

LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL DE LA FIEBRE AMARILLA EN COLOMBIA

Versión 1, Subdirección de Enfermedades transmisibles, Grupo de
Gestión Integrada de Enfermedades Endemo-epidémicas, 2024

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social



CLÍNICA DEL SISTEMA NERVIOSO
RENOVAR S.A.S.

NIT 822.001.338-0

ALCANCE

Este lineamiento es emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social desde el grupo de gestión integrada de enfermedades endemoepidémicas, acorde a las competencias establecidas en el artículo 5 del Decreto 4107 de 2011 y el artículo 3 de la Resolución 1067 de 2014.

El presente lineamiento adopta las recomendaciones del documento técnico “Manejo clínico de la fiebre amarilla en la Región de las Américas. Experiencias y recomendaciones para los servicios de salud de la OPS” (1), y se complementa con la evidencia y guías de atención clínica establecidas previamente por MinSalud en Colombia. (3) (4)



ALCANCE

Está dirigido y es de obligatorio cumplimiento para los actores del SGSSS, es decir, el talento humano en salud, IPS, EAPB, entidades que administran planes voluntarios de salud, entidades adaptadas, entidades que administran los regímenes especial y de excepción, así como el fondo nacional de salud de las personas privadas de la libertad, las DTS e incluye los equipos básicos de salud para el desarrollo de acciones que estén dentro de su competencia.



ALCANCE

Su fin es ordenar, guiar y orientar la atención clínica integral para fiebre amarilla en el marco del SGSSS, estableciendo directrices para la vacunación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno, con el propósito de evitar o controlar su letalidad.

Este lineamiento es aplicable en todos los niveles de complejidad, basado en la mejor evidencia disponible, el cual se actualizará conforme aparezca nueva evidencia.



OBJETIVO

El objetivo del lineamiento es orientar a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros, sobre la atención clínica integral de las personas afectadas por la fiebre amarilla y la organización de los servicios de salud en todo el territorio nacional para garantizar una respuesta eficaz y coordinada que asegure la identificación temprana, el tratamiento oportuno y el seguimiento adecuado.



CONTEXTO ECO- EPIDEMIOLOGICO

La fiebre amarilla, una enfermedad viral, transmitida por los mosquitos *Haemagogus*, *Sabethes* y *Aedes aegypti*, propia de algunas regiones tropicales de América del Sur y África. Existen dos ciclos de transmisión (selvático y urbano) en los cuales el humano puede interactuar accidentalmente. (2)



CONTEXTO ECO- EPIDEMIOLOGICO

La fiebre amarilla, una enfermedad viral, aguda, prevenible por vacunación, sin tratamiento específico y transmitida únicamente por vectores (mosquitos hematófagos). El virus de la fiebre amarilla es un arbovirus (2) del género Flavivirus que circula en dos ciclos principalmente, diferenciados por los géneros de vectores y los hospederos involucrados (ver gráfica 1):



CONTEXTO ECO-EPIDEMIOLOGICO

Transmisión Selvática: El virus circula en la selva húmeda tropical o en ecosistemas rurales en enzootias con presencia de los mosquitos de los géneros Haemagogus y Sabethes y los primates no humanos (PNH) (monos aulladores, ardilla y araña, entre otros); pueden ocurrir epizootias con importante mortalidad entre monos. En Colombia se presentan casos en zonas selváticas y rurales en donde el hombre se infecta accidentalmente por su ingreso o residencia en ecosistemas con presencia del vector y huésped-reservorio mencionados.



CONTEXTO ECO- EPIDEMIOLÓGICO

Transmisión Urbana: Ocurre en ciudades y centros poblados con las condiciones ecológicas para el mantenimiento de la circulación: altitud < 1800 msnm, amplio margen de susceptibles, alta densidad poblacional. El virus circula entre humanos reservorios-huésped y el mosquito del género *Aedes aegypti* infectado de por vida. Los brotes son de gran magnitud y presentan tasas de letalidad alrededor del 47% en los casos severos (5). En Colombia desde 1929 no se ha reportado presencia del ciclo urbano

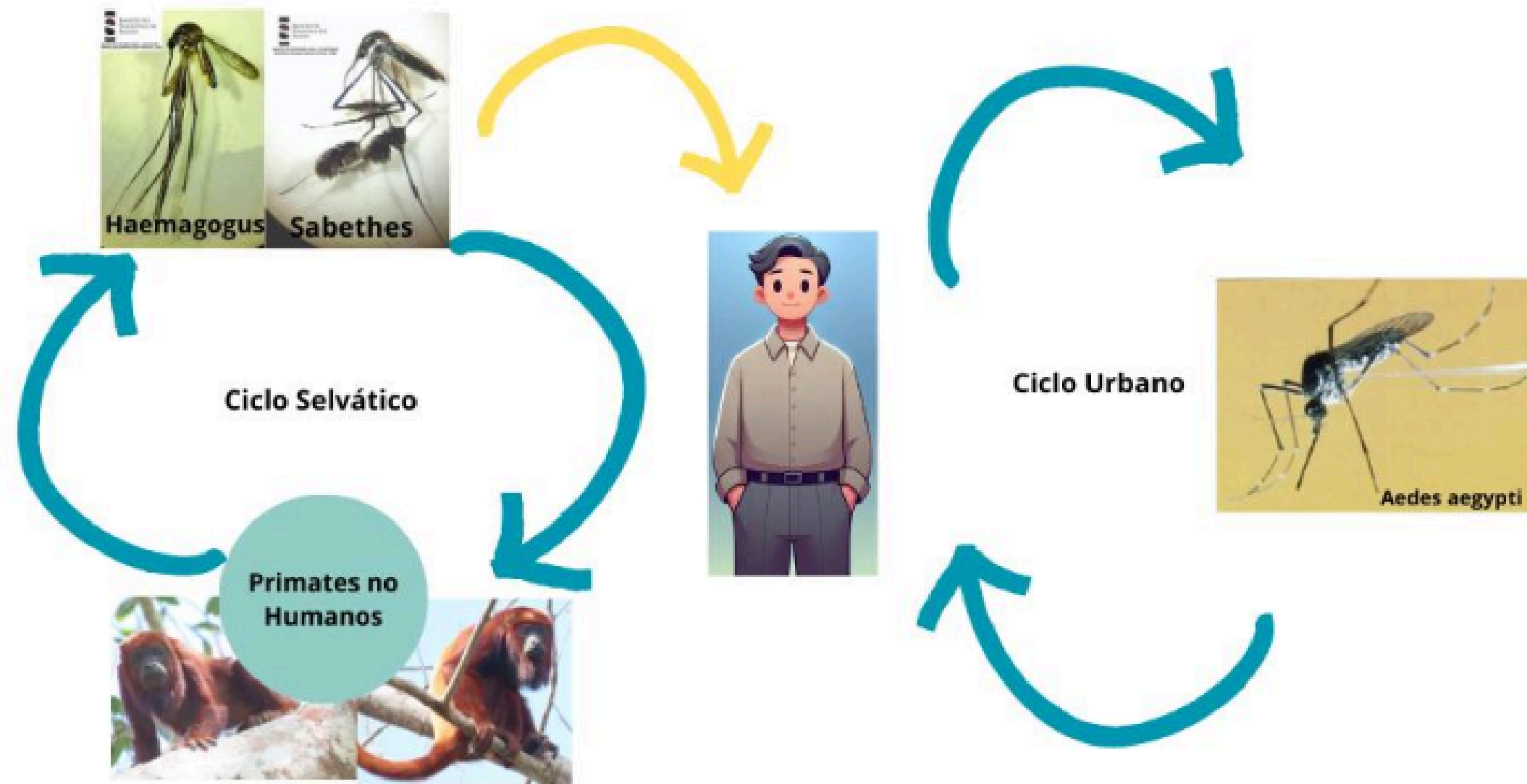


CONTEXTO ECO- EPIDEMIOLOGICO

Se entiende por área enzoótica de fiebre amarilla el sitio geográfico en el que se ha comprobado la circulación del virus en primates no humanos que enferman en el ciclo selvático y existen condiciones ecológicas para el mantenimiento de la transmisión (presencia de vectores competentes y vertebrados susceptibles capaces de mantener la cadena de transmisión)
(6)



Gráfica 1. Ciclo de transmisión de la fiebre amarilla.



Imágenes de *Aedes aegypti* tomada de Rodríguez , Gerzain , Velandia , Martha y Boshell, Jorge 2003 (7). Imagen de *Sabethes* tomada de CDC/ Prof. Woodbridge Foster; Prof. Frank H. Collins (8) Imágenes de *haemagogus* y *sabethes* aportadas por Instituto Nacional de Salud, Grupo de Entomología LNR. Imágenes de mono *alouatta* (mono aullador) tomada por fotógrafo Édison Yamid Garces Quintero autoriza el uso para este documento.

CONTEXTO ECO- EPIDEMIOLÓGICO

La presencia del *Aedes aegypti* se relaciona con otras enfermedades transmitidas por este vector, como el dengue, chikunguña y Zika en patrones de emergencia y reemergencia. En nuestro territorio cobra especial importancia el dengue el cual puede compartir múltiples síntomas con la fiebre amarilla tanto en su cuadro inicial como en sus complicaciones y representa una gran carga a nivel epidemiológico. (9)



CONTEXTO ECO- EPIDEMIOLÓGICO

Brasil tiene una amplia experiencia con la fiebre amarilla y postulan que el manejo clínico de estas epidemias puede estar inicialmente condicionado por experiencias previas con enfermedades más comunes y similares como el dengue. (10) Muchos de los pacientes de fiebre amarilla pueden ser abordados como pacientes con dengue o dengue con signos de alarma (Ver tabla 3) lo que puede resultar en un plan de manejo erróneo con desenlaces fatales.



CONTEXTO ECO- EPIDEMIOLÓGICO

Así se torna evidente la importancia de una adecuada diferenciación y la identificación efectiva de puntos clave que nos puedan orientar a un plan de manejo más óptimo y oportuno, apoyados en laboratorios necesarios para una identificación rápida de la enfermedad, especialmente en el nivel de atención primaria donde se espera que la gran mayoría de los casos tengan su primer contacto con el sistemas de salud y dada la rápida evolución de la enfermedad se requiere una ágil definición del caso para realizar un abordaje que corresponda a las necesidades asistenciales del paciente en el nivel de complejidad.



CONTEXTO ECO- EPIDEMIOLÓGICO

En Colombia, se consideran zonas son departamentos de alto riesgo para fiebre amarilla: Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Cesar, Guainía, Guaviare, La Guajira, Meta, Putumayo, Vaupés y Vichada. (4) (11)(ver Mapa 1.)

En el marco de los antecedentes de transmisión y la presencia de factores de riesgo, se ha establecido la estratificación de municipios específicos de alto riesgo en otros departamentos (ver Mapa 2.):



CONTEXTO ECO- EPIDEMIOLÓGICO

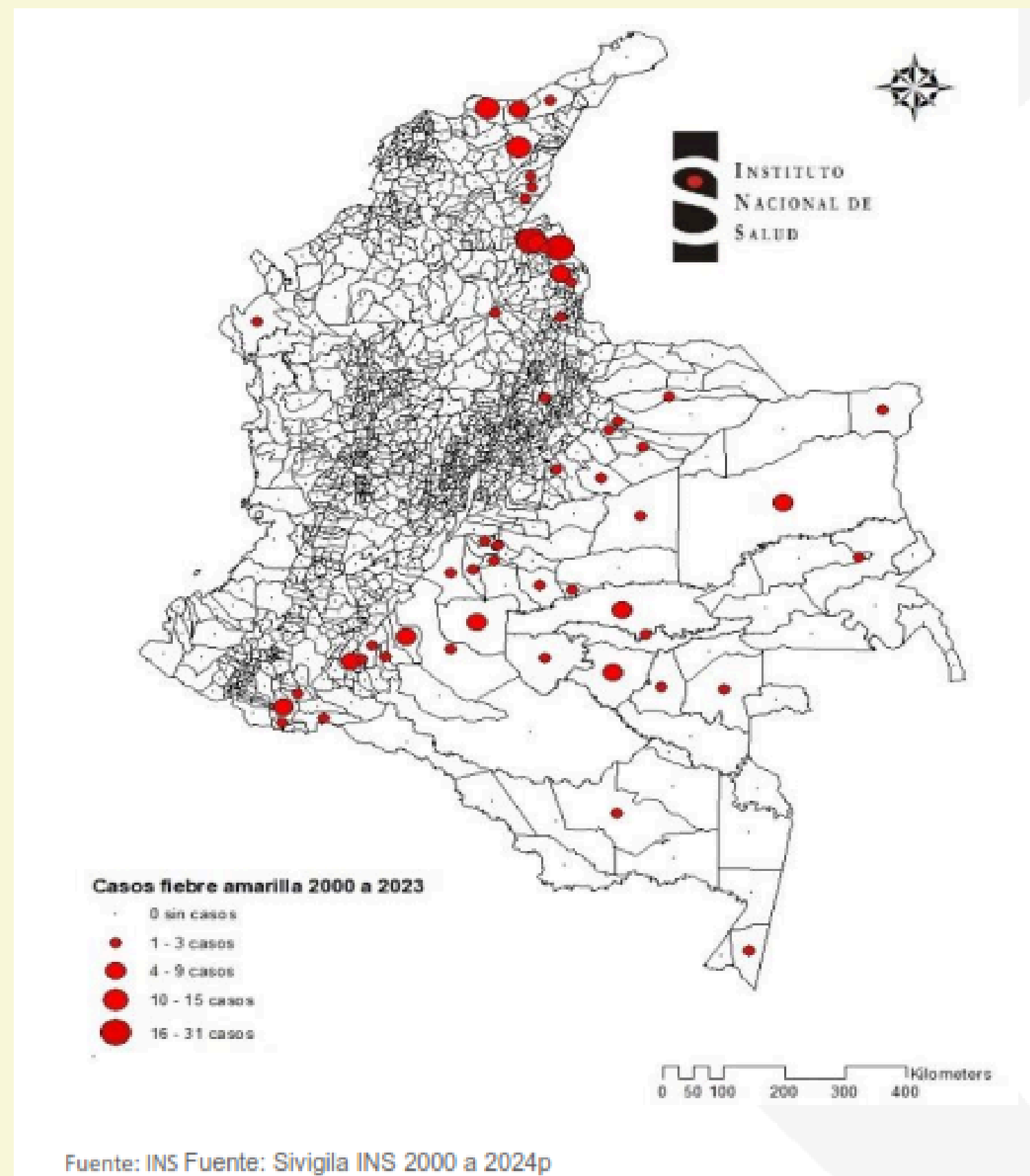
- Antioquia: Los municipios de Dabeiba, Mutatá, Turbo y Yondó.
- Bolívar: Los municipios de Cantagallo, Morales, San Pablo y Simití.
- Boyacá: Los municipios de Cubara, Paez y Paya.
- Chocó: Los municipios de Acandí, Carmen del Darién, Jurado, Nuquí, Rio Sucio y Ungía.
- Huila: Los municipios de Acevedo, Algeciras, Garzón, Guadalupe, Suaza.
- Magdalena: El Distrito de Santa Marta y los municipios de Aracataca, Ciénaga y Fundación.



