

Comportamiento de la vigilancia de síndrome febril inespecífico

Behavior of the surveillance of the unspecific febrile syndrome

Sayli González Fiallo, Victor Manuel Doeste Hernández, Meralys Moreno Gelis, Idorka Mena Rodríguez

Dirección Municipal de Salud Pública. Isla de la Juventud, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La vigilancia del síndrome febril inespecífico es objeto de especial atención, frecuente expresión de la ocurrencia de enfermedades emergentes y reemergentes; su detección oportuna permite formular medidas de intervención adecuadas.

Objetivo: Evaluar el comportamiento de la vigilancia del síndrome febril inespecífico.

Métodos: Se realizó una investigación observacional descriptiva de corte transversal, mediante la vigilancia activa y pasiva. La población objeto de estudio se determinó por los 384 pacientes detectados con síndrome febril inespecífico en las tres áreas de salud: Juan M. Páez Inchausti, Leonilda Tamayo Matos y Oreste Falls Oñate en la Isla de la Juventud, durante el período de enero a junio de 2017. Se utilizó como fuente primaria de datos la encuesta epidemiológica de cada caso. Para el análisis se emplearon frecuencias absolutas, relativas y tasas. Se evaluaron dos atributos del sistema (oportunidad y valor predictivo positivo).

Resultados: La mayor notificación se produjo en las últimas semanas estadísticas, con predominio del área de salud Juan M. Páez Inchausti, que mostró una tasa de $61,8 \times 10^4$ hab. Al sexo masculino se atribuyeron 207 casos ($48,6 \times 10^4$ hab.) y la mayor incidencia se evidenció en los menores de 1 año con 48 casos ($497,9 \times 10^4$ hab). La frecuencia de síntomas presentó el 95,8 % (368) para la fiebre, seguido de la cefalea 47,1 % (181). El atributo de oportunidad se evaluó de medianamente suficiente y el valor predictivo positivo se consideró bajo.

Conclusiones: La vigilancia mostró su mayor efectividad en las últimas semanas. Según características demográficas predominó el sexo masculino y la mayor incidencia fue en los menores de 1 año. Existen algunas insuficiencias en el cumplimiento de los atributos esenciales, sin embargo, no afecta el resultado del sistema en su conjunto.

Palabras clave: Vigilancia; síndrome febril inespecífico; arbovirosis.

ABSTRACT

Introduction: The surveillance of the unspecific febrile syndrome is a subject of special attention because it is the most common expression of the occurrence of emerging and re-emerging diseases. Its timely detection allows the formulation of adequate intervention measures.

Objective: To evaluate the behavior of the surveillance of the unspecific febrile syndrome.

Methods: A descriptive, cross-sectional, observational investigation was carried out through active and passive surveillance. The population studied was determined by 384 patients detected having unspecific febrile syndrome, in three health areas: Juan M. Páez Inchausti, Leonilda Tamayo Matos y Orestes Falls Oñate, located in Isla de la Juventud special municipality, from January to June 2017. The epidemiological survey of each case was used as the primary source of data. For the analysis, absolute frequencies, relative frequencies and rates were used. Two attributes of the system were evaluated (opportunity and positive predictive value).

Results: The highest notification occurred in the last weeks being predominant Juan M. Páez Inchausti health area, which showed the highest rate (61.8×10^4 inhab.). 207 cases were of the male sex (48.6×10^4 inhab.) and the highest incidence was evidenced in those younger than 1 year, with 48 cases (497.9×10^4 inhab). The frequency of symptoms was of 95.8 % (368) for fever, followed by headache 47.1 % (181). The opportunity attribute was evaluated as medium enough and the PPV was low.

Conclusions: The surveillance showed its greatest effectiveness in the last weeks. According to the socio-demographic characteristics, the male sex predominated and the incidence was greater in the ages from 1 to 4 years old. There are some deficiencies in the fulfillment of the essential attributes; however, it does not affect the result of the system as a whole.

Keywords: Surveillance; unspecific febrile syndrome; arboviruses.

