



La Comisión Científica del
Hospital de Niños JM de los Ríos
Invita a los Médicos residentes,
Especialistas y estudiantes, a la
presentación de:

Fiebre Amarilla



Dr. Francisco Alejandro Risquez
Pediatra Puericultor
Doctorando en Salud Pública
Jefe del Dpto Medicina Preventiva
Capítulo de Epidemiología e
Inmunizaciones de la SVPP

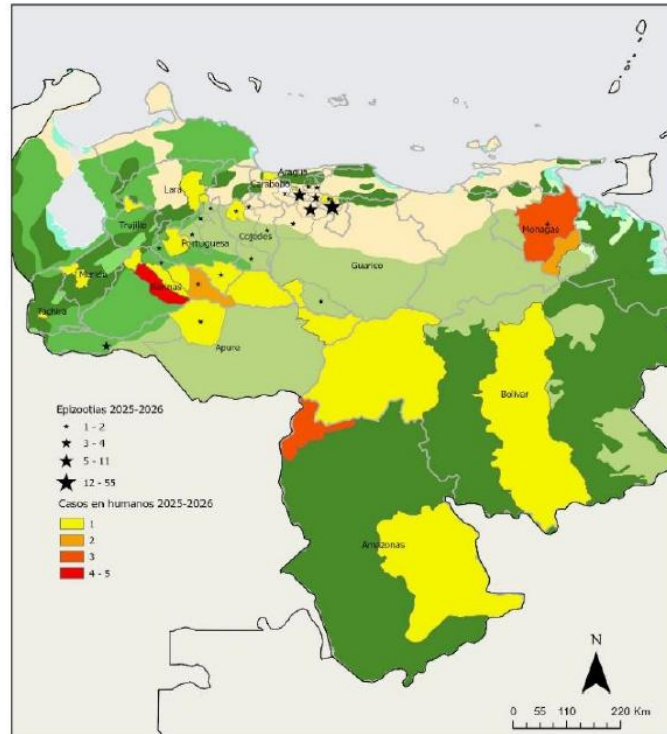
Miércoles 08/04/2026
Hora 11:00am
Auditorio de Hospital JM de los Ríos

Invitación de la
Coordinadora Académica,
Dra. Lourdes Morillo



Fiebre amarilla en Venezuela: Emergencia y Reemergencia.

Perspectiva sobre salud de niños y adolescentes.



Alejandro Rísquez Parra

Profesor Titular / Médico pediatra epidemiólogo

Jefe del Departamento Medicina Preventiva y Social

Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina, UCV

SVPP Comisión de Inmunizaciones y Epidemiología y Salud Pública

risqueza@gmail.com

07 de abril 2026

11:00 am

Agenda



- 1) Alerta de brote y epidemiología
- 2) Persona, tiempo, lugar
- 3) Cadena epidemiológica – Una sola salud
- 3) Prevención y vacunas
- 4) Cierre



Vicepresidencia Sectorial de
**CIENCIA, TECNOLOGÍA,
ECOSOCIALISMO Y SALUD**



Ministerio del Poder Popular para la

SALUD

Fiebre Amarilla en Venezuela

Situación actual, alerta y respuesta estratégica

24 de febrero de 2026

MPPS. El 24/02/2026, fue anunciado brote de Fiebre Amarilla (FA) en Venezuela, contabilizando 36 casos y 19 fallecidos (53 % letalidad), 14 estados. Epizootias confirmadas en 8 estados

Historia esencial de la Fiebre Amarilla

Origen africano: virus zoonótico transmitido de primates a humanos; poblaciones africanas con inmunidad parcial.

•Llegada a América: introducida por el tráfico de esclavos; alta letalidad en europeos y poblaciones no expuestas.

•Impacto geopolítico: epidemias en el Caribe y América diezmaron ejércitos europeos; decisiva en la Revolución Haitiana (1802).

•Grandes brotes urbanos: Filadelfia (1793), Barcelona (1821); favorecidos por el *Aedes aegypti* en zonas densas.

•Aportes científicos:

- Juan Manuel de Aréjula: principal referente europeo del siglo XIX.**
- Louis Daniel Beaupérthuy Desbonnes, anuncio la idea de transmisión por mosquitos.**
- Carlos J. Finlay (1881): descubre el rol del mosquito.**
- Walter Reed (1900): confirma la transmisión; inicia el control vectorial.**

•Control temprano: 1901, erradicación en La Habana mediante eliminación de criaderos.

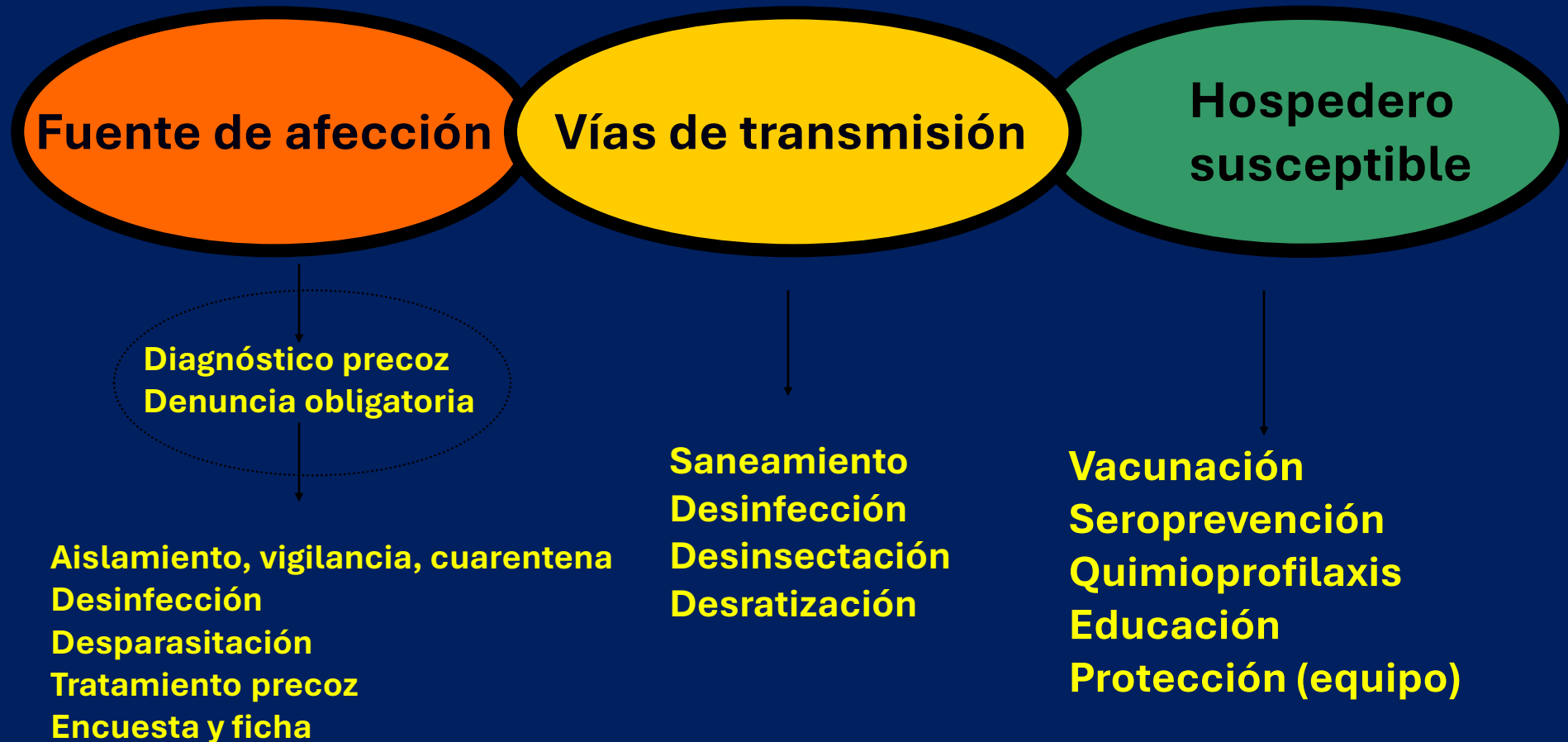
•Situación actual: persiste riesgo en África y Sudamérica; la OMS estima 200.000 casos y 30.000 muertes anuales en poblaciones no vacunadas.



FOTO 5 Los conquistadores de la fiebre amarilla. Dean Cornwell. Cortesía de Wyeth Laboratories, Filadelfia, Pennsylvania. Los médicos Jesse Lazear, James Carrol, Carlos Finlay y el comandante Walter Reed investigando la enfermedad producida por un mosquito en Cuba después de la Guerra Hispano-Americana, 1900

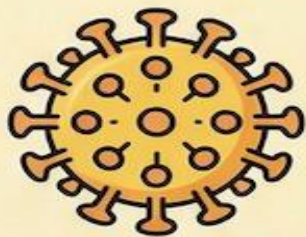
CADENA EPIDEMIOLOGICA

MEDIDAS DE CONTROL



¿QUÉ ES LA FIEBRE AMARILLA?

