

Fiebre Amarilla en Venezuela

Situación actual, alerta y respuesta estratégica

25 de febrero de 2026

Características generales de la Fiebre Amarilla

Fiebre Amarilla (FA) es una enfermedad infecciosa febril hemorrágica grave; cuya principal medida de prevención es la vacunación.

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

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

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

Un ciclo de transmisión selvático - enzoótico mantiene el virus de Fiebre Amarilla en la naturaleza; porque los mosquitos de los géneros Haemagogus y Sabethes transmiten el virus entre primates no humanos, monos de la familia cebidae, especies alouatta (monos ahulladores), ateles (monos araña), cebus, aotes y callithrix; completando así la cadena vector-reservorio.

El inicio de un posible ciclo urbano o epizootico ocurre por un hospedador humano accidental, no vacunado, que se infecta cuando se introduce en el nicho ecológico selvático en ciclo enzoótico de Fiebre Amarilla y se convierte en portador y amplificador del Flavivirus, agente causal de la FA, en la población; mediante el vector Aedes aegypti, que actúa no solo por la transmisión horizontal (picadura), sino también mediante la transmisión vertical transovárica a su descendencia.

[1] OMS. Nota descriptiva Fiebre Amarilla. 20 de octubre 2025. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/yellow-fever#:~:text=S%C3%ADntomas,de%20tres%20a%20seis%20d%C3%ADas>.

En el ciclo urbano, el hombre actúa como fuente de infección, siendo el vector *Aedes aegypti*, mosquito con alto grado antropofílico y doméstico que transmite el virus de FA horizontalmente a través de la picadura al humano y verticalmente a su descendencia por vía por vía transovárica respectivamente.[2]-[3]-[4]

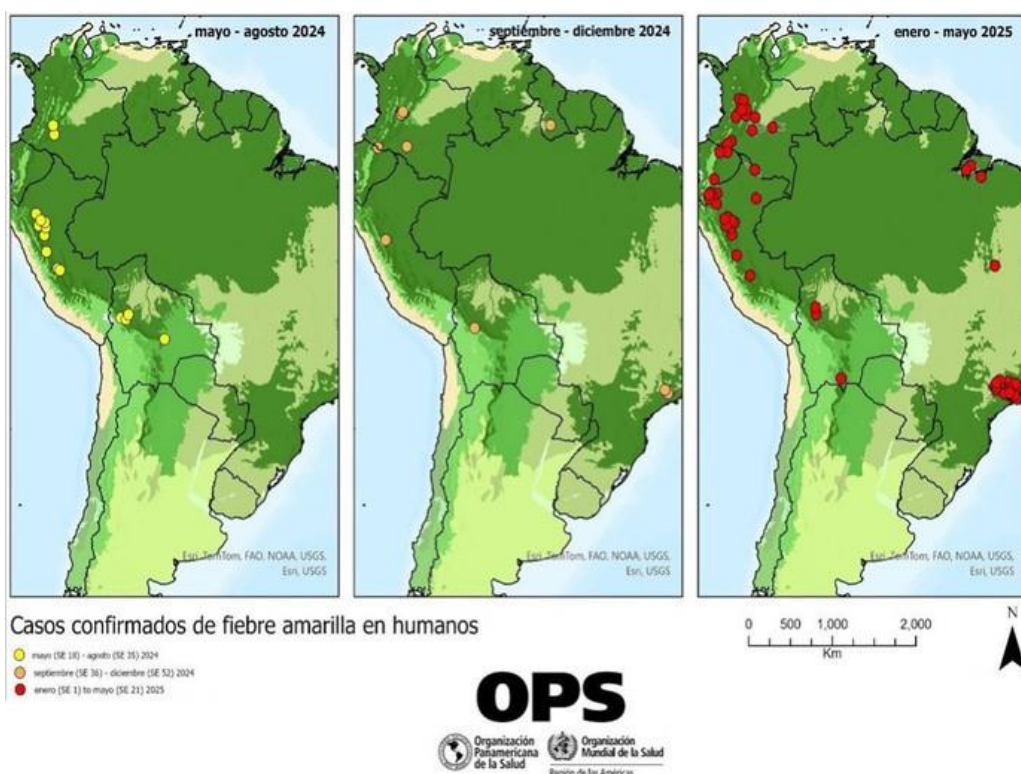
Cambios sociales de hábitat y movilización humana favorecen condiciones para un ciclo intermedio, mediado por *Aedes albopictus*, mosquitos semi domésticos, que se crían en la selva y cerca de las casas e infectan tanto a los monos como al hombre.