INTRODUCCIÓN

Los progresos en el concepto de la salud pública a nivel mundial han traído consigo el desarrollo de la vigilancia epidemiológica, introduciendo nuevos enfoques y dirigiéndola hacia aspectos más amplios, que permitan una mejor efectividad y cobertura del sistema para la identificación de los eventos de interés en salud pública.¹

Es importante tener en cuenta que la manipulación del medio ambiente y las migraciones sociales condicionan cambios en la ecología y el paso de enfermedades, antes desconocidas o controladas, a nuevos escenarios, lo que condiciona la fragilidad del sistema de vigilancia en salud.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso modificar el sistema de vigilancia internacional de enfermedades de notificación obligatoria, bajo el concepto de vigilancia sindrómica, dentro de las que se encuentra el síndrome febril inespecífico definido como el estado mórbido con inicio brusco de fiebre, con menos de siete días de evolución, en pacientes entre 5 y 65 años, en el cual no se ha identificado signos o síntomas relacionados con foco infeccioso en la población.^{3,4}

El objetivo de esta medida es hacer más sensible la vigilancia de los sistemas de salud y permitir detectar rápidamente los brotes o enfermedades que pongan en riesgo la salud de la población.⁵ Se evidencia su efectividad en varios lugares; ejemplo exponente de ello fue la detección de la circulación del virus de la encefalitis equina venezolana, virus del zika y chikungunya, así como la detección de introducción e importación de nuevos serotipos de dengue y conocimiento del componente de arbovirosis, en ausencia de actividad epidémica.^{6,7}

En el contexto del conocimiento progresivo de las enfermedades emergentes y reemergentes en Cuba, se ha propuesto la vigilancia del síndrome febril inespecífico como una estrategia para la identificación temprana de enfermedades de interés en salud pública y de otras enfermedades no diagnosticadas usualmente o de las cuales se desconoce su presencia.

Motivado por todo ello y teniendo en cuenta el contexto epidemiológico actual, resulta imprescindible la vigilancia estricta del síndrome febril inespecífico, por esto es necesario contar con elementos sobre el comportamiento que permitan identificar las brechas existentes relacionadas con el cumplimiento de los objetivos para los cuales fue diseñado este sistema, por lo que surge la necesidad de realizar una investigación que permita evaluar el comportamiento de la vigilancia del síndrome febril inespecífico.

MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional descriptiva de corte transversal, mediante la vigilancia activa y pasiva, que abarcó el primer semestre del año, desde el 1^{ro} de enero hasta el 30 junio de 2017.

El alcance del estudio estuvo determinado por 384 pacientes detectados con síndrome febril inespecífico en las tres áreas de salud: "Juan M. Páez Inchausti", "Leonilda Tamayo Matos" y "Oreste Falls Oñate" en Isla de la Juventud, Cuba.

Durante la investigación se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre la vigilancia sindrómica, actualizaciones nacionales e internacionales en el tema y aspectos específicos para su vigilancia y funcionamiento de este sistema en particular.

Se utilizó como fuente primaria para la recolección de la información la encuesta epidemiológica diseñada para síndrome febril inespecífico con sospecha de arbovirosis (zika/dengue) ([anexo](#)). Los informes se introdujeron en una base de datos creada en Excel, para facilitar los cálculos correspondientes, trabajo realizado exclusivamente por los investigadores durante los meses de enero a junio. Para el análisis se emplearon frecuencias absolutas, frecuencias relativas y tasas. Se evaluaron dos atributos considerados de gran importancia en la efectividad del sistema de vigilancia (oportunidad y valor predictivo positivo).

El atributo de oportunidad fue evaluado mediante la construcción de 2 indicadores:

1. Total de casos informados con SFI por el SID en las primeras 48 h al Departamento de Vigilancia/total de pacientes detectados con SFI × 100.
2. Total de casos informados por el SID a los departamentos de Epidemiología de la Atención Primaria de Salud (APS) en las primeras 24 h/total de casos notificados × 100.

Para la evaluación de dichos indicadores se declararon tres estándares: $\geq 80\%$ Suficiente, entre 70 y 79 % Medianamente suficiente y menos del 70 % Insuficiente. Para cada criterio a evaluar se destinaron 10 puntos, distribuidos de la siguiente manera: para el primer rango de calificación se otorgaron 5 puntos, para el segundo intervalo 3 puntos y para el último 2 puntos; finalmente la oportunidad se consideró de Insuficiente si alcanzaba entre 0-4 puntos, Medianamente suficiente de 5-8 puntos y Suficiente de 9-10 puntos.

Valor predictivo positivo (VPP): Casos verdaderamente positivos (confirmados) / casos notificados como positivos (sospechosos) $\times 100$.

