



# **PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE FIEBRE AMARILLA**

**Protocolos del Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles**

**Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública**

Protocolo elaborado por la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica y aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional Salud en abril de 2026.

Han contribuido a la elaboración y revisión de los protocolos profesionales de:

Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII):

Centro Nacional de Epidemiología (CNE) y Centro Nacional de Microbiología (CNM).

Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud:

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), S.G. de Sanidad Exterior, S.G. de Sanidad Ambiental y Laboral, Área de Programas de Vacunas, y División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis.

Otras Agencias y otros Ministerios:

Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), Ministerio de Justicia, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), y Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN).

Unidades de Vigilancia de Salud Pública de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía (CC.AA.).

Cita sugerida: Protocolo de vigilancia de fiebre amarilla. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026.

CC BY-NC-SA 4.0

## **PRESENTACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**

La vigilancia de las enfermedades transmisibles es una actividad fundamental para la Salud Pública ya que garantiza la existencia de información fiable, completa y oportuna para la toma de decisiones en todos los niveles de la Administración, y proteger así la salud de la población.

De acuerdo con lo definido en el artículo 18 del Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, las enfermedades objeto de vigilancia contarán con protocolos específicos que permitan la homogeneización de la vigilancia y la notificación a nivel nacional e internacional, así como el establecimiento de medidas de control y prevención de casos y brotes.

En España, los primeros protocolos se publicaron en 1997 y sufrieron una revisión en profundidad en 2013. Estos nuevos protocolos han sido aprobados por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en abril de 2026.

En esta revisión han participado: técnicos de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía, profesionales del Instituto de Salud Carlos III (Centro Nacional de Epidemiología y Centro Nacional de Microbiología), de distintas unidades del Ministerio de Sanidad (Centro Coordinador de Alertas y Emergencias, Subdirección General de Sanidad Exterior, Subdirección General de Sanidad Ambiental y Laboral, Área de Programas de Vacunas, y División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis), así como profesionales de otras Agencias y Ministerios como la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), y Ministerio de Justicia.

Durante este proceso, además de actualizar aspectos de la epidemiología y caracterización de la enfermedad, se han revisado las definiciones de caso y la información necesaria para la vigilancia en cada notificación, haciéndolas compatibles con las que están en vigor en la Unión Europea. También se han actualizado las medidas de actuación para la prevención y control de casos y brotes.

Las novedades más relevantes son: la inclusión de un historial de cambios para documentar las futuras modificaciones y mantener los protocolos actualizados; las recomendaciones para el uso de técnicas de secuenciación del genoma en el estudio de casos y especialmente de brotes y el uso de terminologías como SNOMED y LOINC.

Podemos decir que esto supone un hito en la historia de la vigilancia pues, por primera vez, se ha abordado la normalización de la información requerida, incluida la estandarización semántica, y se han desarrollado, en dichas terminologías, los estándares para su uso en vigilancia de salud pública. Esto se ha completado con el acceso de las CC.AA. al Servidor Terminológico del Ministerio de Sanidad. De esta manera se avanza en la interoperabilidad de las bases de datos relevantes para la vigilancia de la salud pública y se cumple con el principio de recoger el dato sólo una vez y garantizar, dentro de las normas de protección de datos, la calidad de la información que se usa en la vigilancia de las enfermedades transmisibles.