Definición, Transmisión y Síntomas



¿QUÉ ES?

Enfermedad viral hemorrágica aguda causada por el **Virus de la Fiebre Amarilla (YFV)**, familia *Flaviviridae*. Afecta principalmente hígado, riñones y sistema vascular. Puede causar la muerte en el 20-50% de los casos graves. **NO** se transmite de persona a persona.

SÍNTOMAS: TRES FASES



FASE DE INFECCIÓN (Días 1-3)

Fiebre alta $>39^{\circ}\text{C}$, dolor de cabeza intenso, escalofríos, dolores musculares, náuseas y vómitos.



FASE DE REMISIÓN (Día 3-4)

Mejoría temporal. El paciente oree que se curó... pero puede ser una trampa.



FASE TÓXICA (15% de casos)

Reaparece la fiebre. **ICTERICIA** (piel y ojos amarillos). Vómito negro. Sangrado. Falla renal y hepática. Puede causar la muerte.



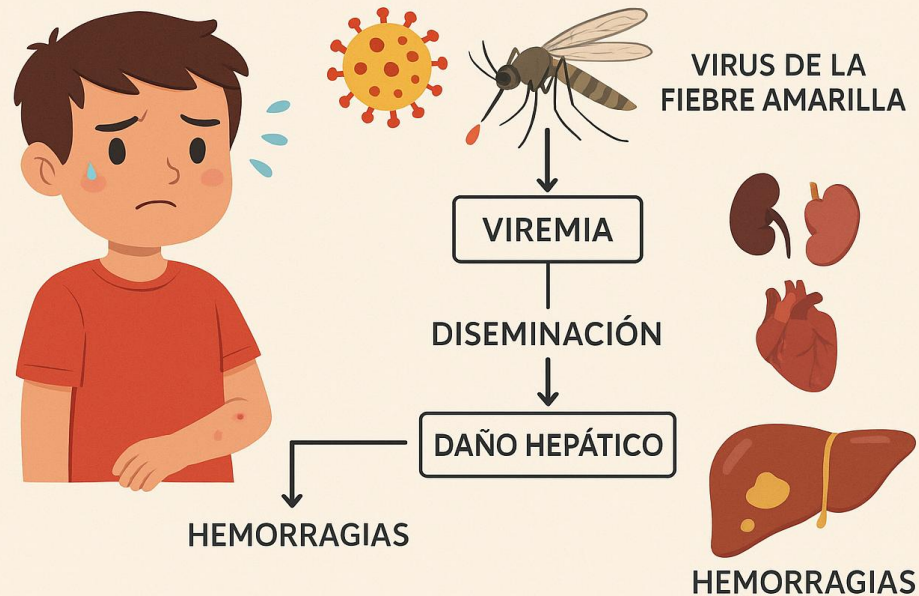
SIGNO DE FAGET

La fiebre sube pero el pulso **NO** acelera. ¡Señal de alarma clínica!

Fuente: OPS/OMS – WHO Fact Sheet Yellow Fever 2025

Alianza Venezolana por la Salud. Realizado por Ana de Carvajal

FIEBRE AMARILLA EN NIÑOS: ESQUEMA FISIOPATOLÓGICO



La fiebre amarilla es una enfermedad viral transmitida entre primates y en ocasiones al hombre por diversos mosquitos vectores. El contagio no es de persona a persona, siempre está de por medio la picadura del insecto.

La fiebre amarilla se contagia por la picadura del zancudo



Prolifera en los lugares donde hay agua empozada y es endémico en la selva alta (regiones de San Martín, Junín, Pasco, Ucayali, Madre de Dios, Puno, Cusco, Cajamarca, Amazonas, Loreto).



Signos de alerta si ha contraído la enfermedad:

- Fiebre alta.
- Dolor de cabeza o espalda.
- Escalofríos, vómitos

Sin tratamiento en tres días el paciente puede morir.

No hay otra forma de prevención que la **vacuna**

- Debe aplicarse 10 días antes de viajar.
- No vacunar a niños menores de seis meses ni a madres gestantes.

Protege como mínimo 10 años y un máximo de 30.



Fiebre amarilla: Definición de Caso	
Sospechoso	<ul style="list-style-type: none">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:<ol style="list-style-type: none">Ictericia que aparece dentro de 14 días del inicio de los síntomas y/oAl menos una manifestación hemorrágica (epistaxis, gingivorragia, sangre en vómito, heces u orina)
Probable	<ul style="list-style-type: none">Caso sospechoso con al menos una de las siguiente:<ol style="list-style-type: none">IgM positiva para Fiebre Amarilla en ausencia de vacunación en los 30 días precedentes al inicio de la enfermedadNexo epidemiológico con un caso confirmado o un brote (miembros de la familia o mismo sitio de trabajo, entre otros) durante el mes anterior
Confirmado	<ul style="list-style-type: none">Caso probable y al menos una de las 2 siguientes (en ausencia de inmunización 30 días antes del inicio de la enfermedad):<ol style="list-style-type: none">Resultados negativos de otras pruebas de Flavivirus endémicas en el área geográfica oSeroconversión en muestras pareadas apropiadas por pruebas de neutralización en Fiebre AmarillaCaso sospechoso y al menos una de las 3 siguientes (en ausencia de inmunización 14 días antes del inicio de la enfermedad)<ol style="list-style-type: none">Detección de genoma viral en sangre u órganos por RT-PCRDetección de antígeno de Fiebre Amarilla en hígado u otros órganos por InmunohistoquímicaAislamiento de virus de Fiebre Amarilla
Descartado	<ul style="list-style-type: none">Persona con prueba de inmunoglobulinas negativa (no RT-PCR) para Fiebre Amarilla con muestra tomada más de 7 días después del inicio oInmunohistoquímica negativa en muestras de tejidos

Historia Natural de la Fiebre Amarilla

Infección Inicial

3-6 días

- Fiebre Alta
- Cefalea, Dolores
- Signo de Faget



90% Asintomáticos
(1:7 a 1:12)

Fase de Remisión

Mejoría



Recuperación en 2-3 días

Fase Intoxicación

12-15%



- Ictericia, Hemorragia
- Falla Hepática y Renal

Casos Graves

Alta Mortalidad
20-60%



- 40-60% Sudamérica
- UCI: Letalidad **67%**
- Secuelas Prolongadas

La mayoría se Recupera → Pocos Avanzan a Fase Severa



Sobrevivientes → **Riesgo de Muerte**



- Edad, AST ↑
- Neutrófilos ↑
- Carga Viral ↑

¿POR QUÉ LA FIEBRE AMARILLA AFECTA MÁS A LOS ADULTOS?!

¡A trabajar, humanos!

Haemagogus! Sabethes

ADULTO TRABAJADOR EN LA SELVA

NIÑOS Y ADOLESCENTES

¡Estos mosquitos sí que pican!

Alta Exposición,
Mayoría de los Casos

Riesgo Bajo,
Casos Pediátricos Raros

¡A mí no me pican!

Protección Temprana,
Brechas en Zonas Rurales

¿Por qué picamos más adultos?

LA EXPOSICIÓN ES LABORAL...

¡LA PROTECCIÓN COMIENZA EN LA INFANCIA!