En este caso nos referimos exclusivamente a los casos que fueron confirmados a las arbovirosis dengue y zika.

RESULTADOS

Como se puede observar en la [figura 1](#) en la primera parte de la serie se muestra un comportamiento bastante estable haciendo pequeñas fluctuaciones pero sin alejarse mucho entre un valor y otro, con una media de 8,4. Hace una pequeña meseta en las semanas 19 y 20, desciende con 11 casos en la semana 21 y asciende alcanzando sus valores máximos en las semanas 22, 23 y 24, con una media de 37,3. Se puede visualizar la no existencia de una tendencia lineal sin obtener un buen ajuste del modelo, por lo que se emplea una polinómica de orden 6 con ajuste de $R^2 = 0,88$. De manera que, el comportamiento ha sido fluctuante e inestable.

Como se puede observar en la [figura 2](#), según áreas de salud "Juan M. Páez Inchausti" muestra la mayor tasa ($61,8 \times 10\ 000$) habitantes, seguido por "Oreste Falls Oñate" con tasa de $59,4 \times 10\ 000$ habitantes, mientras que el área Leonilda Tamayo Matos expone la menor tasa ($33,1 \times 10\ 000$ habitantes).

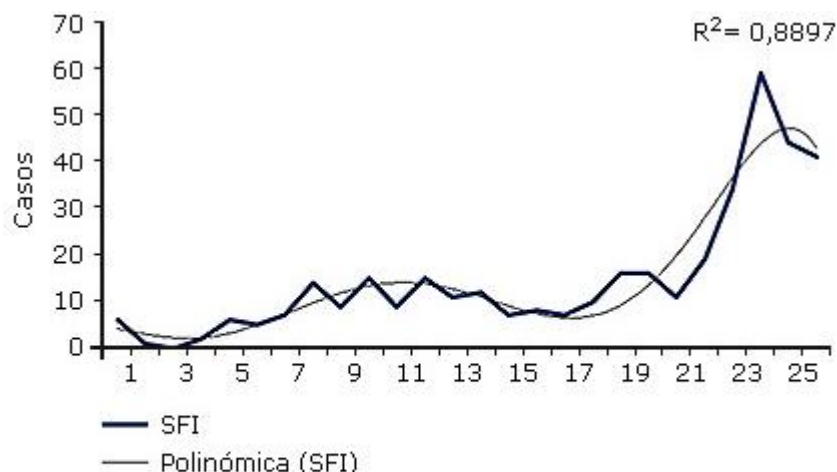


Fig. 1. Comportamiento de síndrome febril inespecífico según semanas estadísticas.

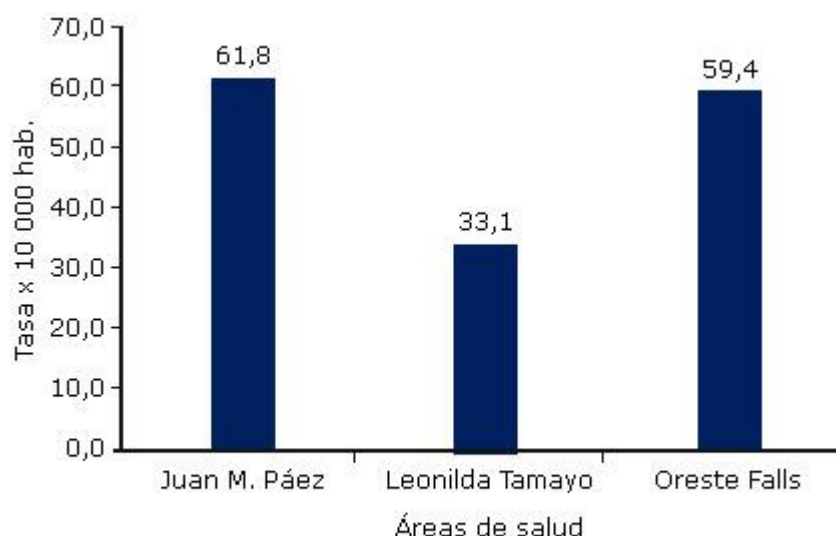


Fig. 2. Incidencia de SFI según áreas de salud.