## CONTROL DE VERSIONES DE LOS PROTOCOLOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Descripción del documento	Protocolo para la vigilancia y notificación de fiebre amarilla.	
Fecha de creación	2013.	
Cita sugerida	Protocolo de vigilancia de fiebre amarilla. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026.	
<b>Cambios en el protocolo</b>		
<b>Fecha de actualización</b>	<b>Epígrafe</b>	<b>Descripción de la modificación</b>
Marzo-2025	Introducción	Cambios en la redacción, actualización situación epidemiológica en Europa y España.
	Agente	Cambios en la redacción. Se actualiza nomenclatura de género: <i>Orthoflavivirus</i> en lugar de <i>Flavivirus</i> .
	Reservorio	Cambios mínimos en la redacción. Se añaden nombres de géneros de vectores selváticos.
	Modo de transmisión	Se introducen y actualizan los géneros y especies de mosquitos vectores y reservorio. Se añade situación del vector <i>Ae. aegypti</i> en Europa y en España. Se elimina párrafo sobre distribución de fiebre amarilla en África y América. Se actualiza y modifica la información sobre otros modos de transmisión.
	Susceptibilidad	Se añade susceptibilidad universal en no vacunados. Se actualiza información sobre la vacuna.
	Objetivos	Se han ampliado y detallado.
	Criterio clínico	Cambios mínimos en la redacción.
	Criterio epidemiológico	Se ha modificado la redacción (estancia 10 días previos).
	Criterio de laboratorio	Se añaden niveles de caso probable y confirmado. Caso probable: IgM en muestra simple o seroconversión no acompañada por neutralización. Caso confirmado: la detección de anticuerpos específicos deben confirmarse por neutralización. Se añade, estado vacunal, la exposición previa a otros flavivirus que condiciona la interpretación de la serología.
	Clasificación de los casos	Caso sospechoso: criterio clínico y epidemiológico. Caso probable: criterio clínico, epidemiológico y probable de laboratorio. Caso confirmado: criterio clínico y de laboratorio confirmado.
	Definición de brote	Se ha creado este apartado.
	Medidas preventivas	Se añade la consideración de una posible reintroducción de <i>Ae. aegypti</i> en España, asociando a ello una referencia al PLAN (Plan Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de las enfermedades transmitidas por Aedes). Se añade actuación en cuanto a la vigilancia entomológica en los puntos de entrada (aeropuertos y puertos). Se reestructura y actualiza el apartado de recomendaciones a viajeros. Se actualiza información sobre la vacuna en cuanto a: su eficacia, su validez (pasando de 10 años a una inmunidad de por vida) y sus contraindicaciones.
	Control del caso	Cambios en la redacción. Se actualiza la información y se añaden nuevas recomendaciones sobre muestras para su remisión al Laboratorio de Referencia.
Otras medidas de salud pública	Se actualizan la información sobre la vacuna (contraindicaciones, precauciones). Se añaden Medidas de precaución para las donaciones de sangre, tejidos y órganos.	
Bibliografía	Actualización de las referencias.	

Cambios en el Anexo I		
Marzo-2025	Datos del Caso	Incorporación de la variable sexo administrativo. Se renombra la variable "sexo" como "sexo al nacimiento".
	Datos de la Enfermedad	Incorporación de las variables "virémico en España", Ingreso UCI. Se añaden fechas de ingreso, alta y defunción. Simplificación: clínica (pasan a ser hemorrágica u otra no hemorrágica). Se eliminan complicaciones.
	Datos del Laboratorio	Se añaden pruebas IgM y neutralización.
	Datos del Riesgo	Incorporación del lugar de la exposición, continente/región del caso y motivo de estancia en país endémico. Añadidas categorías de exposición. Se modifica ocupación de riesgo (laboratorio). Se elimina animal sospechoso. Se simplifica ámbito de exposición.

## DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

### Introducción

La fiebre amarilla (FA) es una enfermedad vírica hemorrágica transmitida por la picadura de mosquitos infectados que afecta principalmente a primates. En humanos, la infección puede causar formas subclínicas (55%), enfermedad leve (33%) hasta una enfermedad sistémica grave con fiebre, ictericia, hemorragia y fallo renal. La forma clínica más leve es poco característica y sólo se desarrolla en zonas donde la enfermedad es endémica, especialmente durante las epidemias. Comienza bruscamente con fiebre elevada y cefalea. Pueden existir, además, náuseas, epistaxis, bradicardia relativa y proteinuria leve. El cuadro clínico dura de 1 a 3 días y remite sin complicaciones. En la forma grave o clásica, habitualmente se distinguen tres períodos evolutivos. El período de infección se instaura de forma súbita con fiebre elevada, cefalea y dorsalgia, epistaxis y gingivorragias. Puede aparecer el signo de Faget (bradicardia relativa a pesar de la elevada temperatura). Alrededor del tercer día la fiebre suele descender bruscamente (período de remisión). Después de este periodo de remisión un 15% evolucionan hacia la fase de *intoxicación* con fiebre, ictericia, insuficiencia hepática y/o renal con proteinuria y diátesis hemorrágica, epistaxis abundantes, gingivorragias y hematemesis (vómito negro). La tasa de letalidad estimada es del 2 al 12%, pero ésta puede llegar a ser del 30% al 60% en los casos graves.