CONTEXTO ECO- EPIDEMIOLÓGICO

- Norte de Santander: Los municipios de Abrego, Arboledas, Bochalema, Convención, Cúcuta, Cucutilla, El Carmen, El Tarra, El Zulia, Hacari, Ocaña, Pamplonita, Puerto Santander, San Calixto, San Cayetano, Santiago, Sardinata, Teorama y Tibú,
- Santander: Los municipios de Barrancabermeja, Bucaramanga, Charalá, Coromoro, El Playón, Encino, Floridablanca, Girón, Piedecuesta, Puerto Wilches, Rionegro, Sabana de Torres, Socorro y Surata
- San Andrés y Providencia (No hay antecedente de fiebre amarilla en las islas, se establece el riesgo por contexto ecológico y por ser frontera internacional)



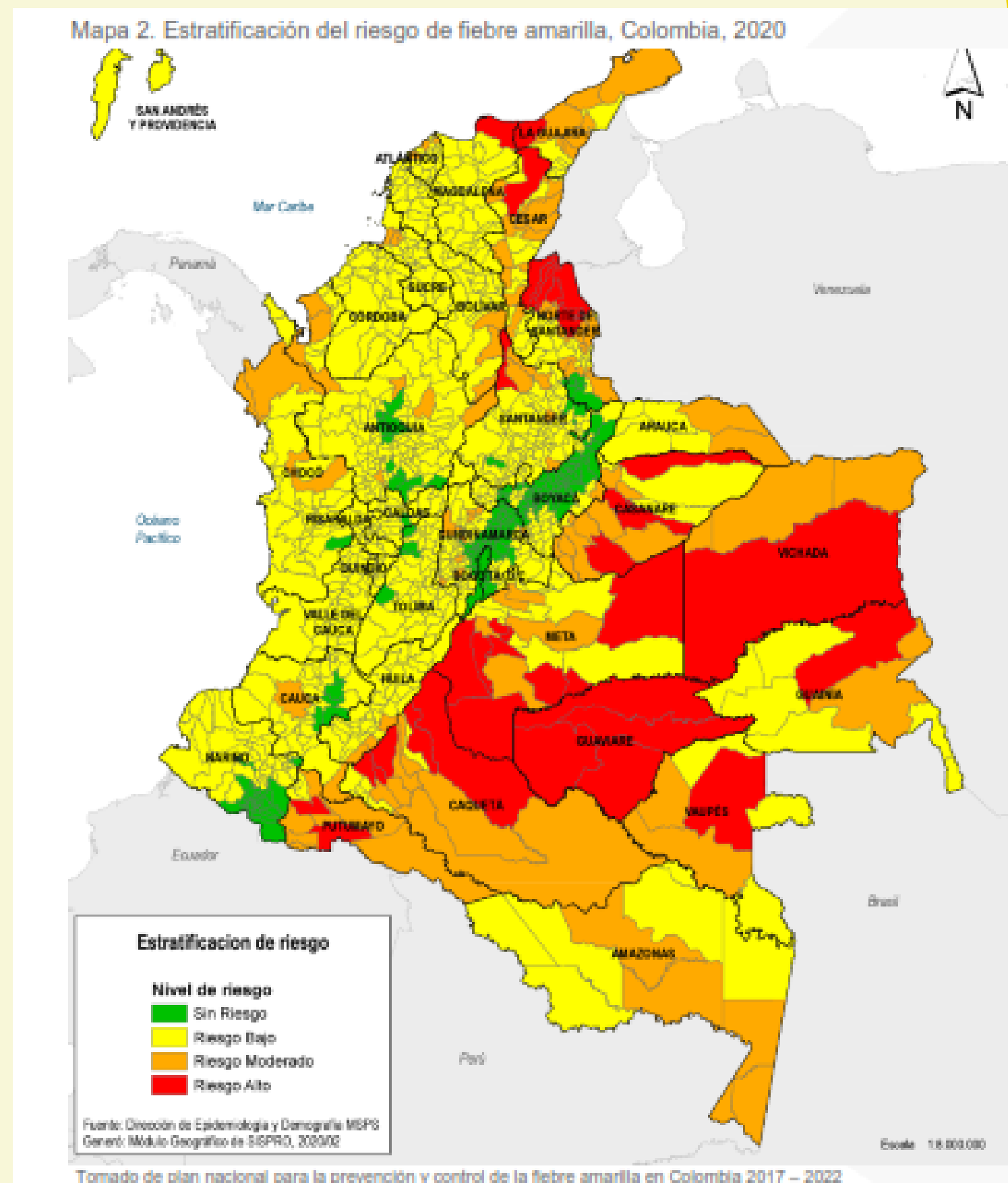


Mapa 1. Distribución de casos de fiebre amarilla selvática en Colombia, 2000 a 2024p.



CLÍNICA DEL SISTEMA NERVIOSO
RENOVAR S.A.S.

NIT 822.001.338-0

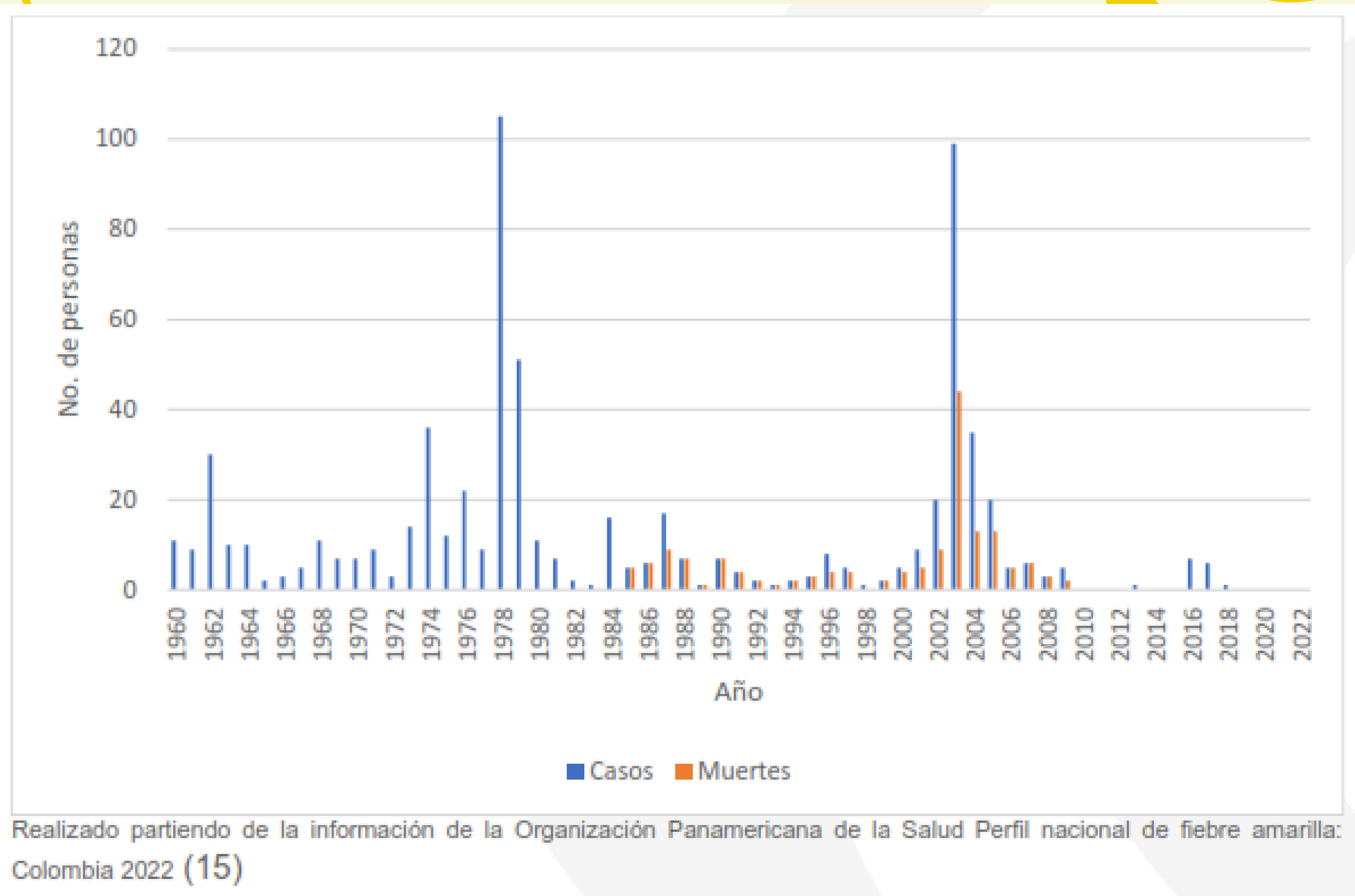


Mapa 2. Estratificación del riesgo de fiebre amarilla, Colombia, 2020

CONTEXTO ECO- EPIDEMIOLÓGICO

En las zonas mencionadas, se han presentado brotes de diferentes magnitudes cada 10 años en el siglo XX, siendo el último en 1979 en la Sierra Nevada de Santa Marta; luego se observa cada 20 años. En el presente siglo se han presentado casos en el Catatumbo, Serranía del Perijá y Sierra Nevada de Santa Marta en 2003 y 2004, continuado en Caquetá y Putumayo en 2005 y en el Meta (ríos Guayabero y Ariari) en 2009; además de múltiples casos aislados en otras zonas del país. Los casos son principalmente hombres, en edad económicamente productiva y agricultores (11) (12) (13) (14).





Gráfica 2. Número de casos de fiebre amarilla en Colombia del 1960-2022



CONTEXTO ECO- EPIDEMIOLÓGICO

Se han identificado diversos factores de riesgo para la fiebre amarilla (16) (3):

- Uno de los factores de riesgo más importantes es el ingreso de personas sin vacunación previa a zonas de riesgo con presencia de los vectores del ciclo selvático por migración, por turismo o por motivos laborales.
- Esto asociado a actividades laborales formales e informales, lícitas e ilícitas (fuerzas militares, agricultores y recolectores de hoja de coca, aserradores y actividades forestales, pesca, entre otros).



CONTEXTO ECO-EPIDEMIOLÓGICO

- Personas que por actividad laboral o por vivienda en el contexto del conflicto armado se desplazan hacia áreas selváticas más profundas.
- Barreras de acceso para la vacunación en zona rural, rural disperso y/o selvática.
- Aumento de la prevalencia de la enfermedad durante las temporadas de lluvias
- Alteraciones climáticas que afecten los ecosistemas.

Dada las condiciones para la presencia del ciclo selvático, pese a disponibilidad de una vacuna efectiva, segura y económica, la erradicación de la fiebre amarilla carece de factibilidad, sin embargo, hace parte de la iniciativa de eliminación de enfermedades transmisibles de la OPS mediante la eliminación de la transmisión por epidemias. (17)





CURSO Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD (CÓDIGO CIE 10, A95; CIE11, 1D47)

GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD Y SU EVOLUCIÓN

El virus de la fiebre amarilla transmitido al hombre por la picadura del mosquito hematófago hace una rápida viremia luego de su inoculación, alcanzando los linfonodos, el hígado, el corazón y el riñón. El hepatotropismo, la respuesta de citoquinas y la hipoxia celular se postulan como los mecanismos involucrados en el extenso daño hepático (5)



CURSO Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD (CÓDIGO CIE 10, A95; CIE11, 1D47)

GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD Y SU EVOLUCIÓN

Presenta un periodo de incubación de 3 a 6 días, con síntomas predominantes hepáticos y hemorrágicos sumados al síndrome febril, y el periodo de viremia transcurre entre el 1-4 día del inicio de los síntomas (18), sin embargo, se ha logrado identificar virus en sangre hasta el día 17. Puede Llegar a alcanzar una mortalidad hasta del 80% (7) aunque un reciente metaanálisis estima la letalidad en 47% para América del Sur (19).

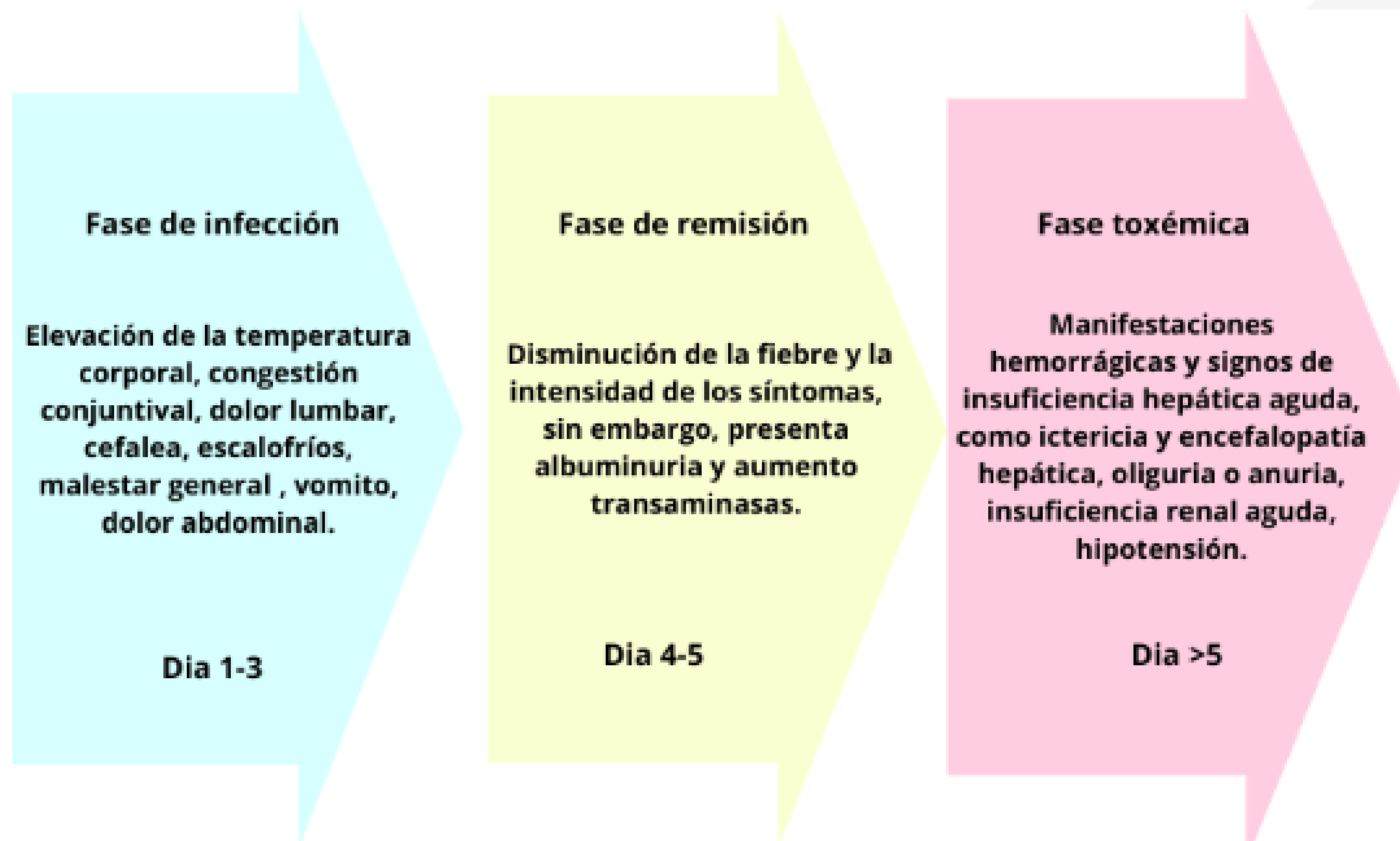


CURSO Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD (CÓDIGO CIE 10, A95; CIE11, 1D47)

GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD Y SU EVOLUCIÓN

El curso de la enfermedad se puede dividir en tres fases secuenciales que pueden variar en el tiempo, presencia e intensidad de sus signos, síntomas y respuesta inmunológica (Gráficas 3). El virus desencadena una respuesta adaptativa humoral específica alrededor del sexto día del inicio de los síntomas, inicialmente con inmunoglobulina M y luego con inmunoglobulina G; teniendo en cuenta que la curva de viremia desciende alrededor del día 7, se recomienda la toma de muestra para diagnóstico por PCR hasta dicho día (Gráfica 4)



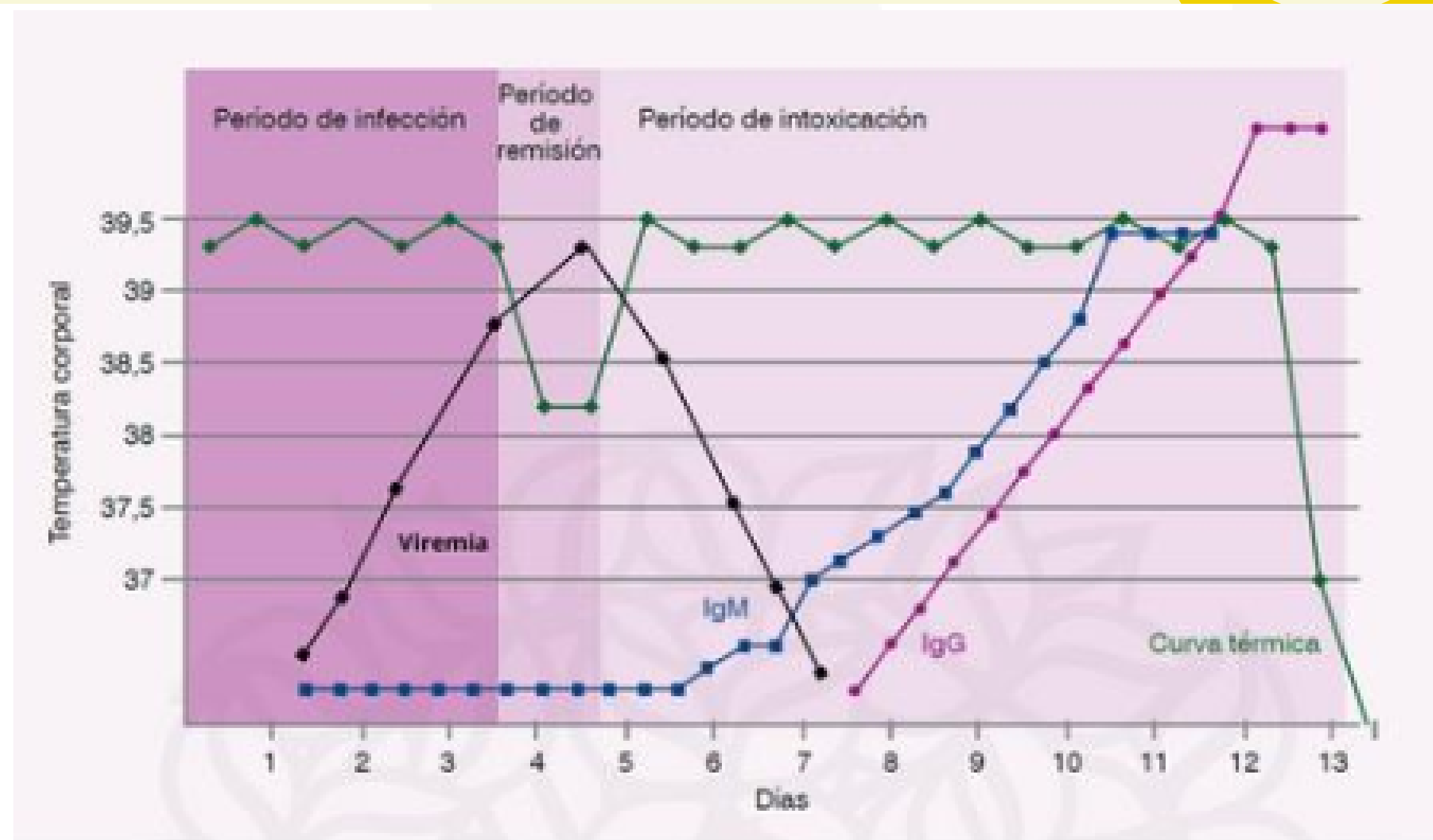


Basada en OPS, OMS. Manejo Clínico de la Fiebre Amarilla en la región de Las Américas Experiencias y Recomendaciones Para Los Servicios De Salud 2023 (1)

*Se debe tener en cuenta que la duración de las fases corresponde a una aproximación y siempre prima la condición clínica del paciente.

Gráfica 3. Fases de la enfermedad





Modificado de Ministerio de Salud y Protección Social, Programa de apoyo a la reforma, Universidad Nacional de Colombia, Instituto de investigaciones públicas 2011 (16)

Gráfica 4. Curva térmica y respuesta inmune



CURSO Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD (CÓDIGO CIE 10, A95; CIE11, 1D47)

GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD Y SU EVOLUCIÓN

Durante la fase de infección la fiebre amarilla comparte la mayoría de sus síntomas con otros Arbovirus en su fase inicial por lo que es de vital importancia considerar los criterios, clínicos, epidemiológicos y de vacunación para la correcta identificación de los casos (ver tabla 1).



Tabla 1. Cuadro clínico inicial de fiebre amarilla frente a otros Arbovirus					
Fiebre amarilla	Dengue	Chikunguña	Zika	Oropouche	Fiebre de mayaro
-Fiebre -Ictericia -Dolor abdominal -Náuseas -Emesis -Anorexia (20)	-Erupción -Conjuntivitis -Artralgia -Mialgia -Dolor óseo -Emesis -Escalofríos -Dolor abdominal - Dolor retro ocular (21)	-Artralgia -Erupción -Conjuntivitis -Mialgia (21)	-Prurito -Erupción -Conjuntivitis -Adenopatías -Odinofagia (21)	-Cefalea -Mialgia -Artralgia -Anorexia -Náuseas y emesis -Escalofríos -Fotofobia -Erupción que se asemeja a la rubéola -Diarrea -Congestión conjuntival -Dolor epigástrico -Dolor retro orbitario (22)	-Mialgia -Dolor retro ocular -Escalofríos -Artralgia -Náuseas -Fotofobia -Anorexia -Edema articular -Erupción cutánea principalmente en el pecho, las piernas, la espalda, los brazos y con menor frecuencia en la cara. (23)



CURSO Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD (CÓDIGO CIE 10, A95; CIE11, 1D47)

GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD Y SU EVOLUCIÓN

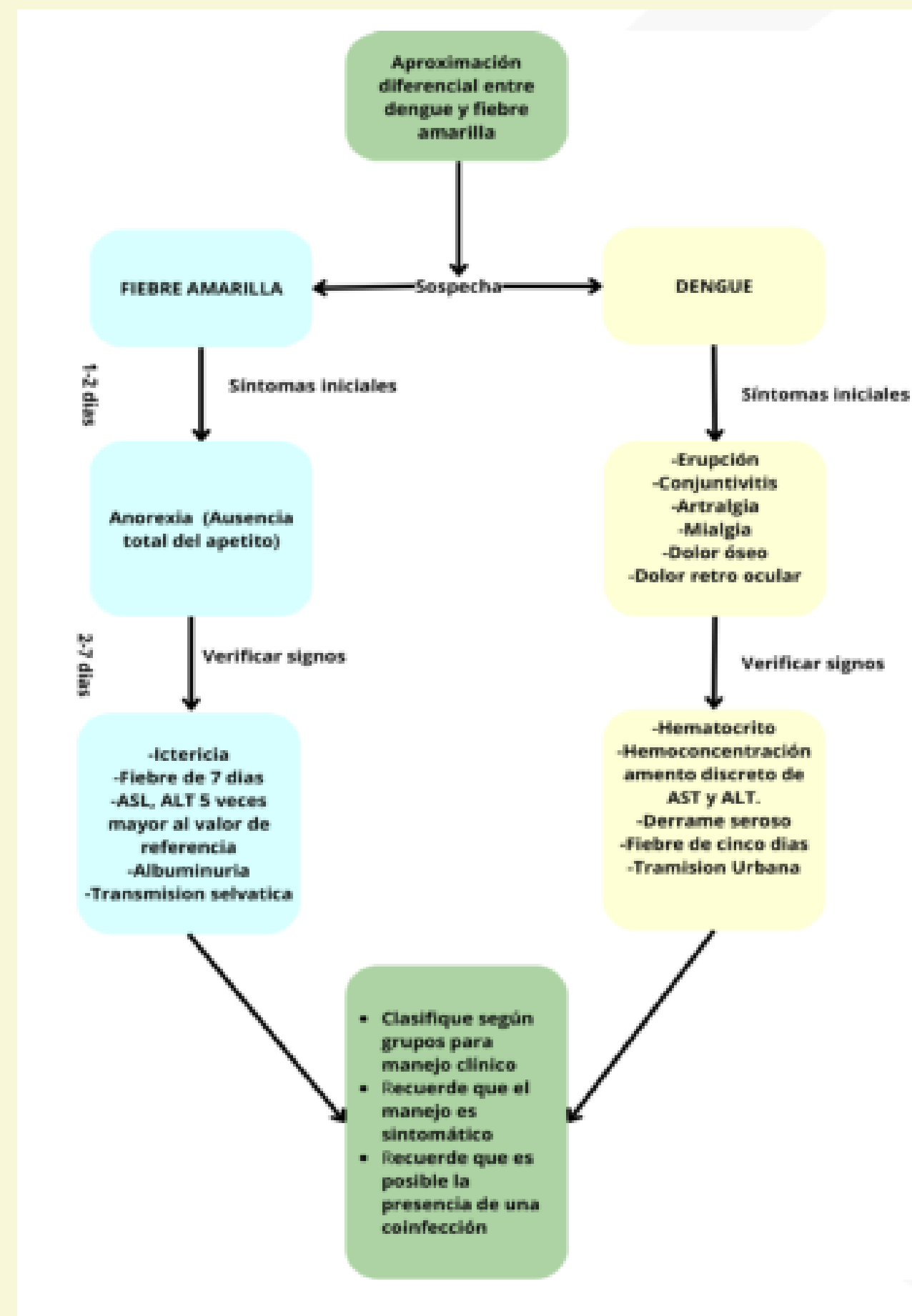
Esta Arbovirosis carece de tratamiento específico, sin embargo, la identificación temprana de la enfermedad es esencial para guiar el plan de manejo adecuado y mejorar la evolución del paciente. Por tanto, el uso de pruebas de laboratorio específicas y complementarias recomendadas, junto con una evaluación clínica detallada, es indispensable en el diagnóstico diferencial (ver Gráfica 5 y 6). Debido a la amplia similitud con otras patologías infecciosas especialmente el dengue estas incluyen (ver Tabla 2):



Diagnóstico diferencial	Síntomas
Malaria	Es una enfermedad parasitaria transmitida por <i>Anopheles</i> caracterizada por fiebre, escalofríos, sudores y anemia.
Dengue	Es una enfermedad viral transmitida por el mosquito <i>Aedes</i> que se puede presentar con fiebre alta, cefalea intensa, dolor retro ocular, mialgias y artralgias, y erupción cutánea. (ver Gráfica 5)
Hepatitis	Corresponde a un grupo de infecciones virales hepatotóxicas del causada por diferentes virus puede llevar a una insuficiencia hepática aguda y se presenta con síntomas que incluyen ictericia, fatiga y confusión.
Leptospirosis	Es una enfermedad bacteriana que se transmite por contacto con agua o suelo contaminado por excretas de animales infectados. Se presenta con fiebre, cefalea, dolor muscular, ictericia y, en ocasiones, insuficiencia renal. (ver Gráfica 6)
Fiebre tifoidea	Patología de origen bacteriano (<i>Salmonella typhi</i>), se contagia por la ingesta de alimentos o agua contaminada. Los síntomas

Tabla 2. Diagnósticos diferenciales





Gráfica 5. Aproximación diferencial entre Fiebre amarilla y Dengue.



CURSO Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD (CÓDIGO CIE 10, A95; CIE11, 1D47)

GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD Y SU EVOLUCIÓN

Para una revisión más detallada del diagnóstico diferencial de la fiebre amarilla (ver anexo 1.)



Diagnóstico diferencial	Laboratorios diferenciales	Comportamiento de AST Y ALT	Tipo de patógeno	Tipo de contagio	Prueba específica	coexistencia con fiebre amarilla	síntomas compartidos	síntomas diferenciadores
Fiebre amarilla	Albuminuria, Leucopenia con linfógena, trombocitopenia los primeros días. incremento de la VSG, hiperbilirrubinemia a expensas de la directa.	ASL, ALT 5 veces mayor, puede llegar hasta mayor de 1.000 U/l	Virus de la fiebre amarilla, género <i>Flavivirus</i>	Únicamente vectorial Urbana y Selvática	RT-PCR o Anticuerpos IgM contra el virus de la fiebre amarilla (24)	No aplica	No aplica	No aplica
Dengue	leucopenia, trombocitopenia, aumento del hematocrito, hemoconcentración.	Aumento Discreto	Virus del Dengue género <i>Flavivirus</i>	Únicamente vectorial	IgM específica	Si	Cefalea, mialgias, artralgias, vomito y hematemesis.	Fiebre de tres días Sin presencia de albuminuria Derrames serosos

Basada en Ministerio de salud y protección social, Programa de apoyo a la reforma, Universidad Nacional de Colombia, Instituto de investigaciones públicas 2011 (16) y Rodríguez, Gerzain, Velandia, Martha y Boshell, Jorge 2003 (7).

Tabla 3. Diagnóstico diferencial con Dengue

CURSO Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD (CÓDIGO CIE 10, A95; CIE11, 1D47)

GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD Y SU EVOLUCIÓN

A continuación, se muestran los signos y síntomas de alarma, así como los signos de gravedad para fiebre amarilla.

Tabla 4. Signos y síntomas de alarma y de gravedad



Tabla 4. Signos y síntomas de alarma y de gravedad

Signos y síntomas de alarma	Deshidratación, vómito, diarrea, dolor abdominal persistente, hemorragia leve (epistaxis, gingivorragia, petequias)	AST > 500 U/l Recuento de plaquetas < 50.000/ mm ³ Proteinuria	Mediana complejidad Hospitalización. (grupo B)
Signos y síntomas de gravedad	Ictericia, oliguria, confusión mental, convulsión, manifestaciones hemorrágicas*, taquipnea, hipotensión, signos de perfusión sanguínea deficiente	AST > 2.000 U/l Creatinina sérica > 2,0 mg/dl RNI > 1,5	Alta complejidad. Unidad de cuidados intensivos (grupo C)

AST = aspartato aminotransferasa; LSN = límite superior de la normalidad; RNI = razón normalizada internacional. Manifestaciones hemorrágicas, como epistaxis, sangrado en el punto de punción, hematemesis, hematuria, melena, hemorragia conjuntival, hipermenorragia, esputo hemoptoico y hemoptisis.