Se muestran en la [tabla 1](#) las características demográficas de los pacientes detectados en el territorio con síndrome febril inespecífico en el período de tiempo analizado. Hubo un predominio del sexo masculino (207) con tasa de $48,6 \times 10^4$ habitantes; se comportó de la misma manera para cada una de las áreas de salud.

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes febriles inespecíficos en las tres áreas de salud

Variable	Juan M. Páez		Leonilda Tamayo		Oreste Falls		Total	
	n	Tasa	n	Tasa	n	Tasa	n	Tasa
Pacientes	173	60,4	97	28,0	114	54,1	384	45,5
Sexo								
Masculino	92	33,5	53	23,0	62	32,5	207	48,6
Femenino	81	29,6	44	17,4	52	27,3	177	42,4
Edad (años)								
> 1 año	18	633,8	11	384,6	19	1032,6	48	497,9
1-4	24	956,2	11	66,8	28	148,5	63	303,9
5-9	28	86,2	10	43,6	19	92,9	57	233,6
10-14	20	62,7	10	42,9	6	28,6	36	136,4
15-19	19	61,7	10	38,5	15	64,0	44	83,1
20-24	10	25,6	10	34,7	5	16,9	25	46,5
25-29	3	9,3	9	31,8	3	14,3	15	28,0
30-49	23	66,4	15	38,3	12	51,0	50	12,6
50-59	19	8,8	5	2,9	3	2,0	27	20,2
60-64	5	15,6	2	6,3	0	0,0	7	12,1
> 65	4	5,6	4	4,5	4	7,9	12	10,9

De acuerdo con los grupos etarios, la mayor incidencia se expresó en los menores de 1 año con 48 pacientes y una tasa de $497,9 \times 10^{-4}$ habitantes, seguido de los de 1 a 4, de 5 a 9 y de 10 a 14 años respectivamente. Los grupos de edades marcados especialmente por su baja frecuencia fueron los de 60 a 64 años y los mayores de 65 años, grupos que quedaron representados por 7 y 12 casos con tasas de $12,1$ y $10,9 \times 10^{-4}$ habitantes, respectivamente.

Se muestran en la figura 3, la frecuencia de síntomas detectados, poniéndose de manifiesto la fiebre en primer lugar con el 95,8 %, seguido de la cefalea representado por el 47,1 % y la artralgia con 33,9 %. Síntomas como el decaimiento, mareos, prurito y náuseas figuraron dentro de los menos representados.

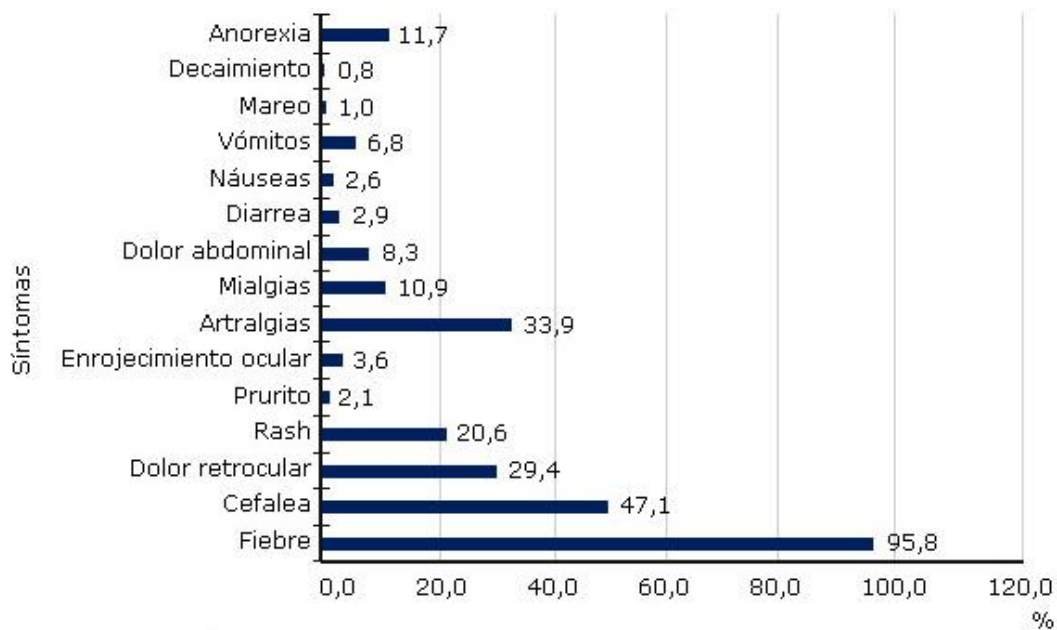


Fig. 3. Frecuencia de síntomas en contexto de SFI.