Las zonas endémicas de FA son países de África subsahariana, de donde es originaria y zonas rurales y selváticas de América del Sur (Brasil, Bolivia, Ecuador, Perú, Colombia, Venezuela, Trinidad y Tobago, Guyana, Surinam y Guayana francesa). Existe riesgo de brotes autóctonos en donde se encuentre el vector *Aedes aegypti* y probablemente también por *Aedes albopictus*. En 2017 y 2018 hubo grandes brotes en Brasil y desde 2021 hay transmisión mantenida en varios países de África central. En Europa y España los casos son importados y poco frecuentes.

### Agente

Virus ARN de la fiebre amarilla, familia *Flaviviridae*, género *Orthoflavivirus*.

### Reservorio

En las formas selváticas son reservorio los vertebrados, principalmente primates y tal vez los marsupiales. Los mosquitos *Aedes* y *Haemagogus* en la selva actúan como vectores. Cuando el virus pasa a poblaciones humanas, se puede establecer un ciclo urbano, cuyo reservorio son los seres humanos y los vectores los mosquitos *Aedes aegypti*.

### Modo de transmisión

Se transmite por picadura de mosquitos *Aedes* y *Haemagogus* infectados. Hay descritos 3 ciclos de transmisión: selvático, intermedio y urbano. En África existen los 3, mientras que en Sudamérica sólo dos, el selvático y el urbano. La forma selvática tiene lugar en los bosques tropicales, en los que los monos (mayoritariamente *Colubus* en África y *mono araña*, *Ateles geoffroyi*, en América) transmiten la infección a los mosquitos que se alimentan a partir de ellos (género *Aedes* en África y América y *Haemagogus* en América). Estos mosquitos transmiten la infección al ser humano que entra en la selva. La **FA selvática** es, en gran parte, una enfermedad ocupacional que afecta sobre todo a hombres, agricultores, caucheros, cazadores, obreros forestales y de caminos públicos, que por su trabajo penetran en la selva o sus cercanías. La **transmisión intermedia** ocurre en zonas húmedas y semi-

húmedas de la sabana africana, y produce pequeños brotes en zonas rurales. Los mosquitos semi-domésticos infectan a los monos y al ser humano. La **transmisión urbana** ocurre cuando personas procedentes de áreas rurales introducen el virus en zonas con una alta densidad de población, ocasionando grandes epidemias, en las que *Ae. aegypti* es el vector principal.

*Ae. aegypti* en Europa se ha reestablecido en Madeira y está presente en el entorno del Mar Negro y Chipre. En España existen regiones medioambientalmente favorables a su reintroducción, aunque de momento solo se han detectado introducciones puntuales en Canarias. Los mosquitos *Aedes* son activos durante las horas del día, por lo que pican desde el amanecer al anochecer. Una vez infectado con el virus, el mosquito permanece infectante toda su vida (2 o 3 semanas) y hay transmisión transovárica a su descendencia, por lo que el virus puede sobrevivir a lo largo de las estaciones en los huevos. Esto hace difícil la erradicación de la enfermedad en las zonas donde es endémica.

El caso es infectivo para el mosquito desde unas horas antes del comienzo de la fiebre y durante los primeros 3 a 5 días de la enfermedad.

El periodo de incubación extrínseco del principal vector (*Ae. aegypti*) es de 9 a 12 días cuando la temperatura es idónea. Si bien *Ae. albopictus* es un vector relativamente ineficiente para transmitir la FA, existe preocupación sobre su posible papel como vector en determinados entornos.

La transmisión de persona a persona es muy poco frecuente pero posible y sólo se ha descrito un caso de transmisión vertical. La transmisión por sangre y derivados y por trasplante, aunque teóricamente es posible, no ha sido documentada. La transmisión por accidente de laboratorio es posible en no vacunados.

### Periodo de incubación

Es de 3 a 6 días.

### Susceptibilidad

La susceptibilidad es universal en personas no vacunadas. La enfermedad confiere inmunidad de por vida en aquellos que se recuperan de la enfermedad. No hay reinfecciones. La inmunidad pasiva transitoria en recién nacidas/os de madres inmunes puede persistir hasta 6 meses. Los grupos de riesgo son las personas no inmunizadas que viajan a zona endémica y las personas que residen o trabajan en zonas boscosas donde hay vector.

Existe una vacuna para la inmunización activa, de virus vivos atenuados. Está indicada para mayores de 9 meses que viajan o residen en zonas de riesgo. Sólo se administra en centros autorizados que disponen del Certificado Internacional de Vacunación.

## VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

### Objetivos

1. Detectar precozmente los casos importados para establecer las medidas para su prevención y control, sobre todo en áreas con presencia de vector competente y notificar la actividad

viral en el lugar donde se adquirió la infección.

2. Realizar el estudio epidemiológico a partir de la información de vigilancia. Garantizar la calidad de los datos para orientar la prevención y el control.
3. Contribuir a la evaluación y el seguimiento de los programas de prevención y control y difundir sus resultados.

## Definición de caso

### Criterio clínico

Instauración aguda de fiebre con al menos UNO de estos signos: ictericia, en ausencia de otra etiología más común y/o hemorragia generalizada.

### Criterio de laboratorio

#### Criterio de laboratorio de caso confirmado

Al menos uno de los criterios siguientes:

- Aislamiento del virus de la fiebre amarilla en una muestra biológica.
- Detección de ácido nucleico en muestra clínica.
- Detección de antígeno viral en una muestra biológica.
- Detección de anticuerpos específicos en suero, confirmados por neutralización.
- Seroconversión o incremento de cuatro veces en el título de anticuerpos específicos en muestras pareadas de suero, confirmada por neutralización.
- Confirmación por necropsia de las lesiones histopatológicas hepáticas características.

La serología debe ser interpretada de acuerdo con el estado vacunal y exposición previa a otros flavivirus. Los casos se enviarán al Laboratorio de Referencia del CNM (ISCIH) para la confirmación del diagnóstico y la caracterización de la infección.

#### Criterio de laboratorio de caso probable

- La presencia de anticuerpos IgM en una muestra simple (no confirmada por neutralización)
- Seroconversión de anticuerpos específicos del virus o aumento de cuatro veces el título en muestras pareadas de suero, no confirmada por neutralización.

### Criterio epidemiológico

Residir o haber visitado áreas con transmisión actual en el plazo de 10 días anteriores a la aparición de los síntomas.

## Clasificación de los casos

**Caso sospechoso:** persona que cumple los criterios clínicos y el criterio epidemiológico.

**Caso probable:** persona que cumple los criterios clínicos y existe vínculo epidemiológico y con criterio de laboratorio de caso probable.

**Caso confirmado:** persona no vacunada recientemente que cumple los criterios clínicos de definición de caso y los criterios de laboratorio de caso confirmado.

**Nota:** Si hay antecedentes de vacunación reciente, un caso confirmado sería una persona en la que se detecta una cepa salvaje del virus de la fiebre amarilla.

### Definición de brote

Por tratarse de una enfermedad ausente en nuestro territorio, la detección de un único caso autóctono se consideraría una alerta a efectos de investigación e intervención.

A efectos de notificación, se considerará brote a la detección dos o más casos con vínculo epidemiológico (al menos uno de ellos con transmisión autóctona).

### MODO DE VIGILANCIA

Todos los casos de FA, probables o confirmados, se deben comunicar inmediatamente al servicio de Vigilancia Epidemiológica de la C.A., que lo comunicará de forma urgente al CCAES y al CNE. El CCAES valorará junto con las CC.AA. afectadas las medidas a tomar y, si fuera necesario, su notificación al Sistema de Alerta y Respuesta Rápida de la Unión Europea y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

La C.A. notificará, de forma individualizada, los casos nuevos sospechosos, probables y confirmados en la plataforma electrónica que esté establecida para ese uso. Enviarán la información inicial de la declaración del caso de forma urgente. La información del caso podrá actualizarse semanalmente y se hará una consolidación anual. La notificación electrónica de los casos se hará de acuerdo con las especificaciones (metadatos) acordadas para estandarizar y normalizar la información. El Anexo I de este protocolo incluye la encuesta epidemiológica de caso que recoge la información relevante en la vigilancia de esta enfermedad.

Si se produjera un brote se notificará, en la misma plataforma, los resultados de su investigación en un periodo de tiempo no superior a tres meses después de que haya finalizado el estudio. Además, se notificará la información individualizada de los casos del brote.

La información sobre el motivo y el tiempo de estancia en zonas endémicas, así como al estado de vacunación son de especial importancia en el estudio de los antecedentes epidemiológicos.

### MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

El mosquito *Aedes aegypti*, principal vector de la FA, no está presente en España en el momento actual, aunque existen zonas favorables para su reintroducción. En situaciones de reintroducción, las actuaciones se deben enmarcar dentro del [Plan Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de las enfermedades transmitidas por Aedes](#) (PLAN). Respecto al mosquito *Ae. albopictus*, únicamente se ha podido asociar a la transmisión de la FA en estudios experimentales, pero no en la naturaleza. Por ello, su implicación como vector de FA no está demostrada.

Es importante reforzar la vigilancia entomológica en los puntos de entrada (aeropuertos y puertos) con el fin de identificar precozmente cualquier vector potencialmente transmisor de la enfermedad, en especial aquellos que han demostrado una mayor eficacia, como es el caso de *Ae. aegypti*.

### **Medidas preventivas**

La forma de prevención de la enfermedad es mediante la vacunación y la prevención de la picadura de los mosquitos.

Se recomienda informar a personas que viajen a zonas endémicas sobre el riesgo de infección, el modo de transmisión, la sintomatología y el periodo de incubación. Además, se recomendará la vacunación frente a la FA y la adopción de las medidas de protección individual frente a vectores. Se les comunicará la importancia de la asistencia sanitaria si se produce fiebre, dentro de los 15 días posteriores al regreso de su estancia en la zona con brotes activos de FA.

La vacuna es altamente eficaz (cercana al 100%) y genera inmunidad de por vida, sin necesidad de dosis de recuerdo; se debe administrar al menos 10 días antes del viaje. Las personas que viajen o vayan a residir en una zona endémica deben acudir a un Centro de Vacunación Internacional, donde se expide el Certificado de Vacunación Internacional, válido de por vida. Cuando existan contraindicaciones para la vacunación, un médico o agente de salud autorizado firmará el Certificado de Exención de Vacunación de FA.

La vacuna estaría contraindicada en:

- Menores de 6 meses.
- Personas con hipersensibilidad con dosis anteriores o alergia grave a la proteína del huevo.
- Personas con inmunodepresión grave, enfermedades del timo.

Se debe valorar el riesgo beneficio en:

- Personas de 60 años o mayores, debido al mayor riesgo de efectos adversos graves.
- Menores de 6 a 8 meses.
- Mujeres embarazadas y mujeres lactantes.

Toda la información sobre los consejos sanitarios para viajes internacionales puede ser consultada en la web del Ministerio de Sanidad:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadExterior/laSaludTambienViaja/consejosSanitarios/home.htm>.

### **Medidas ante un caso, sus contactos y medio ambiente**

No existe tratamiento específico ni profilaxis, por lo que se llevará a cabo el tratamiento de soporte y sintomático y vigilancia de las complicaciones. En el medio sanitario, dado que no se transmite de persona-persona de forma directa, se adoptarán las precauciones estándar.

Con respecto a los contactos no es necesario el seguimiento. Sin embargo, puesto que la transmisión persona-mosquito-persona es posible, es recomendable identificar otras personas expuestas que hayan estado en la misma zona que el caso en las dos semanas previas al inicio de síntomas con el fin de localizar casos no notificados o diagnosticados.

En el Reglamento Sanitario Internacional (2005) (anexos 5 y 7) se especifican las medidas a tomar respecto a los medios de transporte internacional y los requisitos concernientes a la vacunación.

El CNM (ISCIII) es laboratorio de referencia en España para esta enfermedad (Ver Anexo II para envío de muestras).

### **Otras medidas de salud pública**

#### **Medidas de precaución para las donaciones de sangre, tejidos y órganos**

La Guía del Consejo de Europa sobre la Calidad y la Seguridad de los Órganos Humanos para Trasplante, recoge que en el caso de la fiebre amarilla no existen criterios específicos; por lo tanto se sugiere aplicar la misma recomendación general que a otras enfermedades agudas no específicas: la personas con un test de ácidos nucleicos positivo o síntomas compatibles con fiebre amarilla se deberían excluir como donantes durante 28 días desde el resultado positivo del test o la resolución de los síntomas.