En el riesgo de inicio y evolución de ciclos urbanos-epizoóticos son relevantes las motivaciones de migración, turismo, trabajo y desplazamientos por conflictos armados que propician el ingreso de personas no vacunadas en áreas con ciclo selvático-enzootico; las barreras de acceso a la vacunación en áreas consideradas endémicas para Fiebre Amarilla y los cambios climáticos que alteran los ecosistemas.

Fiebre amarilla en América

Entre 2024 y 2025 se registró en Sudamérica aumento de casos humanos y defunciones confirmadas de Fiebre Amarilla; Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana y Perú han reportado desde 2024 hasta la tercera semana epidemiológica 2026: 373 casos con 158 fallecidos, lo que presenta una Tasa de Letalidad de 42,35%.

Este incremento de casos afecta zonas consideradas de riesgo, que se relacionan con un fenómeno epidemiológico esperado, la reactivación periódica del ciclo de transmisión selvática de la Fiebre Amarilla en la cuenca del Amazonas; sin embargo, este fenómeno, durante décadas ha surgido sin reporte de casos y adicionalmente, en los casos confirmados de Fiebre Amarilla el origen de infección incluye áreas geográficas más amplias que las identificadas en años inmediatamente anteriores.



[2] Muñoz-Rodríguez M y colaboradores. Casos de Fiebre Amarilla en Portuguesa en Venezuela: ¿un brote selvático espurio?. Vol. 21, No. 3, septiembre-diciembre de 2010. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2010/bio103f.pdf>

[3] Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Fiebre Amarilla. versión 05. [Internet] 2024. https://www.ins.gov.co/Portalweb2025/Pro_Fiebre%20amarilla%202024.pdf

[4] Colombia. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal (BES). Tema Central, Semana Epidemiológica 02, 11 al 17 de enero 2026.

En su conjunto, el reporte actual de casos de Fiebre Amarilla en cuanto a espacio geográfico, evidencia episodios de propagación selvática en los bordes de los bosques próximos a centros urbanos, donde las actividades humanas se cruzan con ecosistemas biodiversos; zonas que ofrecen las condiciones ideales para que los mosquitos que viven en las copas de los árboles transmitan la enfermedad a las poblaciones humanas a partir de reservorios no humanos.

En febrero 2025, la Oficina Sanitaria Panamericana clasificó como «Alto», la evaluación de riesgo para la salud pública relacionada con las características epidemiológicas identificadas en el incremento y distribución de casos de fiebre amarilla en Sudamérica; basado en aumento del número de casos, las altas tasas de letalidad y la propagación a zonas que antes no estaban afectadas[5]

Fiebre Amarilla en Venezuela

Venezuela es uno de los 13 países endémicos de América, 70,8% de los estados (17/24) presenta condiciones propicias para la transmisión.

El país cuenta con tres corredores enzoóticos naturales donde se alternan epizootias y períodos de silencio:

1. **Corredor de San Camilo:** abarca los pies de monte de los estados Apure, Barinas, Táchira y Mérida. La onda se extiende a los estados Apure, Táchira, Mérida Barinas, Portuguesa, Cojedes y Guárico.

2. **Corredor del Sur del Lago de Maracaibo:** área selvática que rodea la cuenca del lago de Maracaibo, llega hasta las estribaciones de la cordillera de los Andes de los estados Trujillo, Mérida y Táchira por el oriente y hasta la Sierra de Perijá del estado Zulia por el occidente. La onda expansiva se extiende a través de los estados Táchira, Mérida, Trujillo Zulia y Falcón.