La tabla 2 expone la evaluación de los criterios establecidos para la valoración de la oportunidad del sistema, observándose las mayores dificultades en la notificación de los casos en las primeras 48 h obteniéndose un real de 71,3 %, mientras que se logra una mejor oportunidad a la hora de realizar la notificación a las áreas de salud, lo cual queda expresado por el 92,9 % de cumplimiento. De manera que, el atributo de oportunidad queda evaluado de medianamente suficiente.

Tabla 2. Evaluación del atributo oportunidad según criterios establecidos

Criterio	Indicador	Estándar %	Real %	Puntuación
Total de casos informados por el SID en las primeras 48 h al Dpto. de Vigilancia	274/384	≥ 80	71,3	3
Total de casos informados por el SID a las vicedirecciones de Epidemiología De la APS en las primeras 24 h	357/384	≥ 80	92,9	5
Total				8

El segundo atributo del sistema explorado fue el valor predictivo positivo determinado por la proporción de casos o eventos detectados e informados por el sistema que realmente tienen la condición bajo vigilancia que se atribuye, resultado que se determinó por la siguiente relación: $14/384 \times 100$ para un 3,64 %, el cual se consideró bajo.

DISCUSIÓN

Actualmente se reconoce que existen las condiciones ideales para el repunte de muchas enfermedades infecciosas en el mundo, y se infiere también un riesgo importante para la ocurrencia de algunas enfermedades que se suponían bajo control, así como la presencia de brotes importantes de otras consideradas como emergentes.⁸

Sobre la base de estas nuevas concepciones y la experiencia acumulada hasta el momento, en Cuba se ha redimensionado y desarrollado un modelo de vigilancia en salud que responda a las necesidades del sistema sanitario, de acuerdo con los cambios del patrón epidemiológico y las transformaciones operadas en las condiciones de salud de la población. La vigilancia en salud se ha ido desarrollando en el país y sus resultados tienen un impacto decisivo en la mejoría de la gestión y de los indicadores de salud a todos los niveles,⁹ resulta imprescindible garantizar altos estándares de vigilancia para poder asegurar mejores resultados de indicadores de salud. En correspondencia con ello nos centramos en los resultados obtenidos en la presente investigación, de manera que, puede decirse que la mayor efectividad de la vigilancia se alcanzó en las últimas semanas donde se muestra un cambio abrupto en el comportamiento de la detección de síndromes febriles inespecíficos, devenido en gran parte por el incremento de la vigilancia tras la intervención educativa con médicos asistenciales del territorio y el monitoreo constante de los principales gestores de la vigilancia.

Estos resultados dependen en una amplia medida del desempeño de la vigilancia en la APS, instancia en la cual tienen lugar las principales incidencias relacionadas con la salud. Es muy ilustrativo ver cómo las áreas "Juan M. Páez Inchausti" y "Oreste Falls Oñate" muestran la mayor incidencia, que por demás están constituidas por un importante número de asentamientos poblacionales ubicados en zonas rurales, sin embargo, el área "Leonilda Tamayo Matos", que tiene la mayor densidad poblacional exhibe la menor tasa. Se evidencian, en esta última, brechas en la capacidad de detección de casos.

De acuerdo con las características sociodemográficas existe un predominio del sexo masculino, lo cual coincide con lo informado por varios investigadores en sus estudios.^{2,10}

El síndrome febril inespecífico constituye una entidad frecuente en los servicios de urgencias pediátricas, el cual afecta con mayor frecuencia a los menores de 5 años y alcanza del 10 al 30 % de las atenciones.¹¹

La mayor incidencia con respecto a grupos etarios se comporta de forma esperada, poniéndose de manifiesto especialmente en los niños menores de 5 años. Resultados similares obtuvo Cáceres, quien demostró que el 30 % de la consulta pediátrica fue por síndrome febril inespecífico principalmente en el grupo de 4 a 36 meses de edad.¹¹

Existen poblaciones de mayor riesgo como el adulto mayor, que dan cuenta de más del 75 %-80 % de los casos, estos tienden a tener presentaciones atípicas y tardías de sus enfermedades, principalmente por la incapacidad de montar una respuesta inmune de manera efectiva;¹² sin embargo, en la presente investigación se pone de manifiesto la más baja frecuencia de casos para los grupos de edades de 60 a 64 años y mayores de 65, quienes representan el 16,4 % de la población total del municipio, por lo que se entiende que existen brechas en la vigilancia para estos grupos, no se está reconociendo como población de riesgo elevado, por lo que no se está realizando una vigilancia adecuada, lo cual es fundamental.

