypti</i> o <i>Aedes albopictus</i>.</li> <li>• Antecedente de visita o residencia en áreas de transmisión en las dos semanas previas al inicio del cuadro clínico.</li> <li>• Existencia de casos confirmados en la localidad.</li> </ul> |  |
| <b>NOTA:</b> En menores de 5 años, el único signo a considerar puede ser la fiebre. Todos los casos probables se deben registrar en el sistema especial de vigilancia epidemiológica.                                                                                                                               |  |

| CHK                                   | CHIKUNGUNYA IgM                                      | Método de ensayo: <b>EVR-M-004</b> Chikungunya IgM ELISA                                                                                                                                                                                              |                     |                     |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                                       |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA |                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                     |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                                       |
| TIPO DE MUESTRA                       | CALIDAD DE LA MUESTRA                                | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                      | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA  | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                               |
| SUERO                                 | NO LIPÉMICA NO HEMOLIZADA NO ICTÉRICA NO CONTAMINADA | ENTRE 6 a 12 <sup>o</sup> DIA DE INICIO DE SÍNTOMAS.                                                                                                                                                                                                  | NO APLICA           | RED FRIA (2 a 8 °C) | 7 DÍAS NATURALES | 1ml                       | TUBO CON TAPON          | 3 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO PLATAFORMA SINAVE IMPRESA<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES: LO ANTERIOR SUBROGADO VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                 |                                                      | La excepción de aceptar muestras lipémicas, hemolizadas y con volumen menor a 1 ml (aprox.) en casos de pacientes: hospitalizados, en estado de gravedad, urgente y defunción se indicará que la interpretación de resultados se realice con reserva. |                     |                     |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                                       |

|                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>27 de 61                                                              |



| <b>PCK</b>                                   | <b>CHIKUNGUNYA PCR</b>                                        | Método de ensayo: <u>EBM-M-011</u> Detección de virus CHIKUNGUNYA por qRT-PCR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                           |                     |                         |                                                |                            |                      |                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|-------------------------|------------------------------------------------|----------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA        |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                           |                     |                         |                                                |                            |                      |                                                                                                                                                |
| TIPO DE MUESTRA                              | CALIDAD DE LA MUESTRA                                         | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | MEDIO DE TRANSPORTE                       | TEMPERATURA OPTIMA  | DÍAS DE TRANSITO        | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO                      | CONTENEDOR O RECIPIENTE    | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                        |
| SUERO                                        | NO CONTAMINADA<br>NO LIPÉMICA<br>NO HEMOLIZADA<br>NO ICTÉRICO | 0 A 5 DÍAS DE INICIO DEL CUADRO CLÍNICO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NO APLICA                                 | RED FRIA (2 a 8 °C) | HASTA 15 DÍAS NATURALES | ENTRE 1.5 A 2 mL<br>500 µL PARA RECIÉN NACIDOS | TUBO DE PLÁSTICO CON TAPON | 3 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO PLATAFORMA SINAVE IMPRESA<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| NECROPSIAS DE BAZO, HIGADO, RINÓN O GANGLIOS | NO CONTAMINADA                                                | INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA DEFUNCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SOLUCIÓN SALINA AL 0.85% (NO USAR FORMOL) | RED FRIA (2 a 8 °C) | HASTA 15 DÍAS NATURALES | ENTRE 1.5 A 2 mL<br>500 µL PARA RECIÉN NACIDOS | TUBO DE PLÁSTICO CON TAPON | 3 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO PLATAFORMA SINAVE IMPRESA<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                        |                                                               | Las muestras deben cumplir con definición operacional (DENGUE NO GRAVE, DENGUE GRAVE O DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA) y tener registro en la plataforma única de dengue (SINAVE). Las muestras que no estén registradas en la plataforma se tomará como criterio de rechazo.<br>En caso de que sea la condición medica del paciente la que afecte la calidad de la muestra, debe ser indicado en la Plataforma ETV. |                                           |                     |                         |                                                |                            |                      |                                                                                                                                                |

## ZIKA

| Definiciones operacionales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;"><b>Caso Probable de enfermedad por el virus del Zika:</b></p> <p>Paciente que presente exantema maculopapular pruriginoso y al menos dos o más de los siguientes signos o síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre</li> <li>• Cefalea</li> <li>• Conjuntivitis (no purulenta/hiperemia)</li> <li>• Artralgias</li> <li>• Mialgias</li> <li>• Edema periarticular</li> <li>• Prurito</li> <li>• Dolor retroocular y que se identifique alguna asociación epidemiológica como: Presencia del vector <i>Aedes aegypti</i> o <i>Aedes albopictus</i> o antecedente de visita o residencia en áreas de transmisión en las dos semanas previas al inicio del cuadro clínico, o existencia de casos confirmados en la localidad. Tenga antecedente de contacto sexual sin protección en las dos semanas previas a la aparición de los síntomas, con una persona que en las 8 semanas previas al contacto sexual tenga antecedente de residencia o viaje a un área con transmisión local del ZIKV o con presencia de vectores.</li> </ul> | <p style="text-align: center;"><b>Caso Probable de enfermedad por el virus del Zika en mujeres embarazadas:</b></p> <p>Toda mujer embarazada que presente dos o mas de los siguientes signos o síntomas: fiebre, exantema, conjuntivitis, (no purulenta), cefalea, mialgias, artralgias o dolor retroocular, edema periarticular, prurito y que se identifique alguna asociación epidemiológica:<br/>Presencia del vector <i>Aedes aegypti</i> o <i>Aedes albopictus</i>, o antecedente de visita o residencia en áreas de transmisión en las dos semanas previas al inicio del cuadro clínico, o existencia de casos confirmados en la localidad.<br/>Tenga antecedente de contacto sexual sin protección en las 2 semanas previas a la aparición de los síntomas, con una persona que en las 8n semanas previas al contacto sexual tenga antecedente de residencia o viaje a un área con transmisión local de ZIKV o con presencia de vectores.</p> |
| <p><b>NOTA:</b> Todos los casos probables se deben registrar en el sistema especial de vigilancia epidemiológica. Aplica para mujeres embarazadas que no tienen muestra en los primeros 5 días de iniciados los síntomas. Vigilancia epidemiológica en seguimiento a síndrome congénito asociado a Zika: suero de madre hasta cinco días después del nacimiento del bebe (ELISA IgM). Suero de recién nacido toma de muestra inmediatamente, en el día del nacimiento y hasta 5 días después.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| <b>ZIK</b>                            | <b>ZIKA IgM</b>                                               | Método de ensayo: <u>EVR-M-017</u> Zika IgM ELISA                                                                                                                                                                                                    |                     |                     |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                     |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| TIPO DE MUESTRA                       | CALIDAD DE LA MUESTRA                                         | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                     | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA  | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                                                                                                         |
| SUERO                                 | NO LIPÉMICA<br>NO HEMOLIZADA<br>NO ICTÉRICA<br>NO CONTAMINADA | ENTRE 6 a 30° DIA DE INICIO DE SINTOMAS.                                                                                                                                                                                                             | NO APLICA           | RED FRIA (2 a 8 °C) | 7 DÍAS NATURALES | 1ml                       | TUBO CON TAPON          | 3 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO PLATAFORMA SINAVE IMPRESA<br>ERC-E-026 ESTUDIO DE CASO DE DEFECTOS DEL TUBO NEURAL Y CRANEOFACIALES (EN CASO DE MALFORMACIONES CONGENITAS)<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                 |                                                               | La excepción de aceptar muestras lipémicas, hemolizadas y con volumen menor a 1 ml (aprox.) en casos de pacientes hospitalizados, en estado de gravedad, urgente y defunción se indicará que la interpretación de resultados se realice con reserva. |                     |                     |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| <b>PZK</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                               | <b>ZIKA PCR</b>                                               |                                                      | Método de ensayo: <b>EBM-M-013</b> Detección del virus de ZIKA por qRT-PCR |                                                                                     |                                                                    |                                                                                                                                                      |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               |                                                               |                                                      |                                                                            |                                                                                     |                                                                    |                                                                                                                                                      |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| TIPO DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CALIDAD DE LA MUESTRA                                         | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                              | MEDIO DE TRANSPORTE                                  | TEMPERATURA OPTIMA                                                         | DÍAS DE TRANSITO                                                                    | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO                                          | CONTENEDOR O RECIPIENTE                                                                                                                              | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| SUERO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NO CONTAMINADA<br>NO LIPÉMICA<br>NO HEMOLIZADA<br>NO ICTÉRICO | 0 A 5 DÍAS DE INICIO DEL CUADRO CLÍNICO.                      | NO APLICA                                            | 2 A 8 °C                                                                   | HASTA 15 DÍAS NATURALES                                                             | ENTRE 1.5 A 2 ML<br>500 µL PARA RECIÉN NACIDOS                     | TUBO DE PLÁSTICO CON TAPÓN (ESTÉRIL)                                                                                                                 | 3 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO PLATAFORMA SINAVE IMPRESA EN RECIÉN NACIDOS SI NO ES POSIBLE ENVIAR LA PLATAFORMA SE DEBERA ENVIAR ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE CASO<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS                                                                     |
| NECROPSIAS DE CEREBRO, CEREBELO, MUESTRA DE LA VELOSIDAD CORIÓNICA O PLACENTARIA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NO CONTAMINADA                                                | INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA DEFUNCIÓN                        | SOLUCIÓN SALINA AL 0.85% (NO USAR FORMOL)            | 2 A 8 °C                                                                   | HASTA 15 DÍAS NATURALES                                                             | 2 – 3 CM3                                                          | CONTENEDOR DE PLÁSTICO BOCA ANCHA ESTÉRIL CON TAPA (CAPACIDAD 50 ML DE 55 mm DE DIÁMETRO X 45 mm DE ALTURA)                                          | 3 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO PLATAFORMA SINAVE IMPRESA<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS                                                                                                                                                                             |
| LIQUIDO AMNIÓTICO (SEGUIMIENTO A MALFORMACIONES CONGÉNITAS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NO CONTAMINADA                                                | TOMA EN EL MOMENTO NECESARIO.                                 | NO APLICA                                            | 2 A 8 °C                                                                   | HASTA 15 DÍAS NATURALES                                                             | 500 µL                                                             | TUBO DE PLÁSTICO CON TAPÓN (ESTÉRIL)                                                                                                                 | 3 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ERC-E-002 FORMATO UNICO PARA ENVIO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS REMU<br>ERC-E-028 ESTUDIO DE CASO DE DEFECTOS DEL TUBO NEURAL Y CRANEOFACIALES<br>HISTORIA CLINICA<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS                                          |
| SALIVA (SEGUIMIENTO A CASOS DE SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NO CONTAMINADA                                                | HASTA 17 DÍAS DE INICIO DE LA PARÁLISIS E INICIO DE SÍNTOMAS. | NO APLICA                                            | 2 A 8 °C                                                                   | HASTA 15 DÍAS NATURALES                                                             | 1 ML                                                               | FRASCO DE BOCA ANCHA ESTÉRIL CON TAPA DE ROSCA                                                                                                       | 3 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ERC-E-002 FORMATO UNICO PARA ENVIO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS REMU<br>ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE CASO DE PFA<br>HISTORIA CLINICA<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS                                                                           |
| SUERO Y ORINA (SEGUIMIENTO A CASOS DE SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NO CONTAMINADA<br>NO LIPÉMICA<br>NO HEMOLIZADA<br>NO ICTÉRICO | 0 A 5 DÍAS DE INICIO DE LA PARÁLISIS E INICIO DE SÍNTOMAS.    | SEDIMENTO DE LA ORINA CON MEDIO DE TRANSPORTE VIRAL. | 2 A 8 °C                                                                   | HASTA 15 DÍAS NATURALES<br>SUERO<br>48 HRS ORINA<br>SEDIMENTO<br>DESPUÉS DE 48 HRS. | ENTRE 1.5 – 2 ML<br>SUERO 500UL<br>RECIÉN NACIDO<br>1 A 5 ML ORINA | TUBO DE PLÁSTICO CON TAPÓN ESTÉRIL (SUERO)<br>TUBO DE PLÁSTICO CON TAPA DE ROSCA (SEDIMENTO)<br>FRASCO DE PLÁSTICO CON TAPA DE ROSCA ESTÉRIL (ORINA) | 3 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ERC-E-002 FORMATO UNICO PARA ENVIO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS REMU<br>ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE CASO DE PFA<br>HISTORIA CLINICA<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS                                                                           |
| SUERO Y ORINA (SEGUIMIENTO A MALFORMACIONES CONGÉNITAS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | NO CONTAMINADA<br>NO LIPÉMICA<br>NO HEMOLIZADA<br>NO ICTÉRICO | FASE CONVALESCIENTE HASTA 17 DÍAS DE INICIO DE LA PARÁLISIS.  | SEDIMENTO DE LA ORINA CON MEDIO DE TRANSPORTE VIRAL. | 2 A 8 °C                                                                   | HASTA 15 DÍAS NATURALES (SUERO)<br>48 HRS ORINA<br>DESPUÉS DE 48 HRS<br>SEDIMENTO   | ENTRE 1.5 – 2 ML<br>SUERO<br>500UL RECIÉN NACIDO<br>1 A 5 ML ORINA | TUBO DE PLÁSTICO CON TAPÓN ESTÉRIL (SUERO)<br>TUBO DE PLÁSTICO CON TAPA DE ROSCA (SEDIMENTO)<br>FRASCO DE PLÁSTICO CON TAPA DE ROSCA ESTÉRIL (ORINA) | 3 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ERC-E-002 FORMATO UNICO PARA ENVIO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS REMU<br>ERC-E-026 ESTUDIO DE CASO DE DEFECTOS DEL TUBO NEURAL Y CRANEOFACIALES<br>ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE CASO DE PFA<br>HISTORIA CLINICA<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b><br>Para vigilancia de mortalidad en casos probables de enfermedad por ZIKV. En casos de producto propio de la concepción (aborto o mortinato).<br>Restringida únicamente a mujeres embarazadas en donde el producto muestre malformaciones congénitas, sustentadas con los resultados de las ecografías realizadas.<br>La toma de orina y saliva deben ser al mismo tiempo.<br>Toma de muestra de suero preferentemente al mismo tiempo que la toma de orina.<br>No tomar muestra de suero con más de 5 días después del nacimiento.<br>Toma de muestra de suero de recién nacido preferentemente al mismo tiempo que la toma de orina.<br>Medio viral amarillo no es adecuado. |                                                               |                                                               |                                                      |                                                                            |                                                                                     |                                                                    |                                                                                                                                                      |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |



|                                                                                  |                                                                       |                                                                     |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26                       |  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>29 de 61 |                                                                                    |

## ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA (EFES)

| Definiciones operacionales                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Caso Probable de Sarampión/Rubeola</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Caso probable de síndrome de Rubéola Congénita</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p>Toda persona de cualquier edad que presente cuadro caracterizado por fiebre, exantema maculopapular y uno o más de los siguientes signos y síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>tos.</li> <li>coriza.</li> <li>conjuntivitis, o adenomegalias (retroauriculares, occipitales o cervicales).</li> </ul> | <p>Lactante menor que presente una o mas de las siguientes Alteraciones, defectos o malformaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Auditivas:</b> Hipoacusia neurosensorial</li> <li><b>Patología ocular congénita:</b> catarata congénita, nistagmus, estrabismo, microftalmia, glaucoma congénito, retinopatía pigmentaria</li> <li><b>Enfermedad cardiaca congénita:</b> persistencia del conducto arterios, estenosis de la arteria pulmonar, tetralogía de Fallot, estenosis aortica, comunicación interventricular, comunicación interauricular.</li> <li><b>Hematopoyética:</b> púrpura trombocitopénica</li> <li><b>Neurológicas:</b> microcefalia retraso en el desarrollo psicomotor</li> </ul> |
| <p><b>NOTA:</b> Todos los casos probables se deben registrar en el sistema especial de vigilancia epidemiológica.</p>                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| <b>SAR<br/>RUB</b>                           | <b>SARAMPION/RUBEOLA<br/>ANTICUERPOS</b>                      | Métodos de ensayo: <b>EVR-M-006</b> Rubeola IgM ELISA, <b>EVR-M-007</b> Sarampión IgM ELISA indirecto, <b>EVR-M-008</b> Rubeola IgG ELISA indirecto, <b>EVR-M-009</b> Sarampión IgG ELISA indirecto                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                     |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA</b> |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                     |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| TIPO DE MUESTRA                              | CALIDAD DE LA MUESTRA                                         | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA  | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| SUERO                                        | NO LIPÉMICA<br>NO HEMOLIZADA<br>NO ICTÉRICA<br>NO CONTAMINADA | ENTRE 0 a 35 ° DIAS A PARTIR DEL INICIO DEL EXANTEMA.<br><br>SEGUNDA MUESTRA A LOS 15 DIAS DESPUES DE LA PRIMERA TOMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NO APLICA           | RED FRIA (2 a 8 °C) | 48 HORAS         | 1ml                       | TUBO CON TAPON          | 4 DÍAS NATURALES     | <p>OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO<br/>PLATAFORMA SINAVE IMPRESA<br/>CARTILLA DE VACUNACIÓN<br/>HISTORIA CLÍNICA<br/>PARA RUBEOLA CONGENITA NO SE REQUIERE PLATAFORMA EN SU LUGAR SE DEBERA ENVIAR ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE CASO</p> <p>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br/>LO ANTERIOR<br/>SUBROGADO<br/>VIGENCIA DE DERECHOS</p> |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                        |                                                               | La excepción de aceptar muestras lipémicas, hemolizadas y con volumen menor a 1 ml (aprox.) en casos de pacientes hospitalizados, en estado de gravedad, urgente y defunción se indicará que la interpretación de resultados se realice con reserva, en caso de requerir una segunda muestra para el seguimiento del caso, (muestras con resultado positivo a Igm a sarampión o rubeola) esta se debe tomar dos semanas despues de la primera toma para la comparación de anticuerpos Igg entre ambas muestras. |                     |                     |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| <b>PSA</b>                                   | <b>SARAMPIÓN<br/>PCR</b>                         | Método de ensayo: <b>EBM-M-006</b> DETECCIÓN DEL VIRUS DEL SARAMPIÓN POR qRT-PCR                                                                                                             |                           |                     |                  |                           |                                            |                      |                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------|------------------|---------------------------|--------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA</b> |                                                  |                                                                                                                                                                                              |                           |                     |                  |                           |                                            |                      |                                                                                                                                                                                                              |
| TIPO DE MUESTRA                              | CALIDAD DE LA MUESTRA                            | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                             | MEDIO DE TRANSPORTE       | TEMPERATURA OPTIMA  | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE                    | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                                                      |
| EXUDADO FARINGEO                             | NO CONTAMINADA<br>MEDIO DE TRANSPORTE SIN VIRAJE | DE 0 A 5 DÍAS INMEDIATOS A LA APARICIÓN DEL EXANTEMA.                                                                                                                                        | MEDIO DE TRANSPORTE VIRAL | RED FRIA (2 a 8 °C) | 48 HORAS         | 2 mL                      | TUBO DE PLÁSTICO CON TAPA DE ROSCA ESTÉRIL | 4 DÍAS NATURALES     | <p>OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO<br/>PLATAFORMA SINAVE IMPRESA<br/>CARTILLA DE VACUNACIÓN<br/>HISTORIA CLÍNICA</p> <p>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br/>LO ANTERIOR<br/>SUBROGADO<br/>VIGENCIA DE DERECHOS</p> |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                        |                                                  | Hisopo de rayón o dacrón. Cumplir con definición operacional de caso probable de sarampión/rubeola. Medio viral amarillo no es adecuado de acuerdo a oficio DGE-DGAI-DDYR-00957-2018 (InDRE) |                           |                     |                  |                           |                                            |                      |                                                                                                                                                                                                              |



|                                                                                  |                                                                       |                                               |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26 |  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> |                                               | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>30 de 61                |

| <b>PRU</b>                                   | <b>RÚBEOLA PCR</b>                               | Método de ensayo: <b>EBM-M-012</b> Detección del virus de RUBEÓLA por qRT-PCR                                                                                                                                                                        |                           |                     |                  |                           |                                            |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------|------------------|---------------------------|--------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA</b> |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                     |                  |                           |                                            |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| TIPO DE MUESTRA                              | CALIDAD DE LA MUESTRA                            | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                     | MEDIO DE TRANSPORTE       | TEMPERATURA OPTIMA  | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE                    | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| EXUDADO FARÍNGEO                             | NO CONTAMINADA<br>MEDIO DE TRANSPORTE SIN VIRAJE | DE 0 A 5 DÍAS INMEDIATOS A LA APARICIÓN DEL EXANTEMA PARA EL CASO DE RUBEOLA CONGÉNITA DEL NACIMIENTO HASTA LOS 6 MESES                                                                                                                              | MEDIO DE TRANSPORTE VIRAL | RED FRIA (2 a 8 °C) | 48 HORAS         | 2 mL                      | TUBO DE PLÁSTICO CON TAPA DE ROSCA ESTÉRIL | 4 DÍAS NATURALES     | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO<br>PLATAFORMA SINAVE IMPRESA<br>CARTILLA DE VACUNACIÓN<br>HISTORIA CLÍNICA<br>PARA RUBEOLA CONGÉNITA NO SE REQUIERE PLATAFORMA EN SU LUGAR SE DEBERA ENVIAR ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE CASO<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                        |                                                  | Hisopo de rayón o dacrón, cumplir con definición operacional de caso probable de sarampión/rubéola o caso probable de síndrome de rubéola congénita (src). Medio viral amarillo no es adecuado de acuerdo a oficio DGE-DGAL-DDYR-00957-2018. (InDRE) |                           |                     |                  |                           |                                            |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

## HEPATITIS VIRALES

|                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Definiciones operacionales</b>                                                                                                         |
| <b>Caso probable clínicamente de Hepatitis viral</b>                                                                                      |
| A toda persona con ictericia y/o elevación sérica de las pruebas de funcionamiento hepático (transaminasas glutámico-oxalacéticas [TGO]). |

| <b>HAV<br/>HBV<br/>HCV<br/>HPV</b>           | <b>HEPATITIS ANTICUERPOS</b>                   | <b>Métodos de ensayo:</b><br><b>EVR-M-010</b> Determinación de anticuerpos IgM frente al virus de la Hepatitis A en suero o plasma humano por el método de Quimioluminiscencia (HAV)<br><b>EVR-M-011</b> Detección del antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B en suero o plasma humano por el método de Quimioluminiscencia (HBsAg)<br><b>EVR-M-012</b> Determinación de anticuerpos IgM frente al antígeno core de la Hepatitis B en suero o plasma humano por el método de Quimioluminiscencia (ANTI-HBc IgM)<br><b>EVR-M-013</b> Determinación de anticuerpos frente al antígeno de superficie de la Hepatitis B en suero y plasma humano por el método de Quimioluminiscencia (ANTIHBs)<br><b>EVR-M-014</b> Determinación de anticuerpos frente al virus de la Hepatitis C en suero o plasma humano por el método de Quimioluminiscencia (ANTIVHC)<br><b>EVR-M-015</b> Detección de anticuerpos ANTI-VHC en suero o plasma humano por el método de Inmunotransferencia |                     |                     |                                                                              |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA</b> |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                     |                                                                              |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                          |
| TIPO DE MUESTRA                              | CALIDAD DE LA MUESTRA                          | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA  | DÍAS DE TRANSITO                                                             | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                                                                  |
| SUERO O PLASMA                               | NO LIPÉMICA<br>NO HEMOLIZADA<br>NO CONTAMINADA | AL MOMENTO DE LA SOSPECHA Y EN CONDICIONES DE AYUNO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NO APLICA           | RED FRIA (2 a 8 °C) | A LABREVEDAD POSIBLE DESPUES DE HABERSE TOMADO LA MUESTRA Y NO MAS DE 7 DIAS | 1ml                       | TUBO CON TAPON          | 9 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO<br>ERC-E-002 FORMATO UNICO PARA ENVIO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS REMU<br>RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                        |                                                | La excepción de aceptar muestras lipémicas, hemolizadas y con volumen menor a 1 ml (aprox.) en casos de pacientes: hospitalizados, en estado de gravedad, urgente y defunción se indicará que la interpretación de resultados se realice con reserva.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                     |                                                                              |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                          |

|                                                                                  |                                                                       |                                                                     |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26                       |  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>31 de 61 |                                                                                    |



### GASTROENTERITIS VIRAL (ROTAVIRUS)

| Definiciones operacionales                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Caso de EDA                                                                                                                                                                                       | Caso de EDA moderada                                                                                                                                                                                                         | Caso de EDA grave                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p>Todo paciente de cualquier edad que demande atención médica por presentar cinco o más evacuaciones diarreicas en 24 horas, durante no más de cinco días, con o sin datos de deshidratación</p> | <p>Paciente de cualquier edad que demande atención medica por presentar cuadro diarreico con cinco o más evacuaciones en 24 horas, cuya evolución sea menor a cinco días y que presente datos de deshidratación moderada</p> | <p>Paciente de cualquier edad que demande atención medica por presentar cuadro diarreico con cinco o más evacuaciones en 24 horas, cuya evolución sea menor a cinco días y que tenga dos o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vomito (más de cinco en 24 horas)</li> <li>• Cuadro disentérico</li> <li>• Temperatura mayor a 38 °C</li> <li>• Datos de deshidratación moderada a grave</li> </ul> |
| <p><b>NOTA:</b> Todos los casos probables se deben registrar en el sistema especial de vigilancia epidemiológica.</p>                                                                             |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| ROT                                   | ROTAVIRUS ELISA       | Método de ensayo: <b>EVR-M-001</b> Detección de ROTAVIRUS en materia fecal humana por ensayo inmunoenzimático (ELISA)                                                                                                       |                     |                     |                  |                           |                                                 |                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|------------------|---------------------------|-------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA |                       |                                                                                                                                                                                                                             |                     |                     |                  |                           |                                                 |                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| TIPO DE MUESTRA                       | CALIDAD DE LA MUESTRA | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                                            | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA  | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE                         | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                                                                                          |
| MATERIA FECAL                         | NO DERRAMADA          | 48 HORAS (DOS DÍAS NATURALES) A PARTIR DE INICIO DE SINTOMAS                                                                                                                                                                | NO APLICA           | RED FRIA (2 A 8 °C) | 3 DÍAS HÁBILES   | 5.0-10 mL                 | FRASCO DE PLÁSTICO BOCA ANCHA CON TAPA DE ROSCA | 8 DÍAS HÁBILES       | <p>OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO<br/>PLATAFORMA SINAVE IMPRESA<br/>ERC-E-002 FORMATO ÚNICO PARA ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS REMU (CUANDO APLIQUE)</p> <p>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br/>LO ANTERIOR<br/>SUBROGADO<br/>VIGENCIA DE DERECHOS</p> |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                 |                       | La excepción de aceptar muestras con volumen menor a 5 ml (aprox.) en casos de pacientes hospitalizados, en estado de gravedad, urgente y defunción se indicará que la interpretación de resultados se realice con reserva. |                     |                     |                  |                           |                                                 |                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |

### SÍFILIS CONGÉNITA

| Definiciones operacionales                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Caso Probable Sintomático                                                                                                                                                                                                                                               | Caso Probable Asintomático                                                                                                                                                                                                         | Caso Confirmado                                                                                                                                                                                                                    |
| <p>Niños y niñas con manifestaciones sugestivas de sífilis congénita como descamación en cara, palmas y/o plantas, fiebre, irritabilidad, bajo peso y/o retraso en el desarrollo, hepato y/o esplenomegalia u otros signos y síntomas propios de este padecimiento.</p> | <p>Niños y niñas con antecedente materno de VDRL, RPR o USR reactiva que durante el embarazo no hayan recibido tratamiento o que se haya otorgado parcial o totalmente.</p>                                                        | <p>Todo caso probable de sífilis congénita en quien se haya identificado resultado positivo para Western Blot IgM o se detecte Treponema pallidum por campo oscuro y/o IF de lesiones, cordón umbilical, placenta y necropsia.</p> |
| Caso Descartado                                                                                                                                                                                                                                                         | Caso Confirmado por dictaminación                                                                                                                                                                                                  | Caso Descartado por dictaminación                                                                                                                                                                                                  |
| <p>Todo caso probable de Sífilis Congénita en quien no se confirme el diagnóstico por resultado de laboratorio por la prueba Western Blot IgM o se detecte Treponema pallidum por campo oscuro y/o IF de lesiones, cordón umbilical, placenta y necropsia.</p>          | <p>Todo caso probable en el que no fue posible realizar prueba diagnóstica por Western Blot IgM, pero que al ser dictaminado por un Comité (HOSPITALARIO o COJUVE) avalado por el CEVE, se clasifique el caso como confirmado.</p> | <p>Todo caso probable en el que no fue posible realizar prueba diagnóstica por Western Blot IgM, pero que al ser dictaminado por un Comité (HOSPITALARIO o COJUVE) avalado por el CEVE, se clasifique el caso como descartado.</p> |

|                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>32 de 61                                                              |



| <b>SIF</b>                                   | <b>SÍFILIS CONGÉNITA</b>                       | <b>Método de ensayo:</b><br><b>EVI-M-003</b> Determinación de Reaginas plasmáticas.<br><b>EVI-M-013</b> Western Blot para Anti-Treponema Pallidum (IgM e IgG).                                                                                         |                     |                        |                                                                                       |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA</b> |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                        |                                                                                       |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                           |
| TIPO DE MUESTRA                              | CALIDAD DE LA MUESTRA                          | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                       | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATUR A OPTIMA    | DÍAS DE TRANSITO                                                                      | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                                                                                   |
| SUERO                                        | NO LIPÉMICA<br>NO HEMOLIZADA<br>NO CONTAMINADA | AL MOMENTO DE LA<br>SOSPECHA CLÍNICA O<br>PARA DIAGNOSTICO<br>OPORTUNO                                                                                                                                                                                 | NO APLICA           | RED FRIA<br>(2 a 8 °C) | EN LA BREVEDAD POSIBLE<br>DESPUES DE HABER OBTENIDO LA<br>MUESTRA Y NO MAS DE 7 DIAS. | 0.5 A 1ml                 | TUBO CON<br>TAPON       | 7 DÍAS<br>HÁBILES    | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO<br>ERC-E-002 FORMATO UNICO PARA ENVIO DE MUESTRAS<br>BIOLÓGICAS REMU<br>UNA BREVE HISTORIA CLINICA EN FORMATO LIBRE.<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                        |                                                | La excepción de aceptar muestras lipémicas, hemolizadas y con volumen menor a 0.5 ml (aprox.) en casos de pacientes hospitalizados, en estado de gravedad, urgente y defunción se indicará que la interpretación de resultados se realice con reserva. |                     |                        |                                                                                       |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                           |

## SÍFILIS ADQUIRIDA

| Sífilis primaria                                                                                                                               |  | Definiciones operacionales | Sífilis secundaria, latente y tardía:                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Identificación del Treponema pallidum en microscopio de campo obscuro, inmunofluorescencia o identificación del agente en muestras de biopsia. |  |                            | Se establece por los antecedentes o hallazgos de la exploración física y los exámenes reactivos serológicos (VDRL o RPR) y confirmación por FTA-ABS o confirmación del Treponema pallidum en biopsia del tejido o líquido sospechoso. |

| <b>SIF</b>                                   | <b>SÍFILIS ADQUIRIDA</b>                                       | <b>Métodos de ensayo:</b><br><b>EVI-M-003</b> Determinación de Reaginas plasmáticas.<br><b>EVI-M-004</b> Ensayo inmunoenzimático (ELISA) para la detección de anticuerpos Anti-Treponema Pallidum.<br><b>EVI-M-013</b> Western Blot para Anti-Treponema Pallidum (IgM e IgG) |                     |                        |                                                                                          |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA</b> |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                        |                                                                                          |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                           |
| TIPO DE MUESTRA                              | CALIDAD DE LA MUESTRA                                          | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                             | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA     | DÍAS DE TRANSITO                                                                         | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                                                                                   |
| SUERO                                        | NO LIPÉMICA<br>NO HEMOLIZADA<br>NO CONTAMINADA<br>NO ICTERICIA | AL MOMENTO DE LA<br>SOSPECHA CLÍNICA O<br>DIAGNOSTICO OPORTUNO                                                                                                                                                                                                               | NO APLICA           | RED FRIA<br>(2 a 8 °C) | EN LA BREVEDAD POSIBLE<br>DESPUES DE HABER OBTENIDO LA<br>MUESTRA Y NO MAS DE<br>7 DIAS. | 1.5 A 2 ml                | TUBO CON TAPON          | 7 DÍAS<br>HÁBILES    | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO<br>ERC-E-002 FORMATO UNICO PARA ENVIO DE MUESTRAS<br>BIOLÓGICAS REMU<br>UNA BREVE HISTORIA CLINICA EN FORMATO LIBRE.<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                        |                                                                | La excepción de aceptar muestras lipémicas, hemolizadas y con volumen menor a 1.5 ml (aprox.) en casos de pacientes hospitalizados, en estado de gravedad, urgente y defunción se indicará que la interpretación de resultados se realice con reserva.                       |                     |                        |                                                                                          |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                           |





|                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>33 de 61                                                              |

| <b>SIF</b>                                   | <b>SÍFILIS</b><br><b>CONTROL DE TRATAMIENTO</b>               | Métodos de ensayo: <b>EVI-M-003</b> Determinación de Reaginas plasmáticas.                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                        |                                                                                 |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA</b> |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                        |                                                                                 |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                        |
| TIPO DE MUESTRA                              | CALIDAD DE LA MUESTRA                                         | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA     | DÍAS DE TRANSITO                                                                | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                                                                                |
| SUERO                                        | NO LIPÉMICA<br>NO HEMOLIZADA<br>NO CONTAMINADA<br>NO ICTÉRICA | CADA 3 MESES HASTA QUE EL MÉDICO DETERMINE.                                                                                                                                                                                                                                                                     | NO APLICA           | RED FRIA<br>(2 a 8 °C) | EN LA BREVEDAD POSIBLE DESPUES DE HABER OBTENIDO LA MUESTRA Y NO MAS DE 7 DIAS. | 1 ml                      | TUBO CON TAPON          | 7 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO<br>ERC-E-002 FORMATO UNICO PARA ENVIO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS REMU<br>UNA BREVE HISTORIA CLINICA EN FORMATO LIBRE.<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                        |                                                               | La excepción de aceptar muestras lipémicas, hemolizadas y con volumen menor a 1.5 ml (aprox.) en casos de pacientes hospitalizados, en estado de gravedad, urgente y defunción se indicará que la interpretación de resultados se realice con reserva, indicar en la solicitud que es "CONTROL DE TRATAMIENTO". |                     |                        |                                                                                 |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                        |