• QUIENES SE INFECTAN

LOS QUE INGRESAN EN ZONAS ENDÉMICAS O CORREDORES ENDOZOÓTICOS

- **Trabajadores forestales y de tala de árboles** — el descenso de mosquitos al nivel del suelo aumenta la exposición.
- **Agricultores y ganaderos** — especialmente al preparar tierras tras la temporada de lluvias.
- **Personas que viven o trabajan en zonas selváticas o peri-selváticas** donde circulan *Haemagogus* y *Sabethes*.
- **Poblaciones desplazadas** que se asientan en áreas boscosas sin vacunación.
- **Viajeros y turismo de selva**
- **Cazadores y expedicionarios**

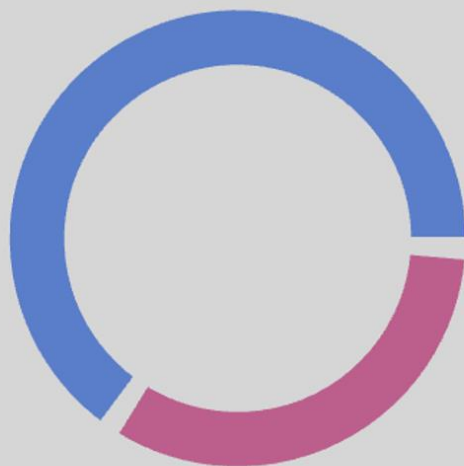
Datos Epidemiológicos

"Inicio de síntomas: 14 de junio 2025 – 22 de enero 2026"

● Distribución por Género

Masculino

66.7 %

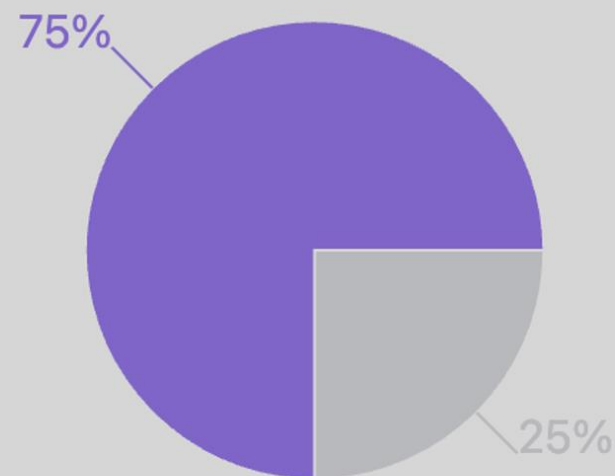


■ Masculino ■ Femenino

Rango de edad general: 2 a 64 años.

● Predominancia de Edad

10 A 49 años.



■ 10 a 49 años ■ Otros rangos

El 75% del total de los casos se encuentra entre 10 y 49 años.

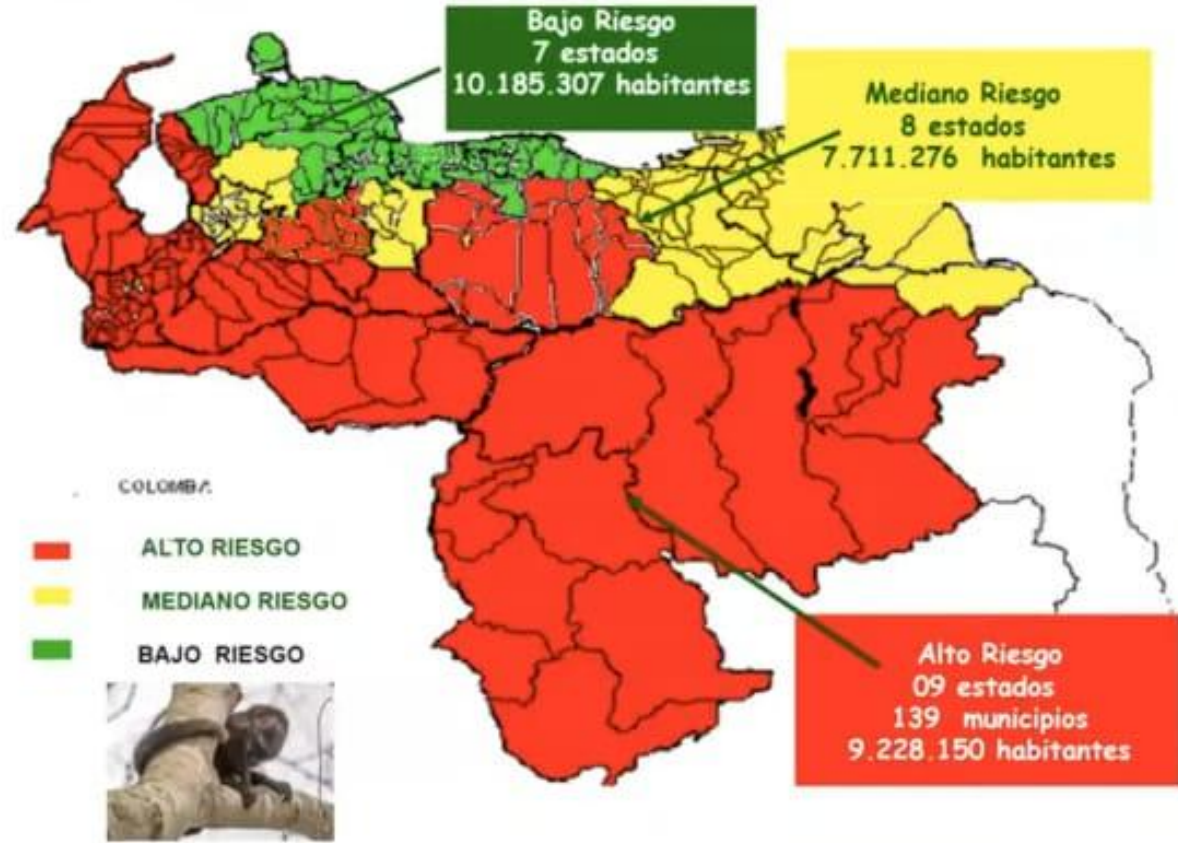
Casos de fiebre amarilla según sexo y edad en Sudamérica durante 2016-2026

Variable	Patrón 2016–2026	Interpretación
Sexo	70–90% hombres	Exposición laboral y menor vacunación
Edad predominante	20–49 años	Actividad económica en zonas selváticas
Niños y adolescentes	5–15%	Fallas de vacunación y exposición rural
Adultos mayores	10–25%	Mayor letalidad
Contexto	Zonas selváticas y periurbanas	Deforestación, minería, agricultura

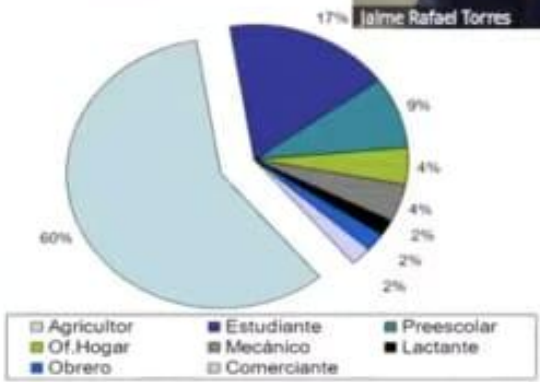
La epidemia 2016–2026 confirma que la fiebre amarilla en América Latina es una enfermedad ocupacional, masculina y rural, con casos pediátricos como señal de alerta de fallas en vacunación y vigilancia.

Rísquez (Comunicación personal: Copilot, 7 abril 2026).

F.A. SELVATICA EN VENEZUELA

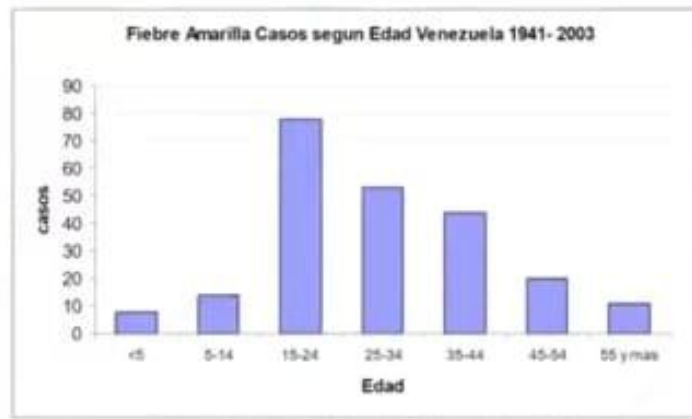


FIEBRE AMARILLA. CASOS SEGÚN VENEZUELA. AÑOS 2002



Fuente: Dirección de Vigilancia Epidemiológica MSDS

Fiebre Amarilla Casos segun Edad Venezuela 1941- 2003



Fuente: Dirección de Vigilancia Epidemiológica MSDS

Casos de Fiebre Amarilla: ¿La Punta del Iceberg?

10% Sintomáticos



90% Asintomáticos



Casos Sintomáticos Visibles

→ La Gran Mayoría Oculta Bajo el Agua

¿Qué indican 40 casos clínicos de Fiebre Amarilla?