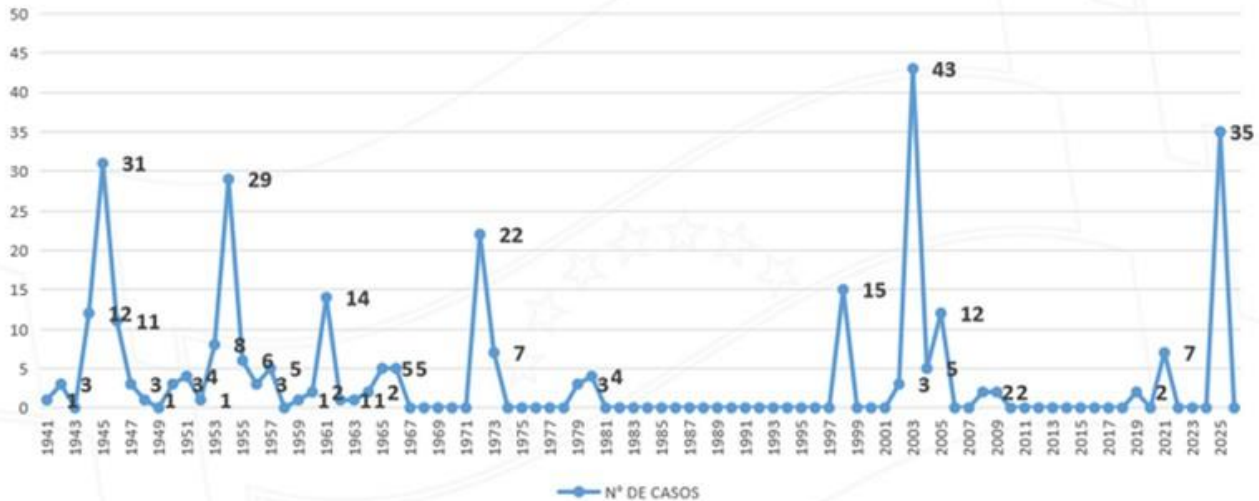
3. **Corredor de Guayana:** incluye las regiones de las hoyas hidrográficas de los ríos Yuruari, Cuyuní y Caroní del estado Bolívar. La onda expansiva se extiende por los estados Amazonas Anzoátegui, Monagas, Sucre, Miranda y Guárico, mientras otro ramal, culmina en Miranda y Aragua.

En el último análisis de estratificación de riesgo para FA, realizado en 2019, se identificaron 10 estados como prioritarios: Amazonas, Anzoátegui, Apure, Bolívar, Delta Amacuro, Guárico, Monagas, Sucre, Táchira y Zulia; con 143 municipios de alto riesgo nacional.

En los últimos 20 años se han reportado 6 brotes, correspondientes a los años 2002, 2005, 2008, 2019, 2021 y 2025; con una Tasa conjunta de Letalidad de 41,58% (42 fallecidos y 101 casos).



Casos de Fiebre Amarilla. Republica Bolivariana de Venezuela periodo 1941 - 2025



En el brote de Fiebre Amarilla 2025, iniciado en junio

- se identificaron 36 casos confirmados (por laboratorio: PCR-RT o IgM) de Fiebre Amarilla, registrados en 42 municipios de 14 estados y Epizootias confirmadas en 88 localidades distribuidas en 8 estados.
- se evidencia propagación de los casos hacia áreas no incluidas en zonas de riesgo que abarcan 22 parroquias en 4 estados del país: Aragua, Barinas, Lara y Portuguesa.
- el 66,67% (24/36) casos corresponden a población masculina, con rango de edad entre 2 y 64 años; 33,3% (12/36) de los casos en población femenina con rango de edad entre 15 y 88 años. Del total, 75% de casos están en el grupo de 10 a 49 años.
- con inicio de síntomas entre el 14 de junio 2025 y 22 de enero 2026.
- en 33,3% (12) de los casos se registra Barinas como territorio de origen de infección.
- los estados próximos a la onda enzoótica expansiva de San Camilo (Apure, Táchira, Lara, Mérida, Barinas, Portuguesa, Cojedes y Guárico) acumulan 61,11% casos.



