

Fiebre Amarilla en Venezuela

Guía para el abordaje de embarazadas y neonatos

Características generales de la

Fiebre Amarilla

Fiebre Amarilla (FA) es una enfermedad infecciosa febril aguda de origen viral potencialmente grave; cuya principal medida de prevención es la vacunación

El período de incubación de FA es tres a seis días. Se trata de una enfermedad de inicio abrupto definida como dinámica y sistémica, que se presenta en tres fases clínicas:

a) fase de infección caracterizada por elevación de la temperatura corporal, b) fase de remisión, con presencia de albuminuria y recuperación en más del 80% de los casos, c) fase toxémica, en la que aparecen manifestaciones hemorrágicas (bucales, nasales, oculares y estomacales) y signos de insuficiencia hepática aguda, como ictericia y encefalopatía hepática; aproximadamente un 15% de los/as pacientes con formas sintomáticas presenta un cuadro grave, y cerca del 50% de los pacientes con cuadro grave de la

enfermedad fallecen en un periodo de siete a diez días.

La FA es causada por virus del género Flavivirus y transmitida por la picadura de mosquitos de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes* de hábitat silvestre y arborícola neotropical y mosquitos del género *Aedes*, principalmente *Aedes aegypti*, de hábitat urbano o doméstico.

Un ciclo de transmisión selvático - enzoótico mantiene el virus de FA en la naturaleza. El inicio de un posible ciclo urbano puede ocurrir cuando un hospedador humano accidental, no vacunado, se introduce en el nicho ecológico selvático en ciclo enzoótico, se infecta se convierte en portador y amplificador del Flavivirus agente causal de la FA, retorna a un ambiente urbano; donde el mosquito *Aedes aegypti* actúa no solo en la transmisión horizontal (picadura), sino también mediante la transmisión vertical transovárica a su descendencia. En el ciclo urbano **(escenario de mayor riesgo**

de infección masiva), el humano actúa como fuente de infección, siendo el vector *Aedes aegypti*. Cambios sociales de hábitat y movilización humana urbana-rural favorecen condiciones para un ciclo intermedio, mediado por *Aedes albopictus*, mosquitos semi domésticos, que se crían en la selva y cerca de las casas e infectan tanto a los monos como al hombre. Para ampliar la información diríjase a [Fiebre Amarilla en Venezuela Situación actual, alerta y respuesta estratégica 25 de febrero de 2026](#)

Justificación guía de recomendaciones para el abordaje de la FA en embarazadas, recién nacidos y niños/as

1.- Las embarazadas, los recién nacidos y niños/as representan los eslabones más frágiles en la cadena de transmisión de la FA debido a su fisiología y a las limitaciones de las herramientas preventivas. A diferencia de la población general, la embarazada presenta una contraindicación relativa para la vacuna de virus vivos atenuados (17D); Los/as niños/as menores de 6 meses tienen contraindicación de vacunación. Esto genera una "brecha de inmunidad" que la hace más susceptible en contextos de brote.

2.- **Alta Mortalidad y Complicaciones Obstétricas:** El embarazo induce cambios inmunológicos y fisiológicos (aumento del gasto cardíaco, cambios en la filtración glomerular y estrés metabólico hepático) que predisponen a una progresión más rápida hacia la falla multiorgánica. En casos graves, la tasa de letalidad puede