## VIH/SIDA

| Definiciones operacionales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Se considera como una persona seropositiva a VIH:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | No se considera a la persona como infectada si:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Estado de la infección por VIH en niños menores de 18 meses:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p>Aquella que presente dos resultados de pruebas de tamizaje de anticuerpos positivos y prueba complementaria positiva, incluyendo personas asintomáticas que nieguen prácticas de riesgo.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sólo una de las pruebas de tamizaje realizadas resulto positiva.</li> <li>Tiene dos resultados de pruebas de tamizaje positivas, pero la prueba complementaria es negativa.</li> <li>En el caso de presentar dos resultados de pruebas de tamizaje positivos, pero la prueba complementaria es indeterminada, deberá considerarse como posiblemente infectado y así se informará, recomendándose repetir el diagnóstico de laboratorio (pruebas de tamizaje y confirmatoria) cada tres meses y al cabo de doce meses un resultado repetidamente indeterminado se considerará como negativo.</li> </ul> | <p>Las pruebas de tamizaje reactivas no son diagnósticas en este grupo de edad, debido a la posibilidad de que los anticuerpos presentes sean de origen materno; para hacer el diagnóstico en este grupo se requiere que cumplan con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Niños menores de 18 meses hijos de madre infectada, que tienen resultados positivos de cultivo viral, detección de ácidos nucleicos del VIH (DNA o RNA), de antígeno p24, de anticuerpos IgA contra el VIH por Western Blot; o que cumplen con los criterios clínicos de SIDA.</li> </ul> |
| <b>Se considerará que una persona es un "caso de SIDA", cuando cumpla lo siguiente:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Defunción por SIDA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Sin evidencia de laboratorio de infección por VIH, ya que la prueba no se realizó o sus resultados son indeterminados y en ausencia de otra causa de inmunosupresión o Inmunodeficiencia y alguno de los siguientes diagnósticos comprobados por microscopía, histopatología o cultivo son criterios para establecer el diagnóstico de caso de SIDA (véase lista A Cuadro 2).</li> <li>Cuando las pruebas de laboratorio para VIH son positivas:</li> <li>Uno o más de los siguientes diagnósticos comprobados por microscopía o cultivo (véase lista B Cuadro 2).</li> <li>Uno o más de los siguientes diagnósticos realizados de manera presuntiva no comprobados por microscopía o cultivo</li> <li>Asimismo, se considera caso de SIDA a toda persona con infección por el VIH que presente un recuento de linfocitos T CD4 de 200 células/mL o menor independientemente de que presente o no los síntomas de una o varias enfermedades oportunistas.</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>Toda defunción en cuyo certificado de defunción aparezca como causa de muerte infección por VIH, o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |



|                                                                                  |                                                                       |                                                                     |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26                       |  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>34 de 61 |                                                                                    |

| <b>VIH</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>VIH ANTICUERPOS</b>                                         | <b>Métodos de ensayo:</b><br><b>EVI-M-001</b> Detección sistemática del antígeno p24 del VIH y los anticuerpos Anti-VIH-1 y VIH2.<br><b>EVI-M-002</b> Detección de anticuerpos anti-VIH |                     |                        |                                                                                 |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                |                                                                                                                                                                                         |                     |                        |                                                                                 |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| TIPO DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | CALIDAD DE LA MUESTRA                                          | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                        | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA     | DÍAS DE TRANSITO                                                                | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| SUERO O PLASMA OBTENIDO CON EDTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NO LIPÉMICA<br>NO HEMOLIZADA<br>NO CONTAMINADA<br>NO ICTERICIA | AL MOMENTO DE LA SOSPECHA CLÍNICA O DIAGNOSTICO OPORTUNO                                                                                                                                | NO APLICA           | RED FRIA<br>(2 a 8 °C) | EN LA BREVEDAD POSIBLE DESPUES DE HABER OBTENIDO LA MUESTRA Y NO MAS DE 7 DIAS. | 1.5 A 2 ml                | TUBO CON TAPON          | 7 DÍAS HÁBILES       | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO<br>ERC-E-002 FORMATO ÚNICO PARA ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS REMU (IMPORTANTE INDICAR ESTUDIOS PREVIOS DE LABORATORIO) UNA BREVE HISTORIA CLÍNICA EN FORMATO LIBRE.<br><br>PARA INTERINSTITUCIONALES:<br>LO ANTERIOR<br>SUBROGADO<br>VIGENCIA DE DERECHOS |
| <b>OBSERVACIONES:</b> Las muestras y documentación del paciente deberán de llegar al LESP identificadas con clave, si llegan identificadas con nombre la muestra será rechazada. La excepción de aceptar muestras lipémicas, hemolizadas y con volumen menor a 1.5 ml (aprox.) en casos de pacientes hospitalizados, en estado de gravedad, urgente y defunción se indicará que la interpretación de resultados se realice con reserva. |                                                                |                                                                                                                                                                                         |                     |                        |                                                                                 |                           |                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

## LESIONES PRE-MALIGNAS Y CÁNCER CÉRVICOUTERINO

| Definiciones operacionales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Resultado negativo a malignidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Resultado positivo a malignidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Refiere a la muestra de citología cervicovaginal que muestra una celularidad dentro de los parámetros morfológicamente normal, incluyendo los hallazgos adicionales de algún agente patógeno (Candida albicans, Gardnerella, Actinomyces, Trichomonas vaginales, herpes simple) o cambios reactivos asociados de alguna condición de la paciente. | Refiere a la muestra de citología cervicovaginal que presenta cambios morfológicos celulares incluyendo los diferentes grados de afectación o lesión celular asociadas o no a la infección por virus del papiloma humano de alto riesgo o los casos sospechosos de lesión, clasificándoles de acuerdo al Sistema Bethesda en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ASC-US: células escamosas atípicas de significado incierto</li> <li>• ASC-H: células escamosas atípicas, no es posible descartar una lesión escamosa de alto grado</li> <li>• LEIBG: Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado</li> <li>• LEIAG: Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (incluyen anteriormente clasificadas como displasia moderada, grave y cáncer in situ)</li> <li>• CANCER INVASOR: cualquiera de las etapas del carcinoma invasivo</li> <li>• AGC: lesión sugestiva de malignidad, descrita en células de origen endocervical o endometrial.</li> <li>• ADENOCARCINOMA: Lesión maligna de células de origen glandular, que pueden ubicarse endocervical o endometrial, incluyendo otros orígenes.</li> </ul> |
| <b>NOTA:</b> Los casos con resultado positivo, deberán ser canalizados a Clínica de Displasia para su seguimiento, atención o remisión (en casos de cáncer invasor a Oncología) de la paciente.                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |



| <b>CIT</b>                                   | <b>CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL</b>                                                                      | <b>Método de ensayo:</b> <b>ECT-M-001</b> Interpretación de Citología Cervicovaginal por Tinción de Papanicolaou |                     |                    |                  |                           |                                                                                                                               |                      |                                                                                              |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA</b> |                                                                                                      |                                                                                                                  |                     |                    |                  |                           |                                                                                                                               |                      |                                                                                              |
| TIPO DE MUESTRA                              | CALIDAD DE LA MUESTRA                                                                                | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                 | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE                                                                                                       | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                      |
| EXTENDIDO O FROTIS CERVICO VAGINAL           | LAMINA CON FROTIS EXO Y ENDOCERVICAL FIJADA CON ALCOHOL ETILICO DE 96° POR INMERSIÓN DURANTE 30 MIN. | NO APLICA                                                                                                        | NO APLICA           | NO APLICA          | NO APLICA        | NO APLICA                 | LÁMINA PROTEGIDA CON BOLSA DE POLIETILENO PAPEL, UNIDA A LA SOLICITUD EN CONTENEDOR DE CARTÓN, PLÁSTICO, UNICEL O SOBRE BOLSA | 10 DIAS HÁBILES      | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO<br>FORMATO DE SOLICITUD Y REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                        |                                                                                                      |                                                                                                                  |                     |                    |                  |                           |                                                                                                                               |                      |                                                                                              |

|                                                                                  |                                                                       |                                                                     |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26                       |  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>35 de 61 |                                                                                    |

| <b>VPH</b>                            | <b>VPH PCR</b>        | Método de ensayo: <b>EVI-M-010</b> Detección del virus del Papiloma Humano.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                 |                                                                                            |                           |                                                  |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                                 |                                                                                            |                           |                                                  |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| TIPO DE MUESTRA                       | CALIDAD DE LA MUESTRA | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | MEDIO DE TRANSPORTE | TEMPERATURA OPTIMA              | DÍAS DE TRANSITO                                                                           | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE                          | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| CERVICOVAGINAL                        | NO CONTAMINADA        | AL MOMENTO DE LA SOSPECHA CLINICA O DIAGNOSTICO OPORTUNO DENTRO DEL RANGO DE EDAD 35 A 64 AÑOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NO APLICA           | TEMPERATURA AMBIENTE HASTA 30°C | EN LA BREVEDAD POSIBLE DESPUES DE HABER OBTENIDO LA MUESTRA Y NO MAS DE 40 DIAS NATURALES. | 20 ml                     | PRESERV. CYT (IDENTIFICADO CON CODIGO DE BARRAS) | 15 DÍAS HÁBILES      | OFICIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO<br>FORMATO DE SOLICITUD Y REPORTE. DETECCIÓN DE CPH-AR IDENTIFICADO CON ETIQUETA DE CODIGO DE BARRAS (ANEXO 7.3).<br>CADA LOTE DE MUESTRAS DEBERA VENIR ACOMPAÑADO DEL LISTADO NOMINAL (CONFORME AL FORMATO QUE SERA ENTREGADO A LAS JURISDICCIONES) CON ETIQUETAS CON LOS CODIGOS DE BARRAS CORRESPONDIENTES AL OFICIO QUE RESPALDE A DICHAS MUESTRAS. |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                 |                       | <p>La falta de algun documento o dato de importancia sera causa de rechazo. se notificara al usuario via correo electronico.</p> <p>No enviar para proceso: muestra con cepillo de medio de transporte, vial o formato no identificado, muestras o formatos con codigos repetidos, medio de transporte con coloración marron en exceso, vello pubico, coagulos, exceso de moco, muestra con talco, si la muestra no cumple con algun otro criterio de calidad biológica o edad, pero el usuario considera que sea aceptada solicitara un <b>PERMISO DE DESVIACIÓN</b> y el resultado sera interpretado bajo reserva, quedando el LESP libre de toda responsabilidad legal.</p> <p>El rango de edad no aplica en pacientes CAPACIT y/o justificación por programa CACU.</p> |                     |                                 |                                                                                            |                           |                                                  |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| <b>MUA</b>                                                                         | <b>MUESTREO AMBIENTAL</b> | Instructivo: <b>EBT-I-001</b> Monitoreo ambiental                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                      |                      |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------|------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE LA MUESTRA                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |                      |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                       |
| TIPO DE MUESTRA                                                                    | CALIDAD DE LA MUESTRA     | TIEMPO OPTIMO DE TOMA DE MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | MEDIO DE TRANSPORTE                                  | TEMPERATURA OPTIMA   | DÍAS DE TRANSITO | VOLUMEN MÍNIMO APROXIMADO | CONTENEDOR O RECIPIENTE | ESTANDAR DE SERVICIO | DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                                                                               |
| EQUIPOS DE LABORATORIO (CAMPANAS DE FLUJO LAMINAR, GABINETE DE BIOSEGURIDAD ETC.)* | NO APLICA                 | INMEDIATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NO APLICA                                            | TEMPERATURA AMBIENTE | INMEDIATO        | NO APLICA                 | NO APLICA               | 25 DIAS NATURALES    | ERC-F-050 SOLICITUD DE CLAVES DE CONTROL DE CALIDAD.                                                                  |
| SUPERFICIES DE LABORATORIO, HOSPITAL ETC. **                                       |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | TUBO CON 4ML DE CALDO INFUSIÓN CEREBRO CORAZÓN (BHI) |                      |                  |                           |                         |                      | OFICIO Y LISTADO DE LAS MUESTRAS ESPECIFICANDO UBICACIÓN DE LA MUESTRA (DEBE COINCIDIR CON LA ETIQUETA DE LA MUESTRA) |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                              |                           | <p>**Servicio interno solo aplica para laboratorio estatal de salud pública veracruz</p> <p>***Este servicio se ofrece con previa notificación via oficio y autorización del director del laboratorio estatal de salud pública, el laboratorio proporciona insumo para la toma: 10 tubos de caldo infusión cerebro corazón y 10 hisopos con punta de algodón estériles)</p> |                                                      |                      |                  |                           |                         |                      |                                                                                                                       |

**6.3** Las muestras recibidas deberán de cumplir con los criterios de aceptación descritas anteriormente para cada tipo de diagnóstico solicitado y el ingreso de las muestras se realiza de acuerdo al procedimiento de recepción de muestras ERC-P-001. La muestras que no cumplan con los criterios de aceptación serán rechazadas mediante el ERC-F-003 Informe de Rechazo, en el cual se informara el motivo del rechazo y se especificara que las muestras rechazadas solo serán resguardadas 8 días hábiles en condiciones de conservación adecuadas en espera de subsanar dudas o aclaraciones, las cuales, deberán de ser solicitadas mediante el correo electrónico lesprmd@gmail.com, después de cumplido el tiempo de resguardo, se procederá al desecho definitivo de la muestra.

|                                                                                  |                                                                              |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                                | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b><u>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</u></b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>36 de 61                                                              |

6.4. La excepción de aceptar muestras que no cumplan los criterios de aceptación será de acuerdo a la evaluación de las características propias del paciente, ejemplo: edad, hospitalización, gravedad, dificultad para la toma de la muestra, etc., la cual será catalogada como “Muestra de Alto Valor”, dejando en claro que el resultado se deberá interpretar bajo reserva. En el caso de que la muestra haya sido rechazada e informado mediante el ERC-F-003 y el cliente solicite su procesamiento, el caso será catalogado como “Permiso de Desviación”, asumiendo el cliente su responsabilidad y también se deberá interpretar el resultado bajo reserva.

**Nota:** La falta de datos o discordancia de los mismos es causa de rechazo de las muestras. Los clientes podrán obtener la información necesaria en la toma de muestras para la vigilancia epidemiológica, en los diagnósticos que forman parte del marco analítico del Departamento de Diagnóstico Epidemiológico del Laboratorio Estatal de Salud Pública de Veracruz, descritas en el ERC-I-001 Toma de Muestras Biológicas.



#### **6.5 INSTRUCTIVO PARA EL TRIPLE EMBALAJE DE LAS MUESTRAS.**

Permite asegurar la adecuada conservación y transporte de las muestras durante su traslado al LESP.

