

ÁREA **1** **EPIDEMIOLOGÍA**

MÓDULO **1.1** **Vigilancia Epidemiológica**

UNIDAD **1.1.3** **Fiebre Amarilla**

1
Epidemiología

2
Programas De Salud

3
Salud Ambiental

ASPECTOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DE LA FIEBRE AMARILLA VENEZUELA 2012

I. ANTECEDENTES.

La fiebre amarilla es una arbovirosis, inmunoprevenible, causa de una importante morbilidad y letalidad en vastas zonas de las regiones tropicales de África y las Américas. Se reconocen dos ciclos, uno urbano y otro selvático.

Los últimos brotes urbanos en América se registraron en Brasil, en 1942 y el último caso urbano confirmado se presentó en Trinidad, en 1954. Desde entonces, sólo se ha aceptado fiebre amarilla selvática en las Américas

En África, la zona endémica comprende la porción localizada entre las latitudes 15° norte y 10° sur, que se extiende desde el desierto del Sahara hasta el sudan meridional incluyendo 34 países Sub-Saharianos con la forma urbana o rural de la enfermedad. No hay pruebas de que alguna vez haya existido fiebre amarilla en Asia.

La fiebre amarilla selvática se presenta predominantemente en la parte septentrional de América del sur principalmente en zonas boscosas cercanas a los ríos como el Magdalena, Guaviare, Catatumbo, Orinoco y Amazonas. Incluidos Colombia, Venezuela, Las Guayanas, Ecuador, Perú, Brasil y Bolivia. Ha desaparecido de Centro América (Panamá, Costa Rica, Honduras, Guatemala) y de México, en donde hasta hace unos años también fue endémica en su variedad selvática.

La vacuna contra la fiebre amarilla se empezó a desarrollar a mediados de los años 30 y su uso se masificó hacia 1938. Max Theiler, un investigador Norte Americano, recibió el premio Nóbel de medicina y fisiología por estos logros, en 1951. La OMS ha recomendado la inclusión de la vacuna de la fiebre amarilla en el esquema de vacunación infantil.

En Colombia se confirman casos todos los años y desde 1934 se registran en un programa de control, cuya base es la viscerotomía. Son consideradas áreas de riesgo las zonas de pie de monte de las cordilleras Oriental y Central, las estribaciones de la Sierra nevada de Santa Marta, Magdalena Medio, Región del Catatumbo, Orinoquia y Amazonia. En esta región residen aproximadamente 5 millones de habitantes. En este país la violencia y la migración por los cultivos ilícitos son factores de importancia para la designación de áreas de riesgo.

En Venezuela existen tres focos naturales de la enfermedad, entendiéndose por foco natural, una zona netamente delimitada donde reinan condiciones favorables para el agente etiológico y en las cuales alternan epizootias y períodos de silencio, independiente del aporte infeccioso exterior.

ESTOS FOCOS SON TRES (3):

