



Lineamiento para la atención clínica integral de la Fiebre Amarilla en Colombia

Versión 2, Subdirección de Enfermedades transmisibles, Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Endemo-epidémicas, 2025.

Versión 2, abril de 2025



GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HÉRNAN URREGO MARTÍNEZ
Viceministro de Salud y Prestación de Servicios

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA
Viceministro de Protección Social

RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA
Secretario General

SANDRA CONSUELO MANRIQUE MOJICA
Directora de Promoción y Prevención

DAVID SCOTT JERVIS JALABE
Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

MARGARITA MARIA ESCUDERO OSORIO
*Directora de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud,
Riesgos Laborales y Pensiones*

MARIA VICTORIA HERRERA ROA
Subdirectora de Enfermedades Transmisibles

ANGELA LUCILA BARRIOS DIAZ
Coordinadora Grupo Gestión de la Prestación de Servicios de Salud

MAURICIO JAVIER VERA SOTO
Coordinador Grupo Gestión Integrada de Enfermedades Endemo-epidémicas



Documento técnico elaborado por:

Equipo ministerio de salud y protección social.

Camilo Andrés Caicedo Medina

Grupo de gestión Integrada de enfermedades Endemo-epidémicas
Subdirección de enfermedades transmisibles
Ministerio de Salud y Protección Social

Carlos Alfredo Acevedo González

Grupo de gestión Integrada de enfermedades Endemo-epidémicas
Subdirección de enfermedades transmisibles
Ministerio de Salud y Protección Social

Fredy Eberto Lizarazo Lozano

Grupo de gestión Integrada de enfermedades Endemo-epidémicas
Subdirección de enfermedades transmisibles
Ministerio de Salud y Protección Social

Gianni German Quinche Vargas

Grupo de gestión Integrada de enfermedades Endemo-epidémicas
Subdirección de enfermedades transmisibles
Ministerio de Salud y Protección Social

José Alejandro Mojica Madera

Grupo de gestión Integrada de enfermedades inmunoprevenibles
Subdirección de enfermedades transmisibles
Ministerio de Salud y Protección Social

Lizeth Johana Pérez Carrillo

Grupo de gestión Integrada de enfermedades Endemo-epidémicas
Subdirección de enfermedades transmisibles
Ministerio de Salud y Protección Social

María Claudia Acevedo Ritter

*Grupo de gestión Integrada de enfermedades inmunoprevenibles
Subdirección de enfermedades transmisibles
Ministerio de Salud y Protección Social*

Mauricio Javier Vera Soto

Grupo de gestión Integrada de enfermedades Endemo-epidémicas
Subdirección de enfermedades transmisibles
Ministerio de Salud y Protección Social



Equipo especialista externo:

Álex Julián Forero Delgadillo

*Médico especialista en microbiología médica, Pontificia Universidad Javeriana.
Especialista en medicina crítica y cuidados intensivos, Universidad de La Sabana.
Línea de investigación en fisiología crítica, Grupo de investigación aplicada y medicina traslacional. Hospital Federico Lleras Acosta - Universidad del Tolima.
Docentes facultad de ciencias de la salud, Universidad del Tolima.
Unidad de cuidados intensivos del adulto, Hospital Federico Lleras Acosta.*

Jeison Andrés Morales Olivera

*Médico especialista en epidemiología clínica, Universidad del Tolima.
Especialista en medicina crítica y cuidados intensivos, Universidad de La Sabana.
Línea de investigación en fisiología crítica, Grupo de investigación aplicada y medicina traslacional. Hospital Federico Lleras Acosta - Universidad del Tolima.
Docentes facultad de ciencias de la salud, Universidad del Tolima.
Unidad de cuidados intensivos del adulto, Hospital Federico Lleras Acosta.*

Julián Fernando Celis Guzmán

*Especialista en medicina crítica y cuidados intensivos, Universidad del Rosario.
Línea de investigación en fisiología crítica, Grupo de investigación aplicada y medicina traslacional. Hospital Federico Lleras Acosta - Universidad del Tolima.
Docentes facultad de ciencias de la salud, Universidad del Tolima.
Unidad de cuidados intensivos del adulto, Hospital Federico Lleras Acosta.*

Gustavo Adolfo González Varona

*Especialista en medicina crítica y cuidados intensivos, Universidad del Rosario.
Línea de investigación en fisiología crítica, Grupo de investigación aplicada y medicina traslacional. Hospital Federico Lleras Acosta - Universidad del Tolima.
Unidad de cuidados intensivos del adulto, Hospital Federico Lleras Acosta.*

Omar Eduardo Zapata Díaz

*Especialista en medicina crítica y cuidados intensivos, Universidad del Rosario.
Unidad de cuidados intensivos, Hospital Federico Lleras Acosta.*

Rómulo Salazar Fernández

*Especialista en medicina crítica y cuidados intensivos, Universidad de La Sabana.
Unidad de cuidados intensivos del adulto, Hospital Federico Lleras Acosta.*

Camilo Alberto Acevedo Bedoya

*Especialista en medicina crítica y cuidados intensivos, Universidad del Rosario.
Unidad de cuidados intensivos del adulto, Hospital Federico Lleras Acosta.*

Jaime Orlando Ordoñez Pérez

*Médico especialista en epidemiología clínica, Universidad del Tolima.
Línea de investigación en fisiología crítica, Grupo de investigación aplicada y medicina traslacional. Hospital Federico Lleras Acosta - Universidad del Tolima.*



Unidad de cuidados intensivos del adulto, Hospital Federico Lleras Acosta.

John Echeverri Morales

*Especialista en Epidemiología, Magíster en Medicina Tropical, Médico programa ETV
Dirección Territorial de Salud de Caldas*

Diana Catalina Ramírez Reyes

*Línea de investigación en fisiología crítica, Grupo de investigación aplicada y medicina
traslacional. Hospital Federico Lleras Acosta - Universidad del Tolima.*

Juan Diego Melo Pedraza

*Línea de investigación en fisiología crítica, Grupo de investigación aplicada y medicina
traslacional. Hospital Federico Lleras Acosta - Universidad del Tolima.*



Documento técnico revisado, validado y con aportes de:

Alfonso Campo Carey

Director de la maestría en salud pública
Universidad de Santander-Valledupar

Ana Lucía Erazo Cerón

Coordinadora medica de urgencias
Hospital Fronterizo La Dorada, San Miguel

Andriana Marcela Pérez Camacho

Grupo gestión para la promoción y la prevención
Ministerio de Salud y Protección Social

Andrea Paola Morillo Gómez

Vigilancia en salud pública
Secretaria de Salud Departamental de Putumayo

Andrés Álvarez Amézquita

Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres
Ministerio de Salud y Protección Social

Andrés Ledinder Rodríguez Cardona

Coordinador de epidemiología
Hospital Local de Puerto Asís

Bethi Muñoz Velásquez

Coordinadora de urgencias
Hospital San Gabriel Arcángel

Frank Alexander Agreda Zambrano

Coordinador Medico
Hospital José María Hernández

Franqui Alberto Moreno

Vigilancia en salud pública
Secretaria de Salud Departamental de Putumayo

Jacqueline Palacios Gonzalez

Grupo de gestión Integrada de enfermedades inmunoprevenibles
Subdirección de enfermedades transmisibles
Ministerio de Salud y Protección Social

Jesús Alberto Chacón Flórez

Asesor de programas de salud
Nueva EPS

Jose Ziade Benitez

Gerente del Fondo de Salud de Población Privada de la Libertad Fiduciaria Central.

Leydi Carolina Cleves Beltrán

Laboratorio Departamental de Salud Publica
Secretaria de Salud Departamental de Putumayo



Carl Machuca Hernandez

Investigador en salud pública y antropología médica
Director de la Maestría en Salud Pública-Universidad el bosque
Docente Salud Pública- Unisanitas

Diana Carolina Silva Sánchez

Docente Facultad Ciencias de la Salud
Directora Grupo de Investigación Salud Pública
Universidad Francisco de Paula Santander

Diego Fernando Padilla Mendieta

Subdirección medica
Hospital federico lleras acosta

Hernán Vargas

Subgerencia científica-Hospital Federico Lleras Acosta. Dirección de salud pública. Secretaria de salud del Tolima

Luis Alfredo Guerrero Meneses

Medico Coordinador
Hospital Local de Puerto Asís

Luis Carlos Gómez Ortega

Coordinador enfermedades endoepidémicas y relacionadas con la salud sexual Instituto Nacional de Salud

Luz Stella Ríos Marín

Grupo de gestión Integrada de enfermedades Endemo-epidémicas

Ministerio de Salud y Protección Social

María Teresa Garcés Padilla

Coordinadora de vigilancia epidemiológica
Secretaria de Salud del Cesar

Nieves Johana Agudelo Chivata

Grupo Endoepidemicas
Instituto Nacional de Salud

Ronald Fernando Díaz Acosta

Centro de regulación de urgencias y emergencias
Secretaria de Salud Departamental de Putumayo

Myriam Ruiz Dionisio

Prestación de Servicios de Salud
Ministerio de Salud y Protección Social

Organización Panamericana de la Salud.

Ruby Alexandra Jajoy Mavisoy

Coordinación medica
Hospital San Gabriel Arcángel

Sara Esmeralda Gómez Romero

Grupo de gestión Integrada de enfermedades Endemo-epidémicas
Subdirección de enfermedades transmisibles
Ministerio de Salud y Protección Social

Vanessa Cuarán Romo

Programa de ETV Y zoonosis
Secretaria de Salud Departamental de Putumayo

Contenido

Introducción.....	12
Alcance.....	15
Objetivo	15
1. Contexto eco- epidemiológico.....	16
2. Curso y manejo de la enfermedad (Código CIE 10, A95; CIE11, 1D47)	22
2.1 Generalidades de la enfermedad y su evolución.	22
2.2 Abordaje inicial	32
2.2.1 Anamnesis	32
2.2.2 Al examen físico.....	35
2.2.3 Laboratorios iniciales.....	35
2.3 Atención en Baja complejidad:.....	43
2.4 Grupo A.....	44
2.4 Grupo B.....	45
2.5 Grupo C.....	46
3. Alta hospitalaria.....	49
4. Seguimiento al paciente	50
5. Vigilancia en salud pública.....	52
6. Vacuna Fiebre Amarilla.....	53
6.1 Administración.....	55
6.2 Composición, presentación y reconstitución de la vacuna	55
6.3 Esquema de Vacunación.....	57
6.2 Contraindicaciones	57
6.3 Advertencias y precauciones	58
6.4 Coadministración	58
6.5 Otras recomendaciones.....	59



6.6 Seguridad de la vacuna.....	59
7. Atención en el marco de los equipos básicos en salud	64
8. Salud Mental y Apoyo Psicosocial en el Contexto de la Fiebre Amarilla	67
8.1 Riesgos Psicosociales y Estigma.....	67
8.2 Acciones Recomendadas.	68
9. Conducta en el caso de muerte	70
10. Monitoreo a la implementación de la línea de atención integral de casos de fiebre amarilla	72
10.1 Responsables del seguimiento	72
10.2 Componentes del seguimiento.....	73
10.3 Indicadores de seguimiento	74
11. Prestaciones.....	75
12. Responsabilidades de las instituciones	78
Bibliografía	84
Anexo 1 Tabla diagnóstico diferencial.	90
Anexo 2 Algoritmos.....	92
Anexo 3 Dipirona (metamizol).....	94
Anexo 4 Algoritmo atención del paciente crítico	97
Anexo 5 Algoritmo de control inmunológico.....	98
Anexo 6 Encuesta previa a la vacunación	99



Abreviaturas

ALT: alanina aminotransferasa (transaminasa glutámico-pirúvica)

ANTI-HBC: Anticuerpo contra el antígeno del núcleo de la hepatitis B (Anticore)

ANTI-HCV: Anticuerpos contra el virus de la hepatitis c

AST: aspartato aminotransferasa (transaminasa glutámico-oxalacética)

APACHE II: Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II, (Evaluación de Fisiología Aguda y Salud Crónica II)

DTS: Direcciones territoriales de Salud

EAPB: Empresas Administradoras de Planes de Beneficios en Salud

EPS: Empresa Promotora de Salud

FA Fiebre Amarilla

HBSAG: Antígeno de superficie de hepatitis B

HCV ARN: Prueba de detección de material genético HCV

IgG: Inmunoglobulina G

IgM: Inmunoglobulina M

INR: Índice internacional normalizado

INS: Instituto Nacional de Salud

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

MAC ELISA: Inmuno Ensayo ligado a Enzima (ELISA) para captura de IgM (MAC)

MinSalud: Ministerio de Salud y Protección Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS-OMS: Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud

PAI: Plan Ampliado de inmunizaciones

PCR: Reacción en cadena de la polimerasa

PNH: Primates no humanos

RIAS: Rutas integrales de atención en salud

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud



VSG: Velocidad de sedimentación globular

YEL-AND: enfermedad neurotrópica

YEL-AVD: enfermedad viscerotrópica

Introducción

La Fiebre Amarilla (FA) es una enfermedad infecciosa viral, transmitida exclusivamente por vectores y prevenible mediante vacunación, se caracteriza por un curso agudo, cuya gravedad puede oscilar desde una infección leve hasta una forma grave con manifestaciones icterico-hemorrágicas, presenta una evolución clínica acelerada, en la que el deterioro del paciente puede ocurrir en pocas horas. Esta rápida progresión, junto con el compromiso multisistémico particularmente a nivel hepático, renal y cardiovascular contribuye a su alta letalidad. Estas características remarcan la importancia de un abordaje temprano, especialmente en zonas de difícil acceso o con tiempos de traslado prolongados, donde la oportunidad en la atención puede ser determinante para la supervivencia del paciente. (1)

Es un evento de interés en salud pública y de control internacional, dada su capacidad epidémica y de alta letalidad. Detectable únicamente con pruebas de laboratorio debido a la inespecificidad de los síntomas, (2).

En Colombia, en el siglo XX presentaron epidemias cada 10 años y en el presente siglo se han presentado casos aislados y brotes en las zonas del piedemonte de la cordillera oriental, Amazonía, Orinoquía, Sierra Nevada de Santa Marta, Chocó, entre otras, con letalidades superiores al 50% (3). Para el periodo 2024-2025 nivel nacional 2024 y en lo corrido del 2025, se han confirmado 59 casos con 29 fallecimientos, con una letalidad acumulada del 49,1% (29/59). Para el año 2024 se presentaron 23 casos con 13 fallecimientos y desde enero de 2025 a la fecha, se han confirmado 36 casos de los cuales 16 fallecieron, con grupos de edad mínimo de 11 y máximo de 89 años, en el periodo acumulado entre el 03 de enero de 2024 al 28 de marzo de 2025. (4)

Por lo anterior, el presente lineamiento da cuenta de las directrices para orientar a los profesionales de la salud y a los actores del SGSSS en la toma de decisiones, con respecto a la atención clínica integral de personas afectadas por la Fiebre Amarilla y condiciones relacionadas con esta infección.

El presente lineamiento se fundamenta en la evidencia científica más sólida disponible, en particular en el documento "Manejo clínico de la Fiebre Amarilla en la Región de las Américas. Experiencias y recomendaciones para los servicios de salud" de la OPS (1). Asimismo, incorpora la experiencia y hallazgos del equipo de cuidado crítico del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, obtenidos durante la atención de pacientes críticos en el brote de fiebre amarilla en el departamento del Tolima.



En su formulación, se han considerado la efectividad, seguridad y viabilidad técnica de las intervenciones dirigidas al cuidado integral del paciente, en correspondencia con los principios fundamentales del derecho a la salud, consagrados en la Ley 1751 de 2015, estos principios incluyen la accesibilidad, continuidad, oportunidad, calidad e idoneidad profesional, los cuales son esenciales e interdependientes.

El lineamiento se enmarca en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), priorizando los enfoques preventivos y predictivos del modelo de atención. Además, está alineado con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, garantizando el respeto a principios fundamentales como la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.

Se establece que, una vez iniciado un servicio de salud, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas. La prestación de servicios y tecnologías en salud debe realizarse sin dilaciones y bajo estándares de calidad aceptados por la comunidad científica, con evaluación oportuna de su efectividad. Estos elementos refuerzan los principios de accesibilidad, continuidad, oportunidad, calidad e idoneidad profesional que sustentan el presente lineamiento.

El enfoque se centra en la sospecha e identificación de los casos, no solo en las zonas endémicas sino también en todo el territorio nacional, debido a los procesos de movilidad y migración poblacional, superando los desafíos que se presentan por el sub diagnóstico y subregistros que impacta en los resultados en salud.

Con el propósito de fortalecer el abordaje clínico, optimizar la organización de los servicios de salud y mejorar la calidad de la atención brindada a los pacientes con sospecha o diagnóstico de fiebre amarilla, el Ministerio de Salud presenta la segunda versión actualizada del Lineamiento Nacional para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Fiebre Amarilla.

Esta nueva edición ajustes técnicos fundamentados partiendo de la experiencia acumulada desde la publicación de la versión inicial, el lineamiento ha sido enriquecido y adaptado a partir del análisis de las lecciones aprendidas en el contexto de la atención clínica y la respuesta en salud pública frente a los brotes de fiebre amarilla, así mismo, se han integrado recomendaciones actualizadas derivadas de la evidencia científica más reciente y aportes de agremiaciones de especialistas con el propósito de brindar herramientas más precisas y contextualizadas para la toma de decisiones clínicas. Además, incluye elementos clave relacionados con la identificación oportuna de errores programáticos, la auditoría de los procesos de atención y el seguimiento integral de los casos, con



el fin de garantizar una respuesta más efectiva, prevenir complicaciones, reducir la mortalidad y promover una atención segura y de calidad.