*Verificar que no corresponda a una interferencia en la lectura o error del operador. Adaptado de Manejo clínico de la Fiebre Amarilla en la región de las Américas 2023 (1)



CURSO Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD (CÓDIGO CIE 10, A95; CIE11, 1D47)

GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD Y SU EVOLUCIÓN

Según el grado de compromiso clínico y paraclínico los pacientes se pueden clasificar en tres grupos desde donde se determina de igual forma el manejo del paciente (ver Tabla 5):

Tabla 5. Clasificación y manejo clínico.



Tabla 5. Clasificación y manejo clínico.

Clasificación	Síntomas	Manejo
Grupo A	síntomas leves	Atención primaria
Grupo B	Presencia de signos de alarma	Nivel mediana complejidad
Grupo C	Persistencia de signos de alarma y de gravedad	Nivel de alta complejidad

Basada en OPS, OMS. Manejo clínico de la Fiebre Amarilla en la región de las Américas, 2023 (1)



ABORDAJE INICIAL

ANAMNESIS

Para la atención de los pacientes en los cuales se pueda sospechar fiebre amarilla u otra Arbovirosis se indica clasificarlos en Triage 2 o menos (Resolución 5596 de 2015), las siguientes indicaciones se deben tomar en cuenta tanto en Triage, como para la valoración de la consulta inicial, apoyando a responder a la pregunta

¿Cuándo debemos sospechar infección por virus de la fiebre amarilla?



ABORDAJE INICIAL

MOTIVO DE CONSULTA

Puede variar dependiendo cual sea el síntoma que más importancia tenga el paciente.



ABORDAJE INICIAL

ENFERMEDAD ACTUAL

- Un síndrome febril menor de 7 días (Registrar inicio y evolución detallado)
- Contexto epidemiológico dado por la residencia o desplazamiento en los últimos 15 días de una zona con circulación del virus.
- Indagar por síntomas similares o casos confirmados en personas con las que convive o comparte la ocupación (si refiere traslado a zona selvática o rural)



ABORDAJE INICIAL

ENFERMEDAD ACTUAL

- Indagar sobre epizootias (muertes o enfermedad sin explicación de primates) en la zona de desplazamiento del paciente en los últimos 15 días. (Ante la referencia de epizootias durante el interrogatorio a cualquier paciente, se debe reportar inmediatamente a su referente de vigilancia epidemiológica)
- Indagar y prestar especial atención a la presencia alguno de los siguientes síntomas que son reconocidos como orientadores para infección por virus de la fiebre amarilla.



ABORDAJE INICIAL

ENFERMEDAD ACTUAL

- Ictericia (Signo de alarma)
- Sangrado (epistaxis, gingivorragia, petequias) (Signo de alarma)
- Hematemesis (Signo de gravedad)
- Melenas (Signo de gravedad)
- Dolor abdominal
- Náuseas
- Emesis
- Diarrea
- Anorexia



ABORDAJE INICIAL

ENFERMEDAD ACTUAL

- Automedicación, administración de medicamentos en farmacias o consumo de sustancias naturales para el control de la fiebre o el dolor (pueden enmascarar la fase de infección o remisión y agravar el curso de la enfermedad).
- Indagar el contacto reciente con insecticidas, plaguicidas u otras sustancias químicas.



ABORDAJE INICIAL

ANTECEDENTES

Verificar principalmente los siguientes antecedentes:

- Patológicos: Diabetes mellitus II, hepatopatías, insuficiencia renal.
- Inmunizaciones: Corroborar el estado vacunal del paciente para fiebre amarilla registrando de ser posible la fecha de aplicación. (No debe excluir la sospecha infección por virus de la fiebre amarilla). Se realizará verificación en el estudio del caso en la investigación epidemiológica de campo (IEC) a través de aplicativos de PAI



ABORDAJE INICIAL

REVISIÓN POR SISTEMAS

Interrogar principalmente los siguientes sistemas:

Sistema gastrointestinal:

- Dolor abdominal
- Cambios en los hábitos intestinales
- Náuseas, vómitos, distensión abdominal.
- Ictericia, intolerancia a comidas grasas, acolia, esteatorrea.



ABORDAJE INICIAL

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistemas cardiovasculares / pulmonar:

- Dolor torácico
- Disnea
- Hemoptisis
- Epistaxis
- Hipoperfusión distal



ABORDAJE INICIAL

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistemas hematológicos.

- Petequias, equimosis, hematomas
- Palidez mucocutánea



ABORDAJE INICIAL

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema genitourinario.

- Cambios en la micción: Frecuencia, urgencia, dolor o ardor al orinar, presencia de sangre o cambios en el aspecto.
- Sangrado uterino anormal



ABORDAJE INICIAL

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistemas neurológicos.

- Cefalea intensa
- Alteraciones sensoriales: Cambios en la visión, audición, gusto, olfato o tacto.
- Convulsiones o episodios de alteración de la conciencia



ABORDAJE INICIAL

Si el paciente cursa con un cuadro de síndrome febril menor a siete días y al menos uno de los síntomas postulados y/o el contexto epidemiológico proceda con la toma de paraclínicos del apartado 2.3.2.

Por el contrario, si el paciente no cumple con las condiciones mencionadas anteriormente continúe el estudio del cuadro clínico y descarte otras Arbovirosis dependiendo la zona de riesgo donde se encuentre o de donde provenga la persona.



ABORDAJE INICIAL

Si el paciente es residente o proviene de una zona endémica para dengue o en el que caso que se tenga una prueba NS1 o pruebas de anticuerpos de IgM (No necesariamente indica infección reciente) para dengue positiva, debe tener en cuenta la concomitancia de estas dos infecciones tanto a nivel epidemiológico como a nivel clínico como una coinfección.

Ante la presencia de un caso de dengue con signos da alarma (dolor abdominal sostenido, sangrado profuso, alteraciones del sensorio como irritabilidad, somnolencia, letargo) se debe realizar un monitoreo estricto de las transaminasas ya que no es posible descartar la coinfección por fiebre amarilla.



ABORDAJE INICIAL

Durante el curso de la enfermedad, así como posterior a esta, cabe la posibilidad que se presente situaciones de estigma asociado con la infección por fiebre amarilla llevando a la persona a ser excluida o aislada socialmente, deteriorando aún más la calidad de vida por la afectación emocional y psicológica tanto de los pacientes como de sus familiares y comunidades. Esto puede resultar en un deterioro de la salud mental, afectando la capacidad de los individuos. (En caso de identificarse, se establece la activación de la ruta de atención integral de salud mental que permite alertar, acompañar y referir aquellas situaciones que generen una afectación en la salud mental de una persona de su familia o de su comunidad).



ABORDAJE INICIAL

AL EXAMEN FÍSICO

Se debe realizar un examen físico completo prestando especial atención a signos como la:

- Ictericia
- Deshidratación
- Hepatomegalias
- Realizar un seguimiento estricto de los signos vitales y temperatura cada 4 horas.
- Alerta ante la presencia de bradicardia asociado a alta temperatura corporal puesto que es signo de mal pronóstico.

Ante la presencia de signos de inestabilidad clínica, se debe realizar reclasificación del caso y dar manejo según el grupo en el que se encuentre (ver tabla 5).



ABORDAJE INICIAL

LABORATORIOS INICIALES

Teniendo en cuenta las capacidades diversas de los laboratorios y centros médicos esta lista pueda variar según disponibilidad, sin embargo, se recomienda en todos los casos realizar:

- Niveles de transaminasas y bilirrubinas
- Hemograma con recuento de plaquetas
- BUN, creatinina, uroanálisis. (1)

Adicionalmente, buscando alteraciones hepáticas, se deben realizar los siguientes paraclínicos en el abordaje inicial del paciente (Ver tabla 6):



Tabla 6. Laboratorios iniciales.

Categoría	Prueba	Comentarios
Pruebas bioquímicas	Fosfatasa alcalina	Evaluación de la enfermedad hepatobiliar obstructiva.
	Alanina aminotransferasa (ALT)	Diagnóstico de hepatitis viral aguda, sobre todo cuando ALT > AST. Diagnóstico diferencial de obstrucción del conducto biliar, hepatopatía alcohólica.
	Aspartato aminotransferasa (AST)	Valor predictivo de evolución hacia encefalopatía y enfermedad grave.

Tabla 6. Laboratorios iniciales.

	Creatinina sérica	Elevada en las formas graves de la enfermedad. Pronóstico de insuficiencia hepática/renal aguda.
	Glucemia	Pueden ocurrir alteraciones glucémicas como resultado de la disfunción hepática y presentarse en pacientes con comorbilidades, como hipertensión arterial sistémica, diabetes <i>mellitus</i> y asma bronquial, entre otras.
	Bilirrubina total	La hiperbilirrubinemia (con predominio de la bilirrubina directa sobre la indirecta) es indicativa de disfunción hepática aguda y puede considerarse como un factor pronóstico de evolución hacia formas graves.

Tabla 6. Laboratorios iniciales.

Pruebas hematológicas	Hemograma completo con recuento de plaquetas	<p>El recuento de plaquetas es útil para evaluar tanto el riesgo de hemorragia como el seguimiento de la lesión hepática resultante de la infección por el virus de la fiebre amarilla.</p> <p>Evaluación de la hemoconcentración y la trombocitopenia en cuyo caso se debe suponer la co-infección con dengue o dengue como primera opción.</p> <p>Pueden presentarse leucocitosis con neutrofilia y desvío hacia la izquierda en las fases iniciales de la enfermedad.</p> <p>Leucopenia con linfocitosis y desvío hacia la izquierda a los tres o cuatro días del comienzo de la enfermedad, con eosinopenia.</p>
	Tiempo de protrombina/RNI	<p>Coagulograma: indicadores de letalidad.</p> <p>Tiempo de protrombina elevado: marcador de lesión hepática.</p>

Tabla 6. Laboratorios iniciales.

Pruebas hormonales	Prueba de embarazo	Para las mujeres con alto riesgo obstétrico.
Pruebas microbiológicas	Hemocultivo/ Urocultivo	Tomar muestras pareadas con antibiograma siempre que estén disponibles. Los pacientes pueden presentar cuadros infecciosos secundarios y evolución hacia sepsis.
Análisis de orina	Examen de análisis de sedimentos en orina	Evaluación de la densidad urinaria y la proteinuria, indicativas de formas graves de la enfermedad.

Tabla 6. Laboratorios iniciales.

Diagnóstico por imágenes	Electrocardiograma	No es un examen de rutina y debe utilizarse cuando hay alteraciones del ritmo cardíaco (bradicardia sinusal sin defectos de conducción, anormalidades del segmento ST-T y extrasístoles).
	Radiografía de tórax	De acuerdo con la evaluación clínica inicial y para descartar otros cuadros infecciosos.

Tomado De Manejo clínico de la Fiebre Amarilla en la región de las Américas (1)

ABORDAJE INICIAL

Para el contexto colombiano se recomienda la recolección de muestras a todos los casos probables vivos de fiebre amarilla para realizar pruebas como PCR y IgM (16), en los primeros 7 días del inicio del cuadro, sin embargo, esto no debe demorar el plan de manejo del paciente



ABORDAJE INICIAL

Si en el centro médico no cuenta con medición transaminasas y bilirrubinas debe iniciar proceso de remisión de manera inmediata según estratificación clínica.



ABORDAJE INICIAL

Es de alta importancia las siguientes consideraciones según el nivel de transaminasas hepáticas AST, ALT:

- Aumento hasta de cinco veces mayor al valor de referencia, es un signo de daño hepático en curso.
- Se debe monitorizar cada 12-24 horas buscando variaciones que siguieran una evolución y permite una reclasificación clínica oportuna.
- Las ALT también deben ser monitoreadas.



ABORDAJE INICIAL

Para tener en cuenta con el hemograma con recuento de plaquetas:

- Si el reporte muestra disminución por debajo de las 50.000/mm³ indica progreso de la enfermedad.
- Para los casos leves se debe realizar cada 24 horas.
- Para los casos graves se debe realizar cada 6-12 horas.



ABORDAJE INICIAL

En cuanto a las pruebas de función renal:

- Creatinina sérica > 2,0 mg/dl
- Proteinuria, hematuria.
- De igual forma si la complejidad lo permite se recomienda la toma de los siguientes paraclínicos e imágenes complementarias con la intención de diagnosticar o descartar otras Arbovirosis u otras patologías de compromiso hepático (Ver tabla 7) (1)



Tabla 7. Laboratorios complementarios.

Categoría (*)	Pruebas complementarias	Evaluación inicial y evaluación de pronóstico
Pruebas bioquímicas	Albúmina	Se puede reducir por el compromiso hepático.
	Creatina-fosfoquinasa	Útil para el diagnóstico diferencial de otras arbovirosis.
	Gamma-glutamil transferasa	Útil para el diagnóstico diferencial de los cuadros ictericos agudos en pacientes con dependencia crónica del alcohol.
	Urea	
		Útil para evaluar la indicación de diálisis en pacientes que presentan insuficiencia renal.

Tabla 7. Laboratorios complementarios.

	Amoníaco	Nivel arterial, si está disponible.
	Amilasa	Puede estar elevada y es útil especialmente para el diagnóstico diferencial de la pancreatitis aguda.
	Gasometría y lactato arteriales	Para la evaluación de la hipoperfusión o la enfermedad grave. En las fases iniciales de la enfermedad, puede haber alcalosis metabólica, que puede exacerbar la encefalopatía hepática. En las fases tardías de la enfermedad, puede haber acidosis metabólica por insuficiencia renal y aumento del lactato arterial.

Tabla 7. Laboratorios complementarios.

	Bicarbonato sérico	Útil para evaluar la acidosis metabólica, pero no siempre está disponible en el nivel de atención primaria.
	Minerales séricos (calcio, cloro, fosfato, magnesio, potasio, sodio)	Se puede observar hiponatremia, hiper/hipocalcemia, hipomagnesemia, hiper/hipofosfatemia e hiper/hipocalcemia.
	Proteína C reactiva/velocidad de hemosedimentación	Pruebas poco sensibles, pero útiles para evaluar los cuadros inflamatorios e infecciosos agudos.
	Lipasa sérica	Para el diagnóstico diferencial de pancreatitis aguda.

Tabla 7. Laboratorios complementarios.

Pruebas hematológicas	Malaria (gota gruesa)	Para el diagnóstico diferencial de los cuadros febriles hemorrágicos agudos,
		especialmente en las zonas donde la malaria es endémica y en las zonas de explotación minera.
	Prueba inmunológica para el dengue	Para el diagnóstico diferencial de los cuadros febriles hemorrágicos agudos.

Tabla 7. Laboratorios complementarios.