- 1) **San Camilo**, es un extenso valle, hoy parcialmente deforestado delimitado por las estribaciones de los Andes Venezolanos y Colombianos abarcando los pies de monte de los estados Apure, Barinas, Táchira y Mérida, corresponde a las cuencas de los ríos Uribante, Caparo, Nula y Sanare, infecciones amarílicas procedentes de esta zona llegaron hasta los estados Lara y Yaracuy. La onda expansiva se extiende a través de los estados Apure, Táchira, Mérida Barinas, Portuguesa, Cojedes y Guárico.
- 2) **Sur del Lago de Maracaibo**, es el área selvática que rodea la cuenca del lago que llega hasta las estribaciones de la cordillera de los Andes de los estados Trujillo, Mérida y Táchira por el oriente y hasta la sierra de Perijá del estado Zulia por el occidente, cercana a los focos enzoóticos Colombianos. La onda expansiva se extiende a través de los estados Táchira, Mérida, Trujillo Zulia y Falcón. Últimos brotes:
1980: 1 caso en el Vigía estado Mérida.
2002-2003: brotes en los estados Zulia (Casigua El Cubo), estado Táchira, y Mérida. Con un total de 45 casos y 22 defunciones, para el mismo periodo.
- 3) **Guayana**: de cerca de 90.000 km² que incluye la parte oriental del estado Bolívar las regiones de las hoyas hidrográficas de los ríos Yuruary, Cuyuní y Caroni. De esta basta zona las infecciones pueden extenderse hacia los estados orientales y centrales, llegando la Fiebre Amarilla tan lejos como los estados Aragua y Carabobo.
La onda expansiva se extiende por los estados Bolívar, Amazonas Anzoátegui, Monagas, Sucre, Miranda y Guárico, y otro ramal que culmina en Miranda y Aragua. Últimos brotes:
1998: quince (15) casos y cuatro (4) defunciones. Región de Parima del estado Amazonas (etnia Yanomami)
1999: un (1) caso en la región de Canaima estado Bolívar, con un fallecido (procedente de USA).
2004: cinco (5) casos y tres (3) fallecidos en el estado Monagas
2008: dos (2) casos y una (1) defunción del municipio Zamora del Estado Aragua.
2010: brote en araguatos (primates no humanos, nombre científico *alouatta seniculus*), confirmado por aislamiento viral en el municipio Maturín del estado Monagas; sin casos ni muertes en humanos registrados.



II. CUADRO CLINICO

El inicio de la fiebre amarilla es abrupto, de duración breve y gravedad variable. Los cuadros se caracterizan por fiebre, cefalalgia, dorsalgia, postración, náuseas y vómitos. Casi siempre declina la enfermedad entre el segundo y el tercer día, pudiendo evolucionar a la cura, o después de dos días de mejoría clínica relativa le siguen las manifestaciones tóxicas e ictericias. A medida que avanza la enfermedad, el pulso se vuelve mas lento a pesar de la fiebre alta, en ocasiones surge albuminuria y anuria. La Leucopenia se presenta en los comienzos y es mas intensa al quinto día. Los síntomas hemorrágicos incluyen: epistaxis, gingivorragias, hematemesis (vómito en asiento de café) y melena. La ictericia es moderada a comienzos de la enfermedad y se intensifica mas tarde. La letalidad en los pacientes ictericos está entre el 20 y 50%.

Se describen tres períodos bien definidos

- ➔ Agudo: comienzo súbito con fiebre, congestión conjuntival, dolor lumbar, cefalea, escalofríos, malestar general y vómito; dura unos 3 días. Es característica la bradicardia, con pulsos de 70-80' a pesar de la fiebre del paciente, bradicardia relativa llamada signo de Faget, mas frecuente en el segundo día de enfermedad.
- ➔ Remisión: de pocas horas a 2 días, durante el cual baja la fiebre y la intensidad de los síntomas y el paciente se siente mejor.
- ➔ Intoxicación: fiebre, vómito negro o en “cuncho de café”, hematemesis, melenas, gingivorragias, epistaxis, oliguria, anuria, ictericia y manifestaciones, en diversos órganos por lesión hepática grave: trastornos de la coagulación, hipotensión, insuficiencia renal y encefalopatía. Se debe sospechar fiebre amarilla en todo paciente procedente de una zona endémica de la enfermedad que presente fiebre, hemorragias, ictericia ligera y albuminuria.

Algunos pacientes sufren formas fulminantes con muerte en 3-5 días; la mayoría fallecen a los 7 días de comenzada la sintomatología y otros luego de 2 semanas, llamada fiebre amarilla tardía. Los enfermos que se recuperan no sufren secuela alguna y tienen inmunidad vitalicia para la enfermedad.