Fiebre amarilla: Definición de Caso	
Sospechoso	<ul style="list-style-type: none"> Individuo con cuadro febril agudo (hasta 7 días), residente o que visitó un área con transmisión viral (ocurrencia de casos humanos, epizootias o de aislamiento viral en mosquitos) en los últimos 15 días, que no está vacunado contra FA o con estado vacunal ignorado y que además presenta: <ol style="list-style-type: none"> Ictericia que aparece dentro de 14 días del inicio de los síntomas y/o Al menos una manifestación hemorrágica (epistaxis, gingivorragia, sangre en vómito, heces u orina)
Probable	<ul style="list-style-type: none"> Caso sospechoso con al menos una de las siguiente: <ol style="list-style-type: none"> IgM positiva para Fiebre Amarilla en ausencia de vacunación en los 30 días precedentes al inicio de la enfermedad Nexo epidemiológico con un caso confirmado o un brote (miembros de la familia o mismo sitio de trabajo, entre otros) durante el mes anterior
Confirmado	<ul style="list-style-type: none"> Caso probable y al menos una de las 2 siguientes (en ausencia de inmunización 30 días antes del inicio de la enfermedad): <ol style="list-style-type: none"> Resultados negativos de otras pruebas de Flavivirus endémicas en el área geográfica o Seroconversión en muestras pareadas apropiadas por pruebas de neutralización en Fiebre Amarilla Caso sospechoso y al menos una de las 3 siguientes (en ausencia de inmunización 14 días antes del inicio de la enfermedad) <ol style="list-style-type: none"> Detección de genoma viral en sangre u órganos por RT-PCR Detección de antígeno de Fiebre Amarilla en hígado u otros órganos por Inmunohistoquímica Aislamiento de virus de Fiebre Amarilla
Descartado	<ul style="list-style-type: none"> Persona con prueba de inmunoglobulinas negativa (no RT-PCR) para Fiebre Amarilla con muestra tomada más de 7 días después del inicio o Inmunohistoquímica negativa en muestras de tejidos

WHO. Vaccine Preventable Diseases Surveillance Standards. Actualizado 1 de Mayo de 2020

Dada la situación epidemiológica, cualquier embarazada con fiebre de inicio agudo (menor a 7 días) acompañada de ictericia o manifestaciones hemorrágicas debe ser considerada emergencia obstétrica

alcanzar el 50 %, convirtiendo a la FA en una de las causas más críticas de muerte materna indirecta en zonas endémicas. El daño hepático y renal es más agresivo durante la gestación.

Riesgo de Hemorragia: El parto es un evento de alto riesgo hemorrágico; sin protocolos de manejo de hemoderivados, la tasa de muerte por shock hipovolémico aumenta.

Resultados Perinatales: La infección por el virus de la FA durante el embarazo se ha asociado con aborto espontáneo, muerte fetal in útero y parto pretérmino. Aunque la transmisión vertical se considera poco frecuente, la evidencia científica sugiere que el daño placentario y la hipoxia materna severa comprometen la viabilidad fetal de forma irreversible si no existe un soporte hemodinámico especializado. El neonato no tiene defensas propias contra el virus y depende totalmente de la inmunidad transplacentaria (si la madre estaba vacunada antes) o de la protección física contra vectores.

Objetivos del Protocolo

- 1.-Establecer pautas uniformes para reducir la mortalidad materna y perinatal en zonas endémicas.
- 2.- Facilitar la toma de decisiones éticas y clínicas sobre la vacunación de emergencia en gestantes calculadas en la relación costo-beneficio y vacunación neonatal
- 3.- Facilitar la toma de decisiones éticas y clínicas sobre la lactancia materna
- 4.-Prevenir la transmisión hospitalaria
- 5.- Garantizar el uso eficiente de insumos de alto costo como hemoderivados, unidades de cuidados intensivos y monitoreo fetal avanzado
- 6.- Definir la ruta para la notificación inmediata.

Algunos mensajes clave:

1.-**Letalidad:** En casos graves que entran en la fase toxémica (hemorragias y falla orgánica), la mortalidad puede superar el 50%.

2.-**Prevención:** *La vacuna es la herramienta más poderosa; una sola dosis confiere protección de por vida para la mayoría de las personas.*

3.-**Seguridad hospitalaria:** al igual que otros/as pacientes infectados/as la embarazada actúa como un reservorio del virus durante su fase virémica. Sin un protocolo que exija el aislamiento vectorial (uso de mosquiteros) dentro de las instituciones de salud, el hospital puede convertirse en un foco de transmisión para otros pacientes y el personal de salud, transformando un caso clínico en un problema de salud pública intrahospitalario.

Optimización de Recursos Críticos: El manejo de la FA requiere insumos de alto costo y manejo complejo, como hemoderivados, cuidados intensivos y monitoreo fetal avanzado. Este protocolo garantiza el uso eficiente de dichos recursos, priorizando intervenciones que han demostrado disminuir la mortalidad.