Estimación de Infecciones Totales e Infecciones Asintomáticas

Escenario	% Sintomáticos	Casos Clínicos	Infectados Totales Estimados	Asintomáticos
Conservador	20%	40	200	160 (80%)
Realista	10%	40	400	360 (90%)

→ Rango estimado: 200–400 infectados totales

→ De ellos, 160–360 serían asintomáticos

Cadena Epidemiológica de la Fiebre Amarilla

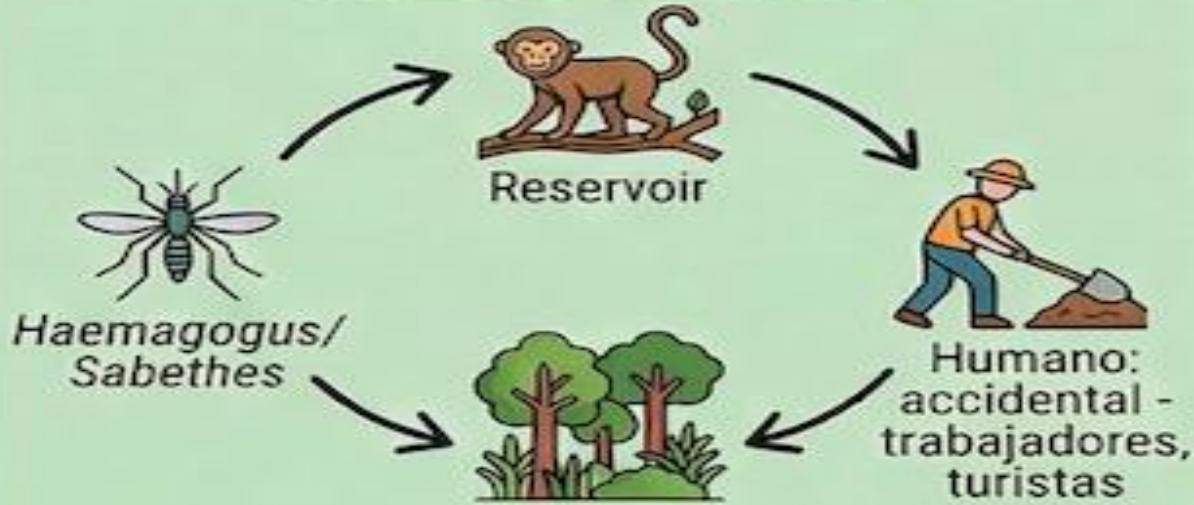


Mono o Humano Infectado → Mosquito → Humano Susceptible

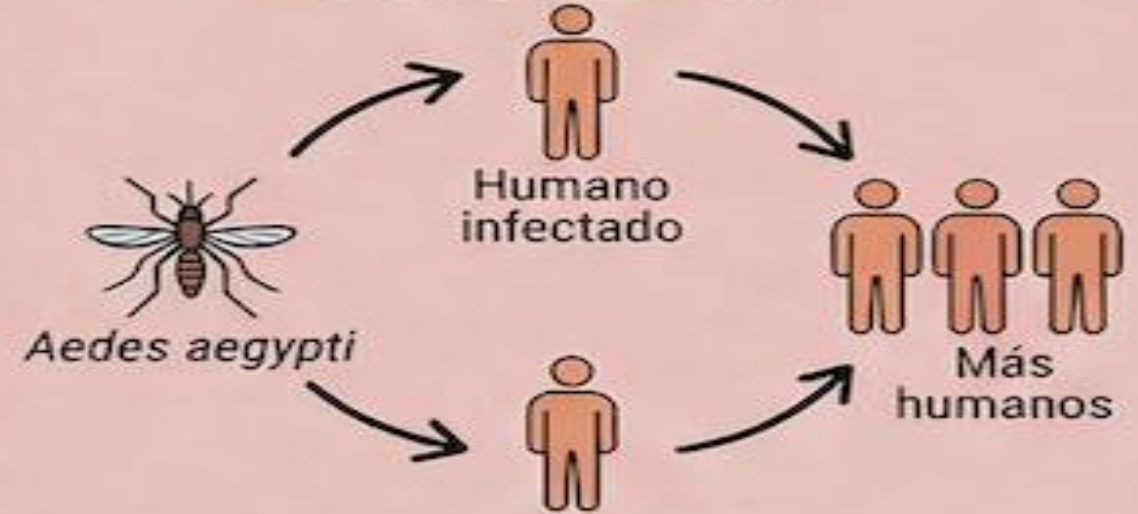


¿CÓMO SE TRANSMITE?

CICLO SELVÁTICO

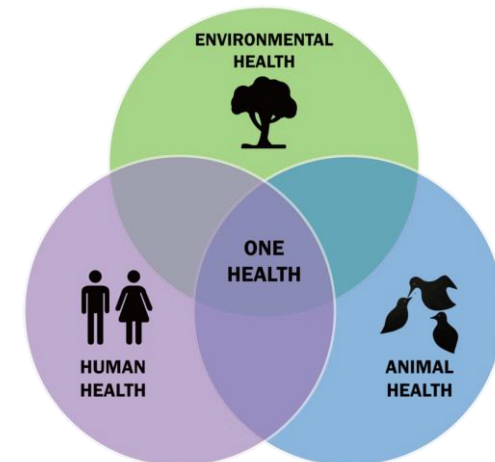


CICLO URBANO



IMPORTANTE: NO se transmite por contacto, secreciones ni fómites.

ABORDAJE "ONE HEALTH", "UNA SOLA SALUD"



Primates No Humanos: Centinelas Críticos de la Fiebre Amarilla (1950–2025)

Este metanálisis de 75 años revela que la infección por el virus de la fiebre amarilla (VFA) es generalizada y frecuentemente fatal en primates no humanos, subrayando su rol vital como sistemas de alerta temprana en "Una Salud".

Prevalencia y Susceptibilidad por Especie

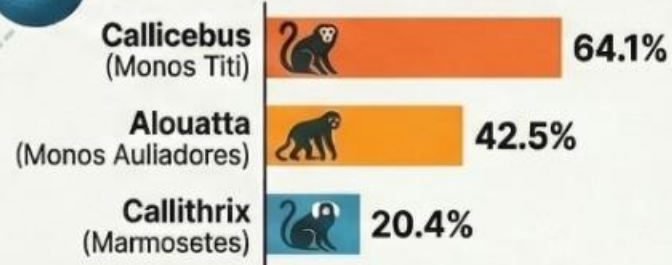


Vulnerabilidad crítica en monos Tití y Aulladores



Los géneros *Callicebus* y *Alouatta* muestran las tasas de infección más altas registradas.

Prevalencia por Género



Centinelas de mortalidad absoluta

El 100% de los casos individuales reportados resultaron en muertes por patología hepática grave.

Dinámica Geográfica y Vigilancia "Una Salud"



Alerta temprana ante brotes humanos

Las muertes de primates suelen preceder a los casos humanos en ciclos selváticos.

Brecha crítica de vigilancia en África

Existe una escasez de estudios cuantitativos en regiones africanas donde el virus es endémico.





MOSQUITOS TRANSMISORES DE ENFERMEDADES VIRALES



Aedes aegypti
Tamaño: 3 a 4 mm de longitud

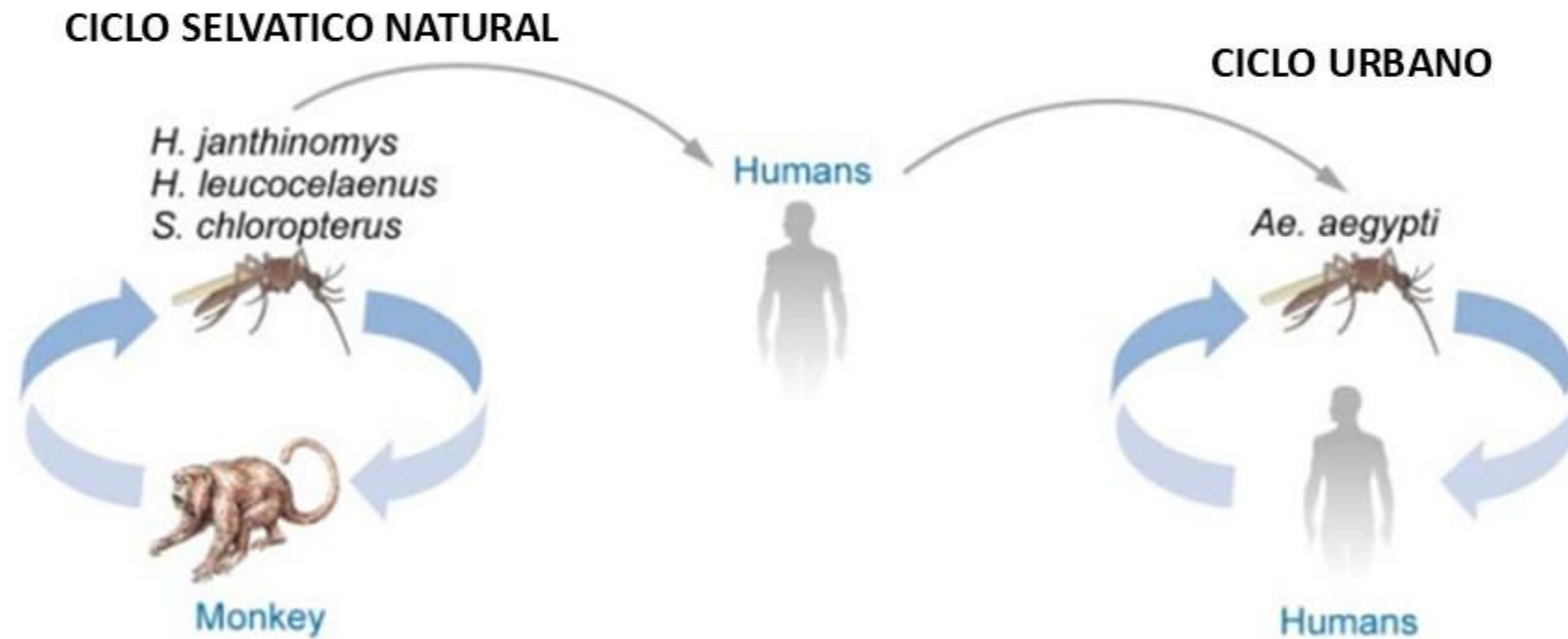


Haemagogus janthinomys
Tamaño: 4 a 7 mm de longitud.