Forma	Cuadro clínico	Duración media
Leve	Discreto aumento de temperatura cefalea, de duración leve evolución hacia la resolución	2 días
Moderada	Fiebre y cefalea de inicio abrupto, náuseas, vómitos, epistaxis, ictericia y signo de Faget (disociación pulso-temperatura)	2 días
Grave		



Períodos	Infeccioso o congestivo	Inicio súbito, fiebre alta, cefalea, mialgias, artralgia, dolores óseos generalizadas, náuseas, vómitos y signo de Faget	Generalmente 2 días
	Remisión	Mejora clínica de los síntomas	Pocas horas a 2 días
	Toxémico	Nuevo aumento de temperatura, exacerbación de las manifestaciones clínicas descritas en las formas anteriores, insuficiencia renal, de tipo pre-renal que evoluciona a insuficiencia renal intrínseca, presentando oliguria y anuria. Los síntomas de insuficiencia hepática se evidencian por la ictericia, melena, hematemesis y otras manifestaciones hemorrágicas (epistaxis, gingivorragias)	2 días

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Con las formas leves y moderadas el diagnóstico diferencial es amplio, incluye enfermedades del tracto respiratorio, digestivo y urinario. En la evolución se observa un aumento discreto de las transaminasas reforzando la sospecha clínica de fiebre amarilla.

Con las formas graves las principales enfermedades que se deben diferenciar de la fiebre amarilla son la malaria por *Plasmodium falciparum*, la hepatitis fulminante B-Delta, el dengue hemorrágico y otras fiebres hemorrágicas latinoamericanas: Venezolana (Guanarito), Boliviana, (Machupu), Argentina (Junín), Brasileña (Sabia) y la leptospirosis. Los cuadros clínicos agudos de estas entidades se confunden con la fiebre amarilla. Algunos exámenes de laboratorio como la gota gruesa o la serología ayudan en la diferenciación.

- Malaria por *Plasmodium falciparum*. Las formas graves, en los primeros días, presentan un cuadro clínico compatible con fiebre amarilla. En la malaria la anemia es precoz con presencia de esplenomegalia, las manifestaciones hemorrágicas son frecuentes y aumento discreto de las transaminasas. La búsqueda del parásito en sangre confirma inmediatamente el diagnóstico. Puede haber coexistencia de las dos enfermedades, ya que ambas pueden adquirirse en las mismas condiciones epidemiológicas.
- Hepatitis viral. Puede ser confundida con la fiebre amarilla, toda vez que la ictericia, los síntomas digestivos y el sangrado son comunes a ambas. En la hepatitis, la fiebre es poco acentuada o está ausente. Los niveles sanguíneos de urea y creatinina son normales y hay ausencia de albuminuria.



- Fiebres Hemorrágicas Latinoamericanas (Brasilera, Venezolana, Argentina). Presentan lesiones de puerta de entrada y lesiones exantemáticas que surgen después del 3º día de enfermedad; el inicio tardío de ictericia, permite orientar el diagnóstico.
- Fiebres hemorrágicas virales. Este grupo complejo de enfermedades producidas por arbovirus, e que incluye la fiebre hemorrágica del dengue, constituyen el mayor problema de diagnóstico diferencial, una vez que los datos clínicos y epidemiológicos tienen varios puntos comunes. El diagnóstico diferencial es posible mediante investigación epidemiológica, identificación del virus, estudios serológicos, alteraciones histopatológicas típicas y conocimiento de las áreas de incidencia de estas enfermedades.
- Leptospirosis. Las manifestaciones digestivas son menos pronunciadas. Las hemorragias son mas tardías. Los niveles de transaminasas están discretamente aumentados.
- Septicemia por Gram negativos, cursando con ictericia. Se presenta con menor frecuencia de hemorragias y hay aumento discreto de las transaminasas. La existencia de puertas de entrada y el hemocultivo positivo hacen el diagnóstico.

HALLAZGOS DE LABORATORIO

Cuadro hemático

En la fase inicial de la enfermedad se observa discreta leucocitosis con neutrofilia y desviación a la izquierda. A partir del 3ro. o 4to. día el cuadro hemático muestra leucopenia con linfopenia y plaquetopenia; la velocidad de sedimentación globular (vsg) está aumentada.