Beneficios de la Implementación del Protocolo:

Para el Personal de Salud	Para la Familia	Para el Sistema de Salud
Seguridad jurídica y técnica en la toma de decisiones.	Reducción del miedo y desinformación sobre la vacuna.	Prevención de brotes urbanos masivos.
Manejo uniforme de complicaciones hemorrágicas.	Protección del desarrollo neurológico del lactante.	Optimización de recursos (camas UCI, plasma).

Diagnóstico diferencial

1.-En mujeres embarazadas:

Patologías Obstétricas Graves

Son condiciones exclusivas del embarazo que pueden simular la fase hepatorenal de la FA.

- Síndrome de HELLP: Presenta hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia. A diferencia de la FA, se asocia frecuentemente a hipertensión arterial (preeclampsia).

- Hígado Graso Agudo del Embarazo (HGAE): Ocurre en el tercer trimestre. Cursa con ictericia, falla hepática y alteración de las pruebas de coagulación, muy similar a la FA severa.

- Colestasis Intrahepática del Embarazo: Aunque cursa con ictericia, el síntoma cardinal es el prurito (picazón) palmo-plantar y no suele presentar fiebre ni compromiso sistémico grave.

Otras Infecciones de Transmisión Vectorial (Arbovirosis)

Debido a que comparten el mismo vector (*Aedes aegypti*), la sospecha clínica suele ser confusa.

- Dengue Grave: Es el principal diagnóstico diferencial. Ambos presentan fiebre, mialgias y hemorragias. La clave es que en el dengue el daño hepático no suele ser tan predominante (ictericia marcada) como en la FA.

- Malaria (Paludismo): Especialmente por *Plasmodium falciparum*. Cursa con fiebre alta, anemia hemolítica e ictericia. Se debe descartar siempre mediante una gota gruesa.

- Zika, Chikungunya, Mayaro y Oropouche: Aunque cursan con fiebre y exantema, rara vez producen el compromiso hepático o renal severo característico de la FA.

Infecciones Sistémicas y Virales

- Hepatitis Virales (A, B, E): La Hepatitis E es particularmente peligrosa en gestantes, con una alta tasa de mortalidad y una presentación clínica de falla hepática fulminante casi idéntica a la FA.

•Leptospirosis: Presenta fiebre, ictericia y falla renal (Síndrome de Weil). El antecedente de contacto con aguas estancadas o roedores es clave.

Fiebres Hemorrágicas por arenavirus: son enfermedades zoonóticas graves y a menudo mortales, causadas por virus de la familia Arenaviridae transmitidos principalmente por roedores. Se

caracterizan por fiebre, malestar, hemorragias y disfunción orgánica (sangrado, shock). Ejemplo Virus de Guanarito.

2.-En niños/as

Puede confundirse con malaria, dengue grave, hepatitis virales o leptospirosis.

Cuadro Comparativo de Diagnóstico Diferencial

Hallazgo Clínico	Fiebre Amarilla	Síndrome de HELLP	Dengue Grave	Hepatitis E
Fiebre	Alta y súbita	Ausente	Presente	Leve/Moderada
Ictericia	Muy marcada	Leve	Rara	Muy marcada
Hipertensión	No	Sí (Preeclampsia)	No	No
Transaminasas	Muy elevadas (AST > ALT)	Elevadas	Elevadas	Muy elevadas (ALT > AST)
Plaquetopenia	Presente	Marcada	Muy marcada	Variable

Pruebas de laboratorio para confirmar FA

Tiempo desde inicio	Prueba ideal	Comentario
< 6 días	RT-PCR	Confirma la presencia del virus.
> 6 días	IgM ELISA	Indica respuesta inmune. Cuidado con cruces con Dengue.
Cualquier fase	Gota Gruesa	Obligatorio en Venezuela para descartar Malaria.

IMPORTANTE: LA IGM SE HACE POSITIVA A LA SEMANA DE INICIADOS LOS SÍNTOMAS Y SU PRESENCIA CONFIRMA CONFIRMA EL DIAGNÓSTICO

Manejo clínico: El manejo debe realizarse en un establecimiento (red hospitalaria) con capacidad de cuidados intensivos. Consulte el ANEXO 2. Listado de Insumos Críticos

I. Fase de Triage (Captación)

Criterio de entrada: Embarazada con fiebre aguda (<7 días) + Ictericia o Antecedente de zona de riesgo/epizootias.