Se ha modificado la gráfica de diagnóstico diferencial de fiebre amarilla y dengue, mejorando su claridad y precisando los criterios clínicos adicionales que permiten diferenciar entre ambas patologías. Además, se ha incluido una nueva tabla que establece un diagnóstico diferencial entre las diferentes hepatitis virales y la fiebre amarilla, con el objetivo de facilitar la identificación temprana y precisa de estas patologías.

Se realizaron ajustes en los parámetros esenciales para el abordaje del paciente con sospecha clínica de fiebre amarilla, aclarando y detallando los elementos necesarios para una mejor evaluación clínica, asegurando un manejo oportuno y adecuado desde la atención inicial. También se introdujeron cambios en las indicaciones de manejo por grupos; para el Grupo A, el manejo de los pacientes anteriormente indicado en el nivel primario de atención ahora debe realizarse como mínimo en instituciones de mediana complejidad. Para los pacientes clasificados en los Grupos B y C, el tratamiento debe realizarse en una institución de alta complejidad que cuente con los recursos necesarios para su atención en una unidad de cuidados intensivos (UCI), sin que esto implique exclusivamente una UCI de alta complejidad, pero sí garantizando el acceso oportuno a cuidados críticos especializados.

Finalmente, para el Grupo C se indicó que los pacientes con ictericia atendidos en UCI deben iniciar el protocolo de falla hepática. Estas modificaciones refuerzan el compromiso del Ministerio de Salud de ofrecer herramientas actualizadas y efectivas para enfrentar los desafíos que presenta la fiebre amarilla en el país.

Invitamos a todos los profesionales de la salud a familiarizarse con este nuevo lineamiento y aplicarlo en sus respectivos ámbitos de trabajo para optimizar la atención de los pacientes.



Alcance

Este lineamiento es emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social desde el grupo de gestión integrada de enfermedades endemo-epidémicas, 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 y se complementa con la *"Guía de atención del paciente en condición crítica con sospecha o diagnóstico confirmado de fiebre amarilla"*. (3) (5) (6)

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.

Su fin es ordenar, guiar y orientar la atención clínica integral para los casos de 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.

1. Contexto eco-epidemiológico

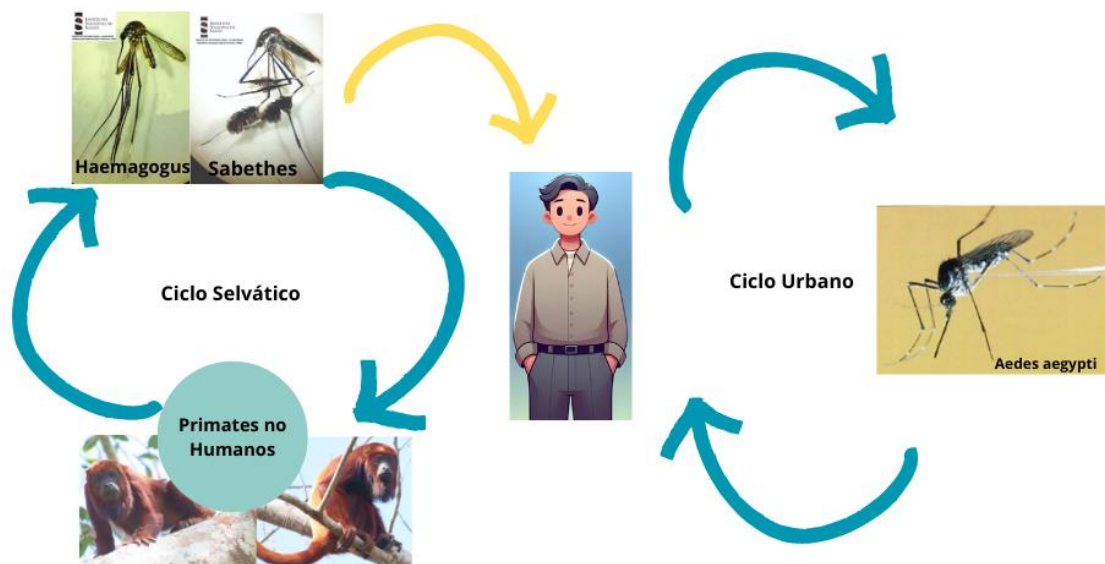
La Fiebre Amarilla, una enfermedad viral, transmitida por los mosquitos *Haemagogus*, *Sabethes* y *Aedes aegypti*, propia de algunas regiones tropicales de América del Sur y África. Existen dos ciclos de transmisión (selvático y urbano) en los cuales el humano puede interactuar accidentalmente. (2)

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):

- 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.
- 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 (7). En Colombia desde 1929 no se ha reportado presencia del ciclo urbano.

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 (incluye áreas rurales y periurbanas) y existen condiciones ecológicas para el mantenimiento de la transmisión (presencia de vectores competentes y vertebrados susceptibles capaces de mantener la cadena de transmisión) (8)

Gráfica 1. Ciclo de transmisión de la Fiebre Amarilla.



Imágenes de *Aedes aegypti* tomada de Rodríguez , Gerzain , Velandia , Martha y Boshell, Jorge 2003 (9). Imagen de *Sabethes* tomada de CDC/ Prof. Woodbridge Foster; Prof. Frank H. Collins (10) 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.

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. (11)

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. (12) 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.

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.

En Colombia, se consideran como departamentos de alto riesgo para Fiebre Amarilla: El 100% de los municipios de los Departamentos de Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Cesar, Choco, Guainía, Guaviare, Huila, La Guajira, Meta, Putumayo, Tolima, Vaupés y Vichada. (5) (13) (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.) (14):

- Antioquia: Los municipios de Apartadó, Arboletes, Carepa, Chigorodó, Dabeiba, Murindó, Mutatá, Necolí, Puerto Berrío, Puerto Nare, Puerto Triunfo, San Juan de Urabá, San Luis, Turbo, Vigía del Fuerte y Yondó.
- Bolívar: Los municipios de Arenal, Barranco de Loba, Cantagallo, Morales, Pinillos, Regidor, Río Viejo, San Pablo, Santa Rosa del Sur y Simití.
- Boyacá: Los municipios de Cubará, Maripí, Muzo, Otanche, Páez, Pauna, Paya, Puerto Boyacá y San Pablo de Borbur.
- Caldas: Los municipios de La Dorada, La Victoria, Neira, Norcasia y Samaná.
- Cauca: Los municipios de Piamonte y Santa Rosa.
- Cundinamarca: Los municipios de Agua de Dios, Arbeláez, Beltrán, Cabrera, Caparrapí, Girardot, Guaduas, Guataquí, La Palma, Medina, Nariño, Nilo, Paimé, Pandi, Paratebueno, Puerto Salgar, Ricaurte, San Juan de Rioseco, Tocaima, Venecia y Yacopí.
- Magdalena: Los municipios de Aracataca, Ciénaga, Distrito de Santa Marta (incluye el Parque Tayrona de la Sierra Nevada) y Fundación.
- Nariño: El municipio de Ipiales (corregimiento de Sucumbíos).
- Norte de Santander: Los municipios de Abrego, Convención, Cúcuta, El Carmen, El Tarra, El Zulia, Hacarí, La Playa de Belén, Ocaña, Puerto Santander, San Calixto, San Cayetano, Santiago, Sardinata, Teorama y Tibú.
- Santander: Los municipios de Barrancabermeja, Bolívar, Bucaramanga, Charalá, Cimitarra, Coromoro, El Playón, Floridablanca, Girón, Landázuri,

Piedecuesta, Puerto Parra, Puerto Wilches, Rionegro, Sabana de Torres, San Vicente de Chucurí, Socorro y Surata.

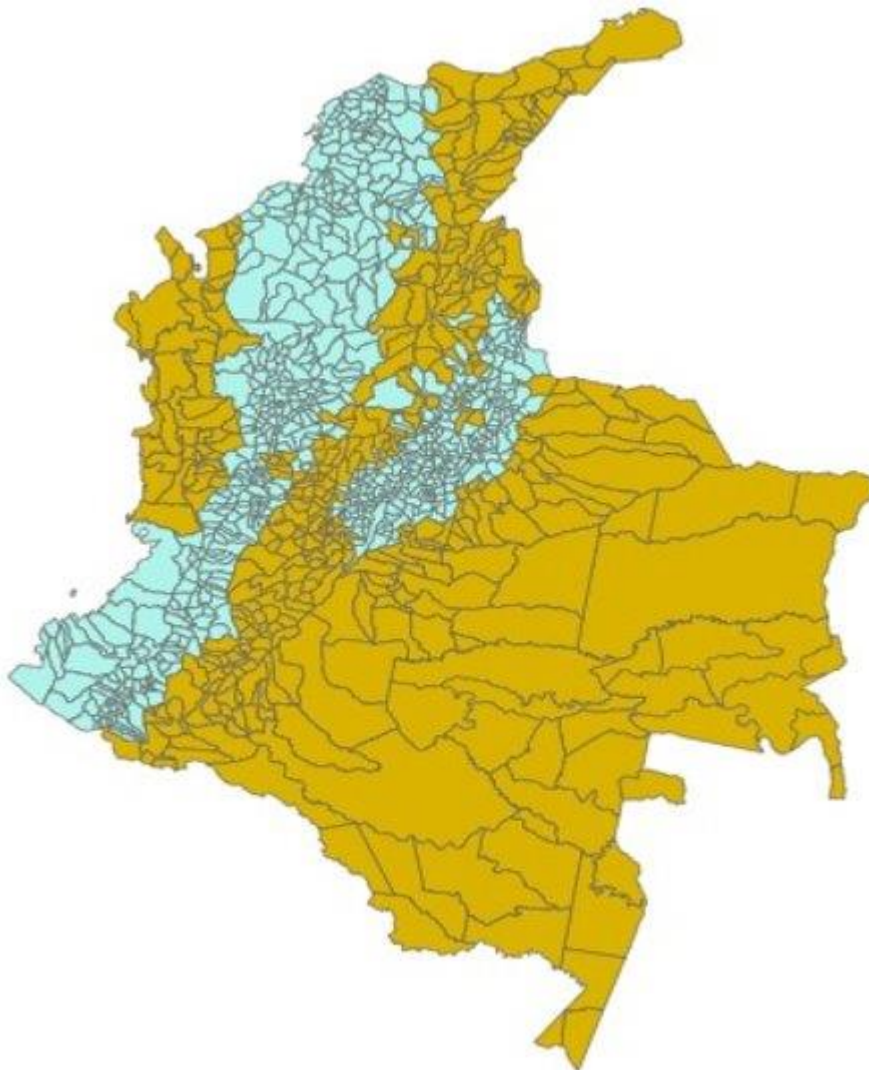
- San Andrés y Providencia (No hay antecedente de FA en las islas, se establece el riesgo por nexo ecológico y por ser frontera internacional).

Mapa 1. Distribución de casos de Fiebre Amarilla selvática en Colombia, 2000 a 2025p.



Fuente: Instituto Nacional de Salud (INS) Fuente: Sivigila INS 2000 a 2025p

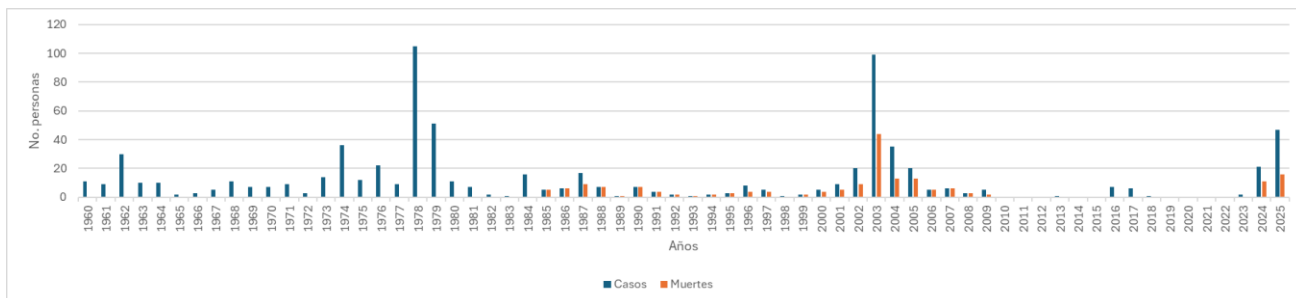
Mapa 2. Estratificación del riesgo de Fiebre Amarilla, Colombia, 2025p



Fuente: Ministerios de salud y protección social

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 (15) (16) (17) (18).

Gráfica 2. Número de casos de Fiebre Amarilla en Colombia del 1960-2024



Realizado partiendo de la información de la Organización Panamericana de la Salud Perfil nacional de Fiebre Amarilla: Colombia 2022 (19) e información de Grupo de gestión integrada de enfermedades endemo-epidemicas

Se han identificado diversos factores de riesgo para la Fiebre Amarilla (19) (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, minería, entre otros).
- 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. (20)

2. Curso y manejo de la enfermedad (Código CIE 10, A95; CIE11, 1D47)

2.1 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 (7)

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 (21), sin embargo, se ha logrado identificar virus en sangre hasta el día 17. Puede Llegar a alcanzar una mortalidad hasta del 80% (9) aunque un reciente metaanálisis estima la letalidad en 47% para América del Sur (22).

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)

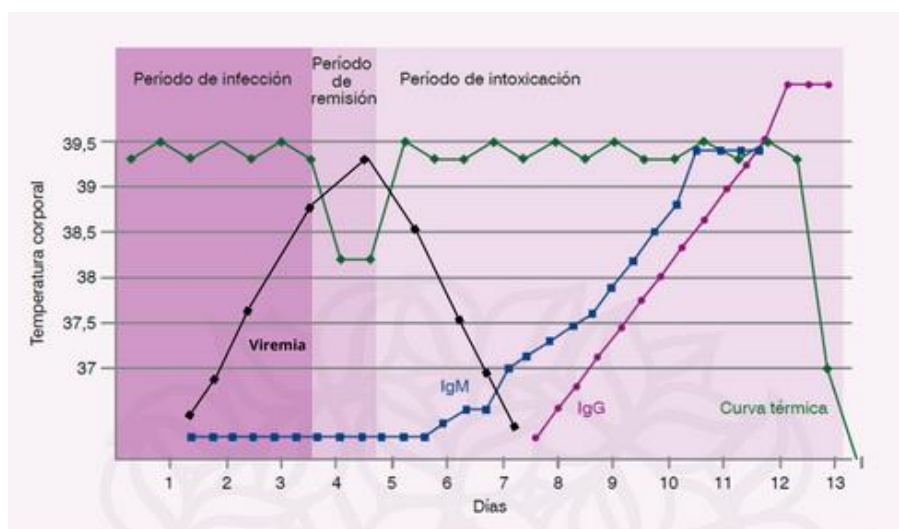
Gráfica 3. Fases de la enfermedad



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 4. Curva térmica y respuesta inmune



Modificado de Ministerio de Salud y Protección Social, Programa de apoyo a la reforma, Universidad Nacional de Colombia, Instituto de investigaciones públicas 2011 (19)

*Durante la fase toxemia los pacientes pueden continuar afebriles o con picos entre los 38-38,5C.

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 -Artralgia -Mialgia -Dolor abdominal -Náuseas -Emesis -Anorexia -Diarrea -Ictericia (23)	-Erupción - Conjuntivitis -Artralgia -Mialgia -Dolor óseo -Emesis -Escalofríos -Dolor abdominal - Dolor retro ocular (24)	-Artralgia -Erupción - Conjuntivitis -Mialgia (24)	-Prurito -Erupción - Conjuntivitis - Adenopatías -Odinofagia (24)	-Cefalea -Mialgia -Artralgia -Anorexia -Náuseas y emesis -Escalofríos -Fotofobia -Erupción que se asemeja a la rubéola -Diarrea -Congestión conjuntival -Dolor epigástrico -Dolor retro orbitario (25)	-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. (26)

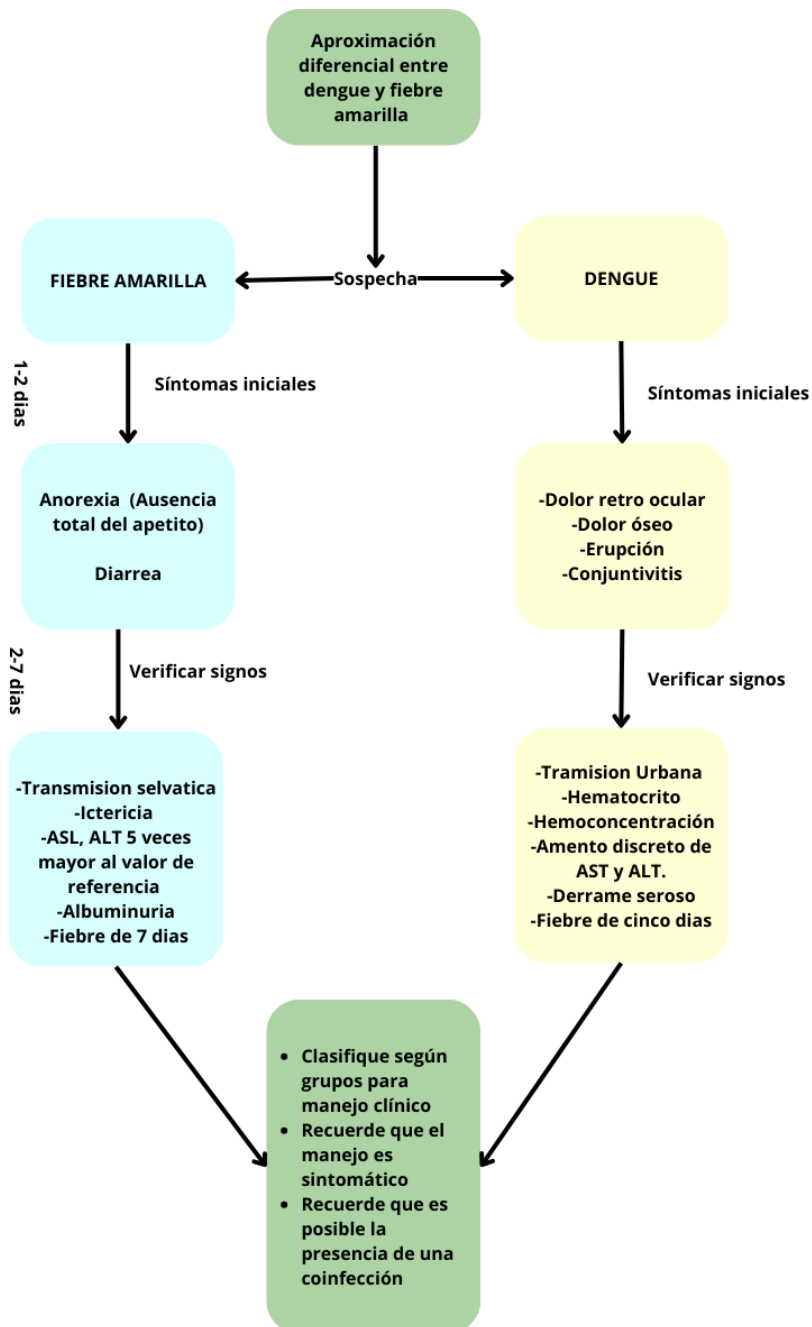
Esta Arbovirosis carece de tratamiento específico, sin embargo, la identificación temprana de la enfermedad es esencial para guiar el plan de manejo adecuado y mejorar la evolución del paciente. Por tanto, el uso de pruebas de laboratorio específicas y completarias recomendadas, junto con una evaluación 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):

Tabla 2. Diagnósticos diferenciales.