Sabethes belisaroii
Tamaño: 5 a 7 mm de longitud

CICLO URBANO FUE ELIMINADO EN LAS AMERICAS (1940s). NO HAN HABIDO NUEVOS BROTES URBANOS GRACIAS A LA VACUNA. PERO HAY RIESGO GLOBAL QUE SE VUELVA A DESARROLLAR ESTE CICLO SI LA VACUNACION SE ABANDONA O LAS COBERTURAS EFECTIVAS (> 90%) NO SE REALIZAN



ZONAS ENDÉMICAS DE FIEBRE AMARILLA



EPIDEMIOLOGÍA

- Desde 1980 se ha observado la **re-emergencia** de esta enfermedad en América Latina y África con un total de 18 735 casos y 4 522 muertes reportadas
- La OMS ha demostrado por estudios epidemiológicos que existe una **gran subnotificación** de los casos estimándose por ajuste alrededor de 200.000 nuevos casos por año
- Los **hombres jóvenes** (15-45 años) son históricamente los más afectados debido a actividades laborales en zonas boscosas (minería, tala, agricultura de subsistencia)



- El "Turismo de Aventura" expone a viajeros no vacunados que ingresan a parques nacionales o reservas selváticas sin la inmunización previa
- Existen **brechas** en las campañas de inmunización sistemática en zonas rurales
- El **aumento de las precipitaciones** incrementa la densidad de los vectores al multiplicar los sitios de cría
- **Fenómeno de El Niño/La Niña**, las variaciones en temperatura y humedad pueden expandir el rango geográfico del mosquito hacia altitudes donde antes no sobrevivía

Modelado de la Fiebre Amarilla: Desafíos ante el Cambio Climático en Brasil

Este informe sintetiza los resultados de un taller internacional de expertos para mejorar el modelado de la FA. El aumento de la urbanización y el cambio climático exigen modelos más precisos que integren datos climáticos, genómicos y ecológicos para prevenir brotes urbanos y proteger la salud pública.

Brechas Críticas de Información

El Clima como Prioridad Máxima

El impacto climático y ambiental obtuvo el puntaje más alto (21) en prioridad investigativa.



Incertidumbre en Vectores y Primates

Falta precisión sobre la movilidad de los mosquitos allváticos y la densidad de primates.



Sesgo por Subnotificación

La sensibilidad variable de la vigilancia impide estimaciones precisas de la carga real.

Recomendaciones para el Futuro



Integración de Vigilancia Genómica

Usar secuenciación para rastrear corredores espaciales y orígenes de los brotes.

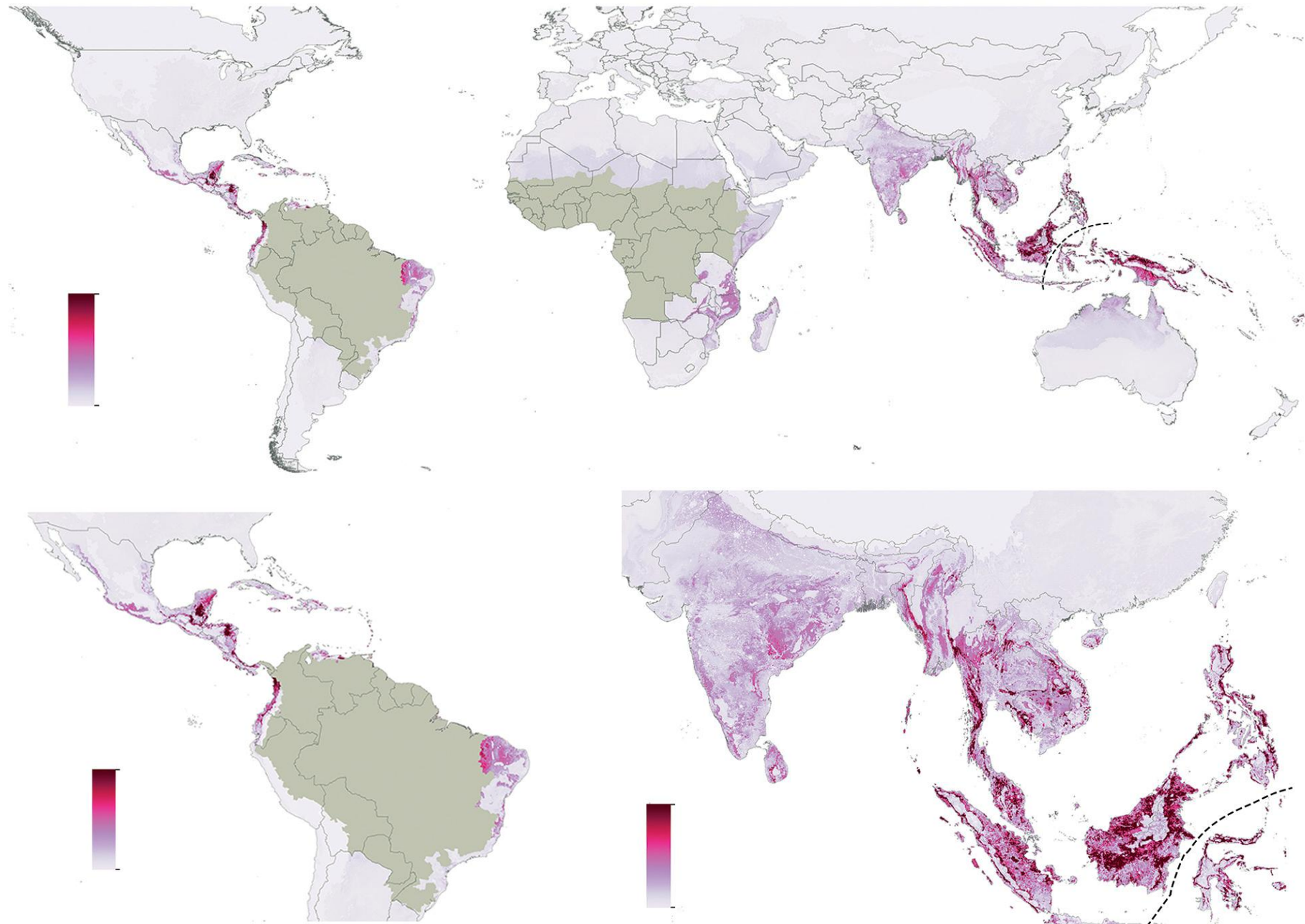
Optimización de la Vacunación

Vincular registros de dosis con movilidad humana para identificar subgrupos en riesgo.

Estandarización de Datos

Crear diccionarios de datos y marcos de análisis accesibles y transparentes.