En lo referente a los síntomas y signos hallados en contexto de síndrome febril inespecífico, en orden de frecuencia, fueron: fiebre, cefalea, artralgias, dolor retroocular y *rash*. Estos resultados difieren de los encontrados por *Ghelfi* en Argentina, donde se identificaron la cefalea, mialgias, tos y dolor abdominal como principales síntomas.¹³

Vale la pena destacar, que aunados en el esfuerzo de todos, un poco más de la mitad de los casos llegaron al hospital para ser ingresados mediante la remisión, un bajo porcentaje que no por pequeño deja de ser importante procedió de manera espontánea, lo cual sugiere que se ha combinado de manera efectiva, aunque perfectible aún, la vigilancia activa y la pasiva.

La oportunidad y VPP son dos atributos de gran importancia en la efectividad del sistema, que se consideran medianamente oportuno y con un valor predictivo positivo bajo.

Teniendo en cuenta el atributo de oportunidad es importante destacar que aun cuando más de la mitad de los casos fueron notificados al departamento de Vigilancia en las primeras 48 h, no se alcanzó el estándar óptimo para este indicador, lo que limita el flujo de información y por tanto retrasa el inicio de las acciones de control. Sin embargo, se constató, que casi la totalidad de los casos fueron informados a las Vice direcciones de Epidemiología en la APS, en las primeras 24 h, labor que desempeña el departamento de Vigilancia en Salud, todo ello ha contribuido a minimizar el riesgo de transmisión de arbovirosis en el territorio. Este atributo, decisivo para el sistema alerta-acción funciona de manera controversial, pues en los diferentes sistemas de vigilancia suele fluctuar entre las distintas clasificaciones. En estudio realizado por *González Fiallo*,¹⁴ en Isla de la Juventud, se determinó como insuficiente, así como la investigación de *Harriete González*,¹⁵ en el municipio Guantánamo, mientras que otros investigadores declararon la oportunidad como suficiente.^{16,17}

El valor predictivo positivo destaca la capacidad que tiene el sistema de vigilancia para detectar los verdaderos positivos. No obstante, los resultados presentados son desfavorables, lo que nos explicamos por el hecho de utilizar para su análisis enfermedades de baja incidencia y que además son objeto de programas que promueven la búsqueda activa de casos para reducir su transmisión en la comunidad; lo cual recarga el sistema con un alto número de sospechosos que luego son descartados. De manera que, se encontró muy baja positividad a arbovirosis (zika/dengue), en la que solo caben dos variantes: reafirmamos que no existe transmisión en el territorio, que a criterio de los autores tiene la mayor veracidad, atendiendo a que en una fase de baja incidencia de la enfermedad el VPP se reduce,¹⁸ o no estamos vigilando a los verdaderos sospechosos. Resultados similares se muestran en estudio realizado en Colombia, 2010, donde el valor predictivo positivo indicó una calificación muy deficiente.¹⁹

Finalmente, el comportamiento de la vigilancia de síndrome febril inespecífico mostró que la mayor efectividad del sistema se evidenció en las últimas semanas estadísticas, propiciado por una mejor capacidad de detección de casos; representado en su mayoría

por las áreas de salud "Juan M. Páez Inchausti" y "Oreste Falls Oñate". Atendiendo a las características demográficas se constató que el sexo masculino fue el más predominante y según grupos etarios la mayor incidencia se correspondió con los menores de 1 año, mientras que los adultos mayores fueron los menos representados. Según orden de frecuencia los síntomas más significados fueron la fiebre, cefalea y artralgias. De manera general, se evidencian algunas insuficiencias en el cumplimiento de los atributos esenciales, sin embargo, no afecta el resultado del sistema en su conjunto. En fin, se considera que aun cuando no se alcanzan resultados óptimos, se deja ver que la vigilancia cobró en el período de estudio avances innegables.