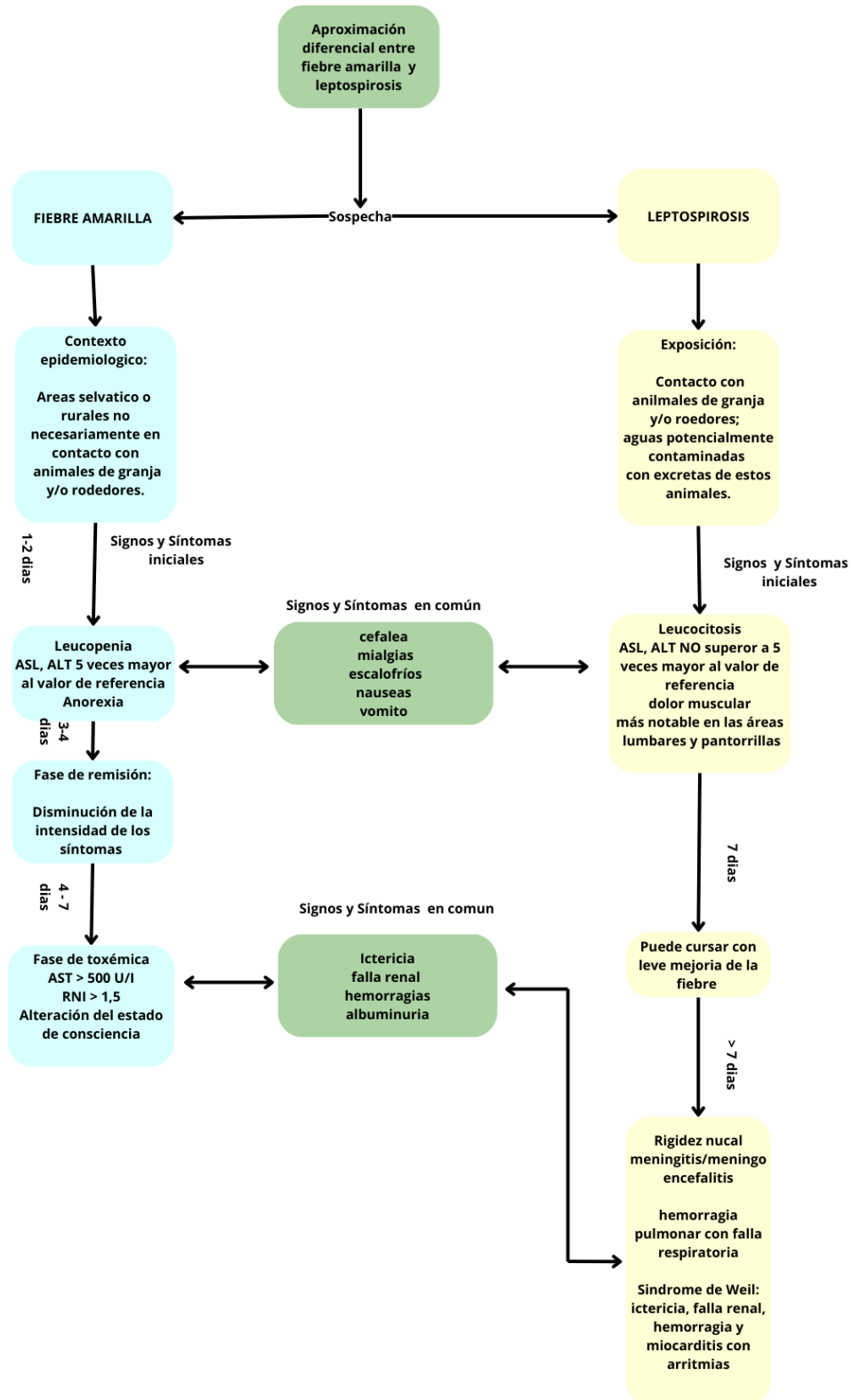
Diagnóstico diferencial	Síntomas
Malaria	Es una enfermedad parasitaria transmitida por <i>Anopheles</i> caracterizada por fiebre, escalofríos, sudoración y anemia.
Dengue	Es una enfermedad viral transmitida por el mosquito <i>Aedes</i> que se puede presentar con fiebre alta, cefalea intensa, dolor retro 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 u orina 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 incluyen fiebre prolongada, dolor abdominal, debilidad y en ocasiones, una erupción rosada
Fiebre hemorrágica por arenavirus/Hantavirus	Se trata de un grupo de virus que causan fiebres hemorrágicas, se puede presentar con síntomas que van desde fiebre y fatiga hasta sangrado severo y shock

Ministerio de Salud y Protección Social, Programa de apoyo a la reforma, Universidad Nacional de Colombia, Instituto de investigaciones públicas 2011 (19) y Rodríguez, Gerzain, Velandia, Martha y Boshell, Jorge 2003 (9).

Gráfica 5. Aproximación diferencial entre Fiebre Amarilla y Dengue.



Gráfica 6. Aproximación diferencial entre Fiebre Amarilla y Leptospirosis.



Diferencial con Hepatitis.

Características	Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis C	Hepatitis D	Hepatitis E	Fiebre Amarilla
Agente causal	Virus de la hepatitis A (VHA)	Virus de la hepatitis B (VHB)	Virus de la hepatitis C (VHC)	Virus de la hepatitis D (VHD)	Virus de la hepatitis E (VHE)	Virus de la fiebre amarilla (familia Flaviviridae).
Transmisión	- Fecal-oral. - Agua/alimentos contaminados.	- Contacto con sangre, semen u otros fluidos. - De madre a hijo al nacer.	- Contacto con sangre infectada. - Menos frecuente: relaciones sexuales.	- Solo ocurre en coinfección con VHB. - Sangre o fluidos corporales.	- Fecal-oral. - Agua contaminada (frecuente en zonas endémicas).	- Picadura de mosquitos infectados.
Período de incubación	2-6 semanas.	4-20 semanas.	2-12 semanas.	Similar al VHB.	2-8 semanas.	3-6 días.
Curso de la enfermedad	- Solo aguda, autolimitada.	- Aguda o crónica. - 5-10% desarrollan cronicidad.	- Principalmente crónica. - 75-85% desarrollan infección crónica.	- Crónica cuando hay coinfección con VHB. - Puede agravar la enfermedad hepática.	- Principalmente aguda. - Crónica en pacientes inmunosuprimidos.	- Fase inicial leve con fiebre, seguida de fase tóxica grave en algunos casos. - Daño hepático severo y falla multiorgánica.
Síntomas principales	- Fiebre, fatiga, náuseas.	- Fiebre, fatiga, ictericia.	- Fatiga persistente, náuseas.	- Similar a VHB.	- Fiebre, fatiga, ictericia.	- Fiebre alta, dolor de cabeza, dolor muscular.

	- Ictericia, dolor abdominal.	- Puede ser asintomática.	- Frecuentemente asintomática.	- Mayor gravedad en coinfección.	- Náuseas y diarrea.	- Ictericia, hemorragias, insuficiencia hepática.
Gravedad	- Baja en general.	- Riesgo de cirrosis, hepatocarcinoma en crónicos.	- Alta en casos crónicos: cirrosis, hepatocarcinoma.	- Alta en casos con daño hepático previo.	- Baja en general.	- Alta en casos graves (fases tóxicas).
	- Grave en inmunosuprimidos.			- Mayor riesgo de complicaciones.	- Grave en embarazadas (mortalidad alta).	- Mortalidad elevada sin tratamiento adecuado.
Diagnóstico	- Serología (anticuerpos IgM contra VHA).	- Serología (HBsAg, anti-HBc, HBeAg).	- ARN del VHC por PCR.	- Anticuerpos anti-VHD, ARN del VHD.	- Serología (anticuerpos IgM contra VHE).	- Serología para detectar antígenos/anticuerpos del virus.
						- Pruebas moleculares (PCR).
Vacuna disponible	Sí.	Sí.	No.	No (pero prevención con vacuna de VHB).	No (excepto en China).	Sí.
Tratamiento	- No específico.	- Antivirales (tenofovir, entecavir).	- Antivirales de acción directa (AAD).	- Similar a VHB.	- No específico.	- Sintomático.
	- Sintomático.	- Interferón.			- Sintomático.	- Soporte intensivo en casos graves.
Prevención	- Higiene personal.	- Vacuna.	- Prácticas seguras (evitar contacto con sangre).	- Prevención del VHB.	- Higiene personal.	- Vacunación.
	- Vacuna.	- Prácticas seguras.			- Agua potable segura.	- Control de mosquitos y uso de repelentes.

En el proceso de diagnóstico de hepatitis, es fundamental considerar que la sensibilidad y utilidad de las pruebas dependen de varios factores clave, uno de ellos es la matriz biológica utilizada (suero, plasma, sangre total, entre otros), ya que cada una presenta diferentes concentraciones de los marcadores virales o inmunológicos, lo que puede afectar la detección, así mismo, en el momento de la toma de la muestra influye en la interpretación clínica: en fases agudas, se detectan antígenos o material genético del virus, mientras que en fases crónicas o resueltas predominan los anticuerpos, lo que permite establecer el estado de la infección y orientar su manejo.

Otro aspecto relevante es la determinación de los puntos de corte (cut-off) definidos por cada metodología diagnóstica, los cuales varían según el tipo de prueba y el fabricante, por ello, es necesario validar y estandarizar las pruebas en el contexto local para garantizar resultados confiables.

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

Tabla 3. Diagnóstico diferencial con Dengue.

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 linfopenia leve los primeros días. incremento de la VSG, hiperbilirrubinemia a expensas de la directa.	ASL, ALT 5 veces mayor	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 (27)	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 hemoconcentración.	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 (19) y Rodríguez, Gerzain, Velandia, Martha y Boshell, Jorge 2003 (9).

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

Hallazgos clínicos		Hallazgos de laboratorio	Nivel de atención
Signos y síntomas de alarma	Deshidratación, vómito, hipo, diarrea, dolor abdominal persistente, hemorragia leve (epistaxis, gingivorragia, petequias)	AST > 500 U/I Recuento de plaquetas < 100.000/ mm ³ Proteinuria	Alta complejidad Unidad de cuidados intensivos. (grupo B)
Signos y síntomas de gravedad	Ictericia, oliguria, confusión mental, convulsión, manifestaciones hemorrágicas*, taquipnea, hipotensión, signos de perfusión sanguínea deficiente, alteración del estado de consciencia.	AST > 500 U/I Lesión renal aguda (criterios KDIGO) 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)

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.

Clasificación	Síntomas	Manejo
Grupo A	síntomas leves	Nivel mediana complejidad (hospitalización)
Grupo B	Presencia de signos de alarma	Nivel de alta complejidad (UCI)
Grupo C	Persistencia de signos de alarma y de gravedad	Nivel de alta complejidad(UCI)

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

2.2 Abordaje inicial

2.2.1 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?

A continuación, se indican los puntos importantes en cada una de las partes de la anamnesis:

Motivo de consulta: puede variar dependiendo cual sea el síntoma que más importancia tenga el paciente.

Enfermedad Actual:

- Un síndrome febril menor de 7 días (Registrar inicio, características, evolución detallada y síntomas asociados)
- Contexto epidemiológico: Es fundamental considerar no solo el lugar de residencia del caso, sino también cualquier desplazamiento reciente, en especial a zonas con circulación activa del virus, esta evaluación debe incluir de manera clara la información sobre la actividad laboral y los patrones de movilidad asociados, dado que en muchas regiones endémicas es común que las personas trabajen fuera de su lugar de residencia habitual. (28) (29).

Actividades en sectores como la agricultura, la minería, la construcción u otras labores en entornos rurales o selváticos pueden implicar una exposición significativa, especialmente si el trabajo se desarrolla en áreas con alta presencia de vectores o condiciones ambientales propicias para la transmisión. (28) (29).

- 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).
- 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.
 - 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
- 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 le enfermedad).
- Indagar el contacto reciente con insecticidas, plaguicidas u otras sustancias químicas.

Antecedentes: Verificar principalmente los siguientes antecedentes:

- Patológicos: Diabetes mellitus II, hepatopatías, insuficiencia renal, indagar por antecedente de alcoholismo, enfermedades hematológicas, Enfermedades autoinmunes, condiciones de inmunosupresión o estados de inmunocompromiso, infección reciente por dengue, malaria chikungunya o zika.
- 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.

Revisión por sistemas: Interrogar principalmente los siguientes sistemas:

- General o constitucional.
 - Fatiga o astenia (incluyendo fatiga extrema)
- Sistema gastrointestinal.
 - Dolor abdominal
 - Cambios en los hábitos intestinales
 - Náuseas, pérdida del apetito, vómitos, distensión abdominal.
 - Ictericia, intolerancia a comidas grasas, acolia, esteatorrea.
- Sistemas cardiovasculares / pulmonar.
 - Dolor torácico, palpitaciones.
 - Disnea
 - Hipoperfusión distal
- Sistemas hematológicos.
 - Petequias, equimosis, hematomas, gingivorragia.
 - Palidez mucocutánea
 - Hemoptisis
 - Epistaxis
- Sistema genitourinario.
 - Cambios en la micción: Frecuencia, urgencia, dolor o ardor al orinar, presencia de sangre o cambios en el aspecto.
 - Sangrado uterino anormal
- Sistemas neurológicos
 - Cefalea intensa, somnolencia, habla arrastrada.
 - Alteraciones sensoriales: Cambios en la visión, audición, gusto, olfato o tacto.
 - Convulsiones o episodios de alteración de la conciencia

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.

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 de 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.

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)

2.2.2 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 2-3 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).

2.2.3 Laboratorios iniciales

Teniendo en cuenta las capacidades diversas de los laboratorios y centros médicos los paraclínicos pueden variar según disponibilidad y complejidad, sin embargo, en todos los casos con sospecha clínica de fiebre amarilla se deben realizar los siguientes laboratorios con una oportunidad en el reporte de máximo 2 horas en el contexto del paciente con sospecha clínica de fiebre amarilla (Esto no debe retrasar la remisión si el paciente lo requiere):

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

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

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

Tabla 6. Laboratorios iniciales en el paciente hospitalizado.

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, si el resultado es bajo, pero existe sospecha clínica se recomienda repetir la prueba.
	Creatinina sérica	Elevada en las formas graves de la enfermedad. Pronóstico de insuficiencia hepática/renal aguda.

Pruebas hematológicas	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) con leve aumento en fases iniciales y puede considerarse como un factor pronóstico de evolución hacia formas graves, de igual forma se puede evidenciar un aumento posterior a la fase toxemia.
	Hemograma completo con recuento de plaquetas	<p>La trombocitopenia presenta en la infección FA suele ser leve.</p> <p>Evaluación de la hemoconcentración y la trombocitopenia en cuyo caso se debe suponer la coinfección con dengue o dengue como primera opción.</p> <p>Leucopenia a los tres o cuatro días del comienzo de la enfermedad, con eosinopenia.</p>
	Tiempo de protrombina/RNI	Coagulograma: indicadores de letalidad. Tiempo de protrombina elevado: marcador de coagulopatía.
	Factor V	Se sintetiza exclusivamente en el hígado y, a diferencia

		de otros factores de coagulación, no es dependiente de vitamina K. Su disminución indica necrosis hepatocelular importante, y puede ser un marcador temprano de falla hepática.
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.
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, anomalías 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)

Para el contexto colombiano se recomienda la recolección de muestras a todos los casos probables vivos de Fiebre Amarilla para realizar pruebas como PCR (19), en los primeros 7 días del inicio del cuadro, sin embargo, esto no debe demorar el plan de manejo del paciente.

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 realizar un monitoreo cada vez que el médico tratante lo considere necesario, pero con una toma mínima cada 24 horas, con el fin de identificar variaciones que indiquen una evolución y permitan una reclasificación clínica oportuna.
- Las ALT también deben ser monitoreadas.

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

- Si el reporte muestra disminución por debajo de las 100.000/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.