Pruebas hematológicas	Pruebas inmunológicas para las hepatitis virales: anti-HAV IgM, anti-HCV, HCV ARN, HBsAg, anti-HBc IgM, virus del herpes simple y virus de la varicela zóster	Indicadas si se observa aumento de los niveles de transaminasas séricas y si se descartó el diagnóstico de FA. Hay que considerar el vínculo epidemiológico y los factores de riesgo.
	Leptospirosis	Para el diagnóstico diferencial de los cuadros febriles hemorrágicos agudos. Hay que considerar el vínculo epidemiológico y los factores de riesgo para definir el tratamiento cuando no se dispone de pruebas de laboratorio específicas.
	VIH	Para evaluar la presencia de comorbilidades y el estado inmunitario del paciente.

Tabla 7. Laboratorios complementarios.

Diagnóstico por imágenes	Ecografía abdominal	Ecografía solamente para pacientes con alteraciones muy importantes en los análisis de laboratorio o complicaciones durante la evolución de la enfermedad.
--------------------------	---------------------	--

(*) Las pruebas toxicológicas, la prueba del nivel de ceruloplasmina sanguínea y los análisis de marcadores de enfermedades autoinmunitarias son de costo elevado, en general están disponibles en servicios de alta complejidad y deben considerarse solamente si se descartó el diagnóstico de FA.

Tomado de Manejo clínico de la Fiebre Amarilla en la región de las Américas 2023 (1)

GRUPO A

Si el paciente cursa con un cuadro clínico de dos o tres días de evolución, que se limita a fiebre, dolor abdominal sin irritación peritoneal, náuseas sin emesis y los laboratorios son inespecíficos, quiere decir que el paciente cursa con una enfermedad leve y se encuentra clasificado en el grupo A. (1)



GRUPO A

Este paciente puede ser manejado en un nivel de baja complejidad

- 48 horas de vigilancia en hospitalización.
- Hidratación oral 60-80ml/Kg/día o vía intravenosa 30ml/kg/día (si no tolera vía oral)
- Limitar el uso de acetaminofén a un máximo de 3 gr/ día.
- No usar AINES o ácido acetil salicílico.
- Evitar vías intramusculares.
- Uso de mosquitero o toldillo sin impregnar.



GRUPO A

- Durante la estancia hospitalaria, repetir toma de paraclínicos cada 24 horas hasta completar siete días de inicio del cuadro. (Transaminasas, hemograma y funcional renal)
- Realizar notificación al SIVIGILA, según protocolo nacional de vigilancia en salud pública de fiebre amarilla. (2) (Cod. INS 310.)
- Si el paciente no presenta picos febriles en las últimas 48 horas y no presenta alteraciones clínicas y de laboratorio (Hemograma con recuento de plaquetas, ALT, AST, BUN, creatinina, uroanálisis) se puede indicar el alta hospitalaria y programar el seguimiento. (10)



GRUPO A

- Considerar continuar con la hospitalización si el paciente presenta con condiciones especiales, determinar si tiene barreras de acceso al servicio de salud o vive solo en su residencia.
- Si se da alta y el caso no fue confirmado se recomienda realizar vacunación.
- Educar sobre signos y síntomas de alarma y gravedad.
- Valoración y tomas de paraclínicos (transaminasas) de control en los pacientes ambulatorios cada 24 horas por el servicio de urgencias para asegurar los tiempos establecidos, hasta completar los 7 días del inicio de los síntomas.



GRUPO B

Ante la evidencia uno o más de los signos y síntomas de alarma como:

- Deshidratación (Debilidad, mucosas secas, ojos hundidos, mareos, mucosas secas, hipotensiones ortostáticas, sensación de sed moderada, orina concentrada).
- Emesis, diarrea, dolor abdominal persistente
- Hemorragia leve (epistaxis, gingivorragia, petequias)
- Reportes de laboratorio de AST superior a los 500 U/l sumado a recuento de plaquetas menor a $50.000/\text{mm}^3$ o presencia de proteinuria, se clasifica el paciente en el grupo B el cual debe ser manejo en mínimo un nivel de complejidad media. (1)



GRUPO B

Dentro del manejo recomendado se encuentra:

- Hidratación intravenosa 20-30 mg/Kg/H.
- Dipirona dosis máxima de 8 g/día vía intravenosa
- Acetaminofén dosis máxima de 2 g/día vía oral
- Control de líquidos.
- Uso de mosquitero o toldillo sin impregnar



GRUPO C

Si a las 24 horas el paciente persiste con estos síntomas:

- Deshidratación
- Varios episodios de emesis
- Náuseas, diarrea
- Excreción urinaria alterada
- Patrón hemodinámico alterado



GRUPO C

O si presenta síntomas y signos de gravedad tales como:

- Ictericia
- Melenas
- Hematemesis
- Oliguria
- Confusión mental / convulsión
- Manifestaciones hemorrágicas
- Taquipnea
- Hipotensión
- Signos de hipoperfusión sanguínea.
- AST > 2.000 U/l
- Creatinina sérica > 2,0 mg/dl
- INR > 1,5



GRUPO C

Se reclasifica el paciente en el grupo C, se debe trasladar al paciente a una unidad de cuidados intensivos, se recomienda administrar cristaloideos a 20ml/kg/20 minutos. (1)

Algunos datos de laboratorio podrían llegar a fungir como indicadores de pronóstico reservado, como un aumento de 1.000 células/ μ l en neutrófilos eleva la razón de riesgo a 1,21; cada incremento de 100 U/l en AST ajusta la razón a 1,01; un alza de 1 mg/dl en bilirrubina indirecta implica un aumento de riesgo a 1,41. Además, niveles de creatinina por encima de 1,2 mg/dl, la presencia de diabetes mellitus, un RNI mayor a 1,5 y encefalopatía hepática de grado IV son factores que indican un alto riesgo de complicaciones, puntuación APACHE II un aumento de la razón de riesgo en 1,08 y las encefalopatía hepática de grado IV aumenta la razón de riesgo en 2,01. (1)



GRUPO C

Durante el curso de la enfermedad se pueden presentar dos condiciones de forma tardía, en las cuales se le debe dar seguimiento al paciente con paraclínicos y remisión a gastroenterología como primera medida;

- La ictericia persistente y progresiva donde posteriores a los 7 días de inicio del cuadro el paciente presenta aumento significativo de bilirrubinas totales a espesas de la directa.
- La hepatitis tardía la cual puede presentarse hasta 60 días después del inicio del cuadro con niveles de transaminasa superiores a las 500 U/l y que pueden superar los 1.000 U/l.



GRUPO C

En lo referente a la gestión del proceso de referencia y en conformidad con lo establecido en el artículo 2.5.3.2.16 del Decreto 780 de 2016, en cualquiera de los escenarios donde se requiera un traslado, el prestador de servicios de salud deberá realizar la solicitud a la aseguradora del paciente especificando el tipo de atención solicitada.

“Una vez recibida la solicitud, la aseguradora dará respuesta definiendo el prestador de servicios de salud receptor dentro de su red integral e integrada de salud para la atención requerida o por fuera de esta sí no hay disponibilidad”



GRUPO C

En concordancia con lo estipulado en la resolución 2335 de 2023 y en vista que se trata de un paciente Triage 2, la aseguradora cuenta con un máximo de dos (2) horas; en el caso que la aseguradora no dé una respuesta dentro de este tiempo, la IPS deberá informar al CRUE o a la secretaria de salud, sin que haya lugar a glosar las facturas con el argumento de tratarse de un servicio o traslado asistencial no autorizado o no perteneciente a su red integral e integrada.

En cualquiera de los escenarios donde se requiera remisión del paciente se debe informar a la IPS receptora que se trata de un caso de interés en salud pública e las medidas de asilamientos vectorial requeridas.



ALTA HOSPITALARIA

Se debe considerar los siguientes escenarios para el alta hospitalaria en pacientes quienes requirieron manejo hospitalario por fiebre amarilla. (1):

- Ausencia de picos febriles en las últimas 48-72 horas
- Clínicamente estable en los últimos 7 días
- Sin episodios de sangrado en los últimos 7 días
- Descenso de los niveles de transaminasas por debajo de los 1.000U/l
- Descenso de los niveles de bilirrubinas.
- Plaquetas con tendencia al ascenso.



ALTA HOSPITALARIA

De igual forma asegúrese que le paciente entienda los signos y síntomas de gravedad para re consultar

- Fiebre alta.
- Piel y ojos amarillos.
- Orina muy escasa u oscura.
- Sangrado de las encías, la nariz, la vagina o el recto.
- Sensación de debilidad, mucha sudoración o mareos.
- Palidez. (25)



ALTA HOSPITALARIA

Recomendaciones generales para las personas afectadas por el virus de la fiebre amarilla

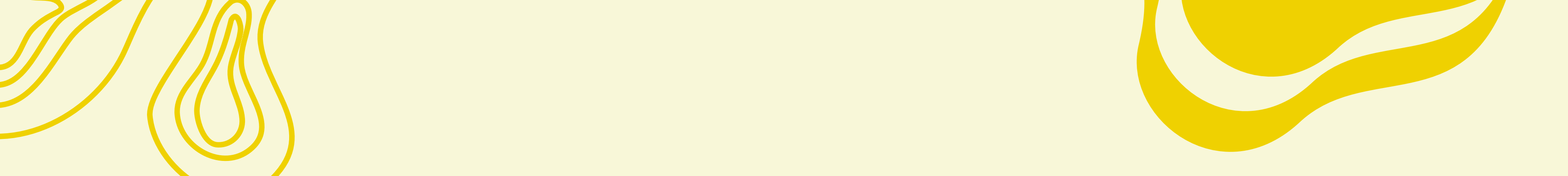
- Se recomienda evitar el consumo de medicamentos auto formulados (amoxicilina, eritromicina, fluconazol, aspirina, diclofenaco) por el riesgo agravar el cuadro clínico de la fiebre amarilla.
- Se recomienda evitar el consumo de bebidas alcohólicas o embriagantes, así como de productos con nicotina, energizantes o bebidas azucaradas.



ALTA HOSPITALARIA

- Se recomienda evitar la aplicación de medicamentos por la vía intramuscular
- Se recomienda evitar el consumo de comidas rojas, altas en grasa o productos fritos, así como de productos altos en sal.
- Evitar la automedicación con productos naturales o medicina tradicional durante el transcurso de la enfermedad.





SEGUIMIENTO AL PACIENTE

Una vez se da de alta al paciente se recomienda iniciar el seguimiento como máximo al día 7 días del egreso hospitalario con transaminasas (AST), estas valoraciones se programarán como consultas prioritarias con el fin de garantizar los tiempos estipulados.



Tabla 8. Seguimiento del paciente post infección por fiebre amarilla.

Tabla 8. Seguimiento del paciente post infección por fiebre amarilla		
Seguimiento máximo a los 7 días del alta hospitalaria	AST >500U/l	Seguimiento cada 2 semanas hasta encontrar AST <500U/l Descartar otras causas.
	AST <500U/l	Seguimiento cada mes por 3 meses
Seguimiento cada mes por 3 meses	Presencial de alteraciones clínicas o de laboratorio	Continuar en seguimientos mensual por 3 meses Descartar otras causas
	Sin alteraciones clínica o de laboratorio	Alta medica

Basada en Manejo clinico de la Fiebre Amarilla en la región de las Américas (1)

SEGUIMIENTO AL PACIENTE

Si el paciente presenta alteraciones clínicas o de laboratorio durante el seguimiento descrito en la tabla 8 que pueda comprometer gravemente la salud del paciente este debe ser direccionado a un servicio de urgencias.

Durante las búsquedas de otras causas de hepatopatías, se recomiendan los siguientes paraclínicos (1):

- Serología para hepatitis A (bifásica), B y C.
- Serología para VIH
- Ecografía abdominal



SEGUIMIENTO AL PACIENTE

Durante el seguimiento al paciente se debe evaluar las condiciones de salud mental, de estigma y de riesgo psicosocial del afectado y su familia, su red de apoyo y las alteraciones de calidad de vida como efecto del curso de la enfermedad.

Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios o quien haga sus veces deben garantizar todas las prestaciones necesarias para el seguimiento a los pacientes según se estipula en este lineamiento.



VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Para efectos de los procesos de vigilancia en salud pública se deben remitir a lo establecido en el protocolo pertinente para fiebre amarilla establecido por el Instituto Nacional de Salud.

Se debe recordar que un caso probable de fiebre amarilla y las muertes probables de fiebre amarilla deben reportarse de manera superinmediata al SIVIGILA. Adicionalmente, se debe notificar al referente nacional por parte del ente territorial por llamada telefónica, correo electrónico o cualquier otro medio inmediato. (26)



VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Cabe aclarar que lo mencionado en este apartado corresponde únicamente al proceso de vigilancia en salud pública el cual es complementario al abordaje clínico integral y no debe intervenir en los planes de manejo que pueden incluir una sospecha clínica.



VACUNA FIEBRE AMARILLA

La vacuna contra la fiebre amarilla se desarrolló en los años 30, tras la identificación del virus y su modo de transmisión. Es una herramienta crucial en la lucha contra esta enfermedad potencialmente mortal. Su alta eficacia, muy buen perfil de seguridad comprobado y la protección de larga duración que ofrece, hacen de la vacunación la estrategia más efectiva para controlar la fiebre amarilla en áreas endémicas y prevenir su expansión a nuevas regiones. La cooperación internacional, el acceso equitativo a la vacuna y las iniciativas de salud pública son fundamentales para mantener bajo control esta enfermedad. (27)





VACUNA FIEBRE AMARILLA

Consiste en una cepa viva atenuada del virus, conocida como 17D, cultivada en huevos embrionados de pollo. La vacuna, debe ser almacenada entre 2°C - 8°C para no alterar sus propiedades, la vacunación en condiciones adecuadas produce una respuesta inmunitaria robusta, con una eficacia superior al 95% en quienes la reciben. (28)





VACUNA FIEBRE AMARILLA

Desde 1998, la vacuna contra la fiebre amarilla se implementó a través de jornadas masivas de vacunación en zonas endémicas. En el 2003, ingresa de manera universal al programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI incluyéndose en el esquema permanente para la población de 12 a 23 meses.





VACUNA FIEBRE AMARILLA

Hoy en día, la vacuna contra la fiebre amarilla forma parte del esquema nacional de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones de manera gratuita y se recomienda la aplicación de una dosis única de por vida (no requiere refuerzos) en las IPS vacunadoras del país, para las siguientes poblaciones: (11)



CLINICA DEL SISTEMA NERVIOSO
RENOVAR S.A.S.