1. Evaluación de Signos de Alarma

o ¿Hay sangrado (encías, vaginal, piel)?

o ¿Hay oliguria (orina poco o nada)?

o ¿Hay alteración de la conciencia?

2. Decisión

SI (Signos de alarma): Hospitalización inmediata en Unidad de Cuidados Intensivos.

NO: Hospitalización en sala de obstetricia de alto riesgo para monitoreo estrecho.

IMPORTANTE: ante sospecha de fiebre amarilla en mujer embarazada en la red comunal o ambulatoria REFERIR en forma inmediata a Establecimiento de mayor complejidad.

II. Fase de Estabilización y Diagnóstico

- Laboratorio Inmediato: PCR para virus de FA, Hemograma, Transaminasas, Tiempos de coagulación y Función Renal. Muestras serológicas pareadas: Si la PCR es negativa pero la sospecha es alta, se debe tomar una segunda muestra de suero 14 días después para buscar

seroconversión (IgM).

- Protección Fetal:

Monitoreo de Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF).

Ultrasonido obstétrico para evaluar perfil biofísico.

III Remisión: continuar monitoreo, aunque la fiebre ceda puede evolucionar a falla multiorgánica

IV. Manejo de Complicaciones (Fase Crítica) Toxémica: falla multiorgánica.

- Soporte Hemodinámico: Cristaloides para mantener PAM >65 mmHg. Mantener equilibrio hidroelectrolítico estricto, la deshidratación puede comprometer la perfusión placentaria

Evitar AINES y Aspirina. Usar solo Paracetamol para la fiebre y/o dolor para evitar riesgo de hemorragias y daño hepático/renal

1. Falla Hepática:

Aporte de Glucosa (infusión continua Dextrosa al 10 % o 50%) para evitar hipoglicemia. Control glicémico frecuente, ya que la falla hepática suele producir caídas severas mantener niveles por encima de 70 mg/dL.

Manejo de la Encefalopatía Hepática: Mantener la cabecera a 30° para reducir el edema cerebral. Uso de Lactulosa (vía oral o por sonda) para disminuir la absorción de amoníaco. Evitar sedantes que se metabolizan en el hígado (Benzodiacepinas).

2.-Control hemorrágico:

Vitamina K endovenosa (10 mg IV) cada 24 horas. Si hay sangrado activo o se planea un procedimiento (como el parto) colocar Plasma Fresco Congelado (10-15 mL/kg) y crioprecipitados si el fibrinógeno es < 100 mg/dL. Monitoreo de tiempos de coagulación. Uso preventivo de bloqueadores H2 o inhibidores de la bomba de protones (Omeprazol, Ranitidina) para prevenir la gastritis hemorrágica por estrés, común en pacientes con FA.

Hemorragia Vaginal: diferenciar de desprendimiento de placenta vs. coagulopatía por FA.

3. Falla Renal:

Ajuste estricto de líquidos. Evaluar diálisis temprana si hay anuria o hiperpotasemia. La oliguria es un signo de mal pronóstico. Se debe mantener el gasto urinario entre 0.5 - 1 ml/kg/h

4. -Coagulopatía:

Transfusión de Plasma Fresco Congelado solo si hay sangrado activo o necesidad de cirugía.

V. Desenlace y Conducta Obstétrica

•Parto Inminente:

-Madre Estable: Vía de parto según indicación obstétrica.

-Madre Inestable (Coagulopatía): NO realizar cesárea de emergencia a menos que sea vital (riesgo de hemorragia masiva incontrolable). Priorizar la estabilización materna.

Si hay muerte fetal manejo conservador de la expulsión hasta estabilizar coagulación materna.

•Postparto:

-Vigilancia del neonato por 10 días (riesgo de transmisión vertical). Notificar al equipo de neonatología. Se recomienda el estudio de la placenta y sangre del cordón umbilical al nacimiento.

-Muestra de placenta para estudio histopatológico (busca de corpúsculos de Councilman, típicos de la FA).

•Criterios de Alta Hospitalaria

No se debe dar el alta a una embarazada que haya cursado FA basándose únicamente en la ausencia de fiebre. Se debe cumplir los siguientes criterios:

-**Estabilidad Clínica:** Ausencia de fiebre por al menos 48 a 72 horas sin el uso de antipiréticos.