##### **6.5.1 Fases para el envío de muestras:**

Toda muestra que se envíe por servicio de paquetería deberá ser entregado a control de documentos con la bitácora correspondiente donde especifique los siguientes puntos:

- ✓ Identificación.
- ✓ Embalaje (Instrucciones para el transporte de las muestras).
- ✓ Etiquetado.
- ✓ Documentación.

|                                                                                  |                                                                              |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                                | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN 51</b><br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                                 | <b><u>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</u></b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>37 de 61                                                              |

### BITACORA 4 CONTROL DE ENVIOS

**Ejemplo:**

| DESTINATARIO | SECCION                                       | No. OFICIO | FECHA DESPACHO | SISTEMA TRILPLE EMBALAJE |   |            |            |                                             |            | SUPERVISOR<br>FECHA, HORA Y ANTEFIRMA | USUARIO RECEPCION DE MUESTRAS | VALIJA CONTROL DOCUMENTOS | COPIA SECCION |
|--------------|-----------------------------------------------|------------|----------------|--------------------------|---|------------|------------|---------------------------------------------|------------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------|---------------|
|              |                                               |            |                | SUSTANCIA CATEGORIA      |   | CONTENEDOR |            |                                             |            |                                       |                               |                           |               |
|              |                                               |            |                | A                        | B | PRIMARIO   | SECUNDARIO | PAQUETE EXTERNO DE ENVIO (EMBALAJE EXTERNO) | ETIQUETADO |                                       |                               |                           |               |
| InDRE        | RECEPCION DE MUESTRAS Y CONTROL DE RESULTADOS | 255/2021   | 12/04/2021     |                          | ✓ | ✓          | ✓          | ✓                                           | ✓          | 12/04/2021 12:15 CLHA                 | G.S.R.                        | J.R.S.                    | A.M.C.        |
|              |                                               |            |                |                          |   |            |            |                                             |            |                                       |                               |                           |               |
|              |                                               |            |                |                          |   |            |            |                                             |            |                                       |                               |                           |               |

**Nota:** Para el departamento de Diagnóstico Epidemiológico van a existir dos Bitacoras 4, una para uso de la sección de recepción de muestras y la otra para uso de Jefatura de Departamento.

#### 6.5.2 Descripción de las fases:

#### 6.5.3 Identificación y etiquetado.

La identificación de la muestra se realiza por medio de una ETIQUETA que debe adherirse al recipiente en la que se anota en forma clara y legible, la información básica siguiente:



- ✓ Nombre o clave del paciente: Nombre y apellidos completos del paciente escritos de manera legible. Este debe coincidir con el que aparezca escrito en la documentación para envío al LESP.

Información opcional:

- Sexo: Se debe anotar masculino (M) (Dx de Rabia M – Macho), femenino (F) (Dx de Rabia H –Hembra) o no especificado (NE) del paciente al que se le tomó la muestra.
- Edad: es la edad en años, del paciente o especie al que se le tomó la muestra.
- Fecha de toma de muestra: es el día, mes y año (en este orden) en el que se tomó la muestra.

**NOTA:** En caso de VIH/SIDA las muestras y documentación deberán de llegar al LESP identificada con clave, para salvaguardar la identidad del paciente.

- ✓ Identificar tipo de muestra: Por ejemplo: Suero.
- ✓ La discordancia en los datos de identificación o ilegibilidad de los mismos es una causa de rechazo.

|                                                                                  |                                                                              |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                                | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b><u>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</u></b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>38 de 61                                                              |

**Ejemplo de etiqueta con dato básico (fig. 1):**



**FIG. 1**

#### **6.5.4 Embalaje:**



Es importante señalar que el triple embalaje asegura la integridad de sus muestras. Por lo que el no utilizarlo no es causa de rechazo de las muestras pero si garantiza en la medida de su aplicación su buen estado de recepción.

Las formas y procedimientos de embalaje que se describen, se elaboraron tomando como referencia los siguientes documentos y Normas Oficiales Mexicanas:

- ✓ Organización Mundial de la Salud. Guía para el transporte seguro de sustancias infecciosas y especímenes diagnósticos. OMS - División para la Vigilancia y el Control de Enfermedades Emergentes y otras Enfermedades Transmisibles, Ginebra, 1997.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-003-SCT/2008, Características de las etiquetas de envases y embalajes destinadas al transporte de sustancias, materiales y residuos peligrosos.

La Guía de la OMS y las normas oficiales mexicanas consultadas son congruentes entre sí en cuanto a los procedimientos y formas del embalaje.

Para fines de los servicios que ofrece el LESP y el InDRE y, con el propósito de tener una referencia de fácil reconocimiento entre el personal técnico y administrativo, se le llamará **Sistema Triple Básico de Embalaje** al que se describe en este documento.

|                                                                                  |                                                                              |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                                | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b><u>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</u></b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>39 de 61                                                              |

Las muestras enviadas para diagnóstico de rabia no deberán incluir ninguna otra muestra para un diagnóstico diferente, por el riesgo que esto implica.

Las muestras para cultivo de Tuberculosis deberán venir en contenedor separado de las otras muestras enviadas.

Para muestras cervicovaginales en medio de STM colocar las muestra preferentemente en una gradilla de unicel de manera ordenada (FIG 2 y 3) o en caso contrario en recipientes que le permitan mantenerse de forma vertical para evitar su derrame (FIG 4 ), no deberán incluir ninguna otra muestra para un diagnóstico diferente. Buscar la forma en que el medio refrigerante no tenga contacto con las muestras para evitar el deterioro o desprendimiento del código de barras.

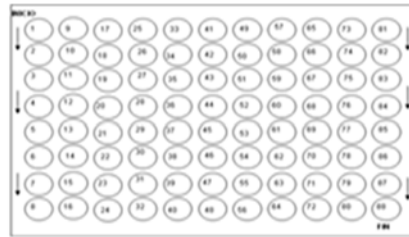


FIG. 2



FIG. 3

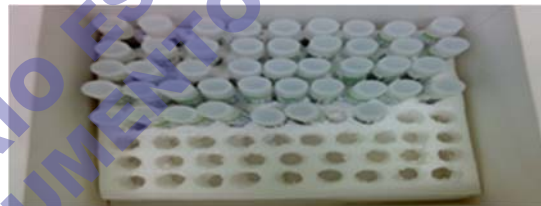




FIG. 4

LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA DOCUMENTO NO CONTROLADO

|                                                                                  |                                                                              |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                                | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b><u>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</u></b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>40 de 61                                                              |

## 6.6 SISTEMA TRIPLE BASICO DE EMBALAJE.

### 6.6.1 Recipiente primario.

El espécimen para diagnóstico (material humano o animal que puede ser sangre o sus componentes, excretas, tejidos o fluidos tisulares) debe depositarse en un recipiente hermético, frasco u otros con tapón a prueba de filtraciones (FIG. 5), que se colocaran en gradillas o con separadores que funcionaran como amortiguadores para evitar golpes o inversión de los recipientes primarios (FIG. 6).

Ejemplos de recipientes primarios:

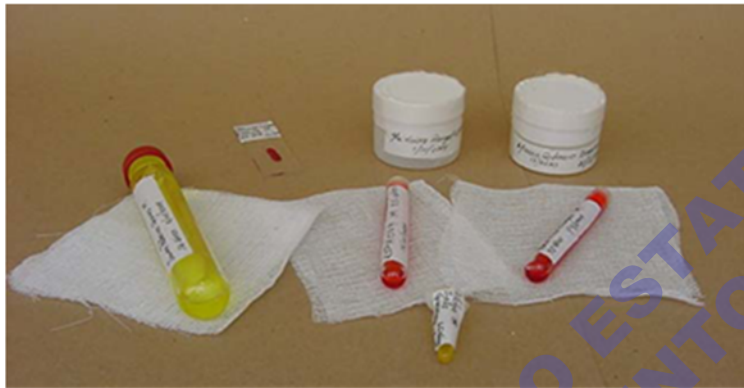


FIG. 5

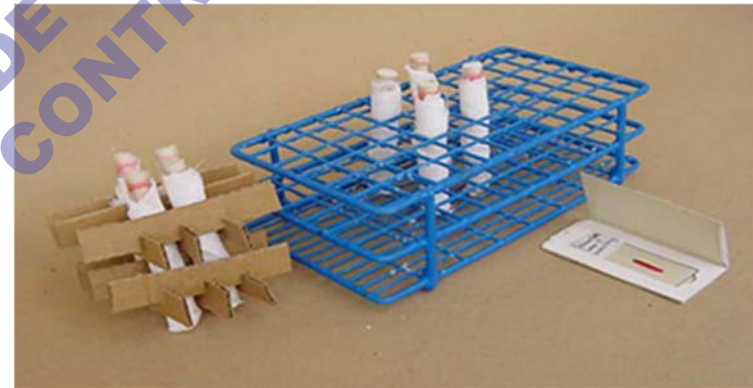


FIG. 6



### 6.6.2 Recipiente secundario.

Los recipientes primarios uno o varios se colocan en un segundo recipiente también hermético (FIG. 7), a prueba de filtraciones, con objeto de proteger el (los) recipiente(s) primario(s).

Si se colocan varios recipientes primarios se debe usar suficiente material amortiguador y absorbente para proteger a todos los recipientes primarios y evitar que choquen entre ellos.

No olvidar que dentro de estos recipientes se colocarán refrigerantes para mantener las muestras entre (2 - 8 °C) cuando así se requiera.



|                                                                                  |                                                                              |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                                | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b><u>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN</u> Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>41 de 61                                                              |

**Ejemplos de recipientes secundarios:**





**FIG. 7**

### 6.6.3 Paquete externo de envío.

El o los recipiente(s) secundario(s) se coloca(n) en un paquete externo de envío que protege su contenido de los elementos externos del ambiente, a fin de evitar posibles daños físicos y filtración de agua, mientras se encuentra en tránsito. Ver Figuras 8 y 9.

**NOTA:** Las unidades de salud (jurisdicciones y Hospitales de SESVER y otras) deberán enviar al LESP los siguientes documentos que identifican y describen las muestras.

- ✓ Oficio de solicitud de diagnóstico.
- ✓ Documentos requeridos para cada diagnóstico.

|                                                                                  |                                                                              |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                                | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b><u>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN</u> Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>42 de 61                                                              |



**FIG. 8**





**FIG. 9**

**6.6.4 El Paquete externo de envío debe llevar las siguientes etiquetas: ver figuras 10 y 11**

- ✓ Riesgo biológico.
- ✓ Riesgo secundario (según caso)
- ✓ Datos del remitente
- ✓ Datos del destinatario o receptor.

LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA  
DOCUMENTO NO CONTROLADO

|                                                                                  |                                                                              |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                                | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b><u>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN</u> Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>43 de 61                                                              |

### 6.6.5 Señal de orientación.



FIG. 10





FIG. 11

### 6.6.6 Etiquetado Recipiente primario:

El recipiente primario que contiene la muestra debe llevar la etiqueta propia que cada Unidad de salud adhiere. Los datos básicos, como ya se mencionó en la sección Identificación de éste catálogo, deben aparecer de forma legible.

El recipiente secundario y el paquete externo deben portar las indicaciones necesarias en relación al riesgo biológico que representan las muestras y, en su caso, otro tipo de riesgos secundarios. Asimismo, deben incluirse etiquetas indicando los datos tanto del remitente como del receptor de las muestras.

La norma oficial mexicana referente al etiquetado de paquetes cuyo contenido conlleva alguna clase de riesgo es la:

|                                                                                  |                                                                              |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                                | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b><u>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</u></b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>44 de 61                                                              |

- ✓ NOM-003-SCT/2008, Características de las etiquetas de envases y embalajes destinadas al transporte de sustancias, materiales y residuos peligrosos.  
Con base en esta norma se indican los requerimientos necesarios de etiquetado de recipientes secundarios y paquetes externos que contengan muestras biológicas.

### 6.6.7 Etiquetado de recipiente secundario:

Los recipientes secundarios deben contener muestras para ser procesadas en un solo laboratorio. En estos casos deberán colocarse en la parte externa del recipiente secundario los siguientes tipos de etiquetas:

- a. Etiqueta de Riesgo Biológico para Sustancias Infecciosas:



La figura 12 muestra las características de la etiqueta de Riesgo Biológico:



**FIG. 12**

#### DIVISIÓN 6.2

Sustancias infecciosas, la mitad inferior de la etiqueta podrá llevar las leyendas: “SUSTANCIA INFECCIOSA” y “EN CASO DE DAÑO, DERRAME O FUGA, AVÍSESE INMEDIATAMENTE A LAS AUTORIDADES SANITARIAS”. Símbolo: tres medias lunas sobre un círculo negro. Fondo blanco, cifra “6” en el ángulo inferior.

|                                                                                  |                                                                              |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                                | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b><u>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</u></b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>45 de 61                                                              |

### 6.6.8 Etiquetas para Orientación del paquete:

Etiqueta para orientación del embalaje o sobre-embalaje (la dirección de la flecha indica que lado va hacia arriba) cuando contengan sustancias peligrosas líquidas, ver figura 13. Símbolo: dos flechas de color rojo sobre una línea horizontal en un recuadro del mismo color o dos flechas en color negro sobre una línea horizontal del mismo color sin recuadro. Fondo: contrastante, dimensiones mínimas: 74 mm X 105 mm.

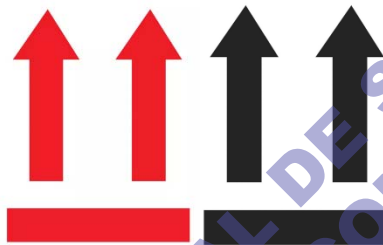




FIG. 13

### 6.6.9 Etiquetado del paquete externo:

El paquete externo contendrá el(los) paquete(s) secundario(s) para su envío al LESP. Deberán colocarse las etiquetas para identificación de remitente y destinatario (figura 14) en la parte externa del paquete:

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Remitente:</b>    |  |
| <b>Destinatario:</b> |  |

FIG. 14

|                                                                                  |                                                                              |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                                | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b><u>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</u></b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>46 de 61                                                              |

Los datos deben de llenarse con letra legible para evitar confusiones o son causa de rechazo.

#### 6.6.10 Dimensiones de las etiquetas:

Las etiquetas deberán considerar las dimensiones mínimas establecidas por la normatividad, como se muestra en la figura 15:

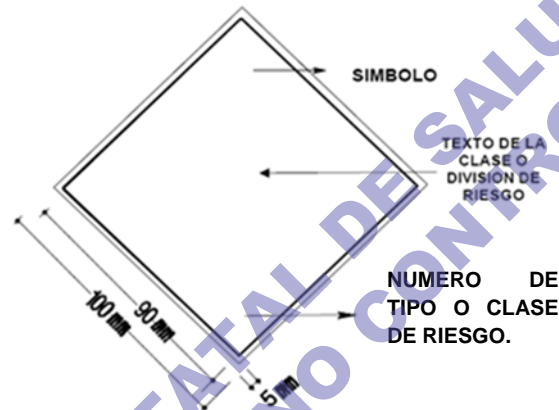




FIG. 15

En el caso de que las dimensiones mínimas de la etiqueta sobrepasen el tamaño del paquete o recipiente, se podrán reducir sus dimensiones para colocarse correctamente.

Todas las etiquetas deberán colocarse en un lugar visible del paquete o recipiente, de tal manera que se evite su desprendimiento. Asimismo, se deben colocar adecuadamente para evitar que se decoloren y rasguen.

|                                                                                  |                                                                              |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                                | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <u><b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b></u> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>47 de 61                                                              |

### 6.6.11 Documentos para envío de muestras biológicas:

La recepción, registro y distribución de las muestras biológicas a los diferentes secciones del departamento de Diagnóstico Epidemiológico depende, en gran medida, de la adecuada toma, identificación, embalaje y llenado correcto a solicitud de análisis y/o formato que las unidades (jurisdicciones y Hospitales remitan al LESP), permitan el manejo adecuado de la muestra disminuyendo los tiempos. Logrando obtener resultados oportunos y confiables y el cumplimiento del estándar de los servicios analíticos del LESP Veracruz.

### 6.7 CRITERIOS GENERALES APLICABLES A LAS MUESTRAS:

**6.7.1** Centrifugar muestras de suero de acuerdo a DE-I-015 y registro en formato DE-F-002 de centrifuga utilizada, de no ser utilizada la centrifuga no se registra ningún dato. con la finalidad de mejorar su calidad, debido a que son para diagnósticos sujetos al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, por lo tanto de notificación inmediata.

**6.7.2** Cuando sea notificada Urgencia Epidemiológica por la Dirección del Laboratorio Estatal de Salud Pública, o se trate de una muestra de paciente post-mortem, notificación de defunción o pacientes hospitalizados en estado grave, se hace la excepción y son aceptadas para el proceso las muestras en la condición que se logre obtener, siempre y cuando sea solicitado por oficio y/o correo electrónico, por parte del cliente oficial o particular y con la revisión por parte de la sección analítica correspondiente. Cuando sea detectada muestra no apta para el proceso en la sección operativa el Jefe de la sección y/o Químico Analista, debe notificar al Jefe de Recepción de muestras de acuerdo a lo indicado en ERC-P-001.



**6.7.3** Todas muestras deben llegar en contenedor y/o sobre (según aplique) cerrado, protegido de daños externos.

**6.7.4** Recepción de muestras de Lunes a Domingo de 8:00 a 15:00 horas.

### 6.8 CRITERIOS ADMINISTRATIVOS APLICABLES A LA RECEPCION DE LAS MUESTRAS.

**6.8.1** Preferentemente un oficio de solicitud de diagnóstico emitido por el cliente oficial, el cual queda exento en brotes, contingencias o muestras urgentes (no aplica al cliente particular).