Bioquímica

- ✓ Disminución de fibrinógeno y de los factores de coagulación II-III-VIII-XIII.
- ✓ Aumento de enzimas hepáticas en sangre: aspartato aminotransferasa (SGOT) y alanina aminotransferasa (SGPT). Mientras mas elevadas, indican mayor daño hepático y peor pronóstico.
- ✓ Aumento de las bilirrubinas con predominio de la directa.
- ✓ Urea y creatinina muy elevadas pudiendo alcanzar hasta 5 o 6 veces los valores normales mas altos
- ✓ La biopsia hepática está contraindicada porque puede originar una hemorragia letal.

Tiempos de coagulación

- ✓ En los casos graves hay aumento de los tiempos de trombina, tiempo parcial de tromboplastina y de coagulación
- ✓ Disminución de los factores de coagulación sintetizados en el hígado (II, V, VII, IX y X)

- ✓ En los casos de coagulación intravascular diseminada hay disminución del factor VIII y del fibrinógeno al igual que trombocitopenia

Orina

- ✓ Se observa hematuria, cilindruria y albuminuria importante, de 3 a 20 g/litro/24 h. Estas alteraciones reflejan el daño hepático y renal grave y son exámenes pocas veces practicados porque en los lugares selváticos o suburbanos en donde ocurre la fiebre amarilla no hay la tecnología para hacerlos.

Electrocardiograma:

- ✓ Aumento en los intervalos PR y QT, mas aparentes en la fase inicial de la enfermedad.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS PRINCIPALES ENTIDADES INFECCIOSAS QUE CAUSAN SINDROME FEBRIL ICTERO HEMORRAGICO

	FIEBRE AMARILLA	LEPTOSPIROSIS	HEPATITIS	PALUDISMO	DENGUE GRAVE
INICIO	BRUSCO	BRUSCO	INSIDIOSO	BRUSCO	BRUSCO
PRODROMO	NO	RARO	FRECUENTE	RARO	NO
MIALGIA	LUMBAR	PANTORRILLA	MANOS(MAYOR MENTE ARTRALGIAS	GENERAL	DORSO LUMBAR
DOLOR ABDOMINAL	SI	RARO	SI	SI	SI
FIEBRE	ALTA	ALTA	MODERADA	ALTA	ALTA
ESCALOFRIOS	NO	NO	OCASIONAL	SI	SI
ICTERICIA	+++++	++++	++++(EN CASOS ICTERICOS	++	++
LEUCOCITOS EN SANGRE	DISMINUIDOS	AUMENTADOS	NORMAL y DISMINUIDO	NORMAL y AUMENTADO	NORMAL y DISMINUIDO
ALTERACION RENAL	SI	SI	RARO	SI	NO
AUMENTO DE UREA Y CREATININA	SI	SI	RARO	RARO	NO
AUMENTO DE CPK	RARO	SI	NO	NO	NO
AUMENTO DE HEMATOCRITO	SI	NO	NO	NO	SI
TRASAMINASAS (TGO y TGP)	MARCADAMENTE ELEVADAS	MODERADAMENTE ELEVADAS	MARCADAMENTE ELEVADAS	MODERADAMENTE ELVADAS	LEVEMENTE ELEVADAS
VOMITO MEGRO	++++	+	+	+	+

III. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

La enfermedad se presenta en dos formas epidemiológicamente distintas: selvática y urbana. Semejantes desde el punto de vista etiológico, fisiopatológico, inmunológico y clínico, las diferencias entre ellas se presentan con respecto a la localización geográfica, especie vectorial y tipo de hospedero.

La fiebre amarilla urbana es una antroponosis, mientras que la selvática es una zoonosis, con diferentes especies de primates como reservorios. Estos también sufren la enfermedad, por lo que una señal de alerta para epidemias es encontrar en los bosques esqueletos de estos animales selváticos. La fiebre amarilla selvática ocurre accidentalmente por la penetración del hombre en el ciclo enzoótico natural.