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(aumento en Fa y Chikunguña).
	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.
Amoníaco	Importante para evaluar encefalopatía, toma a nivel arterial, si está disponible.
Amilasa	Puede estar elevada y es útil especialmente para el diagnóstico diferencial de la pancreatitis aguda, (ausencia de lipasa).
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.
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/hipocalemia, hipomagnesemia,

		hiper/hipofosfatemia e hiper/hipocalcemia.
	Proteína C reactiva/velocidad de hemossedimentación	Pruebas poco sensibles, pero útiles para evaluar los cuadros inflamatorios e infecciosos agudos.
	Lipasa sérica	Para el diagnóstico de pancreatitis aguda.
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.
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.
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)

Los virus del dengue y de la fiebre amarilla comparten estructuras antigénicas similares, lo que puede llevar a que los anticuerpos generados contra el virus de la fiebre amarilla también reconozcan proteínas del dengue en una prueba rápida basada en inmunocromatografía esto es especialmente relevante en pruebas que detectan anticuerpos IgM o IgG, ya que estos pueden unirse a epítomos comunes entre ambos virus, generando posibles falsos positivos. (30)

Además, la estructura de ciertas proteínas virales también contribuye a esta reacción cruzada. La proteína E (de envoltura) y la NS1 (no estructural 1) son altamente conservadas entre los flavivirus, lo que implica que muchas pruebas rápidas de dengue, diseñadas para detectar NS1, pueden dar resultados falsamente positivos debido a la similitud de esta proteína con la del virus de la fiebre amarilla. (31)

Estudios han demostrado que la inmunidad preexistente, ya sea por vacunación o por exposición previa a flavivirus antigénicamente similares, mejora la reactividad cruzada serológica, lo que aumenta la posibilidad de falsos positivos en pruebas inmunológicas. Se ha observado que los pacientes con infecciones secundarias por flavivirus presentan un alto grado de reactividad cruzada en comparación con aquellos con infecciones primarias, lo que sugiere que la respuesta inmune puede interferir significativamente en la especificidad de los ensayos serológicos. (31)

El diagnóstico de leptospirosis es un reto clínico debido a la similitud de sus síntomas con otras enfermedades febriles. Para su identificación, se emplean diversas pruebas, siendo las serológicas una de las herramientas más utilizadas. La prueba de microaglutinación (MAT) es el método de referencia.

Adicionalmente, la prueba ELISA IgM/IgG es útil para la detección de anticuerpos IgM en fases tempranas e IgG en etapas más avanzadas de la enfermedad, aunque su especificidad puede verse afectada por reacciones cruzadas. (32) (33)

Por otro lado, los falsos negativos pueden ocurrir cuando las pruebas serológicas se realizan en los primeros días de la enfermedad o en pacientes con alteración de la respuesta inmune como lo pueden ser los pacientes con fiebre amarilla con los títulos bajos de anticuerpos pueden dificultar la detección serológica. (32) (33)

En cuanto a la fiebre amarilla, su presentación clínica puede ser similar a la leptospirosis, ya que ambas enfermedades pueden manifestarse con fiebre, ictericia, hemorragias y falla multiorgánica se ha documentado un caso en Perú donde un paciente con fiebre amarilla confirmada por RT-PCR también presentó serología positiva para *Leptospira* mediante ELISA y microaglutinación. Sin embargo, no se pudo demostrar una coinfección real, lo que destaca la importancia de realizar un diagnóstico diferencial adecuado. (34)

Es fundamental buscar signos y síntomas respiratorios, especialmente aquellos que sugieran neumonía, en los casos con sospecha clínica de fiebre amarilla, ya que pueden indicar complicaciones secundarias o coinfecciones que agravan el cuadro clínico. La identificación temprana de manifestaciones respiratorias permite una intervención oportuna, mejora el pronóstico del paciente y reduce el riesgo de desenlaces graves, como insuficiencia respiratoria o sepsis.

En el caso que la paciente con sospecha clínica de dengue se encuentre en estado de gestación, deberá ser remitida a un nivel de alta complejidad, y deberá recibir valoración por el servicio de medicina materno-fetal.

Una vez se realizado el abordaje inicial y los paraclínicos al paciente, se procede a realizar la clasificación en los siguientes grupos para definir conductas según los hallazgos.

2.3 Atención en Baja complejidad:

Teniendo en cuenta que la baja complejidad de atención continuará siendo la puerta de entrada al sistema de salud, se establecen las siguientes recomendaciones para el manejo del paciente con fiebre amarilla durante el tiempo que permanezca en la institución:

- hidratación oral o vía intravenosa según recomendaciones por grupos de manejo.
- Evitar y limitar el uso de acetaminofén a un máximo de 3 gr/ día.
- Evitar vías intramusculares.
- No usar AINES o ácido acetil salicílico.



- Realizar notificación al SIVIGILA, según protocolo nacional de vigilancia en salud pública de Fiebre Amarilla. (2) (Cod. INS 310.)
- Seguimiento estricto de signos vitales y condición clínica (mínimo cada hora)
- Seguimiento estricto de balance hídrico (Especial atención a la diuresis)
- Curva térmica (mínimo cada 2-3 horas)
- Vigilancia neurológica (hoja neurológica)
- Valoración médica cada hora (especial atención a signos de alarma y gravedad)
- Ante pérdida de apetito no forzar ingesta de alimentos (no ofrecer té).
- Aislamiento vectorial
- Remisión según condición clínica del paciente.
- Toma de laboratorios esenciales (No debe demorar la remisión del paciente)

Todas las redes de atención de las aseguradoras deberán contar con servicios de modalidad de telemedicina (telemedicina interactiva, no interactiva, telexperticia, telemonitoreo en todos los niveles de atención (res. 3100 de 2019) dirigidos a los centros de baja complejidad en el contexto de pacientes con sospecha clínica de fiebre amarilla, el médico podrá solicitar asistencia vía telefónica para individualizar el manejo médico a las condiciones de cada paciente y garantizar una atención adecuada.

2.4 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)

Este paciente debe ser manejado en un nivel de mediana complejidad.

- Mínimo 48 horas de vigilancia en hospitalización.
- Durante la estancia hospitalaria, repetir toma de paraclínicos mínimos cada 24 horas. (Transaminasas, hemograma y funcional renal)
- Si el paciente no presenta en las últimas 48 horas alteraciones clínicas y se evidencia mejoría de los parámetros laboratorios (Hemograma con recuento de plaquetas, ALT, AST, BUN, creatinina, INR, PT y PTT) se puede indicar el alta hospitalaria y programar el seguimiento. (12)
- 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.

- Hidratación oral 30-50 ml/Kg/día o vía intravenosa 30ml/kg/día (si no tolera vía oral)
- Evitar y 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.
- Realizar notificación al SIVIGILA, según protocolo nacional de vigilancia en salud pública de Fiebre Amarilla. (2) (Cod. INS 310.)
- Si se da alta y el caso no fue confirmado se recomienda realizar vacunación
- Educar sobre signos y síntomas de alarma y gravedad.

2.4 Grupo B

Pacientes con sospecha clínica de fiebre amarilla que presenten criterios de severidad moderada definido por los siguientes criterios clínicos y paraclínicos:

- Deterioro clínico dado por la evidencia uno o más de los signos y síntomas de alarma:
 - Deshidratación (Debilidad, mucosas secas, ojos hundidos, mareos, mucosas secas, hipotensiones ortostáticas, sensación de sed moderada, orina concentrada).
 - Emesis, diarrea (no alto gasto), dolor abdominal persistente.
 - Hemorragia leve (epistaxis, gingivorragia, petequias).
- Paciente en estado de embarazo
- Disfunción hepática sin criterio clínico de falla hepática aguda:
 - Elevación de enzimas hepáticas Alanino amino transferasa (AST) - Aspartato amino transferasa (ALT), > 500 U/L.
 - Trombocitopenia <100.000 plaquetas/mm³
 - Prolongación del índice internacional normalizado (INR) >1,5 (1)

El manejo de estos pacientes debe ser intramural en una institución de alta complejidad en unidad de cuidado intensivos y se sugieren las siguientes intervenciones terapéuticas:

- Hidratación intravenosa con soluciones isotónicas restrictivas:
1 mL/kg/hora ajustada a condiciones clínicas del paciente y variables de perfusión (Estado de consciencia, volumen urinario, presión arterial). Evite sobrehidratación del paciente. (6)

- Dipirona dosis máxima de 3 g/día vía intravenosa en pacientes con lesión hepática y enzimas AST/ALT inferiores a 500 U/L (Dosis recomendadas en Anexo 3.(Grupo asesor)
- Acetaminofén dosis máxima de 2 g/día vía oral (1)
- Control de líquidos administrados y eliminados.
- Control de glucometrías preprandiales y en ayunas.
- Hoja neurológica cada hora.
- Uso de mosquitero o toldillo sin impregnar.

2.5 Grupo C

Si a las 12 horas el paciente persiste con estos síntomas:

- Deshidratación.
- Varios episodios de emesis.
- Náuseas, diarrea.
- Hipo.
- Sangrados leves.
- Excreción urinaria alterada.
- Patrón hemodinámico alterado.
- Paraclínicos en rango de alarma.

O si presenta síntomas y signos de gravedad tales como:

- Ictericia
- Melenas
- Hematemesis
- Oliguria
- Confusión mental / convulsión
- Alteración del estado de conciencia.
- Manifestaciones hemorrágicas
- Taquipnea
- Hipotensión
- Signos de hipoperfusión sanguínea.
- Arritmias

Con presencia de criterios de severidad definida por disfunción orgánica:

- Falla hepática aguda (Sumatoria de los siguientes tres hallazgos):
 - Elevación de enzimas hepáticas Alanino amino transferasa (AST) - Aspartato aminotransferasa (ALT) > 500 U/l
 - Prolongación del índice internacional normalizado (INR) >1,5

- Alteración del estado de consciencia
- Lesión renal aguda (criterios KDIGO)
- Inestabilidad hemodinámica (choque con necesidad de vasopresores)
- Insuficiencia respiratoria (hipoxemia por PaO₂ <60 mmhg, PCO₂ >60 mmhg, necesidad de ventilación mecánica, sistema de alto flujo de oxígeno o FiO₂ >35%).
- Alteraciones neurológicas (encefalopatía West Haven ≥2, convulsiones).
- Sangrado activo de cualquier índole.

Estrategias de seguimiento (Tomado bajo autorización del protocolo de tención del paciente en condición crítica con sospecha o diagnóstico confirmado de fiebre amarilla, (2025). Hospital Federico Lleras Acosta)

Se reclasifica el paciente en el grupo C, se debe trasladar al paciente a una unidad de cuidados intensivos (No intermedios) en una institución de alta complejidad (1)

Se recomienda realizar la toma de los siguientes exámenes de laboratorio al ingreso del paciente a la unidad de cuidados intensivos o al servicio de urgencias, y continuar con su monitoreo cada 6 horas: (6):

- Hemograma, extendido de sangre periférica PT, PTT, Fibrinógeno, factor V de la coagulación.
- Dímero D, deshidrogenasa láctica, ferritina.
- Parcial de orina, creatinina, nitrógeno ureico sérico.
- Amonio, AST, ALT, Bilirrubinas (Totales, directas e indirectas).
- TSH, perfil lipídico (Colesterol total, triglicéridos, LDL, HDL), lipasa, amilasa, glucometría, sodio, potasio, magnesio, fósforo, ácido úrico.
- AgS hepatitis B, IgG hepatitis C, IgM hepatitis A, NS1 o IgM para Dengue, Gota gruesa, IgM para Leptospira.
- Hemocultivos número de 4, urocultivo, procalcitonina.
- Mujeres en edad fértil: BHCG.
- Troponina, Electrocardiograma.
- Gases arteriales (Valoración de calcio iónico y bicarbonato).
- Hemograma, extendido de sangre periférica.
- PT, PTT, Fibrinógeno, factor V de la coagulación. Inflamatorios: dímero D, deshidrogenasa láctica, ferritina.
- Creatinina, nitrógeno ureico sérico.
- Glucometría, sodio, potasio, magnesio, fósforo, ácido úrico.

Imágenes diagnósticas

- Radiografía de tórax
- Ecografía de abdomen total
- Ecografía doppler de sistema porta
- Ecocardiograma transtorácico
- TAC de cráneo simple y electroencefalograma, sí encefalopatía al ingreso

En virtud de lo descrito, se sugiere el siguiente algoritmo terapéutico en pacientes en condición crítica (Grupo C) tomado del Protocolo de atención del paciente en condición crítica con sospecha o diagnóstico confirmado de fiebre amarilla, (2025). Hospital Federico Lleras Acosta. (Anexo 4) (6)

En consecuencia, a la ausencia de tratamiento dirigido se sugiere control inmunológico con terapia de recambio plasmático más esteroides dosis altas de acuerdo con el algoritmo (Anexo 5).

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)

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/I y que pueden superar los 1.000 U/I.

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 si no hay disponibilidad”

En concordancia con lo estipulado en la **resolución 636 DE 2024** 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.

3. 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 500U/I
- Descenso de los niveles de bilirrubinas.
- Plaquetas superiores a 100.000/ mm³ con tendencia al ascenso.
- Diuresis superior a 1 cc/kg/hora
- Recuperación de lesión renal de KDIGO 3 a 2 a KDIGO 1 sin trastorno ácido base ni electrolítico.

4. 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		
Seguimiento máximo a los 7 días del alta hospitalaria	AST > 5 veces el valor de referencia y < 500U/I	Seguimiento cada 2 semanas hasta encontrar AST < de 5 veces el valor de referencia Descartar otras causas.
	AST < 5 veces el valor de referencia	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 clínico de la Fiebre Amarilla en la región de las Américas* (1)

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

El seguimiento clínico y paraclínico deber ser asegurado en el centro con capacidad toma y análisis de paraclínicos más cercano al paciente.

En los casos en que los pacientes no puedan acudir al centro médico, el seguimiento clínico podrá ser realizado por los equipos básicos en dos tiempos:



- Primer tiempo: Se lleva a cabo una valoración clínica completa y se toman los paraclínicos iniciales.
- Segundo tiempo: Se realiza una nueva valoración clínica con los resultados de los paraclínicos de seguimiento.

El último control antes de la alta médica deberá ser realizado por el médico especialista en medicina interna, abordando de forma integral al paciente y evaluando todas las posibles complicaciones o secuelas derivadas del proceso médico cursado durante su infección por fiebre amarilla.

Durante el seguimiento al paciente, se debe realizar una evaluación integral que incluya no solo el estado clínico general, sino también aspectos relacionados con la salud mental, el estigma asociado a la enfermedad y los riesgos psicosociales que puedan afectar tanto al paciente como a su familia.

Es fundamental valorar el impacto emocional y social del diagnóstico, así como las condiciones de la red de apoyo disponible, además, se debe considerar la posible aparición de efectos crónicos o secuelas derivadas de la fiebre amarilla, ya sea como consecuencia directa del curso clínico de la enfermedad o como resultado de complicaciones asociadas a estancias hospitalarias prolongadas, especialmente en unidades de cuidado intensivo (UCI), que pueden generar deterioro funcional, trastornos cognitivos o afectivos, y alteraciones en la calidad de vida. Este abordaje debe permitir una intervención oportuna y multidisciplinaria que favorezca la recuperación integral del paciente y minimice los efectos a largo plazo en su bienestar físico, mental y social.

De igual forma asegúrese que los pacientes entiendan 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. (35)

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.
- 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.

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.

5. 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. (36)

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.



6. 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. (37)

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. (38)

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.

La vacuna es adquirida por este Ministerio mediante el mecanismo del Fondo Rotatorio de la Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) y distribuida a las Entidades Territoriales de Colombia, con el propósito de asegurar su aplicación gratuita en el marco del esquema nacional de vacunación establecido por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Esta vacuna se administra en una única dosis de por vida, sin requerir refuerzos, por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas para la actividad de vacunación, a la siguiente población objeto: (13)

- Todos los niños y niñas de 12 a 23 meses de edad (Esquema Nacional del Programa Permanente);
- Niños y jóvenes de 2 a 19 años en todo el territorio nacional pendientes de la dosis única.
- Población susceptible de 1 a 59 años residente en los municipios de alto riesgo del país, disponibles en el siguiente enlace:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/P/municipios-alto-riesgo-fiebre-amarilla.zip>
- Viajeros de 1 a 59 años a zonas de riesgo nacional e internacional.
- Población migrante, bajo las mismas características anteriores.



Para el ingreso a Colombia se exige la vacuna contra Fiebre Amarilla a los viajeros procedentes de Angola, República Democrática del Congo y Uganda.

Se recomienda la aplicación de la vacuna mínimo 10 días antes de ingresar a los municipios de alto riesgo del país, determinados por antecedente de circulación viral o nexos ecológicos, entre otros factores, disponibles en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/municipios-alto-riesgo-fiebre-amarilla.zip>. (3) (14) (39)

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. 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/formato-encuesta-previa-vacunacion-mayores.pdf> (Ver anexo 6.)

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 6.)

Ver Circular 012 de 2025 "Directrices para la preparación, organización y respuesta ante la situación de alerta y emergencia en todo el territorio nacional por fiebre amarilla con relación a la exigencia de certificación internacional o carne nacional de vacunación" disponible en el enlace: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Externa%20No%20012%20de%202025.pdf

Se recomienda la vacunación contra la fiebre amarilla en toda la población susceptible a partir de los 9 meses de edad, incluidos los adultos mayores de 60 años, que residan, transiten o tengan previsto desplazarse por el corredor endémico con circulación activa del virus. Antes de la aplicación, se debe realizar una anamnesis completa y diligenciar adecuadamente los formatos establecidos, con el fin de identificar antecedentes médicos y condiciones de salud que puedan contraindicar la vacunación. Este proceso es fundamental para prevenir reacciones anafilácticas y reducir el riesgo de eventos adversos posteriores a la inmunización, garantizando así una intervención segura y efectiva.

Para la población vacunada de 60 años o más, los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) deberán garantizar un seguimiento clínico estructurado, con el fin de identificar de manera oportuna posibles **Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación (EAPV)**. Este seguimiento debe realizarse en tres momentos específicos:



- **Entre los días 5 y 7 posteriores a la vacunación**
- **Entre los días 15 y 18**
- **Al día 30**

Durante estos controles, se debe evaluar la presencia de signos y síntomas sospechosos de EAPV, con especial atención a manifestaciones clínicas graves que puedan estar relacionadas con la vacuna. En caso de identificarse síntomas sugestivos, se deberá activar de inmediato la atención correspondiente, ya sea domiciliaria o intrahospitalaria, garantizando una respuesta oportuna y adecuada según la condición del paciente.