-**Recuperación Hemodinámica:** Signos vitales estables y diuresis (orina) normal sin necesidad de soporte.

-Mejora de Laboratorio:

--Tendencia al descenso de las transaminasas (TGO/TGP).

-- Tiempos de coagulación (TP/TPT) en rangos de seguridad o normales.

-- Recuento de plaquetas en ascenso (mínimo > 100,000/mcL).

-**Bienestar Fetal:** Confirmación mediante ultrasonido de perfil biofísico fetal normal y frecuencia

cardíaca fetal estable.

-**Cese de la Viremia:** Idealmente haber pasado el periodo de transmisión (mínimo 7-10 días desde el inicio de síntomas) para asegurar que no infectará mosquitos en su hogar.

VI. Recomendaciones Post-Alta

•**Control Obstétrico Semanal:** Durante las primeras 4 semanas post alta para vigilar crecimiento fetal y función placentaria.

•**Laboratorio de Control:** Repetir pruebas de función hepática a los 15 días del alta.

•**Lactancia Materna:** se permite lactancia, ya que los anticuerpos naturales protegen al bebé (a diferencia de la vacuna, donde se debe evaluar el riesgo de transmisión del virus vacunal).

Atención a la Embarazada Hospitalizada.

IMPORTANTE

- TODO CASO SOSPECHOSO DEBE HOSPITALIZARSE Y MANTENERSE BAJO MOSQUITERO.
- OBSERVACIÓN ESTRICTA DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL USO DE JERINGAS Y MANEJO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS.
- HOSPITALIZACIÓN EN UCI EN CASOS DE ENFERMEDAD GRAVE.

Laboratorio:

Es fundamental confirmar el caso sin retrasar el tratamiento de soporte.

Prueba	Momento de toma
PCR (Viremia)	Primeros 5 días desde el inicio de síntomas.
Serología (IgM)	A partir del día 6.
Laboratorio Base	Hemograma completo, transaminasas (TGO/TGP), bilirrubinas, tiempos de coagulación (TP/TPT) y creatinina, albumina en orina

Cuidados de enfermería

1. Monitoreo de Signos Vitales y Alerta Temprana

- Frecuencia: Cada 1-2 horas en fase aguda.
- Alerta Roja: Presión Arterial Sistólica < 90 mmHg o caída de la presión de pulso.
- Balance Hídrico Estricto: Cuantificar ingresos y egresos cada hora. Informar de inmediato si la diuresis es < 0.5 mL/kg/h (riesgo de falla renal aguda).
- Control Térmico: Uso de medios físicos y paracetamol. Prohibido el uso de metamizol (dipirona) por riesgo de hipotensión y potenciación de discrasias sanguíneas.

2. Vigilancia del Bienestar Fetal

- Control de FCF**: Auscultar la frecuencia cardíaca fetal después de cada episodio febril o vómito.
- Posicionamiento**: Mantener a la paciente en decúbito lateral izquierdo siempre que sea posible para optimizar el flujo sanguíneo hacia la placenta y evitar el síndrome de compresión de la vena cava.

3. Vigilancia de Hemorragias (Puntos Críticos). Revisar activamente:

- Encías y Nariz: Sangrado al realizar higiene oral o espontáneo.
- Sitios de Punción: Aparición de hematomas o sangrado persistente en vías IV.
- Vigilancia Obstétrica: Revisar presencia de sangrado vaginal o aumento de la dinámica uterina (contracciones), que pueden indicar desprendimiento de placenta secundario a la infección.

4. Protección Neurológica y Metabólica

- Estado de Conciencia: Evaluar escala de Glasgow o presencia de asterixis (temblor aleteante en manos), que indica encefalopatía hepática incipiente.
- Glucometría Horaria: En pacientes con ictericia, realizar controles de glucosa capilar. Si el valor es < 70 mg/dL, iniciar protocolo de hipoglucemia con dextrosa IV según orden médica.