Predicted receptivity to yellow fever transmission outside contemporary risk zones



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

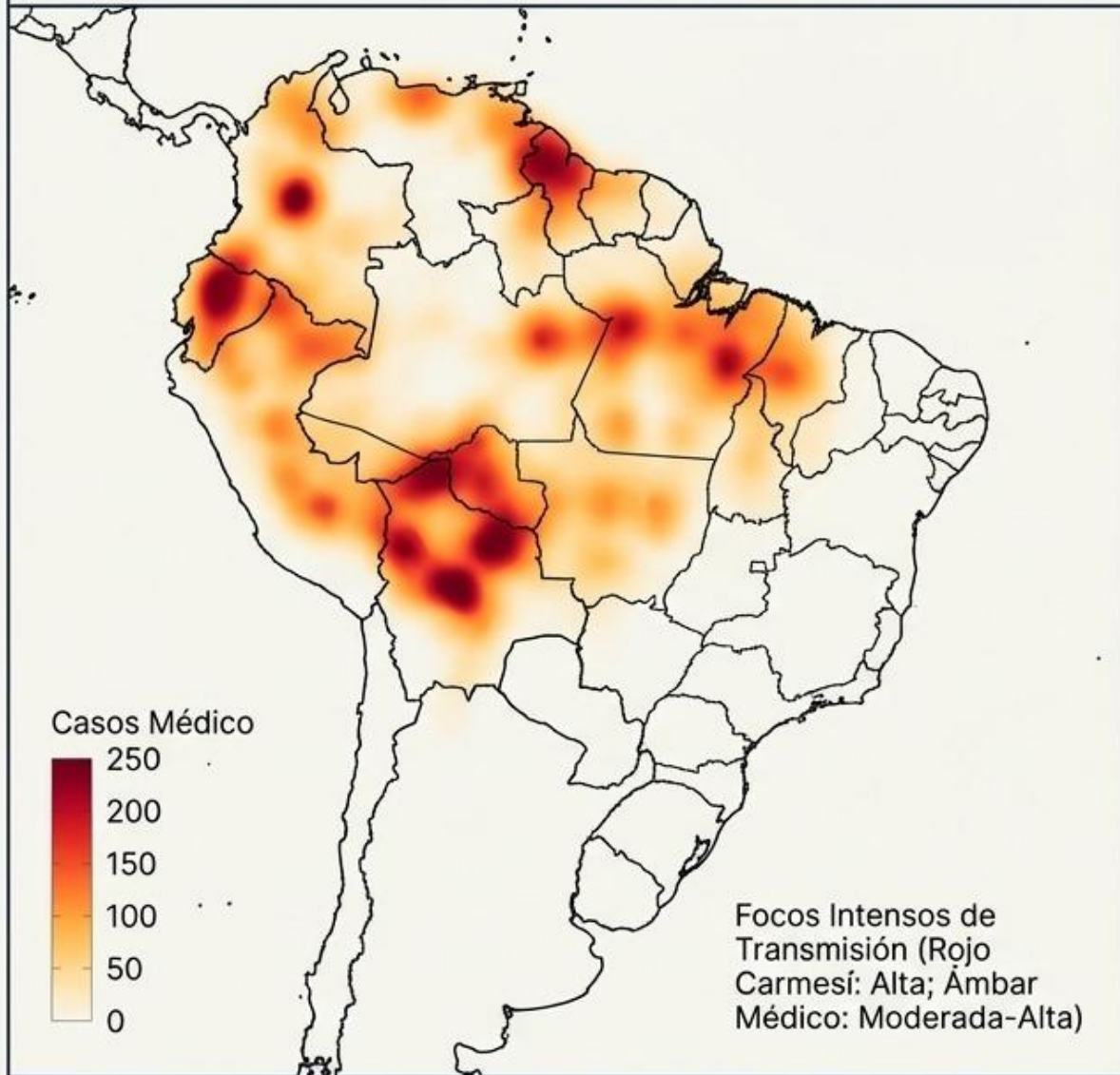
Región de las Américas

Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas

13 de marzo del 2026

Desde septiembre de 2024 se ha observado la notificación de casos de fiebre amarilla en áreas sin antecedentes históricos de transmisión, incluyendo la identificación de casos por fuera de la región amazónica. Ante esta situación, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) refuerza el llamado a los Estados Miembros a fortalecer la vigilancia, intensificar la vacunación de las poblaciones en riesgo y adoptar las medidas necesarias para garantizar que las personas que viajan a zonas con reporte de casos estén adecuadamente informadas y protegidas contra la fiebre amarilla. Además, se destaca la importancia de fortalecer el manejo clínico, con énfasis en la detección y tratamiento oportuno de los casos graves. La OPS/OMS también recomienda disponer de dosis de reserva, de acuerdo con la disponibilidad de vacunas en cada país, a fin de asegurar una respuesta rápida ante posibles brotes.

El Contexto Regional en Las Américas (2024-2026)



443

Casos reportados confirmados

193

Fallecidos

43,56%

Tasa de Letalidad Regional (CFR)

Aumento sostenido vinculado a la reactivación periódica del ciclo de transmisión selvática. Países afectados: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú y Venezuela.

YELLOW FEVER

Americas Region

448

Confirmed cases³



196

Fatal cases



7

Countries/territories reporting cases



Epicurve **Table**

Classification

Cases Fatal cases

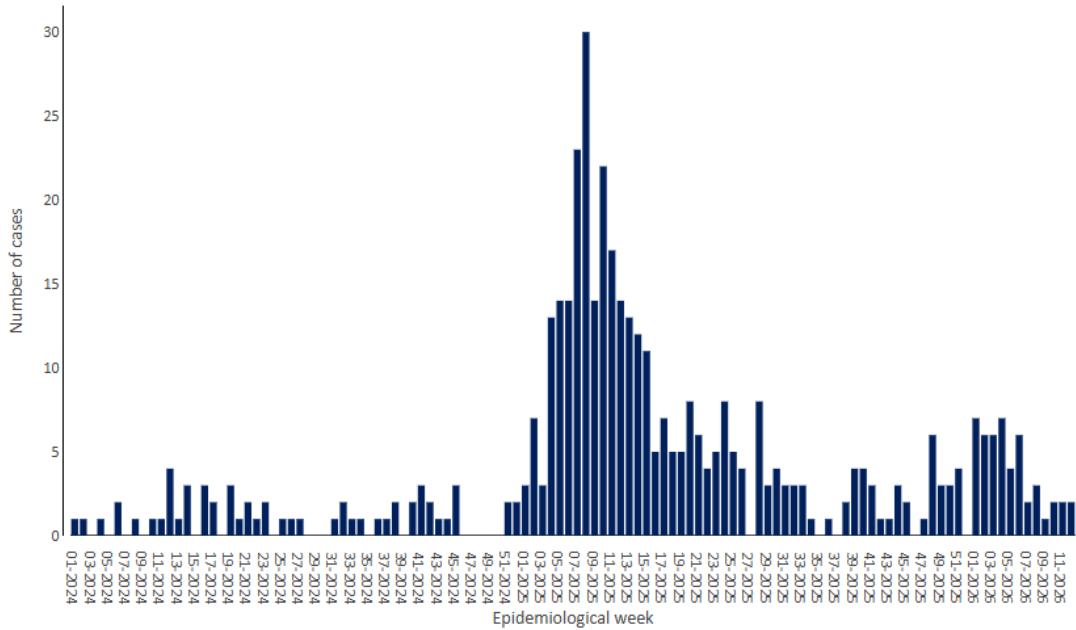
Stratification

General Country

Period

Year Month Epiweek

Human cases of yellow fever in the region of the Americas by epidemiological week (EW) of symptom onset, 2024 - 2026

