

LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Circular No. SESVER/LESP/DE/27/2024

Hoja 1/1

Asunto: Diagnóstico de Brucelosis por laboratorio.
Clasificación: 13S.2 Diagnóstico Epidemiológico

Veracruz, Ver. a 6 de Agosto de 2024

- **A LAS 11 JURISDICCIONES**
- **HOSPITALES SESVER**
- **CLIENTES PARTICULARES**

2686

Derivado de la actualización en el diagnóstico de Brucelosis recibida el pasado mes de Julio del presente, por parte del órgano regulador InDRE, que tiene como objetivo fortalecer el diagnóstico en la entidad, tenemos a bien informar que a partir de la fecha, toda muestra de **suero o LCR** que se reciba para el diagnóstico de Brucelosis, deberá de llegar acompañada de lo siguiente:

- **Oficio de solicitud de estudio.**
- **Estudio Epidemiológico de caso de Brucelosis** el cual anexo a esta circular, no se aceptará otro tipo de formato, será motivo de rechazo (no aplica para control de calidad).
- Para interinstitucionales deberá incluir formato subrogado y vigencia de derechos.

Aprovecho la ocasión para reiterar los criterios de aceptación de las muestras que aplican en este diagnóstico:

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
*SUERO	NO HEMOLIZADO NO LIPÉMICO NO ICTÉRICAS NO CONTAMINADO	NO APLICA	NO APLICA	20 A 25°C	4 HORAS	1.5 mL	TUBO DE PLÁSTICO U OTRO MATERIAL QUE NO SE ROMPA DE CIERRE HERMÉTICO CON ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN
				RED FRIA 2 A 8°C	72 HORAS		
				-20°C	MÁS DE 72 HORAS		
**LCR	NO CONTAMINADO					1 mL	
OBSERVACIONES:	*Para confirmar el diagnóstico a los pacientes con resultado indeterminado se 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. **Indicada para pacientes con caso sospechoso de neurobrucelosis.						

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

Atentamente

M. en C. Jacqueline Ayza Ríos Garcés

Directora del Laboratorio Estatal de Salud Pública

C.c.p.

- Dra. Jessica Kristal Ríos Mercadante Dirección de Salud Pública. -Para su conocimiento
- Dra. Romana Gutiérrez Polo. -Directora de atención Médica. -Mismo fin
- Dra. Dulce María Espejo Guevara. -Jefa de departamento de Vigilancia Epidemiológica. -Mismo fin.
- Dra. Patricia de los Ángeles Muñoz Flores. -Jefa del Depto. De Control de Enfermedades Transmisibles. -Mismo fin.
- I.B.Q. Perla Iris Vallejo Ramírez. -Jefa de Sección de Recepción de Muestras de Diagnóstico Epidemiológico-Mismo fin
- Q.C. María Elena Cruz Francisco. -Coordinadora de Aseguramiento de la Calidad -Mismo fin
- L.A.E. Grecia K. Castañeda Barrios. -Responsable de Módulo de servicio al cliente -Mismo fin.
- L.I. José Roberto Ruiz Vega. -Coordinador de estadística e Informática-Para su publicación.

EAB/DAGR/ads



SERVICIO DE SALUD DE VERACRUZ
LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA
VERACRUZ, VER.





**FORMATO
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE BRUCELOSIS**

Datos de la Unidad Notificante

Folio o expediente _____

Institución Notificante _____ Unidad Notificante _____ CLUES _____
Entidad _____ Jurisdicción _____ Municipio _____ Localidad _____

Datos del paciente

Nombre _____ Edad Sexo 1 Masculino 2 Femenino
Años Meses
Domicilio _____
Calle _____ Número _____ Localidad o Colonia _____
Entidad _____ Municipio _____ C.P. _____

Cuadro clínico

Marque con una "X" las respuestas declaradas por el paciente

Fecha de inicio de síntomas Fecha de primera solicitud de atención
Día Mes Año Día Mes Año
Fiebre insidiosa, elevada, de más de una semana de duración Fiebre con predominio vespertino o nocturno
Sin infección aparente Cefalea Sudoración profusa Calosfríos Artralgias Depresión Adinamia
Astenia Mialgias Hepatomegalia Esplenomegalia Pérdida de peso Pancitopenia

Factores de riesgo

Ocupación actual _____ Esta ocupación es la misma que hace 90 días Sí No
En el caso de ser negativa la respuesta anterior, mencione la ocupación anterior y período _____
1. En su casa tienen y crían: borregas cabras vacas puercos Ninguno (Pase a la opción 6)
2. En su casa ordeñan: borregas cabras vacas
3. ¿Ha observado que malparen (abortan) los animales de su casa? borregas cabras vacas puercos perros
4. Cuando crían o malparen, ¿ayuda quitando la placenta o limpiando las crías? Sí No Se pone guantes Sí No
5. ¿Qué les hace a las placentas o a los animales malparidos? _____
6. ¿Limpia corrales, zahúrdas, chiqueros o pocilgas de animales? Sí No
7. ¿Cuida o pastorea? borregas cabras vacas
8. ¿Quita camas de paja? de: borregas cabras vacas puercos perros
9. ¿Consume leche cruda? de: borregas cabras vacas burras
10. ¿Curte pieles? ¿Compra o vende pieles?
11. ¿Prepara crema y/o quesos artesanales para consumo: Familiar Venta
12. ¿Consume crema y/o quesos artesanales? Sí No

Pruebas de Laboratorio Diagnósticas

Rosa de Bengala Fecha de toma _____ Fecha de resultado _____ Positivo Negativo
Día Mes Año Día Mes Año
SAT Titulación _____ Titulación _____ Fecha de toma _____ Fecha de resultado _____
Día Mes Año Día Mes Año
Hemocultivo: Sí Positivo Negativo No

Pruebas de Laboratorio de Seguimiento

SAT Titulación _____ Titulación _____ Fecha de toma _____ Fecha de resultado _____
Día Mes Año Día Mes Año
SAT Titulación _____ Titulación _____ Fecha de toma _____ Fecha de resultado _____
Día Mes Año Día Mes Año
SAT Titulación _____ Titulación _____ Fecha de toma _____ Fecha de resultado _____
Día Mes Año Día Mes Año

Clasificación final del caso: Confirmado Descartado Se dio seguimiento post tratamiento Sí No
Tipo de tratamiento: Esquema "A" Esquema "B" Esquema "C" Esquema alternativo 1 Alternativo 2
Motivo de Alta: Alta Sanitaria Abandono Defunción Recidivas