Los trabajos de talador, colono, aserrador, minero, explorador agrícola y de petróleos, constituyen factores de riesgo para adquirir la enfermedad. Como estas actividades las realizan primordialmente los hombres, la fiebre amarilla selvática predomina en ellos entre los 15-45 años de edad y se considera en América una enfermedad ocupacional. Otras personas en riesgo son los cultivadores de coca, los grupos alzados en armas, los soldados que penetran a zonas selváticas, los desplazados o las que migran a zonas selváticas.

AGENTE

Pertenece a la familia flaviviridae, género flavivirus; tiene 45 nm de diámetro y su genoma es RNA que codifica 3 proteínas estructurales y 12 no estructurales. Las primeras son c (central), m (de membrana) y e (de la envoltura). Las no estructurales se llaman ns y entre ellas la ns-1 es responsable del ensamblaje y la liberación del virus; los anticuerpos contra esta proteína protegen de la infección. La cepa 17d, de virus vivo atenuado, cultivado en embrión de pollo, se usa como vacuna.

VECTOR RESERVORIO.

El vector de la fiebre amarilla urbana es el *A.aegypti*. En este mosquito el virus sufre un periodo de incubación extrínseca de 10-12 días, durante el cual se multiplica en la pared gástrica y en las glándulas salivales. El mosquito es infectante durante toda su vida, que es de 4-8 semanas y el virus se transmite transováricamente a la descendencia del mosquito, hecho que lo convierte en el verdadero reservorio y hace menos importante la existencia de otras fuentes del virus. Los transmisores selváticos (*Haemagogus jantinomys*,

Sabethes), que también transmiten el virus transováricamente, viven en las copas de los árboles, en donde perpetúan el ciclo entre los primates que tienen este hábitat.

MODO DE TRANSMISIÓN:

En la fiebre amarilla selvática el virus circula entre los monos. En los períodos de viremia, son picados por los mosquitos selváticos quienes transmiten el virus a otros monos. El hombre susceptible se infecta al penetrar en la selva sin inmunidad y es picado accidentalmente por mosquitos infectados: mono → mosquito selvático → hombre.

En la fiebre amarilla urbana el virus es introducido al ciclo por un hombre virémico que se ha infectado en el ciclo selvático. Al ser picado por el *Aedes aegypti*, este vector se torna infectante y logra transmitir el virus a otras personas susceptibles, iniciando el ciclo de transmisión: hombre → *Aedes aegypti* → hombre

No hay transmisión de persona a persona

PERÍODO DE INCUBACIÓN

Varía de 3 a 6 días después de la picadura del mosquito infectante. Algunas infecciones producidas en el laboratorio presentan un período de incubación de hasta 10 días.

Período extrínseco de incubación

Es el tiempo entre la infección del mosquito vector y el momento a partir del cual se vuelve infectante. Este período es de 9 a 12 días y es más rápido a medida que la temperatura asciende (variando de 12 días, a 18°C, hasta 2 días a 30°C; por debajo de 18°C la transmisión es muy reducida. Una vez infectado, el mosquito permanece así durante toda la vida.

Período de transmisibilidad

La sangre de los enfermos es infectante 1 día antes del inicio de los síntomas y va hasta el tercero a quinto día de enfermedad, que corresponde al período de viremia (período en que el virus permanece en la sangre). Es altamente transmisible donde coexisten numerosas personas susceptibles y abundan los mosquitos vectores. No se transmite por contacto directo, ni a través de objetos contaminados.

Suceptibilidad

Universal.

Inmunidad

La enfermedad confiere inmunidad activa natural, permanente, no se conocen recidivas. La vacuna confiere inmunidad activa artificial hasta por un período mínimo de 10 años. Los anticuerpos protectores pueden permanecer en hijos de madres inmunes hasta por 6 meses.