Adicionalmente, si el evento se clasifica como grave y cumple criterios clínicos compatibles con fiebre amarilla, se debe realizar la **notificación inmediata** al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) como **caso probable de fiebre amarilla**, y simultáneamente registrar el evento en la plataforma **VigiFlow del INVIMA**. Así mismo, se debe comunicar de forma inmediata a la **Entidad Territorial de Salud correspondiente**, para el desarrollo de las acciones de respuesta en salud pública.

Ver Circular 005 de 2025, disponible en el enlace:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Externa%20No%20005%20de%202025.pdf

6.1 Administración

Vacuna a utilizar:

La vacuna de fiebre amarilla se prepara a partir del Virus de fiebre amarilla, cepa 17D (vivos, atenuados). La vacuna es liofilizada y provista con diluyente.

Adquirida a través del Fondo Rotatorio de la OPS, la cual es precalificada por la OPS/OMS.

6.2 Composición, presentación y reconstitución de la vacuna

- **Composición de STAMARIL® SANOFI-PASTEUR**

Después de la reconstitución, cada dosis de 0,5 ml contiene:

Principio activo: Virus de fiebre amarilla, cepa 17D-204 (vivos, atenuados) no menos de 1.000 UI, propagados en embriones de pollo libres de patógenos específicos.



Los otros componentes son: Lactosa, sorbitol, clorhidrato de L-Histidina, L-Alanina, cloruro de sodio, cloruro de potasio, fosfato disódico di hidratado, fosfato monopotásico anhidro, cloruro de calcio, sulfato de magnesio y agua para inyectables.

• **Composición de FIEBRE AMARILLA (BIO-MANGUINHOS/FIOCRUZ):**

Después de la reconstitución, cada dosis de 0,5 ml contiene:

Principio activo: Virus de fiebre amarilla, cepa 17D subcepa 17DD (vivo, atenuado) no menos de 1.000 UI, cultivado en huevos embrionados de gallinas libres de agentes patogénicos producido en embriones de pollo libres de patógenos específicos.

Excipientes: Sacarosa, sorbitol, glutamato de sodio, gelatina bovina hidrolizada, eritromicina, kanamicina y agua para inyectables.

Almacenamiento, Transporte y Reconstitución de la vacuna:

- Se presenta en forma de polvo (producto liofilizado) en frasco de 10 dosis y disolvente de 5 ml para suspensión inyectable. (se restablecen 10 dosis de 0,5 ml c/u).
- La vacuna de fiebre amarilla se debe almacenar y transportar a una temperatura de +2°C+8°C protegida de la luz.
- Se debe usar el diluyente que se recibió junto con el liofilizado que recomienda el fabricante del producto. El diluyente también debe estar entre +2°C+8°C. Añadir lentamente, con auxilio de una jeringa y aguja estériles el volumen del diluyente frío (5 ml) al frasco-ampolla de la vacuna liofilizada. Agitar suavemente hasta la reconstitución completa de la vacuna, hasta obtener suspensión uniforme sin dejar que se forme espuma.
- Después de la reconstitución la suspensión es ligeramente opalescente, de color beige a beige-rosado (STAMARIL) o de color amarillento (BIO-MANGUINHOS/FIOCRUZ).
- Tras la reconstitución mantener refrigerada entre +2°C+8°C, proteger de la luz y utilizar dentro de las 6 horas siguientes.
- No utilizar la vacuna después de la fecha de caducidad indicada en el vial.

Si bien en el PAI disponemos de vacuna de Fiebre Amarilla multidosis, a nivel privado pueden disponer de vacuna monodosis, por lo anterior, se recomienda siempre verificar el inserto de la vacuna.

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.



Indicación de uso

La vacuna contra la fiebre amarilla se aplica en población de 1 a 59 años.

6.3 Esquema de Vacunación

Dosis única

Nota: verifique el antecedente vacunal del usuario. Si no se puede documentar se recomienda su aplicación si no hay contraindicación.

6.2 Contraindicaciones

- Sistema inmune debilitado por inmunodeficiencias congénitas (primaria) o adquiridas, por antecedentes de leucocitosis, linfomas, procesos neoplásicos o en terapia de larga evolución con corticoides, antineoplásicos, quimioterapia y radioterapia, entre otros.
- Antecedentes de trastornos del Timo asociado con una función anormal de las células inmunitarias (p. ej., miastenia grave, timoma) o personas timectomizadas.
- Trasplantados de órganos sólidos o receptores de progenitores de células hematopoyéticas en los dos primeros años del trasplante; o que siguen con fármacos inmunosupresores o inmunomoduladores pasados dos años, ya que estos deben ser considerados inmunosuprimidos.
- Infección por VIH (sintomática) o recuentos de linfocitos T CD4 <200/ml (o <15% del total de linfocitos en niños <6 años)
- 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).
- Alergia grave a la proteína del huevo; en caso de aplicarse, puede presentarse urticaria, exantema y crisis de bronquitis asmática (un caso por millón).
- Población menor de 6 meses.
- Enfermedad aguda febril. Se debe retrasar la vacunación hasta después que se haya recuperado.
- Embarazo.
- 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

6.3 Advertencias y precauciones

- Población de 60 años y más, y población infantil de 6 a 11 meses y 29 días, no deben recibir la vacuna contra Fiebre Amarilla, a menos que haya una autorización expresa del Ministerio de Salud y Protección Social.
- 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, 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.
- 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.

6.4 Coadministración

En la coadministración de la vacuna de la Fiebre Amarilla y otras de tipo vivas se ha descrito potencial interferencia *in vitro*. Sin embargo, la OMS/OPS recomienda la aplicación simultánea de la vacuna de Fiebre Amarilla con otras vivas como son Triple viral (Sarampión-Rubeola y Paperas), SR, varicela, BCG, 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.

En cuanto a la administración de vacunas de tipo inactivas y Fiebre Amarilla como Difteria- tétano- pertussis (DPT), Hepatitis A, Hepatitis B, Pentavalente, Covid-19, meningocócica conjugada (ACYW), VPH y las vacunas contra la Fiebre Tifoidea (aquellas que contienen la valencia polisacáridica Vi), 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.

6.5 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 tiene contraindicación a la vacuna por algunos de los motivos descritos, 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, cremas, aerosoles, jabones repelentes, toldillos impregnados de piretroides, anjeos, etc., y suministrarse la certificación médica de que no puede ser vacunado según las directrices nacionales y el Reglamento Sanitario. Ver Circular 012 de 2025. (5)

6.6 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.

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.

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.

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. pero la morbilidad puede incluir déficits neurológicos prolongados. Un estudio de CDC reportó 0 muertes en 56 casos confirmados de YEL-AND en EE.UU (40)

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. 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, Es poco común, aunque tiene una letalidad de 30-63%. (38) (12) La letalidad es baja (2 a 5 %),

Incidencia de enfermedad neurotrópica y viscerotrópica 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>.

De acuerdo con la información del inserto de la vacuna se relacionan los posibles eventos adversos que generalmente ocurrieron en los 3 días siguientes a la vacunación y por lo general no duraron más de 3 días. La mayoría de estos efectos adversos fueron leves.

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. Perdida de la consciencia.
	Reacciones que afectan al cerebro y los nervios:	Fiebre alta con dolor de cabeza y confusión. Cansancio extremo. Rigidez de cuello.

	Estas pueden tener lugar un mes después de la vacunación y algunas veces han sido mortales.	<p>Infamación del cerebro y tejido nervioso.</p> <p>Crisis de movimientos incontrolados.</p> <p>Perdida de movimiento o pérdida de sensaciones que afecté algunas partes del cuerpo o el cuerpo entero (Síndrome de Guillain-Barré o déficit neurológico focal).</p>
	Reacciones graves que afectan los órganos vitales	<p>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.</p>
Otros Efectos adversos	Muy frecuentes (pueden afectar a más de 1 de cada 10 personas)	<p>Dolor de cabeza.</p> <p>Cansancio o debilidad (astenia) de ligera a moderada.</p> <p>Dolor o malestar en el lugar de la inyección.</p> <p>Dolores musculares.</p> <p>Fiebre (en los niños).</p> <p>Vomito (en los niños).</p>
	Frecuentes (pueden afectar a 1 de cada 10 personas)	<p>Fiebre (en los adultos).</p> <p>Vómito (en los adultos).</p> <p>Dolores en las articulaciones.</p> <p>Ganas de vomitar (nauseas).</p> <p>Reacción en el lugar de la infección: enrojecimiento, moretones, hinchazón o aparición de un bulto duro.</p>
	Poco Frecuentes (pueden afectar a una	<p>Sensación de vértigo.</p> <p>Dolor de estómago.</p> <p>Grano (pápula) en el lugar de la inyección.</p>

	de cada 100 personas	
	Raras (pueden afectar a una de cada 1000 personas)	Diarrea. Escurrecimiento, comezón o congestión nasal (rinitis).
	Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles)	Ganglios inflamados (linfadenopatía). Entumecimiento o sensación de hormigueo (parestesia). Enfermedad parecida a la gripe.
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

Eventos adversos vacuna de Fiebre Amarilla según inserto del biológico Fabricante Cepa 17DD disponible Fondo Rotatorio OPS

"La vacuna viva atenuada contra fiebre amarilla de la cepa 17DD, tiene un perfil de seguridad bien establecido a lo largo de más de seis décadas de uso en Brasil y en el exterior. Ya se han utilizado más de 300 millones de dosis durante ese período."

(...)

"Las reacciones adversas a la Vacuna fiebre amarilla generalmente son suaves. Entre 2% y 5% de los vacunados pueden presentar cefalea, mialgia, fiebre y otros síntomas leves entre el 5° y el 10° día luego de la vacunación".

Las reacciones inmediatas de hipersensibilidad se caracterizan por erupciones, urticaria o bronco espasmo y ocurren en menos de una en un millón de personas vacunadas y, principalmente entre aquellas con antecedentes de alergia al huevo de gallina. Generalmente, las personas que comen huevos de gallina y sus derivados se pueden vacunar. Si la vacunación de un individuo con antecedentes de hipersensibilidad al huevo de gallina se considera esencial por el riesgo de exposición al virus amarílico, se debe someter el paciente a una prueba intradérmica bajo supervisión médica.



A partir de 1999, se registraron 5 (cinco) casos de eventos adversos graves fatales, asociados a la vacunación, con la extensión visceral del virus vacunal - enfermedad viscerotrópica asociada a la vacuna de fiebre amarilla - YEL-AVD. Un Comité Internacional de Expertos, organizado por la Fundación Nacional de Salud (FUNASA), del Ministerio de la Salud de Brasil, que estudió minuciosamente los casos, no encontró evidencias de que hayan ocurrido mutaciones en el virus vacunal y concluyó que son eventos rarísimos, determinados por factores estrictamente individuales y que el riesgo beneficio es muy favorable a la vacunación.

La Vacuna fiebre amarilla presenta un grado mínimo de neurovirulencia, como ha sido demostrado por la inoculación intracerebral en animales de laboratorio y también por la ocurrencia de casos raros de encefalitis post-vacuna en seres humanos.

Estos casos ocurrieron, sobre todo, pero no en forma exclusiva, en bebés muy jóvenes. Entre 1952 y 1960, cuando no había restricciones respecto a la edad mínima para administrar la Vacuna fiebre amarilla, hubo 15 (quince) casos, todos en menores de 7 meses de edad.

Sobre los años, 25 casos de meningoencefalitis de asociación temporal para la vacuna fiebre amarilla habían sido descritos en el mundo. 10 casos de enfermedad neurológica autoinmune se han notificado como evento adverso de la vacuna que se reporta en el sistema de vigilancia posterior a comercialización, incluyendo el síndrome de Guillain-Barré y encefalomiелitis diseminada aguda. Todos los pacientes con la enfermedad neurológica asociada a la vacuna de la fiebre amarilla - YEL-AND ocurrieron 4 a 23 días después de la vacunación y después de la primera dosis."

Eventos adversos Posteriores a la vacunación - EAPV

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 la vacuna contra la fiebre amarilla, 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 (40)

La Entidad Territorial deberá garantizar la notificación por parte de los Prestadores de Servicios de Salud dando cumplimiento al protocolo de vigilancia de FA disponible en Disponible en https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Fiebre%20amarilla%202024.pdf



Así como, del lineamiento de Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación - EAPV del INVIMA, disponible en:

<https://www.invima.gov.co/sites/default/files/medicamentos-productos-biologicos/Medicamentos%20de%20s%C3%ADntesis%20qu%C3%ADmica%20y%20biol%C3%B3gica/Vigilancia/Programa-Nacioal-de-Farmacovigilancia/Formatos-tramites-y-guias/2024/Lineamientos%20vacunacio%CC%81n%20EAPV.pdf>

Los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar la notificación inmediata a SIVIGILA de cualquier caso probable o confirmado de FA incluyendo las muertes, así como, casos graves sospechosos de Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación por fiebre amarilla - EAPV, incluyendo caso sospechoso de muerte por EAPV y realizar en las primeras 48 horas la investigación epidemiológica de campo, contemplando la búsqueda comunitaria e institucional, según lo estipulado en el protocolo de vigilancia en salud pública.

De acuerdo con lo anterior, se deberá comunicar de manera inmediata al Centro Nacional de Enlace al correo cne@MinSalud.gov.co y al Equipo de Respuesta Inmediata – ERI, Instituto Nacional de Salud - INS al correo eri@ins.gov.co dando cumplimiento a todas las instrucciones dadas en los respectivos protocolos y lineamientos nacionales del INS y del INVIMA.

7. 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. (41)

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.

- **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.
- **Vacunación:** Los equipos básicos de salud como los vacunadores desempeñan un papel esencial durante brotes de Fiebre Amarilla en zonas de alto riesgo, su función principal es implementar campañas de vacunación masiva para contener la propagación del virus, asegurando la inmunización de la población vulnerable.

así como el seguimiento clínico post vacunaciones los pacientes que así lo requieran:

- Seguimiento a los 5-7 días posteriores a la vacunación
 - Identificación de signos y síntomas sospechosos de Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación (EAPV).
 - Notificación y atención domiciliaria u hospitalaria si es necesario.
- Seguimiento entre los 15-18 días posteriores a la vacunación
 - Revisión clínica para evaluar posibles efectos adversos tardíos.
 - Registro en las plataformas de vigilancia epidemiológica como SIVIGILA y VigiFlow.
- Seguimiento a los 30 días posteriores a la vacunación
 - Evaluación final del estado de salud del paciente.
 - Confirmación de la ausencia de complicaciones graves.
- **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 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 los centros médicos de



baja complejidad 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.

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.

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.

8. Salud Mental y Apoyo Psicosocial en el Contexto de la Fiebre Amarilla

La experiencia adquirida en los brotes ha evidenciado que las personas diagnosticadas con fiebre amarilla pueden enfrentar afectaciones emocionales significativas, tales como ansiedad, depresión, estrés y aislamiento social, tanto durante la fase aguda como en el proceso de recuperación, estas afectaciones pueden verse agravadas por la hospitalización prolongada, las secuelas físicas, la estigmatización y la ruptura de redes de apoyo.

Además, el deterioro físico que puede dejar la enfermedad, como debilidad persistente, fatiga crónica, alteraciones neurológicas o hepáticas, puede afectar negativamente la autoestima del paciente, su funcionalidad cotidiana y su proyección de vida, generando sentimientos de frustración, desesperanza y dificultad para retomar sus actividades normales.

Este capítulo plantea cuatro ejes operativos: detección temprana del riesgo psicosocial, intervención clínica individual y familiar, prevención del estigma y fortalecimiento comunitario, y seguimiento con rehabilitación psicosocial. Cada uno de estos componentes responde al enfoque de atención integral en salud. (42)

8.1 Riesgos Psicosociales y Estigma.

La fiebre amarilla, como otras enfermedades infecciosas de notificación obligatoria, puede generar un conjunto de riesgos psicosociales que afectan tanto al paciente como a su núcleo familiar y entorno cercano, incluyendo el aislamiento social, el temor a la enfermedad, la pérdida de ingresos por inactividad laboral, la discriminación comunitaria y el deterioro de las relaciones interpersonales, en muchos casos, el paciente y su familia pueden ser objeto de estigmatización, especialmente en comunidades donde circula información errónea o incompleta sobre el contagio y el manejo de la enfermedad. (42)

El estigma asociado a enfermedades transmisibles ha sido documentado ampliamente en epidemias como el VIH, la tuberculosis, el ébola y el COVID-19,

y también puede aplicarse en escenarios donde resurgen enfermedades como la fiebre amarilla, este fenómeno puede tener efectos profundos en la salud mental, dificultando la búsqueda de atención médica oportuna, la adherencia al tratamiento, el retorno a las actividades cotidianas y el proceso de rehabilitación y reintegración social. (43) (44)

Desde el enfoque de determinantes sociales de la salud, se reconoce que los factores psicosociales como la inseguridad económica, el acceso limitado a redes de apoyo, la inestabilidad emocional, la vivienda inadecuada o las brechas en la educación sanitaria pueden aumentar la vulnerabilidad a la enfermedad y agravar sus consecuencias, por tanto, se requiere una intervención psicosocial integral que no solo aborde la salud mental individual, sino también los entornos sociales que impactan el proceso de recuperación. (45)

Recomendaciones claves (42):

- Evaluar el riesgo psicosocial del paciente y su entorno familiar al momento de la atención inicial y durante el seguimiento.
- Implementar acciones de comunicación del riesgo con lenguaje claro, culturalmente pertinente y basado en evidencia, para disminuir el estigma y fomentar actitudes solidarias.
- Activar rutas de atención psicosocial comunitaria y familiar que permitan contener el malestar emocional y promover entornos de cuidado.
- Fomentar la educación en salud para contrarrestar la desinformación y los rumores que alimentan la estigmatización.