NIT 822.001.338-0



VACUNA FIEBRE AMARILLA

Todos los niños y niñas de 12 a 23 meses de edad (Esquema Nacional del Programa Permanente);

- Niños y jóvenes a partir de la cohorte de nacidos del año 2009 en adelante, residentes en cualquier municipio del país, que no hayan recibido la dosis única de la vacuna;
- Población susceptible de 1 a 59 años residente en los municipios de alto riesgo.
- Viajeros a zonas de riesgo nacional e internacional.
- Población migrante, bajo las mismas características





VACUNA FIEBRE AMARILLA

Para el ingreso a Colombia se exige la vacuna contra fiebre amarilla a los viajeros procedentes de Angola, República Democrática del Congo, Uganda y Brasil y se recomienda tener una dosis de la vacuna contra fiebre amarilla en cualquier etapa de la vida (Entre 1 a 59 años, no se requiere revacunación) a todo residente o viajero nacional e internacional que habite o se desplace en los departamentos y municipios de riesgo y parques naturales. (3) (30) (31)



VACUNA FIEBRE AMARILLA

De acuerdo con lo anterior, para el ingreso y desplazamiento dentro del país en plan de turismo o por diferentes oficios; si no se dispone del antecedente vacunal, se recomienda aplicar la vacuna 10 días antes de ingresar a las zonas de riesgo identificadas por antecedente de circulación viral o nexos ecológico, entre otros factores, según se agrupan en el anexo 1 de los lineamientos nacionales de búsqueda de población susceptible de fiebre amarilla: “Entidades territoriales y municipios clasificados como de alto riesgo (11), los cuales se relacionaron en el numeral 1 de este lineamiento.



VACUNA FIEBRE AMARILLA

Antes de realizar la vacunación se deben verificar antecedentes y condiciones de salud que pudieran generar precauciones o contraindicaciones para la vacunación contra la fiebre amarilla. También, es requisito diligenciar la encuesta previa de vacunación para pacientes entre los 18 y 59 años. Disponible en el siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/formatoencuesta-previa-vacunacion-mayores.pdf> (Ver anexo 3.)



VACUNA FIEBRE AMARILLA

Las personas que en el proceso de vacunación rechacen la aplicación de la vacuna, deben asumir el riesgo que se corre al no estar inmunizados contra esta enfermedad y deben diligenciar el documento de no aceptación del biológico. (Ver anexo 3.)



ADMINISTRACIÓN

Se presenta en forma de polvo (frasco de 10 dosis) y disolvente de 5 ml para suspensión inyectable. (se restablecen 10 dosis de 0,5 ml c/u).

Se debe usar el diluyente que se recibió junto con el liofilizado que recomienda el fabricante del producto.

Después de la reconstitución la suspensión es de color beige a beige-rosado, más o menos opalescente y se debe utilizar dentro de las 6 horas siguientes.

Si bien en el PAI disponemos de vacuna de fiebre amarilla multidosis, a nivel privado se dispone de vacuna monodosis, por lo anterior, se recomienda siempre verificar el inserto de la vacuna.



ADMINISTRACIÓN

Dosis y vía de administración: Aplicar por vía subcutánea, región deltoidea, 0,5 ml de vacuna con aguja calibre 25G x 5/8". No administrar por vía Intramuscular o vascular.

De igual forma se debe tomar en cuenta las contraindicaciones para la vacunación que se describen a continuación:



CONTRAINDICACIONES

- Alergia al principio activo o a cualquiera de los componentes de la vacuna. Alergia grave a la proteína del huevo; en caso de aplicarse, puede presentarse urticaria, exantema y crisis de bronquitis asmática (un caso por millón).
- Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, por ejemplo, antecedentes de leucocitosis, linfomas, procesos neoplásicos o en terapia de larga evolución con corticoides, antineoplásicos o radioterapia, así como en personas afectadas de infección por el VIH con SIDA.



CONTRAINDICACIONES

- Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxis) después de una dosis anterior o a un componente de la vacuna. (Derivados de huevo, proteínas de pollo, gelatina, látex, entre otros)
- Población menor de 6 meses.
- Sistema inmune debilitado por alguna razón, por enfermedad o debido a un tratamiento médico (por ejemplo, corticoide o quimioterapia).
- Inmunodeficiencias primarias, neoplasias malignas, y tratamientos relacionados con transplantes, inmunodepresor o inmunomodulador.



CONTRAINDICACIONES

- Antecedentes de problema del Timo o personas timectomizadas (se le ha extirpado por alguna razón).
- Enfermedad acompañada de fiebre alta, o moderada o una infección aguda. Se debe retrasar la vacunación hasta después que se haya recuperado.
- Embarazo y lactancia en los primeros 6 meses.
- Si la persona fue vacunada contra el cólera o la fiebre tifoidea, se debe dejar un intervalo de tres semanas para la vacunación contra fiebre amarilla.



ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES

- Población de 60 años y más, y población infantil de 6 a 11 meses, no deben recibir la vacuna contra fiebre amarilla, a menos que haya una autorización expresa del Ministerio de Salud y Protección Social



ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES

- Si la persona que requiere la vacuna tiene algún trastorno sanguíneo (como hemofilia o un bajo nivel de plaquetas), o está tomando medicamentos que reducen la coagulación sanguínea. Aun así, se puede recibir la vacuna contra fiebre amarilla siempre que se inyecte por vía subcutánea, en institución hospitalaria y bajo supervisión médica con las recomendaciones para aplicar inyecciones a pacientes con esta condición, garantizando de esta manera el poder controlar cualquier situación que llegue a presentar el paciente.



ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES

- La vacuna contra la fiebre amarilla se puede administrar a pacientes infectados por el VIH asintomáticos, con buena adherencia a tratamiento antirretroviral, adecuado estado inmunológico y cargas virales indetectables, según el criterio médico.



COADMINISTRACIÓN

En la coadministración de la vacuna de la fiebre amarilla y otras de tipo vivas se han descrito potencial interferencia invítro. Sin embargo, la OMS/OPS recomienda la aplicación simultanea de la vacuna de fiebre , amarilla con otras vivas como son Triple viral (Sarampión, Rubeola y Paperas), varicela, entre otras; y si no se administran al mismo tiempo, se debe esperar un mes (4 semanas) entre una y otra vacuna viva para su aplicación.



COADMINISTRACIÓN

En cuanto a la administración de vacunas de tipo inactivas y fiebre amarilla no se presentan interferencias, por lo que se pueden aplicar en diferentes tiempos, sin embargo, por logística y optimización de recursos se recomienda su aplicación conjunta con otros biológicos.



OTRAS RECOMENDACIONES

En caso de personas que por motivos médicos no se pueda administrar la vacuna, esto debe ser certificado por las autoridades competentes o médico tratante.

Si una persona es inmunodeficiente y requiere viajar a un área endémica de fiebre amarilla, debe informarse sobre otros métodos para evitar picaduras de los mosquitos, como ropas impregnadas de piretroides, jabones repelentes, toldillos impregnados de piretroides, anjeos, etc., y darse la certificación médica de que no puede ser vacunado. (4)



SEGURIDAD DE LA VACUNA

Al igual que todos los medicamentos, esta vacuna puede producir efectos adversos, aunque no todas las personas los sufran. A continuación, podemos encontrar las reacciones adversas de la vacuna contra la fiebre amarilla clasificadas por frecuencia y gravedad.



SEGURIDAD DE LA VACUNA

LEVES.

Se puede presentar posterior a la aplicación de la vacuna enrojecimiento, edema, y dolor en el sitio de la aplicación. Fiebre y febrícula, así como, cefalea entre 3 y 7 días. También se ha descrito astenia, dolor muscular, mialgias, malestar general y escalofríos.





SEGURIDAD DE LA VACUNA

GRAVES.

Son muy poco frecuentes, pero se ha descrito reacción alérgica/anafiláctica, de cero a 1 hora post vacunación en menos de 1 caso por cada 8 millones de dosis aplicadas.





SEGURIDAD DE LA VACUNA

Los eventos adversos graves son de muy baja frecuencia, generalmente descritos en menores de 6 meses y mayores de 60 años. Se clasifican como neurotrópicos y viscerotrópicos.



SEGURIDAD DE LA VACUNA

La enfermedad neurotrópica (YEL-AND) y la enfermedad viscerotrópica (YEL-AVD), generalmente se manifiestan posterior a 30 días de la vacunación, sin embargo, se pueden presentar síntomas relacionados entre 8 a 10 días. La enfermedad neurotrópica puede presentarse de dos formas: encefalomielitis aguda diseminada o encefalitis, con síntomas que incluyen fiebre alta, cefalea, confusión y déficits neurológicos; o con afectación del sistema nervioso periférico, ictericia, trombocitopenia, elevación de transaminasas, bilirrubinas totales, hemorragia e insuficiencia renal con síntomas como debilidad de las extremidades y disminución de los reflejos





SEGURIDAD DE LA VACUNA

También se han observado casos de meningitis aséptica y convulsiones, aunque no cumplen los criterios de enfermedad neurotrópica. Por otro lado, la enfermedad viscerotrópica puede manifestarse con signos iniciales inespecíficos, que pueden evolucionar rápidamente hacia alteraciones orgánicas graves, hepáticas, musculares, respiratorias y renales. (28) (10)



Incidencia de enfermedad neurotrópica y viscerótropica por vacuna de fiebre amarilla

Enfermedad neurotrópica	Fiebre amarilla 17D-204	3-18 Días.	4-8/1 000 000 vacunados
	Fiebre amarilla 17DD	3-18 Días.	5,6/1 000 000 vacunados
Enfermedad viscerotrópica.	Fiebre amarilla 17D-204	3-60 Días.	3,1 – 3,9/1 000 000 vacunados
	Fiebre amarilla 17DD	3-60 Días.	0,19 /1 000 000 vacunados

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Global Manual on Surveillance of Adverse Events Following Immunization, update 2016. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206144>



Eventos adversos vacuna de fiebre amarilla según inserto del biológico disponible en el PAI

Efectos adversos graves	Reacciones alérgicas	Erupción cutánea, picor o urticaria. Hinchazón de la cara, labios, lengua u otras partes del cuerpo. Dificultad la tragar o respirar. Pérdida de la consciencia.
	Reacciones que afectan al cerebro y los nervios: Estas pueden tener lugar un	Fiebre alta con dolor de cabeza y confusión. Cansancio extremo. Rigidez de cuello. Inflamación del cerebro y tejido nervioso. Crisis de movimientos incontrolados.
	mes después de la vacunación y algunas veces han sido mortales.	Pérdida de movimiento o pérdida de sensaciones que afecté algunas partes del cuerpo o el cuerpo entero (Síndrome de Guillain-Barré o déficit neurológico focal).



Eventos adversos vacuna de fiebre amarilla según inserto del biológico disponible en el PAI

Reacciones graves que afectan los órganos vitales

Puede aparecer en los 10 días siguientes a la vacunación y puede ser mortal. La reacción puede parecerse a una infección por el virus de la fiebre amarilla. Comienza generalmente con una sensación de cansancio, fiebre, dolores de cabeza, dolores musculares y algunas veces con bajada de la presión. Puede entonces seguir con trastornos musculares y hepáticos graves, disminución en el número de algunos tipos de células sanguíneas que resultan en moretones o hemorragias inusuales y un riesgo aumentado de infecciones y deterioro de las funciones normales de los riñones o pulmones. En caso de presentar alguno de estos síntomas acudir al médico inmediatamente.



Eventos adversos vacuna de fiebre amarilla según inserto del biológico disponible en el PAI

Otros Efectos adversos	Muy frecuentes (pueden afectar a más de 1 de cada 10 personas)	Dolor de cabeza. Cansancio o debilidad (astenia) de ligera a moderada. Dolor o malestar en el lugar de la inyección. Dolores musculares. Fiebre (en los niños). Vomito (en los niños).
	Frecuentes (pueden afectar a 1 de cada 10 personas)	Fiebre (en los adultos). Vómito (en los adultos). Dolores en las articulaciones. Ganas de vomitar (nauseas). Reacción en el lugar de la infección: enrojecimiento, moretones, hinchazón o aparición de un bulto duro.



Eventos adversos vacuna de fiebre amarilla según inserto del biológico disponible en el PAI

	Poco Frecuentes (pueden afectar a una de cada 100 personas)	Sensación de vértigo. Dolor de estómago. Grano (pápula) en el lugar de la inyección.
	Raras (pueden afectar a una de cada 1000 personas)	Diarrea. Escurreimiento, comezón o congestión nasal (rinitis).
	Frecuencia no conocida (no puede)	Ganglios inflamados (linfadenopatía). Entumecimiento o sensación de hormigueo (parestesia).
	estimarse a partir de los datos disponibles)	Enfermedad parecida a la gripe.



Eventos adversos vacuna de fiebre amarilla según inserto del biológico disponible en el PAI

Otros efectos adversos en niños	Muy frecuentes (Pueden afectar a más de 1 de cada 10 personas)	Irritabilidad, llanto. Pérdida de apetito. Somnolencia.
---------------------------------	--	---

Fuente Inserto biológico vacuna disponible en el PAI Colombia



SEGURIDAD DE LA VACUNA

Ante la presencia de cualquier trastorno, síndrome, signo, síntoma o rumor que puede o no ser causado por el proceso de vacunación o inmunización y que ocurre posterior a la aplicación de una vacuna (eventos presuntamente atribuibles a la vacunación), se debe realizar la respectiva notificación siguiendo la guía de notificación de Evento Adverso posterior a la Vacunación - EAPV del INS e INVIMA, y las actividades respectivas según la clasificación de la gravedad. (32)



ATENCIÓN EN EL MARCO DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD

Los Equipos Básicos de Salud contribuirán a incrementar las coberturas de las intervenciones individuales de promoción de la salud, detección temprana, protección específica y gestión para la vigilancia epidemiológica en salud pública y la atención de las enfermedades de interés en salud pública, de acuerdo con las necesidades en salud identificadas en el marco de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud – APS.
(33)



ATENCIÓN EN EL MARCO DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD

Dentro de las actividades de los equipos básicos para el abordaje de la fiebre amarilla en micro territorios con condiciones de riesgo, incluyen:

- **Educación para la Salud:** Desarrollar procesos educativos dirigidos a las comunidades para fomentar prácticas de salud y cuidado preventivo contra la fiebre amarilla, como la importancia de la vacunación, las medidas de protección personal y de control del vector.



ATENCIÓN EN EL MARCO DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD

- **Detección Temprana y Protección Específica:** Facilitar la identificación temprana de casos con sospecha clínica de fiebre amarilla, educar sobre las recomendaciones generales para la fiebre amarilla, así como identificar susceptibles y su incorporación en los planes de cuidado tanto desde el aspecto biológico como desde la salud mental.



ATENCIÓN EN EL MARCO DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD

- **Vigilancia Epidemiológica:** Gestionar y reportar casos probables de fiebre amarilla para activar los sistemas de vigilancia y respuesta epidemiológica, permitiendo una intervención oportuna para prevenir brotes. Así como el reporte de epizootias evidenciadas en los micro territorios.



ATENCIÓN EN EL MARCO DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD

- **Atención Integral:** En caso de detección de un caso sospechoso o confirmado; los profesionales de medicina y enfermería son los encargados de definir el plan de cuidado primario haciendo la coordinación con la red prestadora, principalmente el primer nivel de atención para la canalización de las personas en riesgo y afectadas por el virus de la fiebre amarilla para una atención intramural según lo establecido por este lineamiento y así garantizar una atención integral continua, incluyendo la identificación de riesgo, seguimiento, y si es necesario el ajuste del plan integral de cuidado, la atención psicosocial y el soporte a víctimas cuando sea necesario. Además; activan las acciones intersectoriales con el ente municipal.