Nº	Parroquias priorizadas por expansión del brote
1	Aragua, Libertador, Libertador
2	Aragua, Camatagua, Camatagua
3	Aragua, San Casimiro, San Casimiro
4	Aragua, San Casimiro, Valle Morín
5	Aragua, San Sebastián, Capital San Sebastián
6	Aragua, Zamora, Villa de Cura
7	Barinas, Alberto Arvelo Torrealba, Sabaneta
8	Barinas, Arismendi, Arismendi
9	Barinas, Barinas, Santa Lucía
10	Barinas, Barinas, Alto Barinas
11	Barinas, Barinas, Manuel Palacios Fajardo
12	Barinas, Bolívar, Barinitas
13	Barinas, Obispo, Obispo
14	Barinas, Rojas, Libertad
15	Barinas, Sosa, Ciudad de Nutria
16	Barinas, Sosa, Santa Catalina
17	Lara, Palavecino, Agua Viva
18	Lara, Iribarren, Guerrera Ana Soto
19	Lara, Simón Planas, Gustavo Vega León
20	Potuguesa, Guanare, Guanare
21	Portuguesa, Guanarito, Guanarito
22	Portuguesa, Guanarito, Trinidad de la Capilla

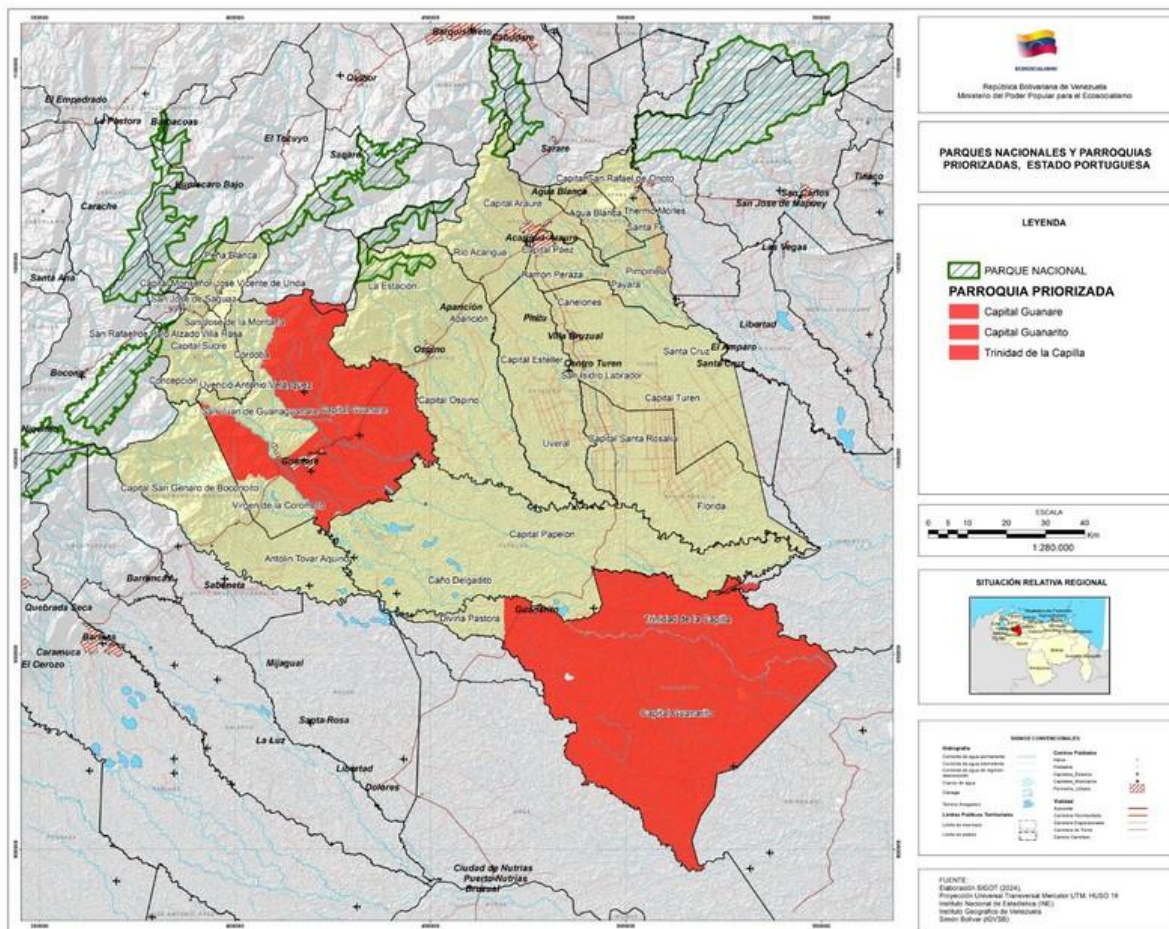
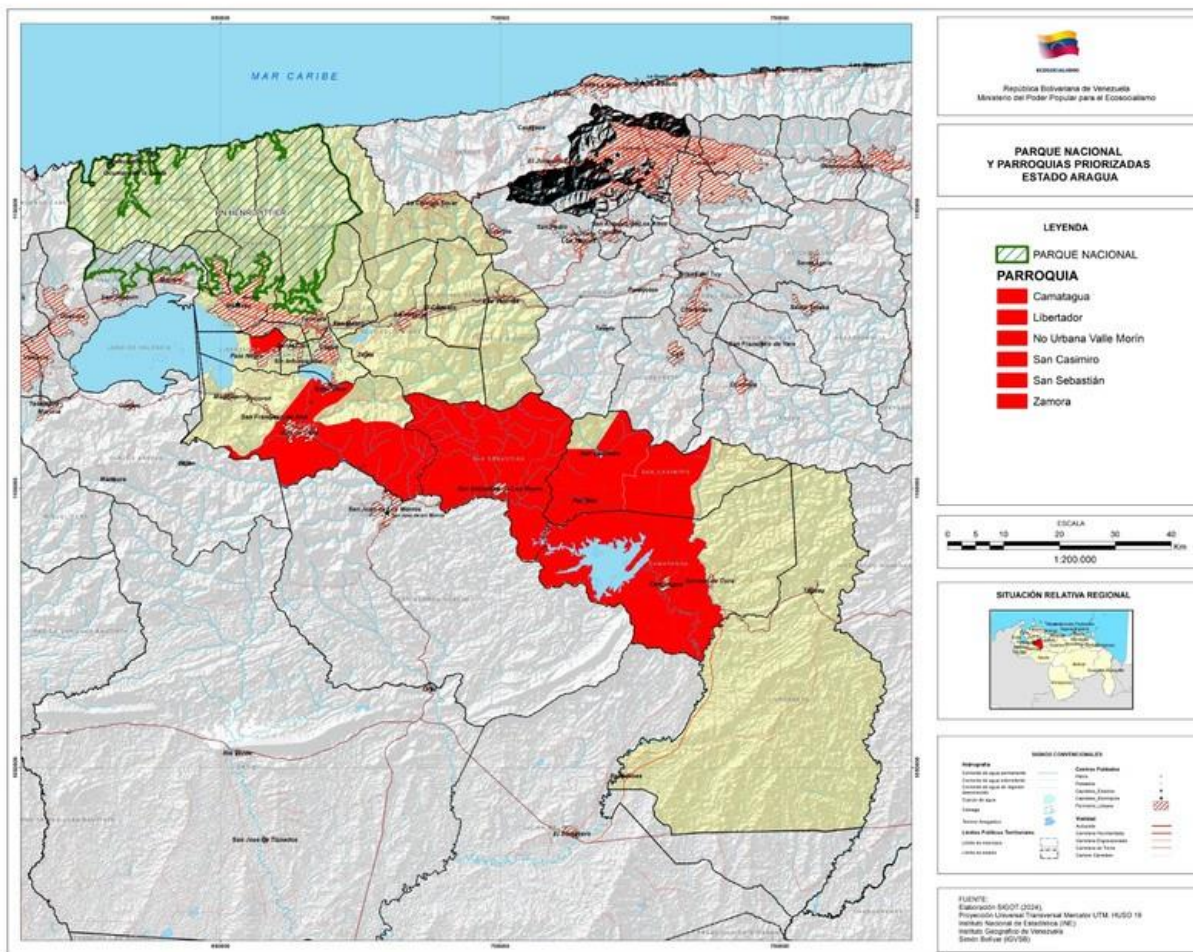
Acciones