La persona, donante de órganos, que haya recibido la vacuna contra la fiebre amarilla durante los 30 días previos a la donación, solo podría ser aceptada para trasplante en caso de que la persona receptora tenga inmunidad confirmada (natural o adquirida) frente al virus de la vacuna. Hay dos posibles y una probable transmisión relacionada con transfusiones del virus de la vacuna contra la fiebre amarilla de un donante que había recibido una vacuna contra la fiebre amarilla 4 días antes de la donación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Yellow fever. In: Yellow Book 2024. [Internet]. Disponible en: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/infections-diseases/yellow-fever> [Accedido 20 de diciembre de 2023]
2. DECISIÓN DE EJECUCIÓN (UE) 2018/945 DE LA COMISIÓN de 22 de junio de 2018 sobre enfermedades transmisibles y problemas sanitarios especiales relacionados que deben estar sujetos a vigilancia epidemiológica, así como las definiciones de casos pertinentes.
3. Heymann L. El control de las enfermedades transmisibles. 21ª Edición. Washington, D.C.: OPS, Asociación Americana de Salud Pública, 2022.
4. Ministerio de Sanidad. Plan Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de las enfermedades transmitidas por vectores. Parte I. Enfermedades transmitidas por Aedes. Abril 2023. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/preparacionRespuesta/Plan\\_Vectores.htm](https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/preparacionRespuesta/Plan_Vectores.htm) [consultado 19 de diciembre de 2023]
5. Ministerio de Sanidad. Preguntas y respuestas más habituales en un Servicio de vacunación internacional. [Internet]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadExterior/laSaludTambienViaja/centrosVacunacionInternacional/faq.htm>
6. European Centre for Disease Prevention and Control. Facts about yellow fever. [Internet]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/yellow-fever/facts> [Accedido 20 de diciembre de 2023]
7. World Health Organization. Reglamento Sanitario internacional (RSI 2005).OMS 58.ª asamblea mundial de la Salud 23 de mayo de 2005 (BOE n.º 62 de 12 de marzo de 2008).
8. World Health Organization. Yellow fever. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/yellow-fever> [Accedido 16 de enero de 2024]
9. Council of Europe Guide to the quality and safety of organs for transplantation. 8th Edition. Disponible en: <https://www.edqm.eu/en/web/edqm/guide-quality-and-safety-of-organs-for-transplantation> [Accedido 6 de marzo de 2024].
10. Documento de Consenso del Grupo de Estudio de la Infección en el Trasplante (GESITRA) perteneciente a la Sociedad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) y la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) sobre los Criterios de Selección del Donante de Órganos Sólidos en relación a las Enfermedades Infecciosas. Disponible en: <https://www.ont.es/wp-content/uploads/2023/06/CRITER2.pdf>.

## ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE AMARILLA

### DATOS DE LA DECLARACIÓN

C.A. declarante: .....

Código de identificación del caso para el declarante: .....

Fecha de la primera declaración del caso<sup>1</sup>: ..... / ..... / .....

### DATOS DEL CASO

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....

Edad en años: ..... Edad en meses en menores de 2 años: .....

Sexo al nacimiento:  Hombre  Mujer  Intersexual  Desconocido

Sexo administrativo:  Hombre  Mujer  No determinado  Desconocido

Lugar de residencia del caso:

País de residencia: .....

C.A. de residencia: .....

Provincia de residencia: .....

Municipio de residencia: .....

Código postal de residencia: .....

País de nacimiento: .....

### DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso<sup>2</sup>: ..... / ..... / ..... Fecha de inicio de síntomas: ..... / ..... / .....

Manifestación clínica:  Hemorrágica  Ictericia

Hospitalización<sup>3</sup>:  Sí  No  Desconocido

Fecha de hospitalización: ..... / ..... / .....

Fecha de alta: ..... / ..... / .....

Defunción causada por la enfermedad:  Sí  No  Desconocido

Fecha de defunción: ..... / ..... / .....

### DATOS DEL LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio: ..... / ..... / .....

Agente causal:  Virus de la Fiebre Amarilla

Muestra (marcar la muestra principal con resultado positivo):

Biopsia hepática  Suero

**Prueba** (marcar las pruebas positivas en la muestra principal):

- Cultivo
- Detección de anticuerpo
- Detección de ácido nucleico (PCR)
- Detección de anticuerpo IgM
- Anticuerpos neutralizantes

**Otros criterios de laboratorio:**  Seroconversión

**Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR):**  Sí  No  Desconocido

Identificación de muestra del declarante al LNR:.....

Identificación de muestra en el LNR: .....