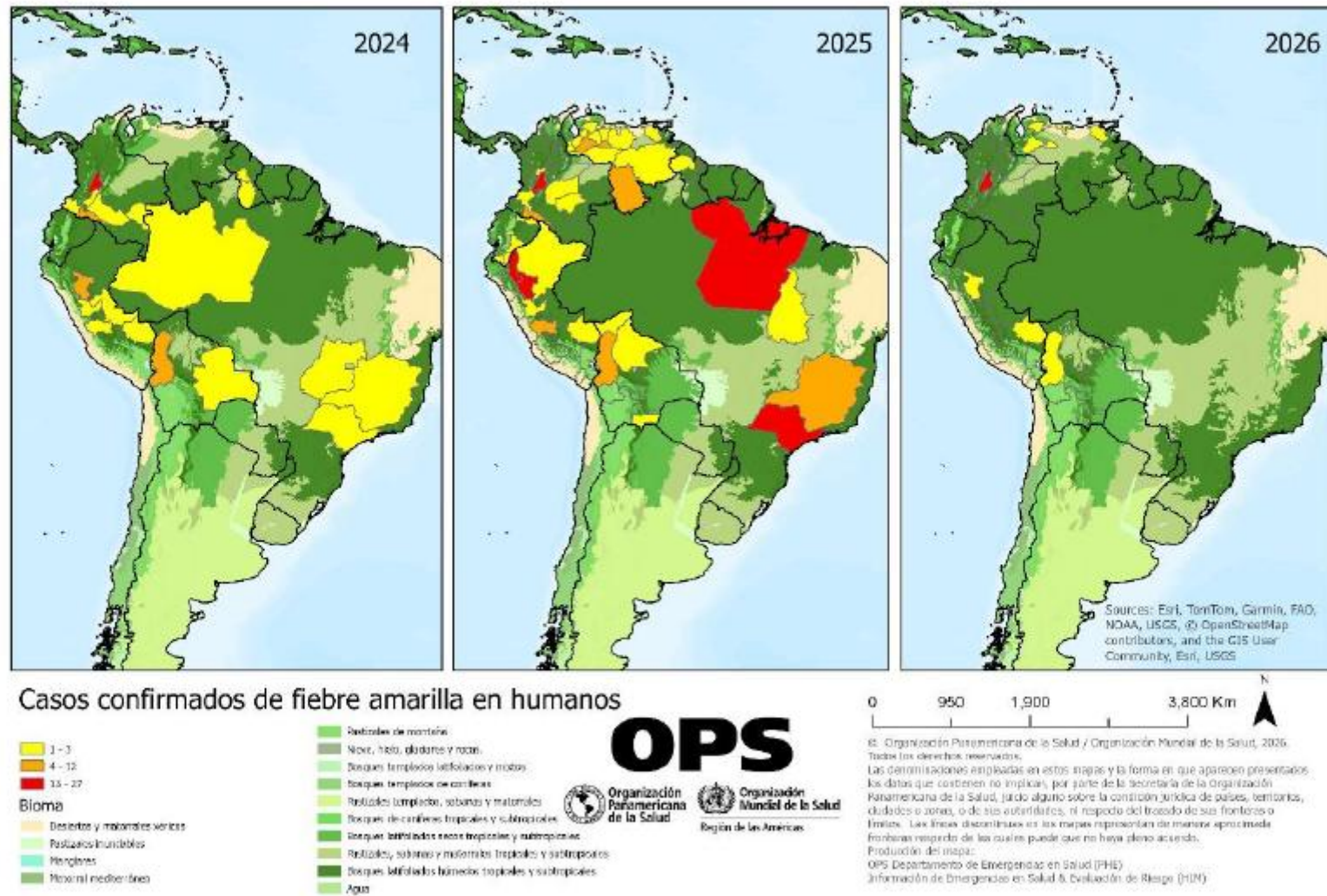


Note: 7 cases are not shown in the graph as they were reported only on an annual basis (Guyana=3, Ecuador=4)

Geographic distribution of human cases and fatal cases of yellow fever in the region of the Americas, 2024 - 2026

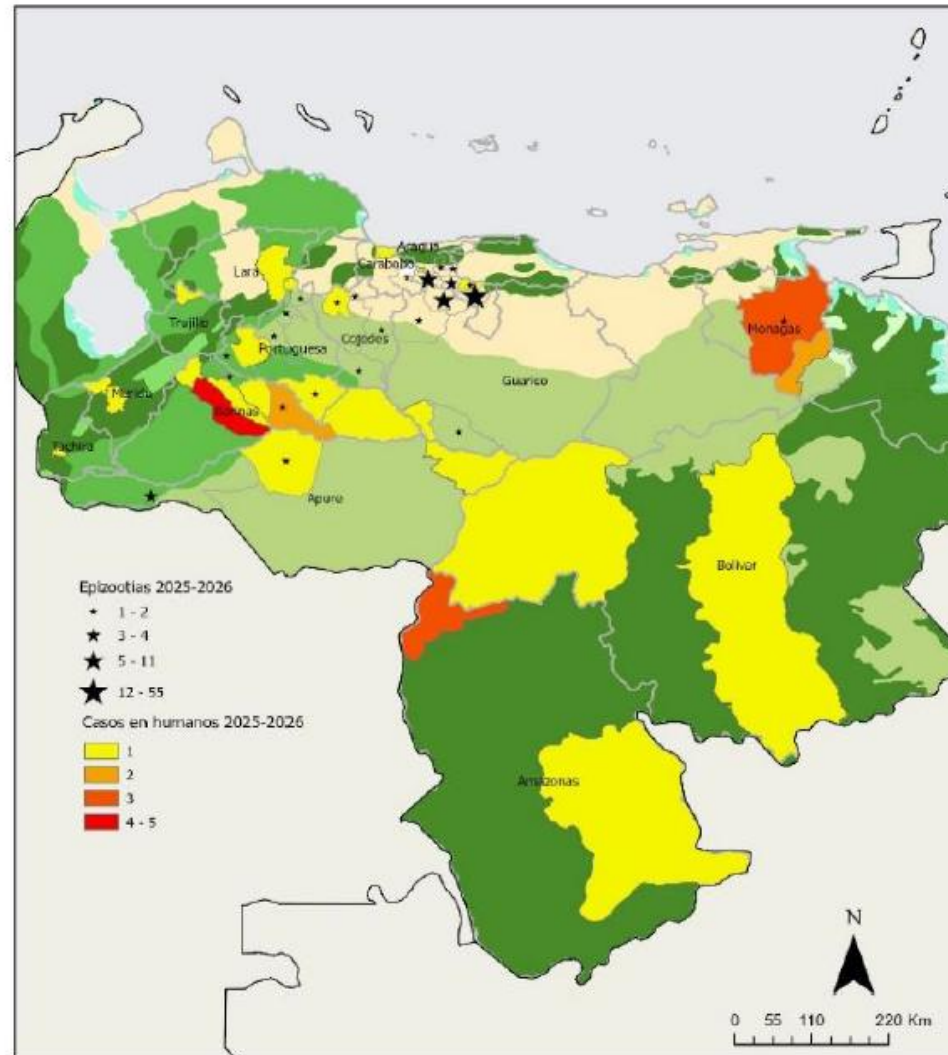


Figura 3. Casos confirmados de fiebre amarilla en humanos por año en la Región de las Américas, 2023 a 2026 (hasta SE 7 del 2026).



Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerios de Salud (1-10).

Figura 10. Casos de fiebre amarilla en humanos y epizootias confirmadas de fiebre amarilla por estado. Venezuela, 2025- 2026 (hasta SE 7 del 2026).

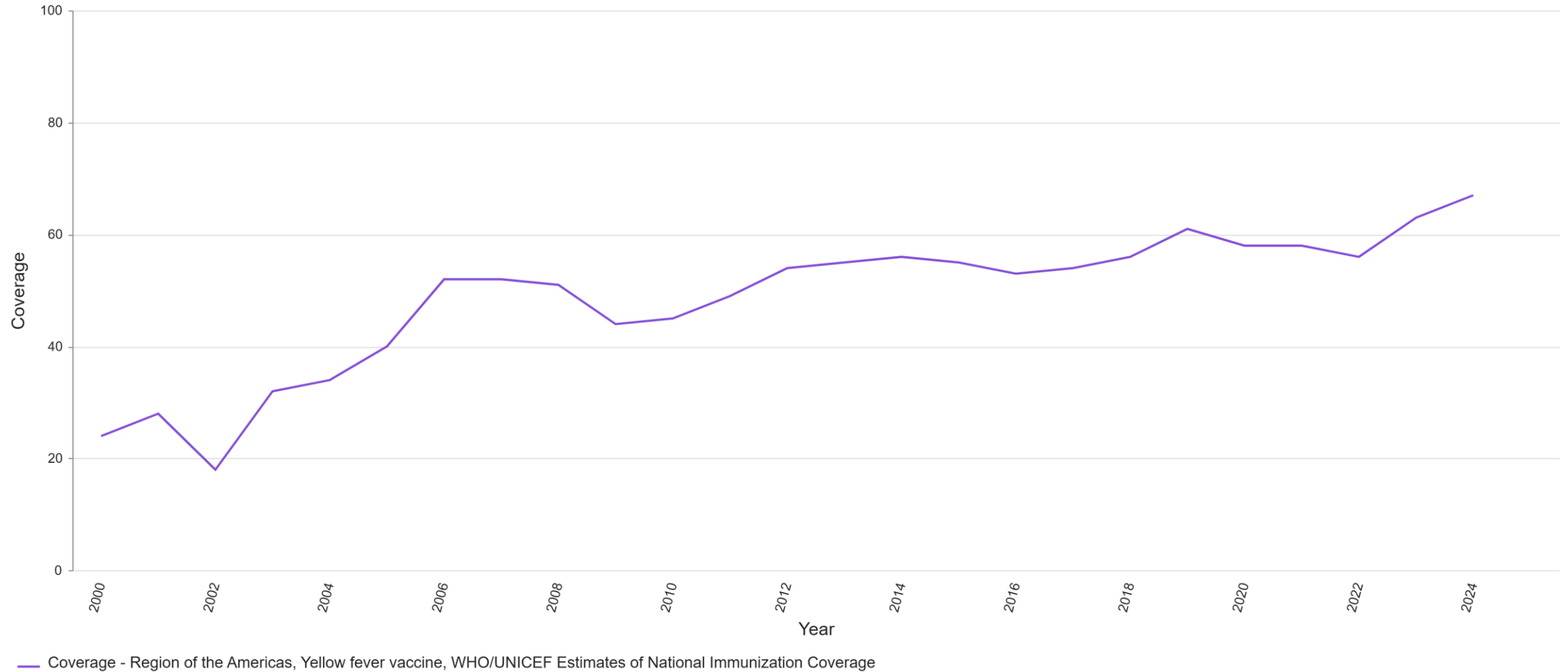


© Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2025. Todos los derechos reservados.
 Las denominaciones en mapas y el límite en que aparecen presentadas los datos que contienen no implican
 por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición política de tales
 territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los
 mapas representan fronteras aproximadas, respetando de los países donde no hay pleno acuerdo.
 Producción del mapa:
 OPS Departamento de Emergencias en Salud (PHE)
 Información de Panamericana de Salud & Evaluación de Riesgo (HWR)