Conflicto de intereses

No se declara conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peña CA, Díaz A, Andrade I. Evaluación de los atributos del sistema de vigilancia en salud pública en el departamento del Huila durante el 2008. RFS. 2015 May 21;2(1):51-7.
2. Troyes L, Fuentes L, Troyes M, Canelo L, García M, Anaya E, et al. Etiología del síndrome febril agudo en la provincia de Jaén, Perú 2004-2005. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2006 Jan;23(1):5-11.
3. MINSALUD. Caracterización epidemiológica de síndrome febril en pacientes fallecidos en Colombia, 2011-2013. IQEN. 2016 [citado 16 Jun 2016];21(9):266-78. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/.../IQEN%20vol%2021%202016%20num%209.pdf>
4. Cortés JA, Romero-Moreno LF, Aguirre-León CA, Pinzón-Lozano L, Cuervo SI. Enfoque clínico del síndrome febril agudo en Colombia. Infectio. 2016 Feb 28.
5. Arroyave E, Londoño AF, Quintero JC, Agudelo-Flórez P, Arboleda M, Díaz FJ, et al. Etiología y caracterización epidemiológica del síndrome febril no palúdico en tres municipios del Urabá antioqueño, Colombia. Biomédica. 2013 Sep;33:99-107.
6. MINSAL [Internet]. Vigilancia Sindrómica. [citado el 16 de junio de 2017]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/VIGILANCIA%20SINDROMICA-ARI29OCT14.pdf>
7. Vilcarromero S, Casanova W, Ampuero JS, Ramal-Asayag C, Siles C, Díaz G, et al. Lecciones aprendidas en el control de Aedes aegypti para afrontar el dengue y la emergencia de chikungunya en Iquitos, Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2015 Jan;32(1):172-8.
8. Navarrete-Espinosa J, Gómez-Dantés H. Arbovirus causales de fiebre hemorrágica en pacientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006;44(4):347-53.
9. Batista Moliner R, González Ochoa E, Feal Cañizares P. Evaluación de la vigilancia en salud en algunas unidades de atención primaria en Cuba. Revista Española de Salud Pública. 2001 Oct;75(5):443-58.

10. Arroyave E, Londoño AF, Quintero JC, Agudelo-Flórez P, Arboleda M, Díaz FJ, et al. Etiología y caracterización epidemiológica del síndrome febril no palúdico en tres municipios del Urabá antioqueño, Colombia. *Biomédica*. 2013 Sep;33:99-107.
11. Cáceres PA, Cifuentes ZK, Salgado D. Etiología del síndrome febril agudo en niños de 1 mes a 5 años hospitalizados en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. *RFS*. 2015 May 29;6(1):48-54.
12. Carrasco ON, Fuenzalida PA, Hodgson MI, Giacaman P, Fernández FU, Peñafiel FS. Evaluación del paciente adulto con fiebre sin foco clínico evidente en la Unidad de Emergencia. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*. 2011;26(3):181-8.
13. Ghelfi A. Síndrome febril inespecífico agudo con noción de foco epidemiológico. [Tesis de carrera de posgrado]. Rosario: Universidad Nacional de Rosario; 2014. [citado 16 Jun 2016]. Disponible en: <http://www.clinica-unr.com.ar/Posgrado/trabajos.../Albertina-Ghelfi.pdf>
14. González Fiallo S, Galindo Santana B, Betancourt Vera R, Bel Morales B. Evaluación del sistema de vigilancia de eventos adversos consecutivos a la vacunación en Isla de la Juventud, 2014. *Revista Cubana de Medicina Tropical*. 2016 Dec;68(3):203-16.
15. Harriete González F. Evaluación del sistema de vigilancia de eventos adversos consecutivos a la vacunación en el municipio Guantánamo. [Tesis de maestría en Epidemiología]. La Habana: Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí"; 2009.
16. Egües Torres LI. Evaluación del sistema de vigilancia de eventos adversos consecutivos a la vacunación. [Tesis de maestría en Epidemiología]. La Habana: Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí"; 2007.
17. Lara Fernández HL. Evaluación del sistema de farmacovigilancia en la atención primaria de salud, Ciudad de La Habana. [Tesis de especialidad de Higiene y Epidemiología]. La Habana: ENSAP; 2005.
18. Lara AB, Badilla KC, Trejos AM. Búsqueda retrospectiva del síndrome de rubéola congénita en niños menores de un año. *Acta Médica Costarricense*. 2015 Jan 28;56(3).
19. Peña CA, Díaz A, Andrade I. Evaluación de los atributos del sistema de vigilancia en salud pública en el departamento del Huila durante el 2008. *RFS*. 2015 May 21;2(1):51-7.