8.2 Acciones Recomendadas.

En el contexto de brote de fiebre amarilla es necesario estructurar una respuesta integral desde la salud mental y el acompañamiento psicosocial, que se articule con el componente clínico y comunitario. A continuación, se presentan recomendaciones claves (46):

Evaluación inicial de salud mental:

- Evaluar antecedentes de salud mental, redes de apoyo, condiciones socioeconómicas y factores de vulnerabilidad.
- Buscar posibles riesgos en salud mental que requieran definir rutas de intervención diferenciadas.

Acciones individuales y familiares



El impacto emocional de la fiebre amarilla puede afectar tanto al paciente como a su familia. Un abordaje clínico y psicosocial permite contener el malestar y favorecer la adaptación a la situación de enfermedad. (46)

Identificar y activar redes familiares, comunitarias e institucionales para acompañar el proceso de recuperación, en contextos rurales o de difícil acceso, se sugiere trabajar con líderes y agentes comunitarios, redes de voluntariado y organizaciones locales para brindar soporte emocional, logístico y social al paciente y su entorno. (46)

Basado en lo anterior se recomienda:

- Brindar primeros auxilios psicológicos y orientación emocional durante hospitalización o consulta.
- Ofrecer intervenciones breves o terapia psicológica según el nivel de afectación.
- Incluir a la familia en el proceso de intervención para abordar el impacto conjunto.

Recomendaciones para la prevención del estigma y fortalecimiento comunitario:

El estigma asociado a enfermedades infecciosas como la fiebre amarilla puede generar aislamiento, discriminación y barreras para la recuperación del paciente. Es clave promover una comunicación basada en el respeto, la solidaridad y la información clara. (47)

Se recomienda:

- Desarrollar campañas de información y educación comunitaria que reduzcan el estigma.
- Capacitar a líderes comunitarios y promotores de salud como agentes de cambio.
- Activar redes de apoyo social y familiar que acompañen el proceso de recuperación.
- Incorporar el enfoque diferencial y cultural en todas las acciones de comunicación.
- Sensibilizar al personal de salud para evitar actitudes estigmatizantes en la atención.

Seguimiento y rehabilitación psicosocial



La recuperación posterior a la infección por amarilla puede estar acompañada de secuelas emocionales, cognitivas y funcionales, especialmente en casos graves. Es fundamental garantizar un seguimiento estructurado y continuo por ende se recomiendan las siguientes actividades (47):

- Realizar controles psicológicos o psiquiátricos posteriores al egreso hospitalario.
- Brindar apoyo terapéutico según necesidades detectadas.
- Facilitar el retorno progresivo a las actividades laborales y sociales.

Finalmente se recomienda integrar todas las acciones descritas en este lineamiento dentro de los planes de respuesta institucional, de EAPB y territorial frente a brotes de fiebre amarilla, asegurando la articulación efectiva del componente psicosocial con los enfoques clínico, epidemiológico y comunitario, es fundamental fortalecer las capacidades del talento humano en salud para la identificación, atención y seguimiento de los efectos psicosociales asociados a la fiebre amarilla, así como fomentar prácticas de autocuidado y contención emocional para el personal sanitario, considerando la carga emocional que implica el abordaje de casos en contextos de alta presión asistencial.

9. 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.

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) (36), 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. (19)

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. (9)

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)

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.

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.
- 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.

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 (48):

- 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.

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. (19)

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

10. Monitoreo a la implementación de la línea de atención integral de casos de fiebre amarilla

El monitoreo a la implementación del Lineamiento de atención clínica integral en fiebre amarilla tiene como propósito evaluar la operatividad de las acciones contempladas en el lineamiento vigente, identificar barreras que afectan la calidad y oportunidad de la atención y fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia para reducir la variación en los resultados del abordaje de este evento de interés en salud pública. Mediante mecanismos de evaluación periódica, análisis de resultados, retroalimentación y mejora continua en los diferentes niveles del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

10.1 Responsables del seguimiento:

El seguimiento será responsabilidad compartida y articulada entre:

- Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales (especialmente categorías especial, 1, 2 y 3).
- Entidades Promotoras de Salud (EPS), Entidades Adaptadas y Administradoras de Planes Voluntarios y Regímenes Especiales o quien haga sus veces.



- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas.

10.2 Componentes del seguimiento

El seguimiento se llevará a cabo considerando los siguientes componentes:

a. Gestión clínica y adherencia a lineamientos

- Evaluación de la adherencia al lineamiento de atención clínica integral de FA mediante auditoría de historias clínicas según las siguientes indicaciones:
 - 100% de los casos confirmados de FA.
 - 100% de los casos de muertes que entren en estudio para FA.
 - 10% de los casos probables de FA.
- En los casos de dengue con dolor abdominal como signo de alarma
 - En los territorios sin transmisión y sin presencia del vector, así como en aquellos sin transmisión, pero con presencia del vector, se debe realizar la evaluación de la adherencia en el 100% de los casos.
 - En los territorios con baja transmisión, la cobertura debe alcanzar al menos el 50%
 - En los de mediana transmisión el 25%
 - En los de alta transmisión el 10%
 - En los territorios con muy alta transmisión, se debe garantizar la evaluación de la adherencia en el 5%.
- Medición del tiempo transcurrido desde la aceptación de la remisión hasta el traslado efectivo del paciente.
- Seguimiento a la cobertura de capacitación del personal asistencial y administrativo de las IPS en municipios a riesgo.

b. Fortalecimiento institucional y red de prestación de servicios

- Monitoreo de la suficiencia de la red de atención en mediana y alta complejidad.
- Evaluación de la capacidad instalada, insumos críticos y condiciones contractuales para atención oportuna durante brotes.
- Control y vigilancia del cumplimiento de los planes de contingencia y mejora institucionales.

d. Protección a la misión médica

- Verificación del cumplimiento de los protocolos de protección establecidos en la Resolución 4481 de 2012.
- Registro y reporte de eventos que afecten la integridad del personal de salud en el contexto de atención de FA.

10.3 Indicadores de seguimiento

A continuación, se presentan los indicadores establecidos para la evaluación periódica del desempeño de la línea estratégica de atención integral de FA:

Indicador	Definición Operacional	Entidad Responsable	Periodicidad
Adherencia al lineamiento de atención clínica para FA	Porcentaje de adherencia al lineamiento según auditoría de historia clínica de casos confirmados.	DTS, EAPB, IPS.	Mensual (Primeros 5 días hábiles del mes siguiente)
Tasa de letalidad por FA	(Número de muertes confirmadas por FA / Total de casos confirmados de FA) x 100	DTS, EAPB, IPS.	Semanal
Cobertura de capacitación al talento humano en atención clínica para FA	Porcentaje de personal capacitado frente al total requerido.	DTS, EAPB, IPS.	Mensual (Primeros 5 días hábiles del mes siguiente)
Cumplimiento de planes de mejora derivados de unidades de análisis de casos de FA	Número de planes ejecutados / número de planes establecidos.	DTS, EAPB, IPS.	Mensual (Primeros 5 días hábiles del mes siguiente)
Tiempo de respuesta en traslado tras remisión aceptada	Tiempo promedio desde la aceptación hasta el traslado del paciente.	DTS, EAPB	Mensual
Tiempo de respuesta de la EAPB tras reporte del caso.	Tiempo promedio transcurrido desde el momento en que se reporta o comenta el caso del paciente hasta la emisión de la respuesta por parte de la EAPB	DTS, EAPB.	Mensual

Oportunidad en el envío de información al orden nacional	Porcentaje de reportes entregados de forma oportuna.	DTS, EAPB.	Semanal
--	--	------------	---------

Para la operatividad de monitorea se deberán aplicar las siguientes estrategias:

- **Informes técnicos:** Elaboración y remisión (estos informes den ser remitidos al orden inmediatamente superior) de informes mensuales sobre el estado de la atención, la evolución de los indicadores y las acciones correctivas implementadas si fueron necesarias.
- **Auditorías y visitas técnicas:** Realización de auditorías clínicas, administrativas y visitas de inspección para verificar la ejecución de los lineamientos.
- **Monitoreo en línea:** Se recomienda el uso de herramientas digitales para Monitoreo a la implementación de la línea de atención integral de casos de fiebre amarilla.

11. 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.

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

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
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
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
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

Pruebas de laboratorio

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

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

Otras prestaciones

Tabla 12. Listado de otras prestaciones relevantes.

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



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)

12. Responsabilidades de las instituciones

Ministerio de Salud y Protección Social

- Establecer los criterios técnicos para la atención clínica integral de casos de Fiebre Amarilla y definir las pautas para organizar la atención clínica y las acciones de prevención de la Fiebre Amarilla .
- Establecer directrices para la implementación del presente lineamiento.
- Coordinar y articular la implementación del lineamiento de acuerdo con la competencia y a la pertinencia técnica en las dependencias de Min Salud y de los diferentes actores del SGSSS
- Divulgar el presente lineamiento a los actores del SGSSS.
- Establecer mecanismos para fomentar las capacidades en los actores del SGSSS para la implementación del presente lineamiento.
- Establecer los mecanismos de articulación de las atenciones del presente lineamiento con los procesos de gestión del riesgo colectivos y en salud pública.
- Organizar los mecanismos e instrumentos que permitan realizar el seguimiento a la adherencia de los actores del SGSSS al presente lineamiento.
- Brindar asistencia técnica sobre el presente lineamiento a todos los actores del SGSSS relacionados.
- Realizar seguimiento y verificación al cumplimiento de la implementación del presente lineamiento.
- Garantizar la vacuna para Fiebre Amarilla y su distribución a las DTS.
- Realizar la notificación internacional de casos de Fiebre Amarilla en el marco de lo establecido por el Reglamento Sanitario Internacional -RSI.
- Generar los informes frente a la identificación de incumplimiento de los actores del SGSSS con el fin de que se realicen las acciones de Inspección Vigilancia y Control a las que haya lugar.



Instituto Nacional de Salud

- Ser laboratorio nacional de referencia y apoyar la implementación de este lineamiento en lo relacionado con el diagnóstico, la vigilancia epidemiológica y por laboratorio.
- Apoyar a las DTS en el estudio epidemiológico de campo cuando se defina su necesidad con base en criterios epidemiológicos, geográficos y capacidad de respuesta territorial.
- Realizar el diagnóstico por laboratorio de Fiebre Amarilla en humanos y primates no humanos (PNH) según protocolo vigente.
- Implementar estrategias de vigilancia centinela u otras para la vigilancia del agente etiológico, así como el apoyo a los LDSP.
- Realizar las unidades de análisis de los casos especiales de fallecidos mediante la metodología establecida por el nivel nacional, para evaluar circunstancias de esta y calidad en la atención.

Direcciones territoriales de salud

- Adoptar, adaptar e implementar en su jurisdicción en el marco de sus competencias el presente lineamiento.
- Organizar la red de prestación estableciendo centro de referencia para los casos confirmados de fiebre amarilla
- Verificar que las EAPB o quien hagan sus veces dispongan de red prestadora para las atenciones establecidas en el presente lineamiento incluyendo la modalidad de telemedicina (telemedicina interactiva, no interactiva, telexperticia, telemonitoreo en todos los niveles de atención (res. 3100 de 2019).
- Verificar la adherencia al presente lineamiento de parte de las EAPB y en conjunto con ellas a la red de IPS.
- Coordinar la articulación inter-programática, de estrategias, RIAS e instituciones y organizaciones para el abordaje integral de la atención clínica integral de la Fiebre Amarilla .
- Realizar capacitación, asistencia técnica, monitoreo y evaluación a la red de IPS de su territorio relacionado con el presente lineamiento.
- Ante situaciones de contingencia, valorar y monitorear las capacidades de respuesta de la red IPS en su territorio y emitir las alertas pertinentes.
- Apoyar y realizar seguimiento en la gestión de la referencia oportuna de casos de Fiebre Amarilla de parte de las EAPB e IPS, desde sus competencias de inspección, vigilancia y control y el Centro Regulador de Urgencias.
- 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 en departamentos, distritos o municipios endémicas



- o en riesgo de transmisión de Fiebre Amarilla , independiente de su modalidad de vinculación
- Elaborar el mapa de riesgo detallado en zonas y antecedentes de circulación viral y su difusión a los actores del SGSSS.
 - Realizar la vigilancia por laboratorio según lineamientos emitidos por el INS, así como el seguimiento de lo correspondiente en la red de IPS
 - En el marco de sus competencias, realizar el seguimiento de la capacidad para el aislamiento vectorial de casos de Fiebre Amarilla u otras ETV y el seguimiento de su implementación y el control de criaderos de vectores en la red de IPS.
 - Articular los equipos básicos de atención en salud en la implementación del presente lineamiento.
 - Organizar las estrategias de vacunación en el territorio y realizar el seguimiento a las EAPB en su implementación.
 - Red de vigilancia comunitaria desarrollada, fortalecida y articulada con diversos subsistemas de vigilancia en salud existentes en los territorios
 - Verificar la capacidad de respuesta ante las emergencias sanitarias.
 - Garantizar intervenciones colectivas necesarias para la gestión del riesgo comunitario en salud mental (incluido estigma) relacionados con los efectos por transmisión de Fiebre Amarilla en la zona.
 - Realizar las unidades de análisis de los casos de fallecidos mediante la metodología establecida por el nivel nacional, para evaluar circunstancias de esta y la calidad en la atención.
 - Establecer, implementar y realizar el seguimiento de los planes de mejora a las EAPB e IPS de su territorio, producto de las unidades de mortalidad, el seguimiento a la adherencia al presente lineamiento u otra fuente de información.
 - Las DTS deberán vigilar y exigir que todas las entidades del sector salud dentro de su jurisdicción, tanto públicas como privadas, integren el riesgo biológico por fiebre amarilla en sus profesiogramas y matrices de peligros.

Empresas Administradoras de Planes de Beneficios o quien haga sus veces

- Organizar la red prestadora para garantizar el acceso y oportunidad de las personas y familias a las atenciones establecidas en el presente lineamiento y su armonización en las RIAS pertinentes.
- Realizar los acuerdos pertinentes para cumplir con lo establecido para la red de prestación desde la dirección territorial
- Organizar y garantizar la modalidad de telemedicina (telemedicina interactiva, no interactiva, telexperticia, telemonitoreo en todos los niveles de atención (res. 3100 de 2019) de su red de prestación en los casos de sospecha clínica de fiebre amarilla.

- Garantizar con oportunidad, las pruebas de laboratorio clínico establecido en el presente lineamiento en el caso de las pruebas de función hepática, estas se deben garantizar y tenerse contratadas en todos los niveles de atención).
- Garantizar con oportunidad, el diagnóstico diferencial establecido en el presente lineamiento, desde los centros de baja, mediana y alta complejidad de atención.
- Garantizar las acciones de gestión de riesgo individual para los infectados o sospechosos con el virus de la Fiebre Amarilla, que además incluye el seguimiento correspondiente.
- Garantizar la continuidad de la atención en todos los niveles de atención de las personas confirmadas para Fiebre Amarilla.
- Realizar actividades de capacitación, acompañamiento y seguimiento a la red de IPS o quien haga quien haga sus veces para realizar las actividades y el cumplimiento del presente lineamiento.
- Mantener actualizada la caracterización de su población afiliada con riesgo de infección de por virus de la Fiebre Amarilla para la organización de las atenciones establecidas en el presente lineamiento, así como para la alimentación de los diversos sistemas de información y su correspondiente análisis.
- Las EPS deberán asegurar que su red de servicios cumplan con la incorporación del riesgo biológico por fiebre amarilla en los profesiogramas y matrices de peligros laborales. Asimismo, deberán verificar este cumplimiento en sus procesos de auditoría, seguimiento a la red y aseguramiento de la calidad en salud laboral.
- Garantizar el acceso de sus afiliados a la vacuna para Fiebre Amarilla y participar en estrategias de vacunación en zonas endémicas establecidas por la autoridad sanitaria.
- Garantizar la referencia de casos probables a niveles de alta complejidad con oportunidad.
- Garantizar en la red prestadora el aislamiento vectorial de casos de Fiebre Amarilla u otras ETV
- Garantizar la referencia y contrarreferencia de casos probables y confirmados a niveles de mediana y alta complejidad con pertinencia y oportunidad.
- Garantizar las atenciones individuales en caso de muerte por casos probables de Fiebre Amarilla que incluyen la toma y traslado al LDSP de las muestras pertinentes, así como las establecidas para sus familias.
- 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.



- Establecer mecanismos de comunicación de riesgo y educación en salud para la identificación de factores de riesgo, medidas de prevención, autocuidado y control de la transmisión en la población afiliada.
- Garantizar la recolección y remisión de muestras conforme a lo establecido en los manuales de procedimiento del nivel nacional en caso de fallecimiento.
- Garantizar las prestaciones e intervenciones necesarias para la gestión del riesgo individual y familiar en salud mental, incluido el estigma, relacionados con afectaciones por 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.

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.
- Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben aplicar las orientaciones contempladas en el Lineamiento para el manejo integrado de vectores en establecimientos de prestación de servicios de atención en salud en Colombia, que refuerzas las acciones descritas en la circula 012 del 2025.
- 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.
- 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.
- 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.
- Las IPS deberán incorporar de manera obligatoria el riesgo biológico por fiebre amarilla en sus profesiogramas y en la matriz de peligros del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). Esta inclusión debe reflejarse en las actividades de prevención, control y protección del personal.
- 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 en municipios a 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.
- 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.