ATENCIÓN EN EL MARCO DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD

- Ante confirmación de caso de fiebre amarilla, se debe divulgar la información de manera responsable, clara y oportuna, a las instancias responsables sobre el riesgo real de infección viral. Es necesario otorgar a la comunidad la información necesaria para evitar el contacto con vectores silvestres



ATENCIÓN EN EL MARCO DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD

- Las actividades de los EBS se organizan y se complementan acorde a la concurrencia, (Implementación del Presupuesto General de la Nación - PGN, Plan de Intervenciones Colectivas - PIC, Unidad de Pago por Capacitación - UPC y otras fuentes disponibles en el territorio incluida cooperación) que se tengan en el territorio para este fin, teniendo en cuenta lo planteado en el art. 15 de la Ley 1438 de 2011.
- Es importante señalar que las intervenciones que realice el EBS, debe ser parte integral de la ficha de caracterización y el plan de cuidado primario dispuesto por el Ministerio de Salud para tal fin.



CONDUCTA EN EL CASO DE MUERTE

Ante el fallecimiento de un caso probable por fiebre amarilla se indica como primera medida el acompañamiento del duelo a allegados y familiares, de igual forma sensibilizar en el reconocimiento de signos y síntomas sugestivos de esta enfermedad. Por otro lado, se indica la toma de muestras de suero y viscerotomía o biopsia post mortem como se establece en el Decreto 1693 de 1979.



CONDUCTA EN EL CASO DE MUERTE

La viscerotomía se trata de un procedimiento diagnóstico que corresponde a la extracción y examen de tejidos de órganos internos (principalmente hígado, aunque también se pueden enviar muestras de bazo, pulmón, cerebro, miocardio, medula ósea y riñón) (26), este procedimiento debe ser realizado a casos probables de fiebre amarilla en toda persona que fallezca por un síndrome febril icterico-hemorrágico de menos de 10 días. (16)



CONDUCTA EN EL CASO DE MUERTE

Dicha muestra deberá ser remitida al LDSP y de allí al Laboratorio de patología del Instituto Nacional de Salud para su respectivo análisis y su posterior diagnóstico etiológico. (7)

Este procedimiento de toma de muestras podrá ser realizado por cualquier médico titulado, el médico quien indique el procedimiento o de preferencia un médico patólogo (Decreto 786 DE 1990)



CONDUCTA EN EL CASO DE MUERTE

A continuación, se relata la técnica e insumos necesarios para realizar la viscerotomía, el cual puede ser modificado por el INS.

Materiales necesarios:

- Cuchillo pequeño, bisturí o cuchilla.
- Frasco con formol al 10% para depositar el tejido hepático obtenido.
- Seda y aguja para sutura o cerrar la incisión.
- Guantes de cirugía.
- Agua jabonosa lavado de manos.



CONDUCTA EN EL CASO DE MUERTE

Procedimiento:

- No deben estar presentes los familiares, pero debe haberse explicado previamente la razón de hacerlo, además de la obligatoriedad del procedimiento. El cadáver no necesita ser sacado del ataúd.
- Ubique el reborde costal inferior derecho.
- Practique una incisión de aproximadamente 7 cm de longitud, paralela a este reborde, la cual debe incluir la piel, el tejido celular subcutáneo, el músculo y el peritoneo en forma de abanico cabal para permitir el control de la profundidad del corte.



CONDUCTA EN EL CASO DE MUERTE

Procedimiento:

- Identifique el hígado y corte un fragmento de tejido de 2 x 1 cm, el cual se extrae e introduce en el frasco con formol al 10%.
- Cierre la herida con sutura o un tapón de algodón.
- Deseche la cuchilla o hoja de bisturí utilizada y lave sus manos con abundante agua y jabón.



CONDUCTA EN EL CASO DE MUERTE

La muestra debe obtenerse entre 6 – 12 horas máximo después de la muerte y a fin de lograr una fijación adecuada hacia el diagnóstico, se debe tener en cuenta lo siguiente (34):

- La muestra de hígado debe ser de 2x1 cms, pero no penetra en forma a las partes más profundas. Si es mayor de 2x1 cms, divide la muestra para el estudio.
- El formol de cubrir por completa la muestra o muestras para el estudio. Idealmente, la cantidad debe ser de diez a veinte veces mayor a él volumen del tejido hepático.



CONDUCTA EN EL CASO DE MUERTE

En caso de no disponer de formol neutro, puede usarse formol salino, reactivo que puede prepararse así: formol comercial 10 ml; agua 90 ml; sal de cocina 1 g. Si no hay formol, puede usar alcohol comercial corriente e inclusive bebidas alcohólicas como aguardiente o ron. (16)

De igual forma se debe recolectar tejido fresco en tubo seco o con solución salina estéril para detección molecular directa.



PRESTACIONES

A continuación, se presenta los códigos CIE 10 y CIE 11 de los diagnósticos diferenciales, así como los CUPS de las atenciones mencionadas en el presente lineamiento, los cuales pueden cambiar en las resoluciones de actualización de MinSalud.



CIE 10	CIE 11
A01 Fiebre Tifoidea y paratifoidea	1A07 Fiebre tifoidea
A90 Fiebre del Dengue (dengue clásico)	1D2Z Fiebre del dengue sin especificación
A91 Fiebre del dengue hemorrágico	1D22 Dengue grave
A92 Otras fiebres transmitidas por mosquitos	No aplica 1F2Z Otras enfermedades virales transmitidas por mosquitos y especificadas
A93 Otras fiebres virales transmitidas por artrópodos	No aplica (La nueva tipificación categoriza cada artrópodo)
A94 Fiebre viral transmitidas por artrópodos no especificados	No aplica
A95 Fiebre amarilla	1D47 Fiebre Amarilla
A98 Otras fiebres virales hemorrágicas	1D4Y Otras fiebres virales especificadas transmitidas por artrópodos fiebre hemorrágica transmitida por mosquitos

Tabla 10. Códigos CIE 10 – CIE 11 para búsqueda activa institucional.

B15 Hepatitis A	1E50.0 Hepatitis A aguda
B16 Hepatitis B	1E50.1 Hepatitis B aguda
B17 Otras Hepatitis virales agudas	1E50.Y Otra hepatitis viral aguda especificada
B50 Paludismo [malaria] debido a <i>Plasmodium falciparum</i>	1F40 Paludismo por <i>Plasmodium falciparum</i>
B51 Paludismo [malaria] debido a <i>Plasmodium vivax</i>	1F41.Z Paludismo por <i>Plasmodium vivax</i> sin complicaciones
B52 Paludismo [malaria] debido a <i>Plasmodium malariae</i>	1F42.Z Paludismo por <i>Plasmodium malariae</i> , sin complicaciones
B54 Paludismo [malaria] no especificado	1F4Z Paludismo, sin especificación

Tabla 10. Códigos CIE 10 – CIE 11 para búsqueda activa institucional.

G04.2 Meningoencefalitis no clasificadas	1C80 Encefalitis viral, no clasificada en otra parte
G92 Encefalopatía toxica	8D43.0 Encefalopatía de origen tóxico
G93.4 Encefalopatía no especificada.	8E47 Encefalopatía, no clasificada en otra parte

Tabla 10. Códigos CIE 10 – CIE 11 para búsqueda activa institucional.

K71 Enfermedad toxica del hígado	DB95 Hepatopatía tóxica o provocada por medicamentos
K75 Otras enfermedades inflamatorias del hígado	DB97 Algunas hepatopatías inflamatorias especificadas
R16 Hepatomegalia y esplenomegalia	ME10.0 Hepatomegalia y esplenomegalia
R17 Ictericia no especificada	ME10.1 Ictericia no especificada
R50 Fiebre de origen desconocido	MG26 Fiebre de otro origen o de origen desconocido

Tabla 10. Códigos CIE 10 – CIE 11 para búsqueda activa institucional.

PRUEBAS DE LABORATORIO

Prestación	Código cups
virus de fiebre amarilla anticuerpos IgM semiautomatizado o automatizado	906252
fiebre amarilla detección reacción en cadena de la polimerasa	A32019
fiebre amarilla aislamiento viral	A32025
transaminasa glutámico-pirúvica [alanino aminotransferasa]	903866
transaminasa glutámica oxalacética [aspartato aminotransferasa]	903867
hemograma iv (hemoglobina hematocrito recuento de eritrocitos índices eritrocitarios leucograma recuento de plaquetas índices plaquetarios y morfología electrónica e histograma) automatizado	902210
creatinina en suero u otros fluidos	903895
bilirrubinas total y directa	903809
Nitrógeno ureico	903856
Consulta de urgencias	890701

Tabla 11. Ministerio de Salud y Protección Social. Clasificación Única de Procedimientos en Salud.



OTRAS PRESTACIONES

Prestación	Código cups
vacunación contra fiebre amarilla	993504
traslado asistencial básico terrestre secundario	601T02
traslado asistencial básico acuático secundario	601A02
traslado asistencial medicalizado aéreo secundario	602E02
traslado asistencial medicalizado acuático secundario	602A02
traslado asistencial medicalizado terrestre secundario	602T02
Autopsia [NECROPSIA] parcial (VISCEROTOMIA) *	898302

Tabla 12. Listado de otras prestaciones relevantes.



PRESTACIONES

La fiebre amarilla se encuentra dentro de las enfermedades transmisibles de interés en salud pública con alta externalidad exentas de copagos o cuotas moderados incluyendo la vacunación (Decreto 1652 de 2022)



RESPONSABILIDADES DE LAS INSTITUCIONES

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

- Incluir en los procesos de calidad institucional como referente para la atención de casos de fiebre amarilla el presente lineamiento.
- Difundir y aplicar el lineamiento de atención clínica integral de la enfermedad de Fiebre amarilla.
- Garantizar la suficiencia de insumos para el desarrollo de este lineamiento.
- Identificar, clasificar y tratar el caso de acuerdo con los criterios establecidos en el lineamiento y realizar los ajustes necesarios o solicitados. Lo anterior también incluye la solicitud oportuna de las pruebas diagnósticas, diferenciales y de apoyo por laboratorio, así como el plan de manejo clínico según los criterios establecidos en el lineamiento.



RESPONSABILIDADES DE LAS INSTITUCIONES

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

- Brindar educación en salud para la prevención e identificación de factores de riesgo para la transmisión del Fiebre amarilla.
- Direccionar según sea el caso a las Rutas Integrales de Atención en Salud.
- Capacitar al personal médico y asistencial en las acciones a realizar para la adherencia al presente lineamiento.
- Analizar la información clínica y epidemiológica obtenida en su interacción con el paciente, en función de orientar la intervención sobre el individuo tanto desde la perspectiva terapéutica como en lo referido a la atención primaria.



RESPONSABILIDADES DE LAS INSTITUCIONES

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

- Realizar las unidades de análisis de los casos de fallecidos mediante la metodología establecida por el nivel nacional, para evaluar circunstancias de esta y calidad en la atención.
- Participar en la adaptación de las propuestas de control y prevención planteadas para el evento, de acuerdo con las competencias.
- Garantizar la suficiencia de toldillos sin impregnar con insecticidas según camas habilitadas y por ende del aislamiento vectorial de casos probables y probables de fiebre amarilla y otras ETV.
- En zonas endémicas para ETV, garantizar el control de potenciales criaderos de vectores en sus instalaciones sanitarias



RESPONSABILIDADES DE LAS INSTITUCIONES

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

- En áreas endémicas o en riesgo de transmisión de fiebre amarilla, incorporar en los equipos básicos de salud las capacidades y desarrollo de atenciones establecidas en el presente lineamiento
- Participar juntamente con las EAPB en la implementación de estrategias de vacunación para fiebre amarilla establecidas por la autoridad sanitaria.
- Reportar de según los lineamientos establecidos en el protocolo fármaco de vigilancia de EAPB en los tiempos designados.



RESPONSABILIDADES DE LAS INSTITUCIONES

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

- A través del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, garantizar el antecedente de vacuna para fiebre amarilla en el talento humano de la institución de áreas endémicas o en riesgo para fiebre amarilla, independiente de su modalidad de vinculación.
- Adecuar los servicios para la implementación del presente lineamiento.
- Participar en las estrategias de vigilancia en salud pública establecidas por la autoridad sanitaria.



RESPONSABILIDADES DE LAS INSTITUCIONES

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

- Realizar el seguimiento a la adherencia al presente lineamiento.
- Realizar plena identificación e intervención de los riesgos del individuo o la familia afectada por la infección sospechosa o confirmada de fiebre amarilla
- Generar, implementar y reportar el avance de los planes de mejora ante fallas identificadas frente al aseguramiento en el marco del lineamiento de atención



ANEXO 1 TABLA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Diagnóstico diferencial	Laboratorios diferenciales	Comportamiento de AST Y ALT	Tipo de patógeno	Tipo de contagio	Prueba específica	coexistencia con fiebre amarilla	síntomas compartidos	síntomas diferenciadores
Fiebre amarilla	Albuminuria, Leucopenia con linfógena, trombocitopenia los primeros días. incremento de la VSG, hiperbilirrubinemia a expensas de la directa.	ASL, ALT 5 veces mayor, puede llegar hasta mayor de 1.000 U/l	Virus de la fiebre amarilla, género <i>Flavivirus</i>	Únicamente vectorial Urbana y Selvática	IgM específica o RT-PCR	No aplica	No aplica	No aplica
Dengue	leucopenia, trombocitopenia, aumento del hematocrito, hemoconcentración.	Aumento Discreto	Virus del Dengue género <i>Flavivirus</i>	Únicamente vectorial	IgM específica	Si	cefalea, mialgias, artralgias, vomito y hematemesis.	Fiebre de tres días Sin presencia de albuminuria Derrames serosos



ANEXO 1 TABLA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Diagnóstico diferencial	Laboratorios diferenciales	Comportamiento de AST Y ALT	Tipo de patógeno	Tipo de contagio	Prueba específica	coexistencia con fiebre amarilla	síntomas compartidos	síntomas diferenciadores
Malaria	Anemia precoz, presencia de pigmento palúdico en los leucocitos, leucopenia,	Aumento discreto	Parasitaria <i>Plasmodium falciparum</i>	Vectorial Congénita Vía sanguínea	gota gruesa	Si	Fiebre, estupor, encefalopatía	tinte icterico ligero
Leptospirosis	Leucocitosis, neutrofilia, eosinopenia, VSG aumentada, BUN y creatinina aumentada	Discretamente elevadas (no superior a 500 UI/L)	Leptospira: <i>Leptospira interrogans</i> (espiroquetas)	Contacto de la piel excoriada o mucosas con agua o alimentos contaminados con orina de animales infectados, principalmente ratones	Rosa de bengala, aislamiento de la espiroqueta, IgG, IgM.		Fiebre, cefalea, mialgias, escalofríos y nauseas, hemorragia conjuntival, y albuminuria	Ictericia leve Hepato-esplenomegalia rigidez nucal



ANEXO 1 TABLA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Diagnóstico diferencial	Laboratorios diferenciales	Comportamiento de AST Y ALT	Tipo de patógeno	Tipo de contagio	Prueba específica	coexistencia con fiebre amarilla	síntomas compartidos	síntomas diferenciadores
Hepatitis	Urea normal, creatinina normal, ausencia de albuminuria, leucopenia, neutropenia, linfocitosis,	Muy elevadas. Los niveles de ALT por encima de los valores de AST	Virus de las hepatitis	A: transmisión fecal-oral B: transfusión de sangre, vertical, inyecciones y transmisión sexual C: transfusión de sangre, inyecciones y transmisión sexual D: transfusión de sangre, inyecciones y transmisión sexual; se requiere infección previa o concomitante por el virus B E: transmisión fecal-oral	Marcadores positivos para hepatitis b o delta		Fiebre, náuseas, vomito, diarrea, confusión, estupor, encefalopatía, coma y muerte.	Ninguna

ANEXO 1 TABLA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Diagnóstico diferencial	Laboratorios diferenciales	Comportamiento de AST Y ALT	Tipo de patógeno	Tipo de contagio	Prueba específica	coexistencia con fiebre amarilla	síntomas compartidos	síntomas diferenciadores
Fiebre tifoidea	leucopenia, neutropenia, anemia, trombocitopenia, leve linfocitosis	Aumento discreto	Bacterias gramnegativas	Infección hospitalaria, contaminación de heridas quirúrgicas, escaras, o ambas	cultivo de salmonella tiphy en sangre		astenia, anorexia, náuseas, vomito, dolor abdominal, diarrea o constipación. Epistaxis, melenas	fiebre que progresa paulatinamente por varias semanas, esplenomegalia en después de la segunda semana.
Fiebre hemorrágica por arenavirus	Leucopenia, plaquetopenia, hemoconcentración, azoemia intensa, proteinuria, disminución de albúmina	Normales	Arenavirus del complejo Tacaribe Virus Junín (FHA) Virus Machupo (FHB) Virus Guanarito (FHV)	Inhalación de aerosoles de saliva y excretas de roedores contaminados. Puede ser también por ingestión o contacto con cortaduras o	Aislamiento en cultivo de células, IgM o IgG		Fiebre, mialgias, mareo, náuseas, vomito, gingivorragias y melenas	Riñón edematoso, esplenomegalia, cardiomegalia.