**6.8.2** Preferentemente un listado en cualquier formato de los nombres de los pacientes en el cual relaciona las muestras enviadas, documentos especificados para cada diagnóstico en los criterios de aceptación, requisitada al menos con dato(s) indispensable y necesario para el diagnóstico.

|                                                                                  |                                                                              |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                                | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b><u>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</u></b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>48 de 61                                                              |

**6.8.3** Formación de estudio de caso según aplique, el cual contiene datos externos y presenta variaciones en cuanto a la información, por lo cual se justifica que presenten cualquier formato siempre y cuando contenga los datos solicitados para el diagnóstico. Debido a que no todas las unidades externas cuentan con los mismos formatos, es válido para recibir y procesar dicha muestra. Es indispensable que envíen la plataforma SINAVE impresa para aquellos diagnósticos que se registren en este sistema.

**6.8.4** Clientes particulares requisitaran en ventanilla formato ERC-F-001, ERC-F-009 (solo VIH). Según aplique.

## **6.9 MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD.**

### **6.9.1 Buenas Prácticas**

**6.9.1.1** Los reactivos así como las muestras tomadas de pacientes, deben considerarse como potencialmente infecciosos y deben manipularse con las precauciones habituales.

**6.9.1.2** El material en contacto directo con las muestras y soluciones para desinfección deben considerarse como productos contaminados.

**6.9.1.3** Limpiar las superficies de trabajo con etanol al 70% o hipoclorito de sodio con un rango de preparación que va desde el 0.5 al 5%, equipos de trabajo con etanol al 70%. Deberá realizarse antes, durante y al término de cada actividad.

**6.9.1.4** Limpiar constantemente los guantes con gasa humedecida con etanol al 70% o hipoclorito de sodio con un rango de preparación que va desde el 0.5 al 5%, preferentemente antes de manipular los equipos o materiales de uso común.

**6.9.1.5** Desechar en la bolsa roja de desecho biológico infeccioso, gasas, guantes, cubrebocas, tubos de plástico, así como el material que entro en contacto con la muestra. Material de vidrio roto que estuvo en contacto con la muestras se desechan en recipientes de desecho biológico infeccioso para punzo cortantes.

### **6.9.2 Equipo de protección personal**



**6.9.2.1** Utilizar bata de manga larga, lentes protectores o caretas, cubre bocas, calzado cerrado. Cuando sea necesario y el momento de emergencia epidemiológica lo amerite, se utilizara respirador N95 (puede ser KN95), bata desechable, cubre calzado, cubre pelo u overol desechable (de acuerdo a lo descrito en el Anexo 5 del DE-P-004 Procedimiento de Contingencias).

### **6.9.3 Medidas de Seguridad**

**6.9.3.1** En caso de ocurrir algún accidente o derrame actuar de acuerdo a lo descrito en el DE-P-004.

**6.9.3.2** El agente patógeno se maneja de acuerdo al tipo de riesgo marcado en su hoja de seguridad y BIORAM AC-E-017 (de acuerdo a los métodos aplicados en el departamento de Diagnóstico Epidemiológico).



|                                                                                  |                                                                              |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                                | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b><u>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</u></b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>49 de 61                                                              |

## 6.10 COMENTARIOS GENERALES.

**6.10.1** Toda muestra que fue recibida en ventanilla de recepción de muestras y verificada de acuerdo a este catálogo y que es procesada de acuerdo a nuestro sistema, es resguardada y esta no podrá devolverse, por lo que el almacenamiento de las muestras analizadas es responsabilidad de la sección analítica que la procesó y/o de recepción de muestras en caso de muestra(s) rechazada(s).

**6.10.2** En caso de requerir exámenes adicionales se deberá de solicitar via oficio y/o correo electrónico la petición, y si es necesario se deberá de enviar también los documentos necesarios según los criterios de aceptación para cada diagnóstico.

**6.10.3** En caso de falla analítica y que sea necesario repetir el ensayo se realiza una solicitud al cliente (oficial o particular) vía oficio en la cual se indica la causa y se solicita nueva muestra.

## 6.11 CLIENTE PARTICULAR (INTERINSTITUCIONALES).

Deberá cumplir con los requisitos administrativos y criterios de aceptación de las muestras descritas anteriormente.

**6.11.1** Para que el LESP procese las muestras de los clientes particulares, obligatoriamente deberán de enviar formato subrogación con todas las firmas y la vigencia de derechos correspondiente por cada muestra.

## 7. ANEXOS

7.1 ERC-F-001 Solicitud de análisis.



7.2 Instrucciones para llenado de solicitud de análisis (ERC-F-001).

7.3 ECT-E-014 Solicitud y reporte detección de VPH-AR

7.4 ECT-E-012 Solicitud de reporte de resultado de citología cervical.



7.5 Instrucciones para llenado de formato de solicitud y reporte del resultado de la prueba de Papiloma Virus. (ECT-E-014 y ECT-E-012).

7.6 REMU-F-12/6 Formato único para el envío de muestras biológicas



|                                                                                  |                                                                              |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                                | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b><u>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</u></b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>50 de 61                                                              |

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- 8.1 ISO 9000:2015 Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario
- 8.2 ISO 15189:2012 UNE-EN-ISO15189 Laboratorios clínicos-Requisitos particulares para la calidad y la competencia
- 8.3 Norma oficial mexicana NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica
- 8.4 UNE EN ISO-9001 Sistema de Gestión, Requisitos ISO 9001:2015
- 8.5 Ciencias de laboratorio clínico (conceptos esenciales) versión 1 2015-08-10
- 8.6 Diccionario MOSBY medicina, enfermería y ciencias de la salud. Volumen I. Sexta edición. Edit Elsevier. 2003
- 8.7 Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012 Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- 8.8 Organización Mundial de la Salud. Guía para el transporte seguro de sustancias infecciosas y especímenes diagnósticos. OMS - División para la Vigilancia y el Control de Enfermedades Emergentes y otras Enfermedades Transmisibles, Ginebra, 1997.
- 8.9 Norma Oficial Mexicana NOM-003-SCT/2008, Características de las etiquetas de envases y embalajes destinadas al transporte de sustancias, materiales y residuos peligrosos.
- 8.10 ERC-E-025 Lineamiento para la toma, manejo y envío de muestras para diagnóstico a la red nacional de laboratorios de salud pública. Junio 2020
- 8.11 ETB-E-001 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.
- 8.12 ETB-E-002 Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de tuberculosis. DGE-InDRE-RNLSP 2019.
- 8.13 Curso “Actualización y Fortalecimiento de la Red Nacional de Laboratorios de Tuberculosis” Realizado del 09 al 13 de octubre en el InDRE.
- 8.14 Segundo Webinar TB Infantil, Realizado el 15 de diciembre del 2023. PAHO.
- 8.15 EPS-E-009 Lineamientos para la Vigilancia por Laboratorio de la Enfermedad de Chagas (Tripanosomiasis americana). Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez” 2019.
- 8.16 EPS-E-010 Lineamientos para la Vigilancia por Laboratorio del Paludismo Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez” 2018.
- 8.17 EPS-E-020 Norma oficial mexicana NOM-032-SSA-2-2014 Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector.
- 8.18 Lineamientos para la Vigilancia por Laboratorio de la Leishmaniasis, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez” 2019.
- 8.19 Dirección General de Epidemiología: Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). Secretaria de Salud. México 2022.

|                                                                                  |                                                                              |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                                | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b><u>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</u></b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>51 de 61                                                              |

- 8.20** EBT-E-005 Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicas “Dr. Manuel Martínez Báez”: Lineamientos para la Vigilancia por Laboratorio de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves e Infecciones Bacterianas Invasivas por *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* y *Haemophilus influenzae*. México: InDRE 2017.
- 8.21** EBT-E-008 Dirección General de Epidemiología: Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación. Secretaria de Salud. México 2018.
- 8.22** EZN-E-001 Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA-2-1994 Para la prevención y control de la Brucelosis en el hombre.
- 8.23** EZN-E-002 Norma Oficial Mexicana NOM-029-SSA2-1999. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la Leptospirosis en el humano.
- 8.24** EZN-E-003 NOM-011-SSA-2-1993, Para la prevención y control de la Rabia humana y en los perros y en los gatos.
- 8.25** EZN-E-004 Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la Rabia, InDRE 2023.
- 8.26** EZN-E-005 Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la Leptospirosis, InDRE 2018.
- 8.27** EZN-E-006 Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la Brucelosis, InDRE 2016.
- 8.28** EZN-E-007 Zoonosis: Manual de Procedimientos para el Diagnostico de Laboratorio. De la Rosa Arano Jorge Luis. Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica. México 2000.
- 8.29** EZN-E-008 Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la Rickettsiosis, InDRE 2022.
- 8.30** EVR-E-002 Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicas “Dr. Manuel Martínez Báez”: Lineamientos para la Vigilancia Por Laboratorio de la enfermedad febril exantemática, México: InDRE noviembre 2018.
- 8.31** EVR-E-003 Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicas “Dr. Manuel Martínez Báez”: Lineamientos para la Vigilancia Por Laboratorio de la gastroenteritis viral: Rotavirus, Norovirus, Astrovirus y Adenovirus entéricos, México: InDRE 2023.
- 8.32** EVR-E-004 Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicas “Dr. Manuel Martínez Báez”: Lineamientos para la Vigilancia Por Laboratorio de las Hepatii Virales, México: InDRE Febrero 2017.
- 8.33** EVR-E-005 Dirección General de Epidemiología: Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Vector (ETV). Secretaria de Salud. México 2021.
- 8.34** Dirección General de Epidemiología: Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación, secretaria de Salud. México septiembre 2018.
- 8.35** Dirección General de Epidemiología, Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Hepatitis Virales, secretaria de Salud. México Septiembre 2012.
- 8.36** Dirección General de Epidemiología, Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), secretaria de Salud. México 2022.
- 8.37** ECT-E-007 Manual de procedimientos para la toma de la muestra de citología cervical; Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; agosto 2009

|                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>52 de 61                                                              |

**8.38** ECT-E-010 Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicas “Dr. Manuel Martínez Báez; México: InDRE 2016: Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de cáncer del cuello del útero. Laboratorio de citología.

**8.39** ECT-E-014 Norma Oficial Mexicana NOM-014, Para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino. Diario Oficial de la Federación 31 de mayo de 2007.

**8.40** EBM-E-001 Lineamientos para la Vigilancia por Laboratorio de los Virus Respiratorios, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”, 2022.

**8.41** EBM-E-004 Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicas “Dr. Manuel Martínez Báez”: Lineamientos para la Vigilancia Por

**8.42** Laboratorio Dengue y otras arbovirosis. México: InDRE 2021.

**8.43** EBM-E-010 Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicas “Dr. Manuel Martínez Báez”: Lineamientos para la Vigilancia por Laboratorio de la Tosferina y el Síndrome Coqueluchoide. México: InDRE 2017.

**8.44** EBM-E-011. Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicas “Dr. Manuel Martínez Báez”: Lineamientos para la Vigilancia por Laboratorio de la Enfermedad Diarreica Aguda Bacteriana. México: InDRE 2018.

**8.45** EBM-E-013 Lineamiento Estandarizado para la Vigilancia Epidemiológica y por Laboratorio de la Enfermedad Respiratoria Viral, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”, 2023



**8.46** Norma oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993 Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. [https://www.ucol.mx/content/cms/13/file/NOM/NOM\\_008\\_SSA2.pdf](https://www.ucol.mx/content/cms/13/file/NOM/NOM_008_SSA2.pdf)

**8.47** Norma oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997 Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. [https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/marco\\_juridico/normas/nom\\_09.pdf](https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/marco_juridico/normas/nom_09.pdf)

**8.48** UNE-ISO-35001:2021 Gestión de riesgo biológico en laboratorios y otras organizaciones



## 8 CONTROL DE CAMBIOS.

| NO. REV. | RESUMEN DEL CAMBIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 49       | <p><b>Se anexa:</b> En el cuadro de condiciones para su conservación de expectoración: Si la muestra es para proceso de baciloscopia, se debe conservar de 4 a 8°C o en su defecto en un lugar fresco protegido de la luz NO por más de 5 días naturales. En el apartado de toma de muestra de frotis de lesión cutánea: para evitar que se rompan y este paquete a su vez en otro contenedor que proteja al primero haciendo el triple embalaje. En el apartado de observaciones de criterios de aceptación de tuberculosis, la palabra, NATURALES y en el apartado de días de tránsito, la misma palabra. En el apartado de, contenedor o recipiente de la identificación de bañr, PAQUETE EN TRIPLE EMBALAJE. Del apartado de toma de muestra en exudado nasofaríngeo: el número 10. En el apartado de temperatura optima de biología molecular influenza, RED FRIA (2 a 8 °C). En el cuadro de condiciones para su conservación de exudado nasofaríngeo: Nota y verificar caducidad antes de su uso. En el apartado de conservación de la muestra en sangre para hemocultivo: Enviar muestra inoculada en frasco de Hemocultivo correspondiente aerobiosis para Salmonella, para diagnóstico de Infecciones Respiratorias agudas graves e infecciones invasivas causadas por Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis frasco de Hemocultivo para anaerobios. El laboratorio no cuenta con frascos para Hemocultivo. En el apartado de tipo de muestra en bacteriología de aislamiento y en contenedor: Frasco hemocultivo. Del apartado de días de transito de aislamiento e identificación de bordetella P, se añade: 2. En el apartado de toma de la muestra en suero: a partir de la fecha de inicio del exantema, con cierre de rosca. Días de transito de rubeola IgM e IgG: Menos de.</p> <p><b>Se elimina:</b> En el apartado de toma de muestra de frotis de lesión cutánea: para evitar que se rompan. En el apartado de observaciones de criterios de aceptación de tuberculosis, se elimina la palabra, hábiles. Del apartado de toma de muestra en exudado nasofaríngeo: Para Enfermedad Febril Exantemática, sentar al paciente y colocar su cabeza hacia atrás. Introducir las tres cuartas partes de un hisopo de dacrón o rayón con mango flexible de aluminio por las fosas nasales hasta alcanzar la nasofaringe, sin tocar los cornetes, rotando suavemente el hisopo. Introducir el hisopo en un tubo con tapón de rosca con el medio de transporte viral. En el apartado anterior el número 7. En el apartado de temperatura optima de biología molecular influenza, ≥ 5 DÍAS 2 a 8°C, &gt; 5 DÍAS -70°C, ≥ 48 HORAS, -8°C, &gt; 48 HORAS -70°C, ≥ 5 DÍAS 2 a 8°C, &gt; 5 DÍAS -70°C. Del apartado de tipo de muestra para sarampión y rubeola PCR, EXUDADO NASOFARINGEO. En el apartado de sangre para hemocultivo, en toma de muestra: NOTA: -Si la sangre no puede ser inoculada inmediatamente en una botella de hemocultivo usar anticoagulante, aunque no se recomienda ya que pueden inhibir el desarrollo de N. meningitidis, H. influenzae y S. pneumoniae. Sangre para. En el apartado de tipo de muestra en bacteriología de aislamiento y en contenedor: tubo estéril con tapón. Del apartado de días de transito de aislamiento e identificación de bordetella P, se elimina 72.</p> |

|                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b>                         | <b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN</b><br>09/FEB/26  |
| <b>REVISIÓN</b><br>51<br><b>CLAVE:</b><br>ERC-C-001                              | <b>CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LESP</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN</b><br>09/FEB/2024<br><b>PÁGINA</b><br>53 de 61                                                              |