Resumen de Acciones Inmediatas ante Crisis

Si observa	Acción de Enfermería
Vómito con sangre (hematemesis)	Posición de seguridad, asegurar vía aérea y llamar al equipo médico.
Bradicardia fetal (< 110 lpm)	Oxígeno por máscara, lateralización izquierda total y aviso urgente a obstetricia.
Alteración del sensorio / Agitación	Protección de barandales (riesgo de caídas) y control de glucometría.
Disminución súbita de la orina	Revisar permeabilidad de sonda vesical y reportar para ajuste de líquidos.

Bioseguridad y Barreras Vectoriales

- **Uso del Mosquitero:** Asegurar que el mosquitero esté correctamente metido bajo el colchón y sin agujeros. La paciente y el recién nacido NO debe salir del mosquitero durante la fase virémica (primeros 5 días) salvo para procedimientos esenciales.
- Uso de repelentes, ropa de manga larga
- **Manejo de Fluidos:** Observación estricta de las normas de bioseguridad en el uso de jeringas y manejo de muestras biológicas del paciente.

Vacunación

• **Vacunación a la embarazada:** la Vacuna 17D es una vacuna de virus vivos atenuados. Por norma general, está contraindicada en el embarazo.

Excepción por Riesgo/Beneficio: Si la embarazada se encuentra en una zona de brote activo con alto riesgo de infección, la OPS recomienda vacunar, ya que el riesgo de morir por FA es infinitamente mayor al riesgo teórico de la vacuna para el feto.

• **Vacunación Neonatal:** La vacuna de la FA está estrictamente contraindicada en bebés menores de 6 meses debido al alto riesgo de encefalitis relacionada con la vacuna.

IMPORTANTE

- CUMPLIENDO LOS ESQUEMAS VIGENTES EN EL PAÍS, ES IMPORTANTE LA BÚSQUEDA ACTIVA Y VACUNACIÓN EFECTIVA DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL (MEF) COMO PRINCIPAL INTERVENCIÓN PREVENTIVA DE CONTRAER FIEBRE AMARILLA DURANTE UN EMBARAZO.
- EN LAS MEF QUE RECIBAN LA VACUNA SE DEBE ASEGURAR ANTICONCEPCIÓN EFECTIVA AL MENOS POR UN MES DESDE LA FECHA DE VACUNACIÓN

Lactancia materna:

• Si la madre se vacunó durante el puerperio, se recomienda suspender la lactancia por 14 días debido al riesgo de transmitir el virus vacunal al lactante (riesgo de encefalitis). Recomendar extracción de leche 14 días y desecharla durante ese periodo para mantener la producción y evitar mastitis.

¿Qué hacer si el bebé ya fue expuesto?

Si una madre se vacunó sin saber de estas recomendaciones y continuó amamantando:

-No entrar en pánico: Los casos de encefalitis son extremadamente raros.

-Vigilancia Estrecha: Monitorear al bebé durante los siguientes 15 días buscando: fiebre, irritabilidad extrema, rechazo al alimento, convulsiones o fontanela abombada.

-Consulta Médica: Informar al personal de salud inmediatamente sobre la fecha de vacunación materna.

• Si la madre tiene la enfermedad natural, la decisión de amamantar debe ser evaluada por el equipo médico.

No hay transmisión probada por leche materna del virus salvaje, si la madre está gravemente enferma se prioriza el aislamiento del recién nacido.

Vigilancia Epidemiológica

• **Notificación Inmediata:** Todo caso sospechoso en embarazada debe reportarse en menos de 24 horas utilizando la ficha específica. (anexo 1)

Consideración Ética y Clínica Final

En casos de FA Maligna (falla multiorgánica), la prioridad absoluta es la estabilización de la madre. El feto suele sufrir hipoxia severa debido a la hipotensión y anemia materna. No se recomienda el parto de emergencia si la madre está hemodinámicamente inestable, ya que el estrés quirúrgico o del parto puede desencadenar una hemorragia masiva incontrolable