ANEXO 1 TABLA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Diagnóstico diferencial	Laboratorios diferenciales	Comportamiento de AST Y ALT	Tipo de patógeno	Tipo de contagio	Prueba específica	coexistencia con fiebre amarilla	síntomas compartidos	síntomas diferenciadores
Fiebre tifoidea	leucopenia, neutropenia, anemia, trombocitopenia, leve linfocitosis	Aumento discreto	Bacterias gramnegativas	Infección hospitalaria, contaminación de heridas quirúrgicas, escaras, o ambas	cultivo de salmonella tiphy en sangre		astenia, anorexia, náuseas, vomito, dolor abdominal, diarrea o constipación. Epistaxis, melenas	fiebre que progresa paulatinamente por varias semanas, esplenomegalia en después de la segunda semana.
Fiebre hemorrágica por arenavirus	Leucopenia, plaquetopenia, hemoconcentración, azoemia intensa, proteinuria, disminución de albúmina	Normales	Arenavirus del complejo Tacaribe Virus Junín (FHA) Virus Machupo (FHB) Virus Guanarito (FHV)	Inhalación de aerosoles de saliva y excretas de roedores contaminados. Puede ser también por ingestión o contacto con cortaduras o	Aislamiento en cultivo de células, IgM o IgG		Fiebre, mialgias, mareo, náuseas, vomito, gingivorragias y melenas	Riñón edematoso, esplenomegalia, cardiomegalia.
				úlceras de la piel				

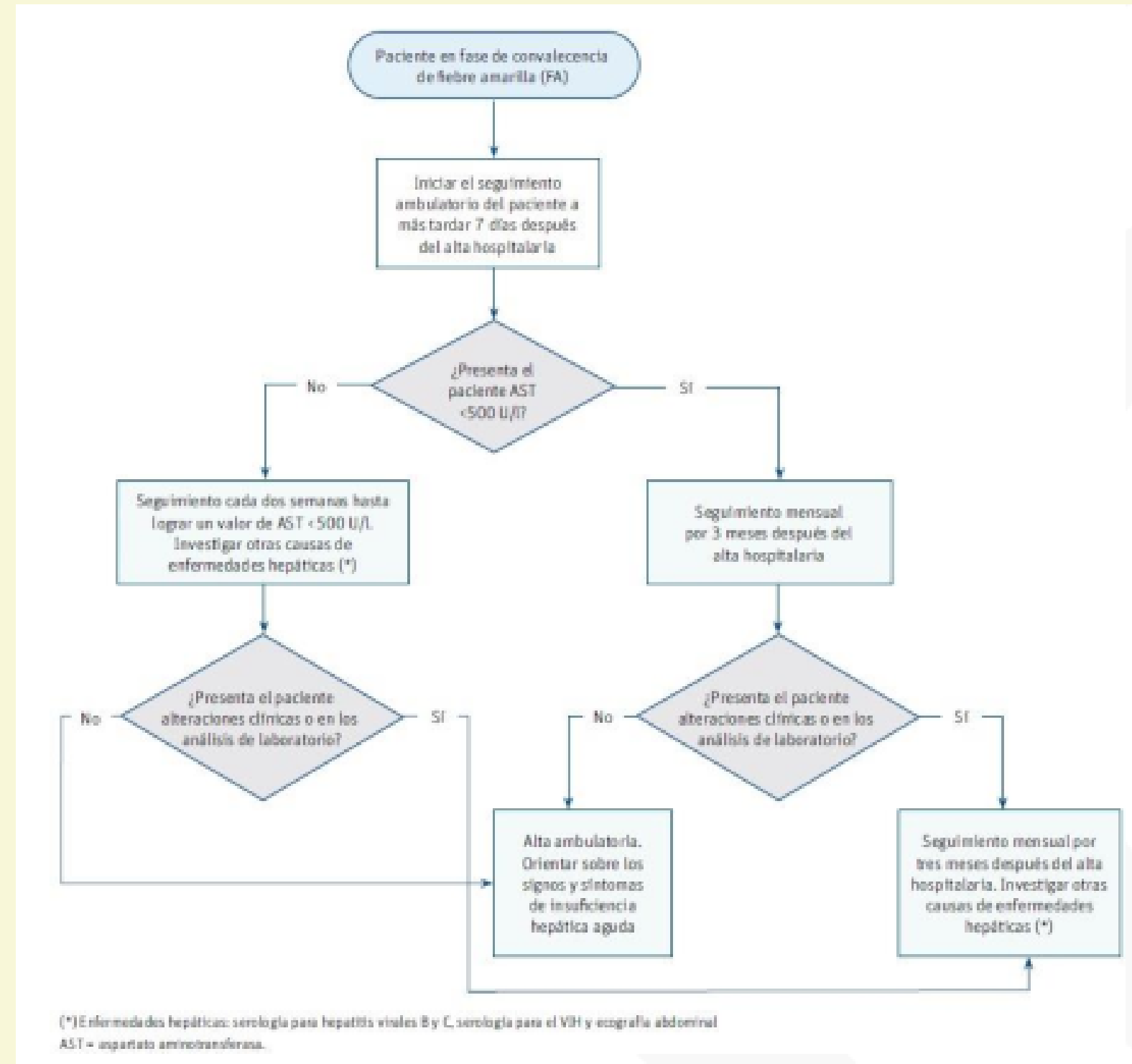
ANEXO 1 TABLA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- Basada en Ministerio de salud y protección social, Programa de apoyo a al reforma, Universidad Nacional de Colombia, Instituto de investigaciones publicas 2011 (16) y Rodriguez, Gerzain , Velandia , Martha y Boshell, Jorge 2003 (7).



ANEXO 2 ALGORITMOS

ALGORITMOS DE SEGUIMIENTO

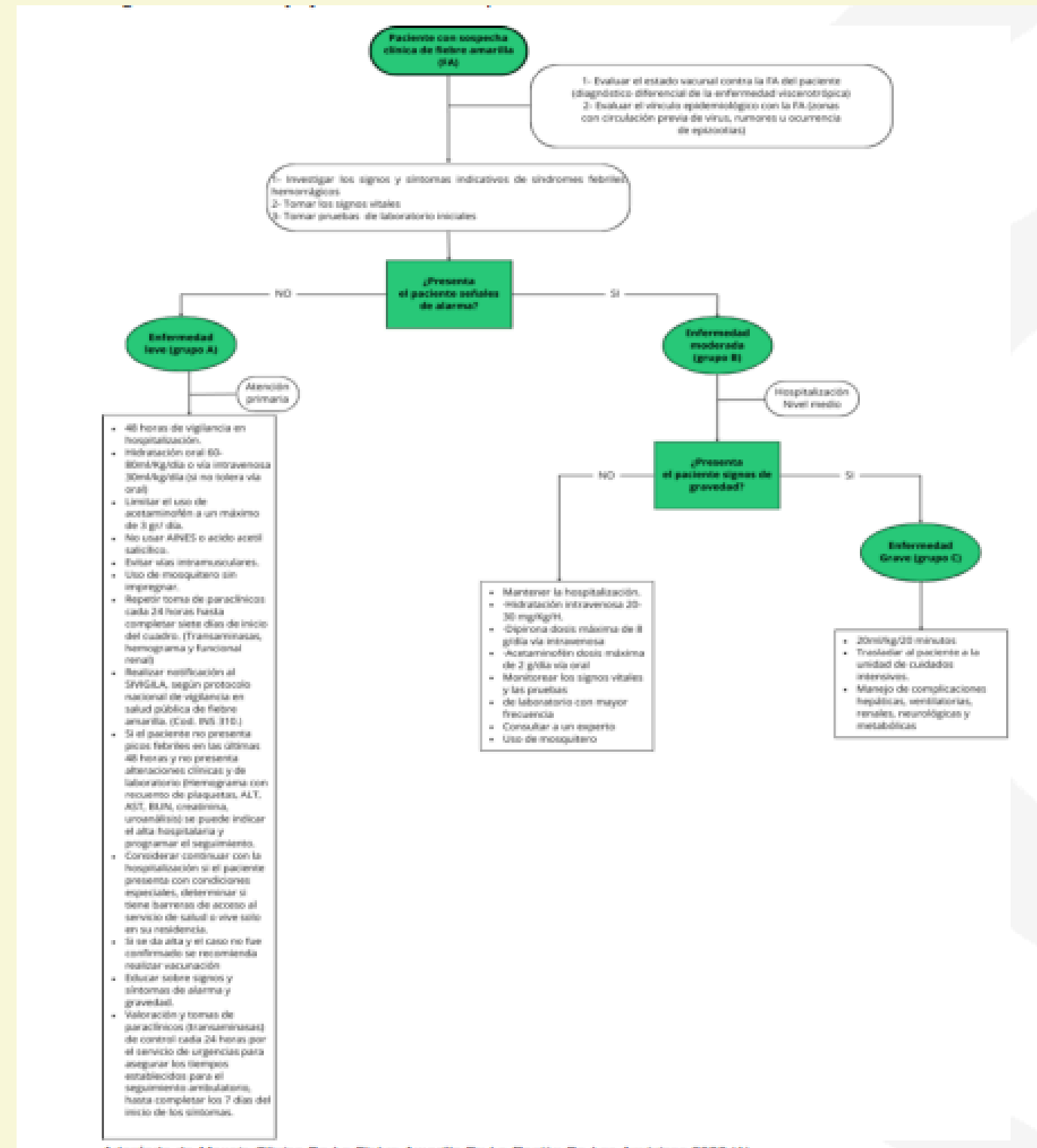


Tomado de
Manejo Clínico
De La Fiebre
Amarilla En La
Región De Las
Américas 2023
(1)



ANEXO 2 ALGORITMOS

ALGORITMO DE MANEJO Y CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE





Adaptado de
Manejo Clínico
De La Fiebre
Amarilla En La
Región De Las
Américas 2023
(1)



CLÍNICA DEL SISTEMA NERVIOSO
RENOVAR S.A.S.

NIT 822.001.338-0

ENCUESTA PRE Y POST VACUNACIÓN.

**Ecuador: Presidencia y Procuraduría
Subsecretaría de Enfermedades Transmisibles
Unidad Ejecutiva de Intervenciones
Programa Ampliado de Inmunización**

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla, solicite al usuario que por favor responda las siguientes preguntas:

Municipio: _____ **(País: ecuatoriana)** _____ **(Calle censal)** _____

Barrío, vereda, comunidad, otro... especificar

Comunidades	Fecha CUBEMAS	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número Documento de Identidad N°	Ejemplo	¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora?		¿Toma algún medicamento?		¿Tiene problemas de coagulación?		Ha presentado enfermedad febril aguda en el último mes?		Ha presentado reacción alérgica grave, después de cualquier vacuna de polio? O es alérgico a este suero o a componentes		Ha recibido alguna vacuna en los últimos 30 días?		¿Ha recibido transfusiones sanguíneas o medicamentos de transferencia de sangre en los últimos 3 meses?		Si vacunado	Lugar de nacimiento	Pertenencia de las comunidades
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

Tipo de identificación: CC = Cédula ecuatoriana, PE = Pasaporte, CE = Cédula de Extrajeros, SE = Adulto sin identificación.

(*) **Enfermedades inmunosupresoras, entre otros:** Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoide, enfermedad del hígado, (mieloma múltiple), insuficiencia renal o crónica, quimioterapia, enfermedades autoinmunes, síndrome múltiple, trasplante previo, tumor del hígado o estómago. La vacuna no se debe administrar a pacientes infectados por VIH asintomático, previa autorización del médico tratante.

(**) **Medicamentos inmunosupresores:** corticoides (por vía oral por más de 14 días), quimioterápicos, radioterapia antitumorales.

(§) **Problemas de coagulación:** por causas hereditarias, lesiones hemorrágicas en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Gilbert.

(¶) **Vacunas o otras alteraciones que tienen efectos:** BCG, sarampión, varicela y paperas, rotavirus. Se aplican únicamente si se debe esperar 3 semanas para la aplicación de la FAV, con vacuna contra el tétano y feto mortal, según 3 personas.

(||) **Cualquier caso presunción especial,** solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y consentimiento nacional. En caso de que la madre esté dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Condición según:	Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR	Nombre del encuestador o vacunador: _____
------------------	---	---

Versión: 06-09-2016

ENCUESTA PRE Y POST VACUNACIÓN.



FORMATO DE RECHAZO A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Dirección: Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo: enfermedades inmunoprevenibles
Programa: Ampliación de inmunizaciones
Marzo 01 de 2017

Municipio _____

IPS vacunadora _____

He sido informado de lo que es la fiebre amarilla y el riesgo que implica esta enfermedad tanto para mí, como para las personas que están a mi alrededor. Me informaron que es necesario vacunarme ya que es la única manera de prevenir el contagio, pero a pesar de conocer esta información ME NIEGO A QUE ME VACUNEN O QUE VACUNEN A MI HIJO MENOR DE EDAD.

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación	Número de documento de identidad	Edad		Dirección de residencia (Nomenclatura, vereda, finca etc.)	EAPB	Motivo por el cual decide que no lo vacunen contra la fiebre amarilla	Firma	Nombre del encuestador o vacunador que lo atendió.
					Años	Meses					
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											



CLÍNICA DEL SISTEMA NERVIOSO
RENOVAR S.A.S.

NIT 822.001.338-0