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>50</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se agrega el punto 3.43 y 3.44 referente a definición de caso probable de sarampión/rubeola y Rubeola congénita, en el apartado de definiciones.</li> <li>• En documentos aplicable se agrega el ERC-E-025.</li> <li>• En el punto 6.1 Se agrega ERC-E-025</li> <li>• La sección de Virología realizó modificaciones al EVR-M-008 y al EVR-M-007 en el apartado tiempo óptimo de toma de muestra, contenedor o recipiente, documentación requerida y observaciones apegando la información con lo indicado en el lineamiento para la vigilancia por laboratorio de la enfermedad febril exantemática del InDRE.</li> <li>• La sección de Biología Molecular realiza varias modificaciones en sus métodos en distintos rubros. Cabe hacer la mención que al igual que la sección de Virología, se hicieron modificaciones en los métodos de sarampión (EBM-M-006) y de rubeola (EBM-M-012), de acuerdo al lineamiento para la vigilancia por laboratorio de la enfermedad febril exantemática del InDRE.</li> <li>• En la sección de Bioseguridad 3 en contenedor y recipiente para LCR se modificó quedando de la siguiente forma: tubo o frasco estéril con tapón de rosca (capacidad de 5 a 60 ml, de acuerdo a la disponibilidad de insumos que cuente el cliente).</li> <li>• En nota del punto 6.6.3 se especifica que las muestras y documentación de VIH deberán de llegar identificadas con clave.</li> <li>• En el punto 6.9.2.1 se especifica que el uso del EPP se realizara de acuerdo al DE-P-004.</li> <li>• Se agrega el punto 8.16 de bibliografía el EVR-E-002.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>51</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambia el nombre del documento se redirige la toma de la muestra al instructivo ERC-I-001. Queda como ERC-C-001 Criterios de Aceptación y Envío de Muestras Biológicas al LESP.</li> <li>• Se elimina la toma de muestra del documento</li> <li>• En el punto 3 de definiciones se eliminan: Capacidad analítica, Cliente interno, Fibrina, Líquidos extrapulmonares, Muestra cervicovaginal, Muestra de sangre entera coagulada, Muestra Postmortem, Muestra primaria, Personal propio, Muestra Concesionada o de Alto Valor Epidemiológico, Caso probable de Sarampión/Rubeola, Caso probable de Rubeola Congénita.</li> <li>• Se agrega en el punto 3 muestra de alto valor y permiso de desviación.</li> <li>• Del punto 4 Documentos Aplicables se eliminan: DE-C-003, DE-F-002, DE-I-015, DI-C-003, ERC-F-009, ERC-F-053, ERC-F-065, ERC-F-054, ERC-F-025</li> <li>• Se agrega en el punto 4 el ERC-I-001, DE-F-031, ERC-E-019, ERC-E-020, ERC-F-050.</li> <li>• Se modifica el punto 5 las responsabilidades de la dirección, en jefe de departamento se elimina oficio de rechazo</li> <li>• Se modifica el objetivo quedando de la siguiente forma Establecer y proporcionar a los clientes la información necesaria sobre los criterios de aceptación y el envío adecuado de las muestras al LESP, para los métodos de ensayo de cada una de las secciones analíticas del Departamento de Diagnostico Epidemiológico.</li> <li>• Se agrega en el punto 3, documentos o documentación de los clientes la plataforma SINAVE.</li> <li>• Se elimina del punto 6 el Procedimientos básicos en la toma de muestras primarias.</li> <li>• Se eliminan las tablas de criterios de aceptación existente en la revisión 50 dando paso a un nuevo formato ordenado por padecimiento o enfermedad.</li> <li>• En los puntos 5.3.5 y 5.5.1 cambia oficio de rechazo por informe de rechazo.</li> <li>• En el punto 6.2 se incluye en el párrafo definiciones operacionales y se agrega: auxiliar de laboratorio y “para cada diagnostico que se realizan en el departamento de Diagnostico Epidemiológico del LESP, mismos que a continuación se detallan:”</li> <li>• Las instrucciones para el llenado del ERC-F-001 se pasa a los anexos</li> <li>• Se elimina el anexo de toma de muestra de VPH y pasa a ser parte del ERC-I-001</li> <li>• Se agrega al punto 6.3 lo siguiente: La muestras que no cumplan con los criterios de aceptación serán rechazadas mediante el ERC-F-003 Informe de Rechazo, en el cual se informara el motivo del rechazo y se especificara que las muestras rechazadas solo serán resguardadas 8 días hábiles en condiciones de conservación adecuadas en espera de subsanar dudas o aclaraciones, las cuales, deberán de ser solicitadas mediante el correo electrónico lesprmde@gmail.com, después de cumplido el tiempo de resguardo, se procederá al desecho definitivo de la muestra.</li> <li>• Se agrega el punto 6.4.</li> <li>• Para el punto 6.5.1 se agregó una Nota.</li> <li>• En el punto 6.8.2 de criterios generales aplicables a las muestras se agrega correo electrónico como medio de notificación.</li> <li>• En el punto 6.8.4 se cambia el horario de recepción de las muestras</li> <li>• Se elimina el punto 6.8.5.</li> <li>• En el punto 6.9.1.5 cambia tubo de vidrio por material de vidrio.</li> <li>• En el punto 6.9.4 se especifica los documentos aplicables para cada diagnostico según los criterios de aceptación.</li> <li>• En el punto 6.9.3 se agrega: Es indispensable que envíen la plataforma SINAVE impresa para aquellos diagnósticos que se registren en este sistema.</li> <li>• En los puntos 6.10.1.3 y 6.10.1.4 se especifica que el hipoclorito de sodio se utilizara en un rango de preparación que va desde el 0.5% al 5%</li> <li>• Se elimina el punto 6.11.2 referente a aquellas muestras que no cumplan con los requisitos administrativos.</li> <li>• Se cambia también en los comentarios generales como se debe de solicitar los exámenes adicionales.</li> <li>• Los puntos correspondientes al apartado cliente particular (6.12) se agrega “(interinstitucionales)” se eliminan todos los puntos sustituyéndolos por solo uno.</li> <li>• Se elimina la nota del punto 6.12 y pasa al punto 6.4</li> <li>• En el punto 6.3 se elimina solicitud de análisis por documentación para envío al LESP.</li> <li>• En el punto 6.7.3 se elimina el ERC-F-001 y algún otro formato, en su lugar queda Documentos requeridos para cada diagnóstico.</li> <li>• Se actualiza la bibliografía.</li> </ul> |

**ANEXO 7.1  
ERC-F-001 SOLICITUD DE ANÁLISIS**

|                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                          |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                        | <b>JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO</b><br><br><b>SOLICITUD DE ANÁLISIS</b>                                                        |  |
| <b>DATOS DE LA INSTITUCION SOLICITANTE</b>                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| INSTITUCIÓN _____                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| PERSONA RESPONSABLE DEL ENVÍO _____                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| CALLE _____                                                                                                                                                                                                                                             | COLONIA _____                                                                                                                            |                                                                                     |
| POBLACIÓN _____                                                                                                                                                                                                                                         | ESTADO _____                                                                                                                             | C.P. _____                                                                          |
| TELÉFONO _____                                                                                                                                                                                                                                          | FAX _____                                                                                                                                | (INDISPENSABLE)                                                                     |
| <b>DATOS DEL PACIENTE</b>                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| NOMBRE O CLAVE _____                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| NOMBRE (S) _____                                                                                                                                                                                                                                        | APELLIDO PATERNO _____                                                                                                                   | APELLIDO MATERNO _____                                                              |
| LOCALIDAD _____                                                                                                                                                                                                                                         | MUNICIPIO _____                                                                                                                          |                                                                                     |
| ESTADO _____                                                                                                                                                                                                                                            | EDAD _____ / _____ / _____                                                                                                               | O FECHA DE NACIMIENTO _____ (DÍA / MES / AÑO)                                       |
| SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F No. DE EXPEDIENTE/FILIACIÓN _____                                                                                                                                                            | OCUPACIÓN _____                                                                                                                          |                                                                                     |
| HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                 | SITUACIÓN DEL PACIENTE VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>                                                     |                                                                                     |
| <b>INFORMACION DE LA MUESTRA</b>                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> SUERO                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> HECES FECALES                                                                                                   | <input type="checkbox"/> EXUDADO: <input type="checkbox"/> OTRO: _____              |
| <input type="checkbox"/> PLASMA CON EDTA                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> EXUDADO FARINGEO                                                                                                | <input type="checkbox"/> BIOPSIA:                                                   |
| <input type="checkbox"/> SANGRE ENTERA                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> EXUDADO NASOFARINGEO                                                                                            | <input type="checkbox"/> LAMINILLA/FROTIS:                                          |
| <input type="checkbox"/> LCR                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> LAVADO BRONCOALVEOLAR                                                                                           | <input type="checkbox"/> IMPRONTA:                                                  |
| <input type="checkbox"/> ORINA                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> LIQUIDO PULMONAR                                                                                                | <input type="checkbox"/> CEPA BACTERIANA:                                           |
| <input type="checkbox"/> HISOPO RECTAL                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> ENCEFALO                                                                                                        | <input type="checkbox"/> ESPECIMEN ENTOMOLÓGICO                                     |
| <input type="checkbox"/> EXPECTORACIÓN (ESPUTO)                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> HISOPO DE MOORE                                            |
| MUESTRA ÚNICA <input type="checkbox"/> 1a <input type="checkbox"/> 2a <input type="checkbox"/> 3a <input type="checkbox"/> OTRA (S) _____                                                                                                               | ORIGEN <input type="checkbox"/> HUMANA <input type="checkbox"/> ANIMAL <input type="checkbox"/> AGUA <input type="checkbox"/> OTRA _____ |                                                                                     |
| <b>INFORMACION PARA EL DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO _____                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| ANÁLISIS SOLICITADO (S) _____                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO _____                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> REFERENCIA                                                                                                      | <input type="checkbox"/> CONTROL DE CALIDAD                                         |
| <input type="checkbox"/> CONTROL DE TRATAMIENTO                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> URGENTE / BROTE                                                                                                 |                                                                                     |
| FECHA DE INICIO DE SINTOMAS _____ / _____ / _____                                                                                                                                                                                                       | DE TOMA: _____ / _____ / _____                                                                                                           | HORA: _____ DE RECEPCIÓN EN EL LABORATORIO: _____ / _____ / _____                   |
| <b>EN CASO DE SOSPECHA DE RABIA CONTESTE LO SIGUIENTE:</b>                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| ¿SUFRIO AGRESIÓN POR PARTE DEL ANIMAL SEÑALADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                 |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| NÚMERO DE PERSONAS QUE ESTUVIERON EN CONTACTO CON EL ANIMAL _____                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| EDAD DEL ANIMAL _____                                                                                                                                                                                                                                   | FECHA DE MUERTE DEL ANIMAL _____ / _____ / _____                                                                                         | CAUSA DE LA MUERTE _____                                                            |
| <b>SIGNOS DEL ANIMAL AGRESOR</b>                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> AGRESIVIDAD                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> HIDROFOBIA                                                                                                      | <input type="checkbox"/> AEROFOBIA                                                  |
| <input type="checkbox"/> INCOORDINACIÓN                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> PARALISIS                                                                                                       | <input type="checkbox"/> SALIVACION LIQUIDA                                         |
| <input type="checkbox"/> FOTOFOBIA                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> ANOREXIA                                                                                                        | <input type="checkbox"/> SALIVACION PROFUSA                                         |
| <input type="checkbox"/> INQUIETUD                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> MANDIBULA CAIDA                                                                                                 | <input type="checkbox"/> OTRAS _____                                                |
| <b>EN CASO DE SOSPECHA DE TUBERCULOSIS CONTESTE LO SIGUIENTE:</b>                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> VIH POSITIVO <input type="checkbox"/> VIH NEGATIVO                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> TB PULMONAR <input type="checkbox"/> TB EXTRAPULMONAR                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| ESTUDIO SOLICITADO <input type="checkbox"/> CULTIVO DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> CULTIVO CONTROL <input type="checkbox"/> CULTIVO FARMACORESISTENCIA                                                                                            |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                       |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| FECHA DE LA ÚLTIMA TOMA: _____ / _____ / _____                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| <b>EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUALES:</b>                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> ESTREPTOMICINA                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> ISONIAZIDA                                                                                                      | <input type="checkbox"/> RIFAMPICINA                                                |
| <input type="checkbox"/> ETAMBUTOL                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> PIRAZINAMIDA                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ETIONAMIDA                                                 |
| RESULTADO BACILOSCOPIA <input type="checkbox"/> NEGATIVO <input type="checkbox"/> CONTABLE <input type="checkbox"/> POSITIVO +                                                                                                                          |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> POSITIVO ++ <input type="checkbox"/> POSITIVO +++                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| MUESTRA NEUTRALIZADA CON Na <sub>2</sub> CO <sub>3</sub> UN MILIGRAMO POR MILITRO DE MUESTRA (ÚNICAMENTE ORINA Y JUGO GÁSTRICO) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                 |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| <b>EN CASO DE SOSPECHA DE ENFERMEDAD EXANTEMÁTICA</b>                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> EXANTEMA                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| FECHA DE INICIO _____ / _____ / _____                                                                                                                                                                                                                   | FECHA DE TÉRMINO _____ / _____ / _____                                                                                                   |                                                                                     |
| TIPO <input type="checkbox"/> MACULAR <input type="checkbox"/> PUSTULA <input type="checkbox"/> ERITEMATOSO <input type="checkbox"/> COSTRAS <input type="checkbox"/> FOLICULARES <input type="checkbox"/> PAPULAR <input type="checkbox"/> FOLICULARES |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| <b>SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b>                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> CRISIS CONVULSIVAS                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> MENINGITIS                                                                                                      |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> COMA                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> PARALISIS                                                                                                       |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> INCOORDINACIÓN                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> HIDROFOBIA                                                                                                      |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> CAMBIOS DE CONDUCTA                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> FOTOFOBIA                                                                                                       |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> FIEBRE                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                          |                                                                                     |
| FECHA DE INICIO _____ / _____ / _____                                                                                                                                                                                                                   | TEMPERATURA _____                                                                                                                        |                                                                                     |
| DURACIÓN _____                                                                                                                                                                                                                                          | DÍAS PERIODICIDAD _____                                                                                                                  |                                                                                     |
| CLAVE LESP: _____                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                          |                                                                                     |