### DATOS DEL RIESGO

**Lugar de exposición del caso** (desplazamientos en los 15 días previos a la fecha de inicio de síntomas):

- En la C.A. de residencia<sup>4</sup>
- En una C.A. distinta de la de residencia<sup>5</sup>
- En un país distinto de España<sup>6</sup>

**Continente/Región de exposición del caso**<sup>7</sup>: .....

**País de la exposición del caso**<sup>8</sup>: .....

**C.A. de la exposición del caso**<sup>8</sup>: .....

**Provincia de la exposición del caso**<sup>8</sup>: .....

**Municipio de la exposición del caso**<sup>8</sup>: .....

**Fecha de regreso:** ..... / ..... / .....

**Ocupación de riesgo:**

- Personal de laboratorio

**Exposición de riesgo** (marcar una de las siguientes opciones):

- Picadura de mosquito
- Exposición en zona de riesgo (sin evidencia de picadura)
- Transmisión vertical
- Desconocida

**Motivo de estancia en país endémico** (marcar una de las siguientes opciones):

- Inmigrante recién llegado
- Visita familiar / amigos (residente en España)
- Trabajo temporal / negocios
- Turismo o visita familiar/amigos (residente en país endémico)
- Turismo
- Trabajo voluntariado, cooperante, misiones
- Estudiante
- Militar

**Ámbito de exposición** (marcar una de las siguientes opciones):

- Rural
- Urbano
- Selvático

### DATOS DE VACUNACIÓN

Vacunado con alguna dosis (de acuerdo a documento vacunación):  Sí  No  Desconocido

Número de dosis: ..... Fecha de última dosis recibida: ..... / ..... / .....

### CATEGORIZACIÓN DEL CASO

#### Criterios de clasificación de caso:

Criterio de laboratorio:  Sí  No  Desconocido

Criterio epidemiológico:  Sí  No  Desconocido

Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones):

Sospechoso  Probable  Confirmado

Asociado a brote:  Sí  No  Desconocido

Identificación del brote: .....

C.A. de declaración del brote<sup>9</sup>: .....

### OBSERVACIONES<sup>10</sup>

.....

1. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración del caso al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
2. Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.).
3. Hospitalización: Rellenar sólo si el caso cuenta con confirmación de laboratorio.
4. Lugar de exposición: C.A. de residencia: define si la exposición del caso se produjo en la C.A. de residencia.
5. Lugar de exposición. C.A. distinta de la de residencia: define si la exposición del caso se produjo en una C.A. distinta a la de residencia
6. Lugar de exposición: País distinto de España: define si la exposición del caso se produjo en un país distinto de España. El caso es autóctono si está todo el período de incubación en España, en la misma C.A. u otra, e importado si el país de exposición es diferente de España.
7. Continente/Región de exposición del caso: Rellenar si la exposición no ha tenido lugar en un único país o no se puede identificar. Si no se conoce el país de exposición, al menos, rellenar esta variable.
8. País/ C.A./ Provincia/ Municipio de exposición del caso: Especificar el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general, se considerará el lugar donde el caso ha podido contraer la enfermedad con mayor probabilidad (estancia durante período de incubación). Si está en España, cumplimentar los campos de C.A., provincia y municipio. Si el lugar de exposición es un país diferente de España se cumplimentaría el país. Si no se conoce se dejará en blanco.
9. C.A. de declaración del brote: Aquella que ha asignado el identificador del brote.
10. Observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.

## ANEXO II. ENVÍO DE MUESTRAS AL LABORATORIO DE REFERENCIA

### **Envío de muestras al Centro Nacional de Microbiología**

Las muestras recomendadas son suero, sangre, orina, LCR en caso de afectación neurológica y necropsias de tejidos en casos mortales.

Se utilizará la aplicación informática **GIPI**. Se seguirán las instrucciones, tanto para el envío como acerca del tipo de las muestras a enviar; todo ello de acuerdo con los permisos establecidos para las personas autorizadas de las CC.AA.

La dirección y teléfonos de contacto son:

Área de Orientación Diagnóstica.

Centro Nacional de Microbiología.

Instituto de Salud Carlos III.

Carretera Majadahonda-Pozuelo, km 2.

28220. Majadahonda (Madrid). ESPAÑA.

Teléfonos: 91 822 37 01 - 91 822 37 23 - 91 822 36 94.

CNM- Área de Orientación Diagnóstica: [cnm-od@isciii.es](mailto:cnm-od@isciii.es).