Recibido: 4 de agosto de 2017.

Aprobado: 10 de julio de 2018.

Sayli González Fiallo.

Correo electrónico: zayligf@infomed.sld.cu

Anexo. Encuesta epidemiológica sospecha arbovirosis.

Consejo Popular: _____ Mz: _____ CMF: _____
 Área de Salud: _____
 Nombres y apellidos del paciente: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Color piel: _____
 Dirección: _____ Es su residencia habitual: Sí:
 No: _____
 Dónde: _____
 Ocupación _____ Dirección centro trabajo: _____
 Centro estudio: _____ Dirección: _____
 Fecha de primeros síntomas: _____
 Síntomas:

Síntoma	Presencia	Fecha aparición	Síntoma	Presencia	Fecha aparición
Fiebre			Artritis		
Cefalea			Petequias		
Dolor retro ocular			Dolor abdominal		
Rash			Náuseas		
Prurito			Vómitos		
Conjuntivitis			Anorexia		
Artralgias					
Mialgias					

Antecedente de dengue: Sí: ___ No: ___ Otras arbovirosis, ¿cuál? _____
 ¿Dónde la padeció?: _____

Lugares visitados en el último mes (puntualizar 15 días antes de la fecha de 1ros. síntomas):

Fecha 1ra consulta: _____ ¿Dónde?: _____ Fecha ingreso HHB: _____
 Remitido: _____, ¿Por quién? _____ Espontáneo: _____

Exámenes realizados para comprobación diagnóstica:

Tipo Examen	Fechas			Resultado			
	Toma muestra	Envío	Resultado	Den	Zika	Chik	Fiebre amarilla
IgM-Den							
Elisa-Den							
IgG-Den							
PCR-Suero							
PCR-Orina							

FACTORES DE RIESGO	Sí	No
Contacto con casos de dengue y/o otra arbovirosis		
Contacto con personas de áreas endémicas en Cuba:		
• Municipio: _____ Provincia: _____		
Alta infestación mosquito <i>Aedes aegypti</i> (manzana, consejo popular)		
Alta infestación mosquito <i>Aedes albopictus</i> (manzana, consejo popular)		

Bloqueo de caso a SFI, radio de acción (50 metros) :	Sí	No	Cantidad
Fecha de inicio: _____, Fecha de terminación: _____			
Pesquisa en el radio de acción hasta fecha IgM-NR:			
Febriles detectados en el control de foco:			
Febriles relacionados con el caso:			
Mono sueros a febriles en el control de foco:			

CONTROL DE FOCO

Tratamiento adulticida intradomiciliario: Universo a tratar:
 Universo tratado; 1er pase: 2do pase: 3er pase
 Tratamiento perifocal. Universo a tratar: universo tratado:
 Tratamiento extradomiciliario. Universo a tratar: universo tratado:
 Tratamiento focal: Universo a tratar: Tratado: VC: IVC: %
 Tratamiento adulticida intradomiciliario: Universo a tratar:
 Universo tratado: 1er pase: 2do pase: , 3er pase
 Tratamiento perifocal. Universo a tratar: Universo tratado:
 Tratamiento extradomiciliario. Universo a tratar: Universo tratado:
 Tratamiento focal: Universo a tratar: Tratado: VC: IVC: %

HISTORIA ENTOMOLÓGICA:			
Manzana reiterativa (positiva más de una vez):	Sí:	No:	Universo:
Última visita a la vivienda por parte del operario o técnico de VLA.			
Índice de infestación ciclo anterior:	Aa:	Aalb:	
Índice de infestación ciclo actual:	Aa:	Aalb:	
Levantamiento: Muestras detectados:	larvarios:	Adultos:	
Levantamiento: Índice muestras detectados:	larvarios:	Adultos:	
Levantamiento: focos detectados Aa:	larvarios:	Adultos:	Depósitos positivos:
Levantamiento: focos detectados Aalb:	larvarios:	Adultos:	Depósitos positivos:
En el levantamiento: Índice casa:	Índice breteau:		

Conclusiones e impresión diagnóstica