ERC-F-001 Rev.5

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>PARA ENFERMEDADES DIARRÉICA AGUDAS</b></p> <p><input type="checkbox"/> DIARREA SANGUINOLENTA    <input type="checkbox"/> DIARREA MUCOSA    <input type="checkbox"/> DIARREA PROLONGADA (MAS DE UNA SEMANA)</p> <p>NUM. DE EVACUACIONES EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS _____</p> <p>NUM. DE CUADROS DIARRÉICOS DURANTE EL AÑO: _____</p> <p><input type="checkbox"/> CONSTIPACIÓN    <input type="checkbox"/> DESHIDRATACIÓN LEVE</p> <p><input type="checkbox"/> VÓMITO    <input type="checkbox"/> DESHIDRATACIÓN MODERADA</p> <p><input type="checkbox"/> ANOREXIA    <input type="checkbox"/> DESHIDRATACIÓN SEVERA</p> <p><input type="checkbox"/> DOLOR ABDOMINAL    <input type="checkbox"/> DESHIDRATACIÓN SEVERA</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p><b>PARA DIAGNÓSTICO DE VIH-1 Y CONFIRMATORIA</b></p> <p>DETECCIÓN INICIAL    RESULTADO    MES Y AÑO</p> <p>DETECCIÓN REPETIDA    RESULTADO    MES Y AÑO</p> <p>CONFIRMATORIA    RESULTADO    MES Y AÑO</p> <p>OTRAS ESPECIFIQUE: _____</p> <p>RECUENTO ABSOLUTO DE LINFOCITOS T: _____</p> <p>CARGA VIRAL PATA VIH-1: _____</p> <p>¿PERTENECE A ALGUN PROGRAMA? <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>ESPECIFIQUE: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>GENERALES</b></p> <p><input type="checkbox"/> MIALGIAS    <input type="checkbox"/> FIEBRE</p> <p><input type="checkbox"/> ESPLENOMEGALIA    <input type="checkbox"/> CONJUNTIVITIS</p> <p><input type="checkbox"/> LESIÓN EN MUCOSAS    <input type="checkbox"/> HEPATOMEGALIA</p> <p><input type="checkbox"/> CEFALEA    <input type="checkbox"/> FATIGA</p> <p><input type="checkbox"/> POSTRACIÓN    <input type="checkbox"/> ARTRALGIAS</p> <p><input type="checkbox"/> HEMOPTISIS    <input type="checkbox"/> ESCALOFRIO</p> <p><input type="checkbox"/> URTRITIS    <input type="checkbox"/> MALFORMACIONES CONGENITAS</p> <p><input type="checkbox"/> VESÍCULAS    <input type="checkbox"/> FLUJO VAGINAL</p> <p><input type="checkbox"/> SUDORACION PROFUSA    <input type="checkbox"/> CHANCRO</p> <p><input type="checkbox"/> SINDROME DE DESGASTE    <input type="checkbox"/> CORIORRETINITIS</p> <p><input type="checkbox"/> SINDROME UREMICO HEMOLITICO    <input type="checkbox"/> LINFADENOPATIA</p> <p><input type="checkbox"/> ADENOMEGALIA    <input type="checkbox"/> EDEMA</p> <p><input type="checkbox"/> DOLOR RETROOCULAR    <input type="checkbox"/> ICTERICIA</p> <p><input type="checkbox"/> DOLOR DURANTE LA MICCIÓN    <input type="checkbox"/> CIANOSIS</p> <p><input type="checkbox"/> FERRÍCULA    <input type="checkbox"/> ULCERAS</p> <p><input type="checkbox"/> TOS</p> | <p><b>CLAUSULAS DE CONFIDENCIA DEL CLIENTE PARA CLIENTES PARTICULARES</b></p> <p>1.-En el momento de la recepción de la muestra en ventanilla, el Laboratorio determina que tiene la capacidad para cumplir con los requerimientos.</p> <p>2.-El cliente autoriza que una vez entregada la muestra en ventanilla de Recepción de Muestras esta ya no podrá devolverse, el Laboratorio adquiere el resguardo de la misma.</p> <p>3.-Muestra que no cumple con los criterios establecidos, no es aceptada.</p> <p>4.-La muestra debe cumplir con los criterios de aceptación para el Diagnóstico de acuerdo a lo indicado en ventanilla.</p> <p>5.-Todo análisis deberá justificarse por escrito, mediante este formato.</p> <p>6.-Cuando se requiera aplicará formato ERIC-F-009.</p> <p>7.-Se verificará su resultado en el Micrositio del LESP de acuerdo al tiempo establecido en el marco analítico.</p> <p>8.-Únicamente obtendrá los resultados en el Micrositio del LESP y cuando se efecte el tiempo de la emisión será notificado por oficio.</p> <p>9.-El horario de Recepción de Muestras es de 8:00 a 17:30 horas de martes a viernes, lunes y sábado de 8:00 a 15:00 horas.</p> <p>10.-Se acepta de conformidad que la muestra sea enviada a Control de Calidad de acuerdo a los lineamientos establecidos por el INDI, cuando aplique.</p> <p>11.-Se acepta la disposición final a la que sea sometida la muestra de acuerdo a los procedimientos utilizados.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p><b>ESTADO DE ENFERMEDAD</b></p> <p><input type="checkbox"/> SINTOMÁTICO    <input type="checkbox"/> ASINTOMÁTICO    <input type="checkbox"/> AGUDO</p> <p><input type="checkbox"/> CRÓNICO    <input type="checkbox"/> DISEMINADO    <input type="checkbox"/> LOCALIZADO</p> <p><input type="checkbox"/> RECAIDA    <input type="checkbox"/> EXTRAINTestinal    <input type="checkbox"/> DEFUNCIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> CONVALESCIENTE</p> <p><input type="checkbox"/> EMBARAZO    FECHA DE LA ÚLTIMA REGIA _____ / _____ / _____</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p><b>PARA CLIENTES OFICIALES</b></p> <p>1.-En el momento de la recepción de la muestra en ventanilla, el Laboratorio determina que tiene la capacidad para cumplir con los requerimientos.</p> <p>2.-Una vez recibida la muestra el Laboratorio adquiere el resguardo de la misma y esta no podrá devolverse.</p> <p>3.-Cuando la muestra es dañada durante su traslado y se detecta en la Sección de Recepción de Muestras y Control de Resultados, se notificará vía oficio.</p> <p>4.-Todas las muestras deberán cumplir con los Criterios del Catálogo de Condiciones de aceptación para el Diagnóstico que se requiere.</p> <p>5.-El incumplimiento de los Criterios considera la muestra inadecuada y el rechazo de la misma, lo cual se notifica vía oficio.</p> <p>6.-Únicamente se aceptará realizar los Diagnósticos, solicitados por escrito mediante oficio, solicitud de análisis por paciente, listado de nombres (cuando sea más de una muestra) o cualquier forma escrita y estudio socioeconómico (cuando aplique).</p> <p>7.-El horario de Recepción de Muestras es de 8:00 a 17:30 horas de Martes a Viernes, Lunes y Sábados de 8:00 a 15:00 horas..</p> <p>8.-Únicamente obtendrá el Informe de Resultados en el Micrositio del LESP y en tiempo indicado en el Catálogo de Servicios Analíticos DI-C-003.</p> <p>9.-Cuando se efecte el tiempo de la emisión del resultado, considerado en el Catálogo antes mencionado, será notificado por medio de Oficio.</p> <p>10.-Se acepta de conformidad que la muestra sea enviada a Control de Calidad de acuerdo a los lineamientos establecidos por el INDI, cuando aplique.</p> <p>11.-Se acepta la disposición final a la que sea sometida la muestra de acuerdo a los procedimientos utilizados.</p> |
| <p><b>HEMORRAGIAS Y ALTERACIONES HEMATOLOGICAS</b></p> <p><input type="checkbox"/> EQUIMOSIS    <input type="checkbox"/> FLAQUETOPENIA    <input type="checkbox"/> EPISTAXIS</p> <p><input type="checkbox"/> MELENA    <input type="checkbox"/> HEMATEMESIS    <input type="checkbox"/> HEMOCONCENTRACIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> ASCITIS    <input type="checkbox"/> METRORRAGIA    <input type="checkbox"/> CORZA</p> <p><input type="checkbox"/> HEMATURIA    <input type="checkbox"/> PETEQUIAS    <input type="checkbox"/> GINGIVORRAGIA</p> <p><input type="checkbox"/> RECTORRAGIA    <input type="checkbox"/> EOSINOFILIA</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>Consulte nuestro aviso de privacidad en: <a href="http://www.aasv.gov.mx/leap">http://www.aasv.gov.mx/leap</a></p> <p>NOMBRE _____</p> <p>FIRMA CLIENTE _____</p> <p>FECHA _____    ERC-F-001/Rev.5</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p><b>TRATAMIENTO</b></p> <p>¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO ESPECÍFICO? <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>FECHA DE INICIO _____ / _____ / _____    FECHA DE TERMINO _____ / _____ / _____</p> <p>DOSIS <input type="checkbox"/> CONVENCIONAL    <input type="checkbox"/> ESPECIFICA</p> <p>ESPECIFIQUE _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p><b>ANTECEDENTES VACUNALES</b></p> <p>TIPO DE VACUNA: _____</p> <p>FECHA DE VACUNACIÓN _____ / _____ / _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p>NOTAS ADICIONALES<br/>(Resultados de Laboratorio y gabinete importantes del caso)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

## ANEXO 7.2

### Instrucciones para llenado de solicitud de análisis (ERC-F-001).

Utilizar letra de molde legible.

- ✓ Esta debe enviarse al LESP impresa.
- ✓ Llenar los rubros con la información necesaria.

**Datos de la institución solicitante:** Nombre de la institución, persona responsable del envío, calle, colonia, población, estado, código postal, teléfono y/o número de fax.

**Datos del paciente:** La identificación de manera clara del nombre o clave del paciente, nombres y apellidos, localidad a la que pertenece, municipio correspondiente, estado, así como edad y fecha de nacimiento. Indicar el sexo masculino o femenino, número de expediente en caso de contar con el dato, ocupación o actividad, indicar de manera clara si se encuentra hospitalizado o no y si se trata de defunción.

**Información de la muestra:** Indicar claramente el tipo de muestra recolectada o tomada, así también si es primera, segunda, tercera u otra, indicar si la muestra es humana, animal u otra.

**Información para el diagnóstico:** Indicar el diagnóstico presuntivo según sospeche el médico y el análisis solicitado(s), según se trate para confirmar o descartar el diagnóstico, referencia, control de calidad, control de tratamiento, si es brote o urgente. Para el caso de los diagnósticos de Sífilis y VIH, la solicitud de análisis deberá incluir en la medida de lo posible, información referente al reactivo, marca y resultado obtenido en pruebas rápidas realizadas previamente a los pacientes.

**Dato necesario e indispensable:** Fecha de inicio de síntomas (día-mes-año), fecha de toma (día-mes-año) así como la hora de toma. De acuerdo al probable diagnóstico o estudio realizado al paciente, el médico indicara los signos y/o síntomas presentados, registrando los rubros en caso de sospecha de rabia, tuberculosis, enfermedad exantemática, diarrea aguda, VIH, síntomas generales, estado de la enfermedad, hemorragias y alteraciones hematológicas así como si recibió o se encuentra en algún tratamiento y si cuenta con antecedentes vacunales.

Indicar en notas adicionales resultados previos de laboratorio y/o de gabinete relacionados al caso en estudio.

Nombre completo del cliente: Firma y fecha (el espacio puede ser utilizado por el médico responsable para respaldar los datos del paciente o bien de la persona que tomo la muestra).



## ANEXO 7.3 ECT-E-014 SOLICITUD Y REPORTE DETECCIÓN DE VPH-AR



Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud  
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva  
Programa de Detección de Cáncer Cervico Uterino



SOLICITUD Y REPORTE DETECCIÓN DE VPH-AR

No. Folio: \_\_\_\_\_

Datos registrados por la unidad médica

Datos registrados por el LESP

| I. Identificación de la unidad                                                                                                                                                                     |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Institución _____                                                                                                                                                                               | 2. Entidad / Delegación _____ | Código de barras                                                                                                                                                                                                          |  |
| 3. Jurisdicción _____                                                                                                                                                                              | 4. Municipio _____            |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 5. Unidad médica _____                                                                                                                                                                             | 6. CLUES _____                |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| II. Identificación de la paciente                                                                                                                                                                  |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 7. Nombre _____                                                                                                                                                                                    |                               | 8. CURP _____                                                                                                                                                                                                             |  |
| 8. Entidad de nacimiento _____                                                                                                                                                                     |                               | 9. Edad en años _____                                                                                                                                                                                                     |  |
| 10. Fecha de nacimiento Día ____ Mes ____ Año ____                                                                                                                                                 |                               | 11. Residencia habitual _____                                                                                                                                                                                             |  |
| 12. Calle y número _____                                                                                                                                                                           |                               | 13. Colonia _____                                                                                                                                                                                                         |  |
| 13. Otro domicilio _____                                                                                                                                                                           |                               | 14. Otro teléfono _____                                                                                                                                                                                                   |  |
| 14. Calle y número _____                                                                                                                                                                           |                               | 15. Correo electrónico _____                                                                                                                                                                                              |  |
| 15. Calle y número _____                                                                                                                                                                           |                               | 16. No. de afiliación o póliza _____                                                                                                                                                                                      |  |
| 16. Afiliación <input type="checkbox"/> 1. Seguro popular 2. IMSS 3. ISSSTE 4. PEMEX 5. SEBENA 6. SHAR 7. IMSS PROSPERA 8. Noseguro 9. Otro                                                        |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| III. Biología molecular para la detección del virus de pro vírus humano                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 17. Tipo de prueba <input type="checkbox"/> 1. Captura de hibridos 2. PCR 3. Prueba rápida 18. Visita <input type="checkbox"/> 1. 1ra. vez 2. Subsecuente 3. 1ra. vez después de 5 años            |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 19. Fecha de estudio anterior Día ____ Mes ____ Año ____                                                                                                                                           |                               | 19. Fecha de estudio anterior Día ____ Mes ____ Año ____                                                                                                                                                                  |  |
| 20. Fecha de toma Día ____ Mes ____ Año ____                                                                                                                                                       |                               | 21. Motivo de detección <input type="checkbox"/> 1. Invitación organizada 2. Derivada por personal de salud 3. Espontánea (de la mujer) 4. VPH positivo previo 5. ASCUS o LSIL (Lesión precancerosa) 6. Control de Cáncer |  |
| 22. Muestra para envío al laboratorio <input type="checkbox"/> 1. Adecuada 2. Inadecuada-Específica                                                                                                |                               | 23. RFC del tomador de la muestra _____                                                                                                                                                                                   |  |
| IIIb. Laboratorio                                                                                                                                                                                  |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 24. Muestra adecuada para análisis <input type="checkbox"/> 1. Adecuada 2. Inadecuada 25. Resultado <input type="checkbox"/> 1. Negativo 2. Positivo 3. Inválida por mala presencia de BEB3-GU8BNA |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 26. Genotipificación PCR <input type="checkbox"/> 1. Genotipo 16 - 2. Genotipo 18 3. Pos. de alto riesgo 4. Genotipo 16 + pos 5. Genotipo 18 + pos 6. Genotipo 16, 18 + pos 7. Genotipo 16 y 18    |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 27. Fecha de análisis Día ____ Mes ____ Año ____                                                                                                                                                   |                               | 28. Fecha de envío de resultado al SICAM Día ____ Mes ____ Año ____                                                                                                                                                       |  |
| IV. Citología complementaria                                                                                                                                                                       |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 29. Tipo de citología <input type="checkbox"/> 1. Citología base líquida 2. Citología convencional (PAP)                                                                                           |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 30. Características de la muestra <input type="checkbox"/> 1. Adecuada para evaluación 2. Inadecuada para evaluación y rechazada 3. Procesada pero insuficiente para evaluación                    |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 30.1 Específica _____                                                                                                                                                                              |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 31. Diagnóstico citológico <input type="checkbox"/> 32. Otros hallazgos citológicos <input type="checkbox"/> 33. Cédula profesional del citotecnólogo _____                                        |                               | 34. La muestra fue revisada por el patólogo <input type="checkbox"/> 1. Si 2. No 35. Diagnóstico del patólogo <input type="checkbox"/> 36. Otros hallazgos <input type="checkbox"/>                                       |  |
| 37. Cédula profesional del patólogo _____                                                                                                                                                          |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| A. Categoría general del diagnóstico citológico (BETHESDA)                                                                                                                                         |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 1. Negativa para lesión intraepitelial o malignidad                                                                                                                                                |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 2. Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)                                                                                                                                |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 3. Células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H)                                                                                          |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 4. Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (L1, displasia leve, NIC 1)                                                                                                                        |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 5. Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (displasia moderada, displasia severa, carcinoma in situ, NIC 2, NIC 3)                                                                            |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 6. Carcinoma epiteliorral                                                                                                                                                                          |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 7. Células glandulares endocervicales atípicas (AGC)                                                                                                                                               |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 8. Células glandulares endometriales atípicas (ASGC)                                                                                                                                               |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 9. Células glandulares atípicas (AGC)                                                                                                                                                              |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 10. Adenocarcinoma endocervical in situ                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 11. Adenocarcinoma (endocervical, endometrial o extrauterino)                                                                                                                                      |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| B. Otros hallazgos                                                                                                                                                                                 |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 1. Trichomonas vaginalis                                                                                                                                                                           |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 2. Microorganismos micóticos morfológicamente compatibles con candida sp                                                                                                                           |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 3. Cambio en la flora sugestivo de vaginosis bacteriana                                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 4. Micro-organismos morfológicamente compatibles con actinobacillus sp                                                                                                                             |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 5. Cambios celulares compatibles con virus herpes simple                                                                                                                                           |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 6. Cambios celulares compatibles con citomegalovirus                                                                                                                                               |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 7. Metaplasia escamosa tabular o cambios queratolíticos                                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 8. Cambios asociados al embarazo                                                                                                                                                                   |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 9. Infección (incluye reacción atípica)                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 10. Ateña                                                                                                                                                                                          |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 11. Bacteriemia                                                                                                                                                                                    |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 12. Dispositivo intrauterino                                                                                                                                                                       |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 13. Células glandulares post-histerectomía                                                                                                                                                         |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 14. Presencia de células endometriales no atípicas en mujeres de 45 años o más                                                                                                                     |                               |                                                                                                                                                                                                                           |  |

LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA CONTROLADO

## ANEXO 7.4 ECT-E-012 SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADOS DE CITOLOGIA CERVICAL

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud  
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva  
Programa de Detección de Cáncer Cervico Uterino



### SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADOS DE CITOLOGÍA CERVICAL

No. Folio: \_\_\_\_\_

#### I. Identificación de la unidad

1. Institución \_\_\_\_\_ 2. Entidad / Delegación \_\_\_\_\_ 3. Jurisdicción \_\_\_\_\_  
4. Municipio \_\_\_\_\_ 5. Unidad médica \_\_\_\_\_ 6. CLUES \_\_\_\_\_

Datos registrados por la unidad solicitante

#### II. Identificación de la paciente

7. Nombre \_\_\_\_\_  
 Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre (s) \_\_\_\_\_  
 8. Entidad de nacimiento \_\_\_\_\_ 9. CURP \_\_\_\_\_  
 10. Fecha de nacimiento Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_ 11. Edad en años \_\_\_\_  
 12. Residencia habitual \_\_\_\_\_  
 Calle y número \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Municipio/Delegación \_\_\_\_\_  
 C.P. \_\_\_\_\_ Entidad Federativa \_\_\_\_\_ Jurisdicción \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 13. Otro domicilio \_\_\_\_\_  
 Calle y número \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Municipio/Delegación \_\_\_\_\_  
 14. Otro teléfono \_\_\_\_\_ 15. Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 16. Afiliación  1. Seguro popular  2. IMSS  3. ISSSTE  4. PEMEX  5. SEDENA  6. SEMAR  7. IMSS PROSPERA  8. Ninguno  9. Otro  16.1 Número de afiliación o póliza \_\_\_\_\_