- Notificar el evento de salud pública de importancia internacional en el marco del Reglamento Sanitario Internacional.
 - Intensificar a corto plazo la vacunación para Fiebre Amarilla en las 22 parroquias priorizadas de los 4 estados de expansión del brote, para lograr coberturas de vacunación homogéneas, de al menos 95%; garantizando vacunación de rutina en todos los puestos de vacunación, para las personas de 1 a 59 años que no tengan constancia de vacunación de Fiebre Amarilla.
 - Activar la vacunación en respuesta a brotes en apego estricto a las directrices geográficas establecidas.
 - Mantener alerta epidemiológica en las áreas de riesgo con énfasis en las definiciones de caso, notificación inmediata de sospechosos y/o con síndrome febril icterico agudo, incluyendo rastreo epidemiológico de lugares visitados por los casos para detección de sospechosos en los 7 días precedente al inicio de la enfermedad.
 - Intensificar las acciones de vigilancia de epizootias en todos los estados, entendiendo que la muerte de primates no humanos sirve como alerta temprana para identificar la circulación de fiebre amarilla.
- Activar la vigilancia comunitaria en las áreas de alto riesgo e involucrar a pobladores y agricultores expuestos en áreas selváticas para implementar medidas de vacunación, comunicación en salud, eliminación de criaderos y otras medidas de prevención.
 - Fortalecer las actividades necesarias para garantizar el diagnóstico de laboratorio serológico y virológico, incluyendo toma adecuada de muestra, transporte y notificación oportuna de resultados.
 - Implementar la atención estratificada de pacientes con sospecha de fiebre amarilla y/o enfermedad icterico-hemorrágica; basándose en la identificación temprana de signos de alarma y gravedad, hallazgos clínicos y de laboratorio.
 - Recomendación a viajeros procedentes del exterior de vacunarse contra la Fiebre Amarilla al menos 10 días antes de venir al país (especialmente si van a visitar los estados de expansión del brote: Aragua, Barinas, Lara y Portuguesa, o áreas selváticas del país)

Fiebre amarilla: Definición de Caso

Sospechoso	- Individuo con cuadro febril agudo (hasta 7 días), residente o que visitó un área con transmisión viral (ocurrencia de casos humanos, epizootias o de aislamiento viral en mosquitos) en los últimos 15 días, que no está vacunado contra FA o con estado vacunal ignorado y que además presenta: - Ictericia que aparece dentro de 14 días del inicio de los síntomas y/o - Al menos una manifestación hemorrágica (epistaxis, gingivorragia, sangre en vómito, heces u orina)
Probable	- Caso sospechoso con al menos una de las siguiente: - IgM positiva para Fiebre Amarilla en ausencia de vacunación en los 30 días precedentes al inicio de la enfermedad - Nexo epidemiológico con un caso confirmado o un brote (miembros de la familia o mismo sitio de trabajo, entre otros) durante el mes anterior
Confirmado	- Caso probable y al menos una de las 2 siguientes (en ausencia de inmunización 30 días antes del inicio de la enfermedad): - Resultados negativos de otras pruebas de Flavivirus endémicas en el área geográfica o - Seroconversión en muestras pareadas apropiadas por pruebas de neutralización en Fiebre Amarilla - Caso sospechoso y al menos una de las 3 siguientes (en ausencia de inmunización 14 días antes del inicio de la enfermedad) - Detección de genoma viral en sangre u órganos por RT-PCR - Detección de antígeno de Fiebre Amarilla en hígado u otros órganos por Inmunohistoquímica - Aislamiento de virus de Fiebre Amarilla
Descartado	- Persona con prueba de inmunoglobulinas negativa (no RT-PCR) para Fiebre Amarilla con muestra tomada más de 7 días después del inicio o - Inmunohistoquímica negativa en muestras de tejidos

Parroquias de estados priorizados



Parroquias de estados priorizados