Letalidad

La letalidad de la fiebre amarilla grave puede llegar hasta el 80%; en promedio es de aproximadamente 50%. Si se consideran todas las formas clínicas de la enfermedad esta alrededor del 5%.

MEDIDAS Ó ACCIONES ANTE UN CASO SOSPECHOSO DE FIEBRE AMARILLA EN EL NIVEL LOCAL

Estas son básicamente las acciones frente a un caso sospechoso de Fiebre Amarilla:

1. Detectar todos los casos sospechosos y confirmar el diagnóstico

- Usar la definición de caso y agilizar los resultados laboratorio
- Evaluación del paciente clínicamente, con paraclínica para diagnóstico diferencial
- Investigación epidemiológica con ficha, identifica sintomáticos y asintomático
- Identificar los desplazamientos del sospechoso durante los últimos 15 días para determinar los lugares probables de infección (LPI)
- Verificar si hay casos de Síndrome Febril Agudo y/o Síndrome Febril Ictero Hemorrágico en los Servicios de Salud
- Si el paciente muere → tomar muestras de vísceras
- Verificar, retrospectivamente, muertes por enfermedades febril icterica y/o hemorrágica sin causa definida

2. Identificar a población a riesgo

- Investigar si hay referencias de epizootias
- Elaborar croquis del área de riesgo para detectar población de riesgo

3. Orientar las medidas de control

- Realizar la vacunación de bloqueo en el lugar probable de Infección para lograr el 100% de cobertura vacunal
- Si el caso frecuentó áreas urbanas en el período virémico se debe realizar pesquisa entomológica para determinar la presencia de Aedes, si el índice (Índice de infestación a casos > 5%), realizar vacunación de Bloque en un radio de 800 mts. alrededor del caso y
- Reducción de población de vectores

4. Informar

- Notificar inmediatamente a niveles superiores
- Informar a equipos de salud.

Unidad 1.1.3.- Manual para la Vigilancia y Control de la Fiebre Amarilla, Venezuela

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA *Formato CVFA - 01*
 CAMPAÑA NACIONAL DE VACUNACION CONTRA LA FIEBRE AMARILLA
 REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN

F 1. FECHA: _____ 2. ESTADO: _____ 3. DISTRITO SANITARIO: _____
 4. MUNICIPIO: _____ 5. PARROQUIA: _____
 6. SECTOR: _____ 7. ESTABLECIMIENTO: _____
 8. VACUNADOR: _____ 9. REGISTRADOR: _____
 10. Nº LOTE DE VACUNA: _____

Nº	11. NOMBRES Y APELLIDOS	12. SEXO		13. EDAD										
		F	M	6m - 11 m	1a - 1a	2 - 4a	5 - 14a	15 - 24a	25 - 34a	35- 44a	45 - 54a	55 a y más		
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														
26														
27														
28														
29														
30														
31														
32														
33														
34														
35														
36														
	14. TOTAL													

IINSTRUCTIVO:

1. Anotar la fecha 2. Señalar la entidad federal 3. Escribir el nº de Dto. Sanit. 4. Mencionar el municipio 5. Indicar la parroquia 6. Indicar el sector donde se realizan las actividades de vacunación 7. Escribir el nombre del establecimiento de salud responsable de la ejecución de las actividades de vacunación del sector 8. Escribir el nombre de la persona encargada de aplicar la vacuna 9. Indicar el nombre de la persona encargada de registrar los datos 10. Escribir el nº de lote de la vacuna que se aplica 11. Indicar el nombre completo de la persona a la cual se le aplica la vacuna. 12. Marcar con una equis (x) el género de la persona vacunada. 13. Marcar con una equis (x) en el renglón correspondiente a la edad de la persona vacunada 14. Colocar, EN CADA COLUMNA, el número resultante de la sumatoria de equis en cada uno de los renglones.
 NOTA: Si se encuentra a una persona vacunada con anti-amariílica hace menos de 5 años y con su respectivo comprobante, no aplicar una nueva dosis. Ingresar sus datos en esta planilla y al lado del apellido señalar, entre paréntesis, el año en el cual recibió la vacuna