Referencias bibliográficas

1. **Organización Panamericana de la Salud.** Guía de atención para el síndrome febril icterico: diagnóstico y manejo de la fiebre amarilla [Internet]. Washington (D.C.): OPS; 2021 [citado 2026 Feb 25]. Disponible en: <https://iris.paho.org>
2. **World Health Organization.** Vaccines and vaccination against yellow fever: WHO Position Paper, June 2013. Wkly Epidemiol Rec [Internet]. 2013 [cited 2026 Feb 25];88(27):269-83. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer8827>
3. **Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.** Manual de vigilancia de la fiebre amarilla [Internet]. Washington (D.C.): OPS/OMS; 2022 [citado 2026 Feb 25]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/fiebre-amarilla>
4. **Monath TP, Vasconcelos PF.** Yellow fever. J Clin Virol [Internet]. 2015 [cited 2026 Feb 25];64:160-73. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2014.08.030>
5. **Nunes ML, Vasconcelos BH, Siqueira IC, de Siqueira MAM.** Management of yellow fever in pregnancy: clinical and epidemiological considerations. Rev Soc Bras Med Trop [Internet]. 2019 [cited 2026 Feb 25];52:e20180421. Available from: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0421-2018>
6. **Centers for Disease Control and Prevention.** Yellow Fever Vaccine and Pregnancy [Internet]. Atlanta: CDC; 2023 [cited 2026 Feb 25]. Available from: <https://www.cdc.gov/yellowfever/hhealthcareproviders/vaccine-pregnancy.html>
7. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextCpid=S0864-34662021000300015#:~:text=Para%20una%20estad%C3%ADa%20de%20dos%20semanas%2C%20los,y%201%20por%20100%20000%2C%20respectivamente.%2019.
<https://www.paho.org/en/topics/yellow-fever#:~:text=In%20these%20conditions%2C%20infected%20mosquitoes%20of%20the,transmit%20the%20virus%20from%20person%20to%20person.>
<https://www.cdc.gov/yellow-book/hcp/travel-associated-infections-diseases/yellow-fever.html#:~:text=The%20risk%20of%20infection%20by%20sylvatic%20vectors,urban%20areas%2C%20even%20during%20the%20dry%20season.>

ANEXO 1. Ficha de Notificación Epidemiológica Específica

Esta ficha debe ser llenada en las primeras 24 horas de la captación de la paciente.

I. Datos Generales y de Gestación

- Semana de gestación: (Indispensable para prever viabilidad fetal).
- Control prenatal: (¿Recibió vacunas previas? ¿Tiene comorbilidades?).
- Antecedente Vacunal: Fecha de vacunación contra FA (si existe) y número de lote.

II. Antecedentes de Exposición

- Viajes recientes: Lugar y fecha (últimos 15 días).
- Contacto con primates: ¿Hubo reporte de monos muertos (epizootias) cerca de su vivienda?

III. Cuadro Clínico Actual

- Inicio de fiebre: (Día/Mes/Año).
- Presencia de ictericia: (Signo cardinal).

- Fenómenos hemorrágicos: (Petequias, gingivorragia, metrorragia distinta al parto).

IV. Datos del Recién Nacido (en caso de parto durante la infección)

- Condición al nacer: (Apgar, peso, edad gestacional).
- Toma de muestras: Cordón umbilical, placenta para histopatología y suero neonatal para PCR/IgM.

ANEXO 2. Listado de Insumos Críticos (Lista de chequeo)

Para que el hospital pueda responder, debe contar con este "kit de emergencia" para FA en obstetricia:

A. Insumos Médicos y Fármacos

- Acetaminofén (Paracetamol): Único analgésico autorizado.
- Soluciones Cristaloides: Ringer Lactato o Solución Salina al 0.9 %.
- Dextrosa al 10 % y 50 %: Para manejo de hipoglucemia.
- Vitamina K (Fitomenadiona): Ampollas para administración IV.
- Omeprazol o Ranitidina: Protectores gástricos IV.
- Hemoderivados: Disponibilidad inmediata de Plasma Fresco Congelado, Crioprecipitados y Concentrado de plaquetas.

B. Equipo de Monitoreo

- Monitor Fetal Doppler o Cardiotocógrafo: Para vigilancia fetal continua.
- Monitor de Signos Vitales Maternos: Con capacidad de medición de presión arterial no invasiva (o invasiva en UCI).
- Glucómetro y cintas reactivas: Para controles horarios.

C. Control de Vectores (Bioseguridad)

- Mosquiteros (Toldillos): Deben cubrir la cama de la paciente en todo momento.
- Repelentes con DEET (concentración adecuada para embarazadas): Para el personal y familiares.
- Insecticidas de acción residual: Para desinsectación del área hospitalaria.