#### III. Antecedentes

17. Citología  1. Primera vez en la vida  2. Primera vez después de 3 años  3. Subsecuente  4. Complementaria a resultado positivo de VPH   
 18. Situación Ginecoobstétrica   
 1. Puerperio o Postaborto  2. Postmenopausia  3. Uso hormonales  4. DIU  5. Histerectomía  6. Tratamiento farmacológico  7. Embarazo actual  8. Tratamiento colposcópico previo  9. Ninguno de los anteriores   
 19. Inicio de vida sexual  1. Si  2. No  19.1 Edad \_\_\_\_ años 20. Antecedentes de vacunación VPH  1. Si  2. No  20.1 Edad \_\_\_\_ años  
 20.2 No. de dosis  1. Una  2. Dos  3. Tres  4. Completo  21. Fecha de última regla Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_  
 22. A la exploración se observa  1. Cuello aparentemente sano  2. Cuello anormal  3. Lesión del cuello  4. Cervicitis  5. Leucorrea  6. Sangrado anormal  7. No se observa cuello   
 23. Utensilio con el que tomó la muestra  1. Espátula de Ayre modificada  2. Citobrush  3. Hisopo  4. Otro especímetro   
 24. RFC del responsable de la toma de citología \_\_\_\_\_  
 25. Fecha de toma de la muestra Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_  
 26. Factores de riesgo  1. Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años  2. Múltiples parejas sexuales  3. Antecedentes de infecciones de transmisión sexual  4. Tabaquismo  5. Ninguno   
 27. Cuenta con Cartilla Nacional de Salud de la Mujer  1. Si  2. No   
 28. Muestra repetida  1. Si  2. No  28.1 Número citológico anterior \_\_\_\_\_

#### IV. Resultado de citología cervical

29. Fecha de interpretación Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_ 30. Número citológico \_\_\_\_\_ 31. Laboratorio \_\_\_\_\_  
 32. Características de la muestra  1. Adecuada  2. Inadecuada   
 33. Diagnóstico citológico  33.1 Otros hallazgos   
**A. Categoría general del diagnóstico citológico (BETHESDA)**  
 1. Negativa para lesión intraepitelial o malignidad  7. Células glandulares endocervicales atípicas (AGC)  
 2. Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)  8. Células glandulares endometriales atípicas (AGC)  
 3. Células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H)  9. Células glandulares atípicas (AGC)  
 4. Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (VPH: displasia leve, NIC 1)  10. Adenocarcinoma endocervical in situ  
 5. Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (displasia moderada, displasia severa, carcinoma in Situ, NIC 2, NIC 3)  11. Adenocarcinoma (endocervical, endometrial o extrauterino)  
 6. Carcinoma epitelial   
**B. Otros hallazgos**  
 1. Trichomonas vaginales  8. Cambios asociados al embarazo   
 2. Microorganismos micóticos morfológicamente compatibles con candida sp  9. Inflamación (incluye reparación atípica)   
 3. Cambio en la flora sugestiva de vaginosis bacteriana  10. Atrofia   
 4. Micro-organismos morfológicamente compatibles con actinomyces sp  11. Radioterapia   
 5. Cambios celulares compatibles con virus herpes simple  12. Dispositivo intrauterino   
 6. Cambios celulares compatibles con citomegalovirus  13. Células glandulares post- histerectomía   
 7. Metaplasia escamosa tubular o cambios queratolíticos  14. Presencia de células endometriales no atípicas en mujeres de 45 años o más   
 34. Repetir estudio  1. Si  2. No  34.1 Motivo  1. Artificios, hemorragia, inflamación y/o necrosis en más del 75% extendido  2. Laminilla rota  3. Frotis grueso   
 35. Cédula profesional del citotecnólogo (a) \_\_\_\_\_ 4. Muestra mal fijada  5. Otros. Especifique \_\_\_\_\_  
 36. La muestra fue revisada por el patólogo (a)  1. Si  2. No  36.1. Diagnóstico del patólogo (a) (De acuerdo a la nomenclatura del reactivo 33 A) \_\_\_\_\_  
 36.2. Diagnóstico del patólogo (a) otros hallazgos (De acuerdo a la nomenclatura del reactivo 33 B) \_\_\_\_\_  
 37. Cédula profesional del patólogo (a) \_\_\_\_\_

← Espacio disponible para LESP

## ANEXO 7.5

### Instrucciones para llenado de formato de solicitud y reporte del resultado de la prueba de Papiloma Virus. (ECT-E-014 y ECT-E-012).

Pegar el código de barras correspondiente a la paciente, en el apartado de número de muestra/clave de paciente.

Registrar únicamente con letra y números legibles los apartados:

Unidad Solicitante.

- II. Identificación del paciente.
- III. Prueba de Papiloma Virus.

#### **NOTA.**

- Los puntos del 18 al 20 del formato serán empleados por el laboratorio para registrar el resultado de la muestra analizada; o en el punto 21 se registrarán los criterios de rechazo de la muestra, los cuales también serán registrados en la plataforma de SICAM para el rechazo virtual.
- Si existen formatos homólogos para el reporte de la prueba, considerar que deben de registrar la mayoría de los datos solicitados en el formato de solicitud y reporte de Papiloma Virus, dejando el espacio disponible para el registro de los datos, del actual. análisis.


Si la(s) muestra(s) cervicovaginal (es) para determinación de Virus de Papiloma Humano de alto riesgo son enviadas con el formato de solicitud de reporte de resultado de citología cervical u otro homólogo, por no contar con el oficial (solicitud y reporte del resultado de la prueba de Papiloma Virus), es importante dejar el espacio disponible para reportar el resultado y la fecha actual del análisis, ver anexo 7.3, 7.4.

## ANEXO 7.6

### REMU-F-12/6 Formato único para el envío de muestras biológicas

Disponible en:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/790266/REMU-F-12\\_Formato\\_unico\\_para\\_el\\_envio\\_de\\_muestras\\_biol\\_gicas.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/790266/REMU-F-12_Formato_unico_para_el_envio_de_muestras_biol_gicas.pdf)



# SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

**Secretaría de Salud**  
 Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud  
 Dirección General de Epidemiología  
 Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos  
 "Dr. Manuel Martínez Báez" (INDRE)  
 Francisco de P. Miranda 177, Col. Lomas de Plateros, D.T. Alvaro Obregón C.P. 06450, CDMX  
 Tel: 55 5062-1600, 55 5342 7350 ext. 59396  
 www.gob.mx/salud

**FORMATO ÚNICO PARA EL ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS**  
**DATOS DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE**

REMU-F-12/7

|                                      |  |                            |               |
|--------------------------------------|--|----------------------------|---------------|
| No. de paquete: _____                |  | Fecha de envío: _____      |               |
| Institución solicitante: _____       |  |                            |               |
| Calle: _____                         |  | Colonia: _____             |               |
| Municipio: _____                     |  | Estado: <b>Seleccionar</b> | C.P.: _____   |
| Teléfono: _____                      |  | Fax: (indispensable) _____ | E-mail: _____ |
| Nombre del médico solicitante: _____ |  |                            |               |

**DATOS DEL PACIENTE**

|                                          |  |                                           |  |                        |  |                        |  |
|------------------------------------------|--|-------------------------------------------|--|------------------------|--|------------------------|--|
| Nombre y/o Referencia: _____             |  | Nombre(s) _____                           |  | Apellido Paterno _____ |  | Apellido Materno _____ |  |
| Domicilio: _____                         |  | Colonia: _____                            |  | Localidad: _____       |  | C.P.: _____            |  |
| Estado: <b>Seleccionar</b>               |  | Municipio: _____                          |  | Localidad: _____       |  | C.P.: _____            |  |
| Fecha de nacimiento: _____               |  | o Edad: _____ Años _____ Meses _____ Días |  | Sexo: M F I            |  | CURP: _____            |  |
| Entidad de nacimiento <b>Seleccionar</b> |  | Nacionalidad: _____                       |  | Hospitalizado: Si No   |  | Situación: Vivo Muerto |  |

**INFORMACIÓN SOBRE LA MUESTRA**

|                          |             |                  |                      |                     |                     |                              |          |         |              |
|--------------------------|-------------|------------------|----------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|----------|---------|--------------|
| Justificación del envío: | Diagnóstico | Referencia       | Control de calidad   | Tipo de Vigilancia: |                     |                              | Rutina   | Brote   | Contingencia |
| Origen:                  | Humana      | Animal           | Alimento             | Ambiental           |                     |                              |          |         |              |
| Tipo de muestra:         | Plasma      | Suero            | Orina                | Cepa                | Hisopo              | LCR                          | Espuito  | Cerebro | Hemocultivo  |
|                          | Saliva      | Exudado faríngeo | Exudado nasofaríngeo | Biopsia             | Laminilla           | Gargarismo                   | Impronta |         |              |
|                          | Sangre      | Piel             | Tejido cerebral      | Piel cabelluda      | Lavado nasofaríngeo | Agua                         |          |         |              |
| Heces:                   | Sólidas     | Pastosas         | Líquidas             |                     |                     |                              |          |         |              |
| Otras:                   | _____       |                  |                      |                     |                     |                              |          |         |              |
| Cantidad o volumen       | _____       |                  | Fecha de toma:       | _____               |                     | Fecha de inicio de síntomas: | _____    |         |              |

**DIAGNÓSTICO SOLICITADO**

|                               |
|-------------------------------|
| Impresión diagnóstica: _____  |
| Estudio solicitado: _____     |
| Clave _____ Descripción _____ |

**INFORMACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO**

|                                                                                                    |                                             |                       |                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|
| Estudios realizados previamente: _____                                                             |                                             |                       |                                         |
| Vive en zona endémica: _____                                                                       | ¿Se presentó algún tipo de parálisis?       |                       | Si No                                   |
| Fecha de inicio de la parálisis: _____                                                             | ¿Ha estado en contacto con casos similares? |                       | Si No Se ignora                         |
| En caso afirmativo indique la fecha: _____ y el lugar geográfico: _____                            |                                             |                       |                                         |
| ¿Efectuó algún viaje los días previos al inicio de la enfermedad? Si No ¿Cuántos días antes? _____ |                                             |                       |                                         |
| Especifique los lugares visitados: _____                                                           |                                             |                       |                                         |
| Ingestión de lácteos                                                                               | Si No                                       | ¿Cuáles?: _____       | Ingestión de carne de res o cerdo Si No |
| Exposición con animales:                                                                           | Si No                                       | Especie animal: _____ |                                         |

**INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL DIAGNÓSTICO**

|                                                                                                                                           |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| En casos de sospecha de <b>RABIA</b> conteste lo siguiente: ¿Sufrió agresión por parte de algún animal? Si No Fecha de la agresión: _____ |  |  |  |
| Especie agresora: _____                                                                                                                   |  |  |  |
| Sitio anatómico de la lesión: _____ Núm. de personas que estuvieron en contacto con el animal: _____                                      |  |  |  |
| Edad del animal: _____ Fecha de muerte del animal: _____ Causa de la muerte: _____                                                        |  |  |  |
| Tipo de vacuna: _____ Fecha de última dosis: _____ No. de caso: _____                                                                     |  |  |  |
| Datos clínicos del animal: Agresividad Fotofobia Aerofobia Hidrofobia Salivación profusa Incoordinación Parálisis Agresor Víctima         |  |  |  |

**INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL DIAGNÓSTICO**

En caso de sospecha de **Tuberculosis** conteste lo siguiente:  
 ¿Ha recibido tratamiento antituberculosis?  Si  No  
 En caso afirmativo indique cual(es):  
 Estreptomina Isoniacida Rifampicina Etambutol  
 Pirazinamida Etonamida Otras: \_\_\_\_\_  
 Fecha última toma: \_\_\_\_\_

**Antecedentes citopatológicos:**  
 Tipo de revisión: Primera vez Después de 3 años Subsecuente  
 Actividad sexual:  Si  No Edad de inicio: \_\_\_\_\_  
 Número de parejas sexuales: \_\_\_\_\_  
 Antecedentes de Vacunación para VPH:  Si  No  
 Fecha de vacunación: \_\_\_\_\_

**Sintomatología:** Ardor Prurito Secreción y/o Leucorrea  
**Situación Gineco-obstétrica:** Puerperio o postaborto Postmenopausia  
 DIU Uso de hormonas Histerectomía Embarazo actual  
 Tratamiento farmacológico Tratamiento colposcópico previo Ninguno

**Factores de riesgo para infección por VIH:**  
 Pareja Hepatitis Transfusión Hemofílico Hijo de madre infectada  
 Heterosexual Homosexual Bisexual Sexoservidor(a)  
 Uso de droga IV Número de parejas

**Fiebre:**  
 Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_  
 Duración: \_\_\_\_\_ Días Periodicidad: \_\_\_\_\_

**Signos y síntomas generales:**  
 Enfermedad crónica Pérdida de peso Fatiga Artralgias  
 Escalofrío Mialgias Sudoración profusa Postración Náuseas  
 Dolor retrocular Disminución de agudeza visual Conjuntivitis  
 Cefalea Presencia de quiste/nódulo Uveítis Geofagia  
 Ictericia Lesión en mucosas Coriorretinitis Esplenomegalia  
 Hepatomegalia Edema Linfadenopatía (Cervical, Supraclavicular o Retroauricular)

**Exantema y piel:**  
 Macular Papular Eritematoso Vesicular Pústula Úlcera  
 Costra Presencia de nódulos Koplik Chagoma de inoculación  
 Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de término: \_\_\_\_\_

**Respiratorios:**  
 Congestión nasal Rinitis Rinorrea Dolor o ardor de garganta  
 Disfonía Faringitis Tos seca Disnea Neumonía  
 Cianosis Apneas Tos productiva Hemoptisis Coriza

**Cardiovascular:**  
 Miocarditis Endocarditis Pericarditis Vasculitis Flebitis

**Sistema Nervioso Central:**  
 Convulsiones Incoordinación Cambios de conducta Fotofobia  
 Meningitis Hidrocefalia Parálisis Paranoia Alucinaciones  
 Hidrofobia Cakificaciones Hipertensión endocraneal Coma  
 Cambio del ciclo circadiano

**Genito urinario:**  
 Dolor durante la micción Uretritis Insuficiencia renal  
 Lesiones en genitales: Úlceras Vesículas  
 Chancro Chancroide Flujo vaginal Embarazo  
 Fecha de última regla: \_\_\_\_\_  
 Semanas de gestación: \_\_\_\_\_

**Gastrointestinal:**  
 Anorexia Dolor abdominal Constipación Tenesmo  
 Diarrea recurrente Diarrea sanguinolenta Mucosa  
 Consistencia de diarrea: Sólida Pastosa Líquida Prolongada (<1 sem.)  
 - No. de evacuaciones en las últimas 24 horas: \_\_\_\_\_  
 - No. de evacuaciones en los últimos 15 días  Si  No  
 - No. de cuadros diarreicos durante el año: \_\_\_\_\_  
 Deshidratación: Leve Moderada Severa  
 Num. de vómitos en las últimas 24 hrs. \_\_\_\_\_ Num. de días con vómito: \_\_\_\_\_  
 Ha expulsado lombrices:  Si  No Fecha de expulsión: \_\_\_\_\_  
 Ha expulsado proglótidos:  Si  No Fecha de expulsión: \_\_\_\_\_

**Estadio de la enfermedad**  
 Agudo Crónico Sintomático Asintomático Localizado  
 Diseminado Recaída Convaleciente Defunción  
 Otros: \_\_\_\_\_

**Hemorragias y otras alteraciones hematológicas:**  
 Fragilidad capilar Petequias Equimosis Gingivorragia Epistaxis  
 Melena Hematuria Rectorragia Hematemesis Metrorragia  
 Shock Plaquetopenia Hemocentración Eosinofilia

**Tratamiento:**  
 ¿Ha recibido tratamiento?  Si  No  
 ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de término: \_\_\_\_\_  
 Dosis Convencional Especial  
 Especifique: \_\_\_\_\_

**Antecedentes vacunales:**  
 Tipo de vacuna: \_\_\_\_\_  
 Fecha de primera vacuna: \_\_\_\_\_  
 Fecha de última dosis: \_\_\_\_\_

**Notas adicionales:**  
 (Resultados de laboratorio y gabinete importantes en el caso)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Fuente de información:**  
 Registro hospitalario Vig. Epid. Activa Certificado de defunción

**Servicios de atención:**  
 Consulta externa Hidratación oral Urgencias Hospitalización

**Motivo del término de la atención:**  
 Mejoría Alta voluntaria Defunción  
 Fecha de término de la atención: \_\_\_\_\_

**Observaciones:**  
 A) No se recibirá muestra alguna si no viene acompañada de este formato  
 B) Verificar que el nombre del paciente sea el mismo en la muestra que en este formato  
 C) Utilizar letra de molde en el formato y en la etiqueta de la muestra  
 D) La muestra debe identificarse utilizando una cinta de tela adhesiva, escrita con lápiz donde se incluyan los datos relevantes del caso como:  
 -Nombre o clave, diagnóstico presuntivo, fecha de toma, tipo de muestra indicando también si es la 1a, 2a, 3a, etc.; Si es cepa anotar la fecha de siembra y el tipo de muestra.  
 E) Enviar la muestra adecuada y en cantidad suficiente al estudio solicitado  
 F) No se recibirán muestras en envases de cristal