CAMPAÑA DE VACUNACION CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
DIRECCIÓN NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
UNIDAD DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES FEBRILES ICTÉRICAS

FICHA DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN DE FIEBRE AMARILLA



SIEM SISTEMA DE INFORMACION DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA FICHA DE INVESTIGACION DE FIEBRE AMARILLA

ENFERMEDAD: FIEBRE AMARILLA

DEFINICION DE CASO SOSPECHOSO:

- INDIVIDUO CON CUADRO FEBRIL AGUDO (HASTA 7 DIAS) ACOMPAÑADO DE ICTERICIA Y AL MENOS UNA MANIFESTACION HEMORRAGICA (EPISTAXIS , GINGIVORRAGA, SANGRE EN VOMITO, HECES U ORINA , ETC) INDEPENDIENTE DEL ESTADO VACUNAL PARA FIEBRE AMARILLA .

- INDIVIDUO CON CUADRO FEBRIL AGUDO (HASTA 7 DIAS) RESIDENTE O QUE VISITO UNA AREA CON TRANSMISION VIRAL (OCURRENCIAS DE CASOS HUMANOS , EPIDEMIAS O AISLAMIENTO VIRAL EN MOSQUITOS) EN LOS ULTIMOS 15 DIAS , QUE NO ESTA VACUNADO CONTRA LA FIEBRE AMARILLA O CON ESTADO VACUNAL IGNORADO .

56- Datos clínicos de la Enfermedad de la persona

Síntomas	SI DIMA	NO	Desconocido	Síntomas	SI DIMA	NO	Desconocido
FIEBRE				CEFALEA			
VOMITOS				ESCALOFRIOS			
ICTERICIA				MELENA			
HEMATURIA				HEMATEMESIS			
OLIGURIA				ANURIA			
BRADICARDIA				COMA			
CHOQUE				SIGNO Faget			
DOLOR EPIGASTRICO							

57-HOSPITALIZACION: SI - NO - IGNORADO __ 58- FECHA DIA - MES - AÑO -

59-SITIO DE HOSPITALIZACION

1- Nombre del Caso:	2- Fecha de Elaboración (D/M/A)	3- Establecimiento:	4- Parroquia:
5- Municipio:	6- Estado:	7- Código:	8- Fuente de Notificación: Pública <input type="radio"/> Laboratorio <input type="radio"/> Búsqueda Activa <input type="radio"/> Píeado <input type="radio"/> Comunidad <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/>
9- Primer Apellido:	10- Segundo Apellido:	11- Primer Nombre:	12- Segundo Nombre:
13- C.I. <input type="text"/>	14- Nacionalidad:	15- Fecha de Nacimiento: Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	16- Edad: <input type="text"/>
17- Sexo: M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	18- Etnia: <input type="text"/>	19- Nivel: <input type="text"/>	20- Área Aptitud: <input type="text"/>
21- Situación Conyugal: S <input type="radio"/> U <input type="radio"/> D <input type="radio"/> C <input type="radio"/> O <input type="radio"/> S <input type="radio"/> V <input type="radio"/>	22- Profesión:	23- Ocupación:	24- Latitud: <input type="text"/>
25- Longitud: <input type="text"/>	Dirección de Habitación (Residencia): <input type="text"/>		
26- Entidad de Residencia:	27- Municipio de Residencia:	28- Parroquia de Residencia:	29- Localidad de Residencia:
30- Ub. Sector: Zona Industrial: <input type="text"/>	31- Av/ Carretera/ Calle/Espina/Veadero: <input type="text"/>	32- Casa/Edif./Quiero Galpón: <input type="text"/>	33- Piso/ Planta/Lugar: <input type="text"/>
34- Teléfono de Habitación (fijo): <input type="text"/>	35- Teléfono Celular (móvil): <input type="text"/>	36- Punto de Referencia: <input type="text"/>	
37- Lugar donde la persona enfermó:	38- Nombre de la Madre:	39- Nombre del Padre:	