Bibliografía

1. **OPS, OMS.** *Manejo Clínico de la Fiebre Amarilla en la Región de las Américas, experiencias y recomendaciones para los servicios de salud.* [ed.] Organización Panamericana de la Salud. 2023. págs. 1-36.
2. **Instituto Nacional de Salud.** *Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Fiebre Amarilla.* Bogota D.c : s.n., 2024. Vol. versión 05.
3. **Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud.** Plan Nacional para la Prevención y Control de la Fiebre Amarilla en Colombia 2017 – 2022. [En línea] 2017-2022.
4. *Informe de Reporte de Situación (SITREP) Reporte de situación No.11.* **Instituto Nacional de Salud.** 11, Bogota D.c : s.n., 18 de 02 de 2025, INS, págs. 1-9.
5. **Ministerio de Salud y Protección social.** Directrices para la preparación, organización y respuesta ante la situación de alerta y emergencia en todo el territorio nacional por fiebre amarilla. *Circular 012.* [En línea] 2025. [Citado el: 04 de 04 de 2025.]
6. *Guía de atención del paciente en condición crítica con sospecha o diagnóstico confirmado de fiebre amarilla.* **Forero-Delgadillo AJ, Morales-Olivera JA, Celis-Guzmán JF, et al.** [ed.] Hospital Federico Lleras Acosta. Unidad de cuidados intensivos. Ibagué : Línea de investigación en fisiología crítica, Grupo de investigación aplicada y medicina traslacional. Universidad del Tolima, 2025, Hospital Federico Lleras Acosta.
7. **World Health Organization.** *Laboratory manual for yellow fever.* Genève : World Health Organization, 2023.
8. **Organización Panamericana de la Salud.** *Control de la fiebre amarilla: guía práctica.* Washington, D.C : OPS, 2005. Publicación Científica y Técnica No. 603.
9. **G, Rodriguez, M, Velandia y J, Boshell.** *Fiebre amarilla, la enfermedad y su control.* Bogota D.c : Instituto Nacional de Salud, 2003.
10. **CDC/ Prof. Woodbridge Foster; Prof. Frank H. Collins.** 15781. s.l. : James Gathany, 2013.



11. **Organización Panamericana de la Salud.** Dengue. [En línea] 2023. <https://www.paho.org/es/temas/dengue>.
12. **Ministério da Saúde.** *Guia de Vigilância em Saúde*. Brasilia : s.n., 2023. págs. 797-830. Vol. 6.
13. **Ministerio de Salud y Seguridad Social.** *Lineamientos técnicos y operativos para el desarrollo de la jornada nacional de vacunación de búsqueda de población susceptible para fiebre amarilla 2020*. Bogota D.c. : s.n., 2020.
14. **Ministerio de Salud y Porteccion Social.** *CIRCULAR . N° C'00012 DE 2025*. Bogota D.c : s.n., 2025.
15. **Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud.** *Vigilancia epidemiológica de los eventos prevenidos por el Programa Ampliado de Inmunizaciones, Colombia, 2003*. Bogota D.C : s.n., 2004. Vol. 9.
16. **Vera M, Velandia MP, Rodriguez G y otros.** *Fiebre amarilla selvática en la región del Catatumbo, Colombia, 2003*. Bogota D.c : s.n., 29 de febrero de 2004. págs. 49-53. Vol. 9. 4.
17. **Velandia MP, Vera M, Garcia I y otros.** *Fiebre amarilla, informa quincenal epidemiologico nacional*. Bogota D.c : s.n., 2004. págs. 48-60. Vol. 9. 10.
18. **Polania L, Vera M, Arenas C y otros.** *Estudio de brote de fiebre amarilla en Caquetá, 2005 informe epidemiologico quincenal nacional*. Bogota D.c : s.n., 2006. págs. 329-39. Vol. 11. 22.
19. **Ministerio de la Proteccion Social.** *Guia de atencion de la fiebre amarilla*. s.l. : Programa de Apoyo a la Reforma de Salud - PARS, 2007.
20. **Organización Panamericana de la Salud .** Iniciativa de eliminación. *Fiebre amarilla*. [En línea] [Citado el: 2024 de 03 de 31.] <https://www.paho.org/es/temas/fiebre-amarilla>.
21. **Organización Panamericana de la Salud.** *Control de la Fiebre Amarilla Guia practica*. Washington, D.C : Organización Panamericana de la Salud, 2005.
22. **Servadio J., Muñoz-Sansi C., Covertino M.** *Estimating case fatality risk of severe Yellow Fever cases: systematic literature review and meta-analysis*. s.l. : BMC Infectious Diseases, 2021. 21:819.



23. **Organización Mundial de la Salud.** Fiebre amarilla. [En línea] 31 de 05 de 2023. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/yellow-fever>.
24. **Organización Panamericana de la Salud.** Directrices para el Diagnóstico Clínico y el Tratamiento del Dengue, el Chikunguña y el Zika. [En línea] 2022. [Citado el: 21 de 03 de 2024.] <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55125>.
25. **Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.** Alerta epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas 2 de febrero del 2024. [En línea] 02 de 02 de 2024. [Citado el: 21 de 03 de 2024.] <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-oropouche-region-americas-2-febrero-2024>.
26. **Organización Panamericana de la Salud .** Alerta Epidemiológica Fiebre de Mayaro. [En línea] 01 de 05 de 2019. [Citado el: 21 de 03 de 2024.] <https://www.paho.org/sites/default/files/2019-06/2019-mayo-01-phe-alerta-epidemiologica-mayaro.pdf>.
27. **Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.** *Diagnóstico por laboratorio de la infección por Virus de la Fiebre Amarilla.* 2024.
28. *Global infectious disease risks associated with occupational exposure among non-healthcare workers: a systematic review of the literature.* **Acke, S., Couvreur, S., & Bramer, W. M.** 2022, Occupational and Environmental Medicine, Vol. 79, págs. 63-70. 1.
29. *Occupational exposure to malaria, leishmaniasis and arbovirus vectors in endemic regions: A systematic review.* **Msellemu, D., Tanner, M., Yadav, R., & Moore, S. J.** 2024, Current Research in Parasitology & Vector-Borne Diseases, Vol. 6.
30. *Dengue-yellow fever sera cross-reactivity; challenges for diagnosis.* **Natalia Houghton-Triviño, Diana Montaña, Jaime Castellanos.** Bogota : s.n., 05 de 2008, Rev Salud Publica, Vol. 2, págs. 299-307. 10.
31. *Magnitude of Antibody Cross-Reactivity in Medically Important Mosquito-Borne Flaviviruses: A Systematic Review.* **Adugna Endale, Girmay Medhin, Koyamo Darfiro, Nigatu Kebede, Mengistu Legesse.** s.l. : Infect Drug Resist, 19 de 10 de 2021, Infect Drug Resist, Vol. 14, págs. 4291–4299.
32. *Diagnosis and monitoring of leptospirosis in Latin America.* **Oscar Moreno Foglia, Catalina Trujillo Salinas, Cicero Antonio Maia Cavalcante, José Camilo Torres Romero.** Bogota : s.n., 2015, Revista de Investigación Agraria y Ambiental, Vol. 6. 2.

33. *Factores de riesgo de leptospirosis y sus métodos diagnósticos*. **Diana Lorena Barrera Cepeda, Dayana Sofía Torres Martínez, Liliana Orjuela Vargas**. Bogota D.c : s.n., 07 de 06 de 2022, Revista Med, Vol. 30, págs. 77-90. 2.
34. *fiebre amarilla selvática con serología positiva para leptospira en un varon joven peruano*. **Edinson Dante Meregildo-Rodriguez, Miguel Villegas-Chiroque**. Lambayeque : s.n., 20 de 11 de 2019, Rev Peru Med Exp Salud Publica, Vol. 36, págs. 700-4. 4.
35. **ELSEVIER**. *Patient Education: Yellow Fever*. s.l. : Elsevier Inc, 2024.
36. **Instituto Nacional de Salud**. Protocolo de Vigilancia de Fiebre amarilla. [En línea] 04, 22 de 05 de 2022. [Citado el: 21 de 03 de 2023.] chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Fiebre%20amarilla%202022.pdf.
37. **Instituto Nacional de Salud**. Informe de evento Fiebre amarilla. [En línea] 2021. [Citado el: 21 de 03 de 2024.] https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/FIEBRE%20AMARILLA%20INFORME%202021.pdf.
38. **Ministerio de sanidad, politica social e igualdad de españa**. Ficha Técnica Stamaril. [En línea] 2020. [Citado el: 21 de 03 de 2024.] https://www.aemps.gob.es/.
39. **Ministerio de Salud y Seguridad Social**. *CIRCULAR CONJUNTA rts OC 014 — DE 2017*. Bogota D.c : s.n., 2017.
40. **INVIMA**. *guía de notificación de evento supuestamente atribuido a la vacunación o inmunización- ESAVI*. 25/05/2016. Vol. 2. IVC-VIG-GU004 .
41. **Ministerio De Salud y Protección Social**. *Equipos Básicos de Salud: conformación, operación y seguimiento*. Bogota : Ministerio de Salud y Protección Social, 2024.
42. *Resolucion numero 4886 de 2018*. **Ministerio de Salud y Protección Social**. Bogota D.c : s.n., 7 de 10 de 2018, Ministerio de Salud y Protección Social, págs. 12-14, 17-18,20-26.
43. **OMS**. WHO. *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. [En línea] 17 de 06 de 2022. [Citado el: 04 de 04 de 2025.] https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response.
44. *Mental health and psychosocial support aspects of the COVID-19 response*. **WHO, Western pacific region**. 16 de 06 de 2022, Interim guidance , págs. 1-6.



45. *Subsanar las desigualdades en una generación : alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud : informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud.* **OMS, Commission on Social Determinants of Health.** 2009, Organización Mundial de la Salud.

46. *Psychological impact of infectious disease outbreaks on survivors.* **al., Mahajan et.** [ed.] General Hospital Psychiatry. 10 de 2020, Journal of Infection and Public Health, Vol. 13, págs. 133-146. 6.

47. *Lineamientos para la implementación de dispositivos comunitarios en salud: orientaciones para la acción en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas.* **Ministerio De Salud Y Protección Social .** Bogota : s.n., 07 de 2020, Ministerio De Salud Y Protección Social , Vol. 1, págs. 1-36. GIPG26 .

48. **Instituto Nacional de Salud Publica.** *Manual de procedimientos para la toma , conservación y envío de muestras al laboratorio de referencia.* Bogota D.c : DRSP, 2020. 978-958-13-0179-9.



Anexo 1 Tabla diagnóstico diferencial.

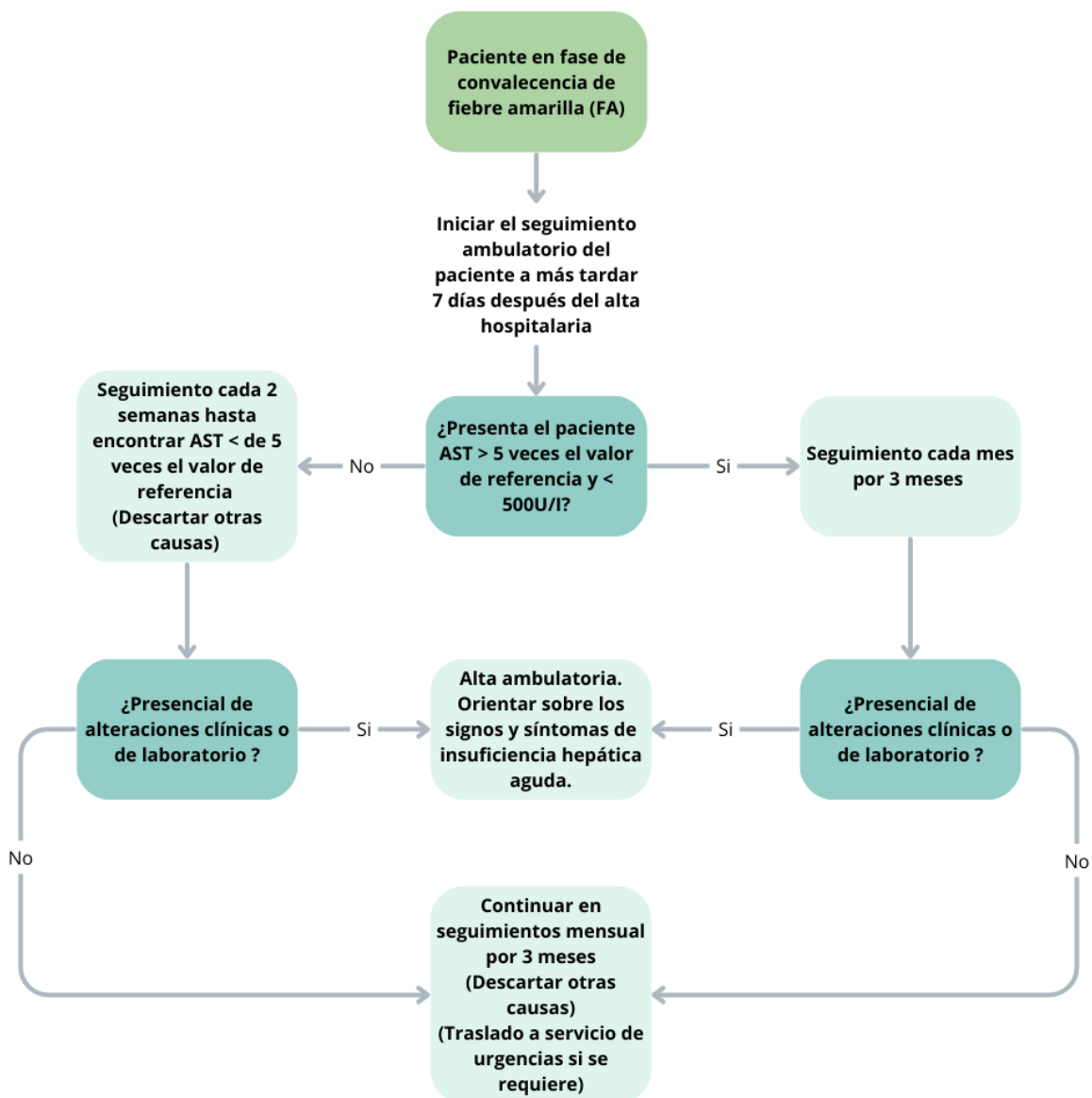
Diagnóstico diferencial	Laboratorios diferenciales	Comportamiento de AST Y ALT	Tipo de patógeno	Tipo de contagio	Prueba específica	coexistencia con Fiebre Amarilla	síntomas compartidos	síntomas diferenciadores
Fiebre Amarilla	Albuminuria, Leucopenia con linfógena, trombocitopenia los primeros días. incremento de la VSG, hiper bilirrubinemia 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			
Dengue	leucopenia, trombocitopenia, aumento del hematocrito, hemoconcentración.	Aumento Discreto	Virus del Dengue género <i>Flavivirus</i>	Únicamente vectorial	IgM específica			
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 nuchal
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	Marcadores positivos para hepatitis b o delta		Fiebre, náuseas, vomito, diarrea, confusión, estupor, encefalopatía, coma y muerte.	Ninguna

				E: transmisión fecal-oral				
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 úlceras de la piel	Aislamiento en cultivo de células, IgM o IgG		Fiebre, mialgias, mareo, náuseas, vomito, gingivorragias y melenas	Riñón edematoso, esplenomegalia, cardiomegalia.

Basada en Ministerio de salud y protección social, Programa de apoyo a la reforma, Universidad Nacional de Colombia, Instituto de investigaciones públicas 2011 (19) y Rodríguez, Gerzain, Velandia, Martha y Boshell, Jorge 2003 (9).

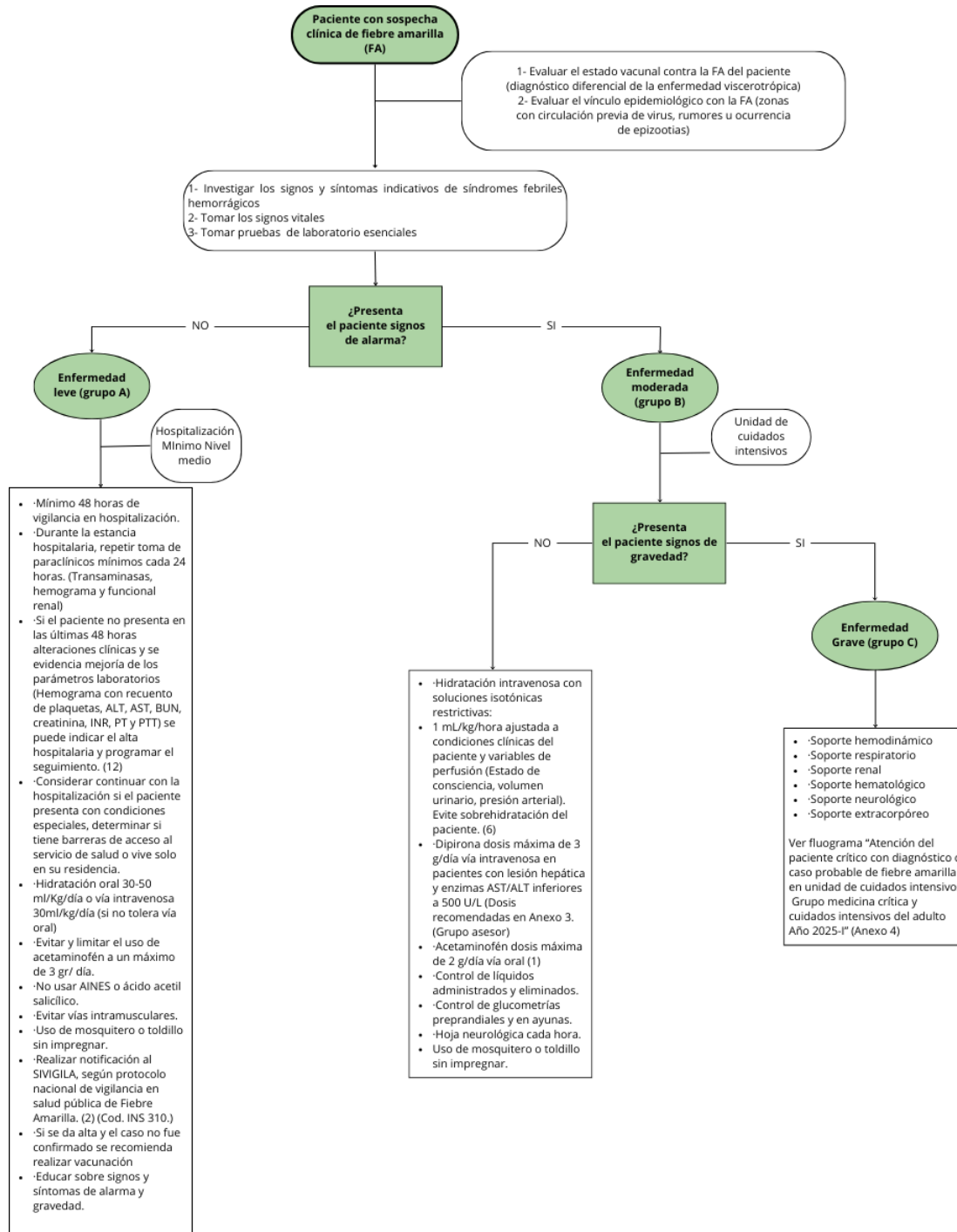
Anexo 2 Algoritmos.