Datos Epidemiológicos:

40- Lugar Probable de Infección: _____ 41- Estado: _____ 42- Municipio: _____ 43- Parroquia: _____

44- Punto de Referencia: _____

45- Teléfono: _____ 46- Área Urbana: _____ Área Rural: _____ Área Peri Urbana: _____ Área Desconocida: _____

47- Fecha del Inicio de Síntomas (D/M/A) / / 48- Fecha de Atención Médica (D/M/A) / /

49- Fecha de Notificación y o Semana Epidemiológica DIMA: / / N° Semana Epidemiológica: _____ 50- Fecha de Investigación DIMA: / /

Antecedentes Epidemiológicos

51- Desplazamientos en los 15 días previos al inicio de los síntomas:

Fecha (D/M/A)	Localidad	Parroquia	Municipio	Departamento/Estado	País

Datos Entomológicos y Epizootias

52- Presencia de vectores silvestres SI - NO - IGNORADO ____ (Hemagogus SP, Sabethes SP)

53- Presencia de Aedes Aegypti SI - NO - IGNORADO ____

54- Ocurrencia de Epizootias SI - NO - IGNORADO ____ (Mortalidad de Monos de la Región)

55- Vacunado contra la fiebre amarilla SI - NO - IGNORADO ____ En caso de responder SI, colocar la fecha de vacunación: (D/M/A) / / LOTE ____

60- Exámenes Serológicos:

PRUEBA	FECHA DE TOMA	RESULTADO	FECHA DE RESULTADO	Prueba	Fecha Toma	Fecha Entrega al LSP DIMA	Resultado	Fecha Resultado
BT				IgM FA 1m				
BD				IgG FA 2m				
BI				Aislamiento Viral				
AST (TGO)								
ALT (TGP)								
CREATININA								
ALT (TGP)								
Albuminuria								

61- Exámenes Específicos:

62- HISTOPATOLOGIA:
COMPATIBLE ____ SUGESTIVO ____ NEGATIVO ____ NO REALIZADO ____

63- INMUNO HISTOQUIMICA: POSITIVO ____ NEGATIVO ____ NO REALIZADO ____

64- AISLAMIENTO VIRAL MATERIAL RECOLECTADO SI ____ NO ____ IGNORADO ____

65- RESULTADO: AISLADO ____ NO AISLADO ____ Especifique: _____

ACTIVIDADES REALIZADAS:

66- BLOQUEO VACUNAL: SI - NO - IGNORADO ____

67- CONTROL DEL VECTOR: SI - NO - IGNORADO ____

68- CLASIFICACION FINAL:
FIEBRE AMARILLA URBANA ____ FIEBRE AMARILLA SILVESTICA ____ DESCARTADO ____ (ESPECIFICAR) ____

69- CRITERIO DE CONFIRMACION/DESCRTE: LABORATORIAL ____ NEXO EPIDEMIOLOGICO ____ CLINICO ____

70- PAIS ____ ESTADO ____ MUNICIPIO ____ PARROQUIA ____

71- ENFERMEDAD RELACIONADA: SI ____ NO ____ IGNORADO ____ En caso de SI Cual: _____

72- EVOLUCION DEL CASO: RECUPERACION ____ DEFUNCION ____ IGNORADO ____ FECHA DE LA MUERTE: DA ____ MES ____ AÑO ____

73- FECHA DE OMBRE: DIA - MES - AÑO ____

74- OBSERVACION:

75- RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION: _____ FIRMA: _____ FECHA: (D/M/A) ____

76- EPIDEMIOLOGO/A REGIONAL: _____ FIRMA: _____ FECHA: (D/M/A) ____



Gobierno Bolivariano de Venezuela

Ministerio del Poder Popular para la Salud

Viceministerio de Redes de Salud Colectiva

Dirección General de Epidemiología

Dirección de Vigilancia Epidemiológica