Algoritmos de seguimiento



Basado en *Manejo Clínico De La Fiebre Amarilla En La Región De Las Américas 2023* (1)

Algoritmos de abordaje



Basado en *Manejo Clínico De La Fiebre Amarilla En La Región De Las Américas 2023* (1) y en *"protocolo de atención del paciente en condición crítica con sospecha o diagnóstico confirmado de fiebre amarilla"*, (2025). Hospital Federico Lleras Acosta



Anexo 3 Dipirona (metamizol).

Recomendaciones de dosis y esquemas de administración (1–3):

Vía oral

Metamizol sódico, metamizol magnésico:

Lactantes >4 meses y niños hasta 6 años: 50-150 mg (máximo 600 mg día).

Niños de 7 a 14 años: 250-375 mg (máximo 1,5 g día).

A partir de 15 años (o >53 kg): máximo 3000 mg).

Vía intramuscular o intravenosa lenta

(no más de 1 ml/minuto):

Metamizol magnésico:

Dosis analgésica:

- Niños de 3 a 11 meses: 6,4-17 mg/kg.
- Niños de 1 a 14 años: 6,4-17 mg/kg hasta 900 mg día.
- A partir de los 15 años o >53 kg: máximo recomendado 4000 mg.
- En perfusión continua, la dosis recomendada es de 3,3 mg/kg/h.

Dosis antipirética:

- Dosis máxima recomendada: 10 mg/kg/dosis.

Metamizol sódico:

Niños de 3 a 5 meses (solo vía intramuscular): 5-9 mg/kg (máximo 400 mg día)

Niños de 6 a 11 meses: 5-9 mg/kg (máximo 600 mg día)

Niños de 1 a 14 años (vía intramuscular o intravenosa): 5-8 mg/kg (máximo 4 g día).

A partir de los 15 años: máximo de 5 g día.

No se recomienda el uso de metamizol para tratamientos mayores de 7 días(4).

En Colombia según reporte del INVIMA con fecha de 1 de marzo de 2024, se cuenta con los siguientes registros sanitarios vigentes de medicamentos con principio activo dipirona o metamizol:

PRODUCTO	PRINCIPIO_ACTIVO	REGISTRO_SANITARIO
LISALGIL® AMPOLLAS	DIPIRONA MAGNESICA	INVIMA 2020M-007568-R4
NOVALGINA® AMPOLLAS	DIPIRONA (METAMIZOL SODICO MONOHIDRATO)	INVIMA 2020M-001792-R4
NOVALGINA TABLETAS	DIPIRONA (METAMIZOL SODICO MONOHIDRATO)	INVIMA 2020M-001717-R4
DIPIRONA 1G / 2ML SOLUCION INYECTABLE	DIPIRONA SÓDICA EQUIVALENTE A DIPIRONA BASE	INVIMA 2021M-002385-R4
NOVALGINA® 5 ML	DIPIRONA (METAMIZOL SÓDICO MONOHIDRATADO)	INVIMA 2020M-006833-R4
HIOSCINA 20 MG + DIPIRONA 2,5 G	DIPIRONA SODICA	INVIMA 2019M-13557-R2
DIPIRONA 1 G /2 ML	DIPIRONA SODICA MONOHIDRATO 1,054 G EQUIVALENTE A DIPIRONA SODICA (METAMIZOL SODICO)	INVIMA 2020M-0000529-R2
HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + DIPIRONA	DIPIRONA SÓDICA MONOHIDRATO 2.64G EQUIVALENTE A DIPIRONA SODICA	INVIMA 2020M-0000903-R2
DIPIRONA TABLETAS 500 MG	DIPIRONA	INVIMA 2020M-0001423-R2
DIPIRONA SODICA 1G/2ML INYECTABLE	DIPIRONA SODICA	INVIMA 2019M-0002055-R2
LAPER®	DIPIRONA SODICA MONOHIDRATO	INVIMA 2021M-0004216-R2
DIPIRONA 500 MG TABLETA	DIPIRONA	INVIMA 2016M-0005213-R1
DIPIRONA 2.5 G + HIOSCINA 20 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE	METAMIZOL SÓDICO MONOHIDRATO	INVIMA 2023M-0004837-R2
DIPRIREX SOLUCION INYECTABLE	DIPIRONA SODICA MONOHIDRATO 2,634 G EQUIVALENTE A DE DIPIRONA SODICA	INVIMA 2021M-0008365-R1
ESPASMOKOV® COMPUESTO	DIPIRONA SODICA	INVIMA 2021M-0009072-R1
DIPIRONA GOTAS	DIPIRONA (METAMIZOL SODICO)	INVIMA 2021M-0009050-R1
DIPIRONA SODICA 2,5 G/5 ML	DIPIRONA (METAMIZOL)	INVIMA 2021M-0008746-R1
ESPASMOBIL GRAGEAS	DIPIRONA	INVIMA 2022M-0008960-R1
LIGARIL D- TABLETAS	DIPIRONA SODICA	INVIMA 2009M-0009613
DIPIRONA MAGNESICA 2G / 5 ML SOLUCION INYECTABLE	DIPIRONA MAGNÉSICA	INVIMA 2021M-0010844-R1
DIPIRONA SOLUCION INYECTABLE 2.5 G / 5 ML	DIPIRONA	INVIMA 2020M-0010107-R1

Tomado de: https://www.invima.gov.co/sites/default/files/medicamentos-productos-biologicos/Actas%20Sala%20especializada%20de%20Mol%C3%A9culas%20Nuevas%2C%20Nuevas%20Indicaciones%20y%20Medicamentos%20Biol%C3%B3gicos/2024/Listados/RS-MED-PAGWEB_VIG%200224.pdf

Referencias bibliográficas.

1. Evanson NK. Dipyron. xPharm: The Comprehensive Pharmacology Reference [Internet]. 2024 Sep 15 [cited 2025 Feb 16];1–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501526/>
2. Alnajar M, Saker Z, Haji F, Abdelsamed MA, Khaled Z, Abd-ElGawad M. Antipyretic effect of oral dipyron (Metamizole) compared to oral ibuprofen in febrile children: a systematic review and

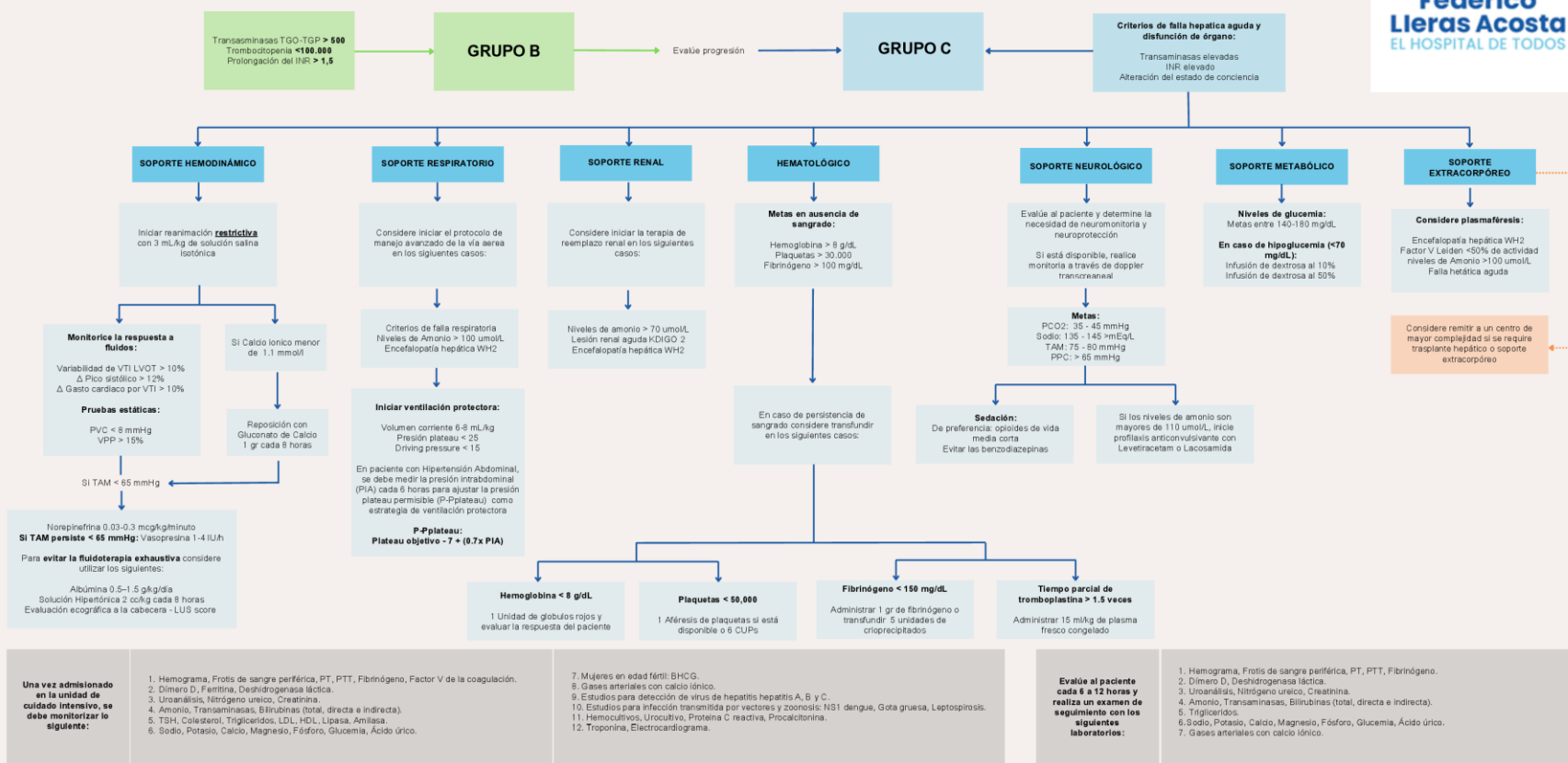


meta-analysis. BMC Pediatr [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Feb 16];24(1):634. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11451230/>

3. :: CIMA :: Centro de información de medicamentos [Internet]. [cited 2025 Feb 16]. Available from: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>
4. INVIMA. Informe de seguridad Medicamentos y Productos Biológicos [Internet]. Bogotá; 2024 Dec [cited 2025 Feb 16]. Available from: <https://bit.ly/3yRYhF2>

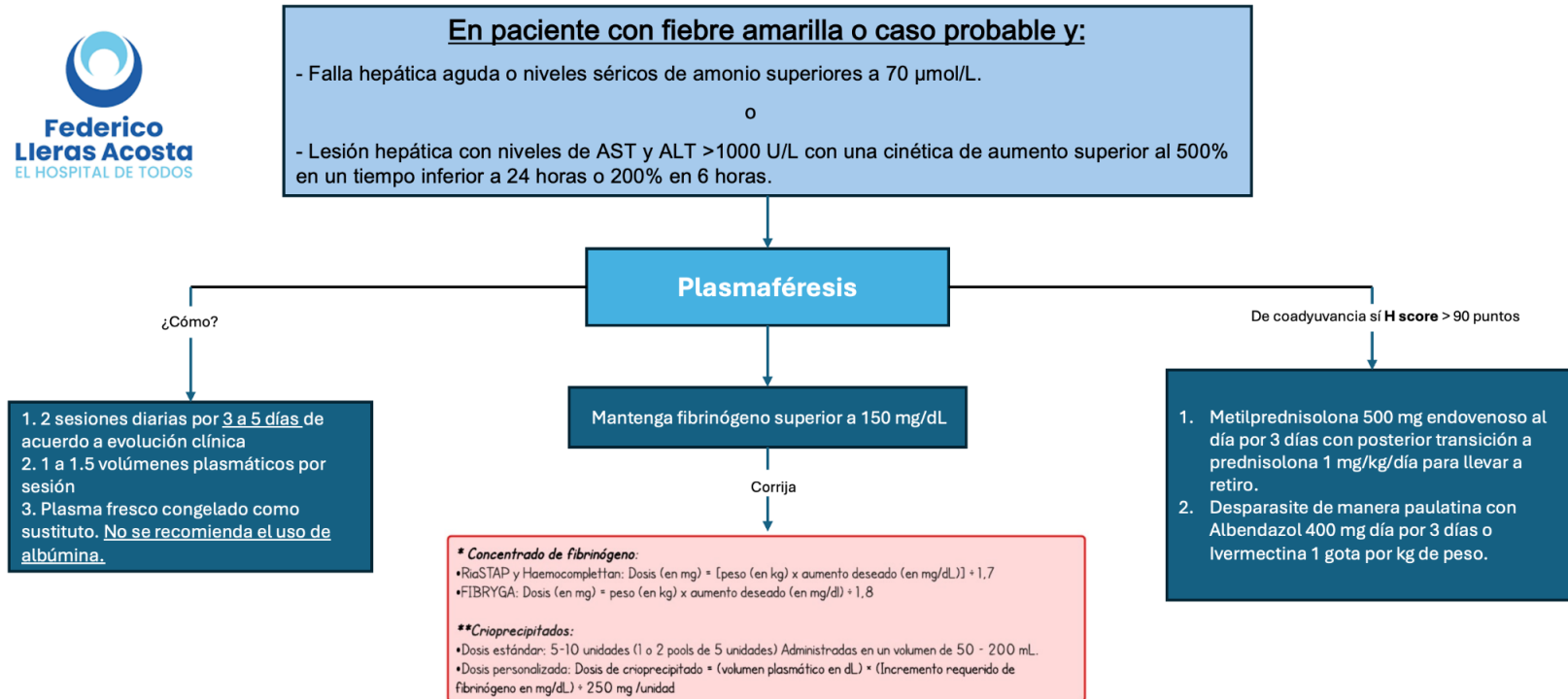
Anexo 4 Algoritmo atención del paciente crítico

Atención al paciente crítico con diagnóstico de Fiebre Amarilla en Unidad de Cuidados Intensivos Grupo de Medicina Crítica y Cuidados Intensivos del Adulto Año 2025



Tomado bajo autorización del protocolo de atención del paciente en condición crítica con sospecha o diagnóstico confirmado de fiebre amarilla, (2025). Hospital Federico Lleras Acosta

Anexo 5 Algoritmo de control inmunológico





Salud

Anexo 6 Encuesta previa a la vacunación



Dirección Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo enfermedades inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

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: _____ IPS vacunadora: _____ Extramural: _____
Barrio, vereda, comunidad...otro... especificar

Consecutivo	Fecha DD/MM/AA	Nombres y Apellidos completos	Tipo de identificación	Número Documento de identidad N°	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora? (1)		¿Utiliza algún medicamento inmunosupresor? (2)		Tiene problemas de coagulación? (3)		Ha presentado enfermedad febril aguda en el último mes? (4)		¿Ha presentado reacción alérgica grave, después de consumir huevo de gallina? O es alérgico a eritromicina o kanamicina		Ha recibido alguna vacuna viva atenuada en los últimos 30 días? (4)		¿Ha recibido transfusión sanguínea(plasma), inmunoglobulinas o trasplante de órganos en los últimos 3 meses?		Embarazada	Lactancia materna	Firma de los encuestados	
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				SI
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							

Tipo de identificación: CC = Cédula ciudadana, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación.

(1) **Patologías inmunosupresoras, entre otras:** Cáncer, diabetes, VIH positivo, artritis reumatoide, enfermedad del tmo, (incluye tmoectomía), insuficiencia renal o crónica, psoriasis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastemias graves, tumor del tmo o extracción. La vacuna se pudiera administrar a pacientes infectados por VIH asintomáticos, previa autorización del médico tratante.

(2) **Medicamentos inmunosupresores:** corticoides (uso continuo por más de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antiretrovirales.

(3) **Tiene problemas de coagulación:** púrpura trombocitopénica, lesiones hemorrágicas en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Gilbert?

(4) **Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse:** BCG, rubéola, sarampión y paperas, varicela. (se aplican simultáneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con vacuna contra el cólera y fiebre tifoidea, esperar 3 semanas.

(5) **Condición para precaución especial,** solo se vacuna en caso de epidemia, previa autorización médica y lineamiento nacional. En caso de que la madre esta dando lactancia materna, solo se puede vacunar a partir de los 12 meses de edad del bebé.

Conducta a seguir:	<p>Si respondió negativamente todas las preguntas: VACUNAR</p> <p>Si respondió positivamente a una o más preguntas, NO VACUNAR</p>	Nombre del encuestador o vacunador: _____
--------------------	--	---