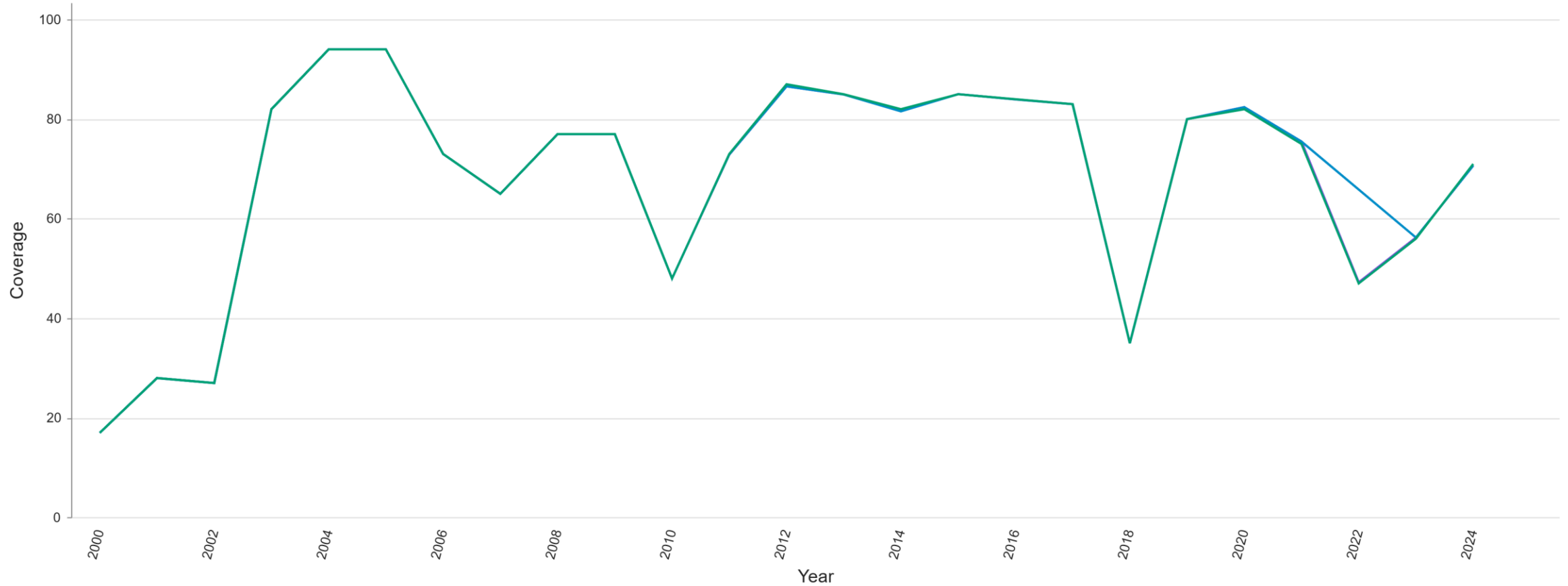


Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Venezuela (10).

Yellow Fever (YF) vaccination coverage by year



Yellow Fever (YF) vaccination coverage by year



- Coverage - Venezuela (Bolivarian Republic of), Yellow fever vaccine, Administrative coverage
- Coverage - Venezuela (Bolivarian Republic of), Yellow fever vaccine, Official coverage
- Coverage - Venezuela (Bolivarian Republic of), Yellow fever vaccine, WHO/UNICEF Estimates of National Immunization Coverage

Zona Cero: Radiografía del Brote Actual Actual (2025-2026)

Junio 2025

Inicio del Brote

38

Casos Confirmados
(Diagnóstico por PCR-RT o IgM)

42

Municipios afectados a lo largo de 14 estados

20

Casos Fatales
(~52% de letalidad local)



38

Confirmed cases³



20

Fatal cases



1

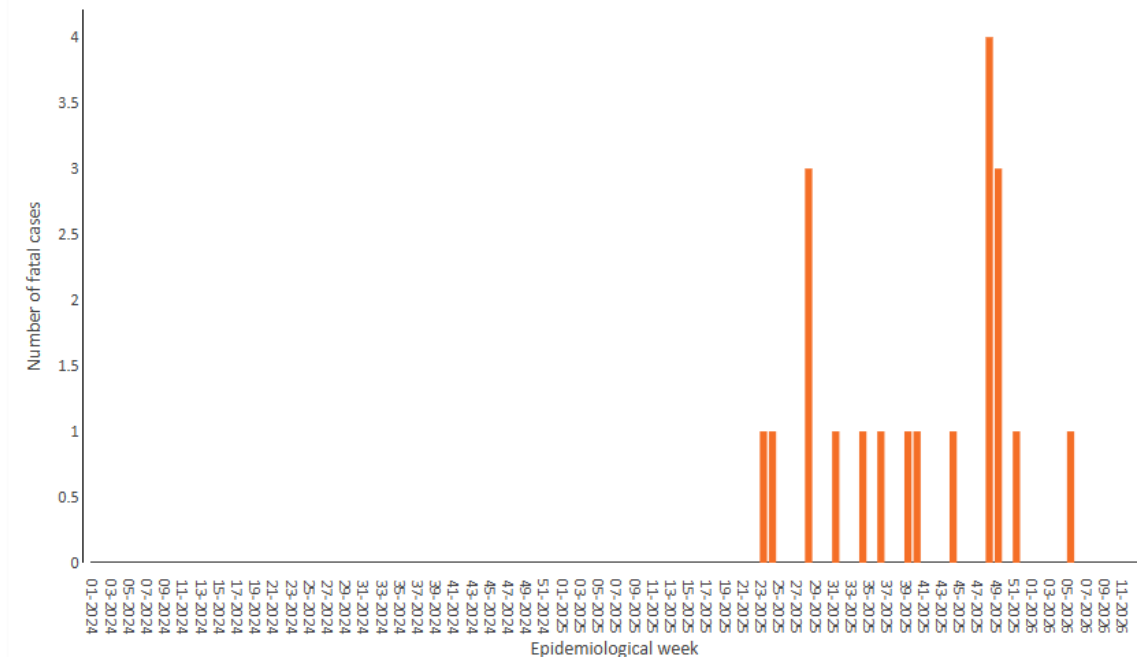
Countries/territories reporting cases



Epicurve Table

Classification: Cases Fatal cases Stratification: General Period: Year Month Epiweek

Fatal cases of yellow fever in the region of the Americas by epidemiological week (EW) of symptom onset, 2024 - 2026



shiny.paho-phe.org/yellowfever/

Venezuela (Bolivarian Republic of)

Entidad Federal

Amazonas

Apure

Aragua

Barinas

Bolivar

Carabobo

Cojedes

Guarico

Lara

Merida

Monagas

Portuguesa

Tachira

Trujillo

Unassigned

Total

Cases

Fatal cases

38

20

4

1

2

1

2

0

11

7

2

1

1

1

1

1

2

2

2

2

5

0

2

1

1

1

1

1

1

0

38

20

Supplementary Table S2. Number of YF cases in Venezuela, 1941-2026*.

*Until Feb 24, 2026.

Year	Cases	Year	Cases	Year	Cases	Year	Cases
1941	1	1963	1	1985	0	2007	0
1942	3	1964	2	1986	0	2008	2
1943	0	1965	5	1987	0	2009	2
1944	12	1966	5	1988	0	2010	0
1945	31	1967	0	1989	0	2011	0
1946	11	1968	0	1990	0	2012	0
1947	3	1969	0	1991	0	2013	0
1948	1	1970	0	1992	0	2014	0
1949	0	1971	0	1993	0	2015	0
1950	3	1972	22	1994	0	2016	0
1951	4	1973	7	1995	0	2017	0
1952	1	1974	0	1996	0	2018	0
1953	8	1975	0	1997	0	2019	2
1954	29	1976	0	1998	15	2020	0
1955	6	1977	0	1999	0	2021	7
1956	3	1978	0	2000	0	2022	0
1957	5	1979	3	2001	0	2023	0
1958	0	1980	4	2002	3	2024	0
1959	1	1981	0	2003	43	2025	36
1960	2	1982	0	2004	5	2026	0
1961	14	1983	0	2005	12	Total	315
1962	1	1984	0	2006	0		



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

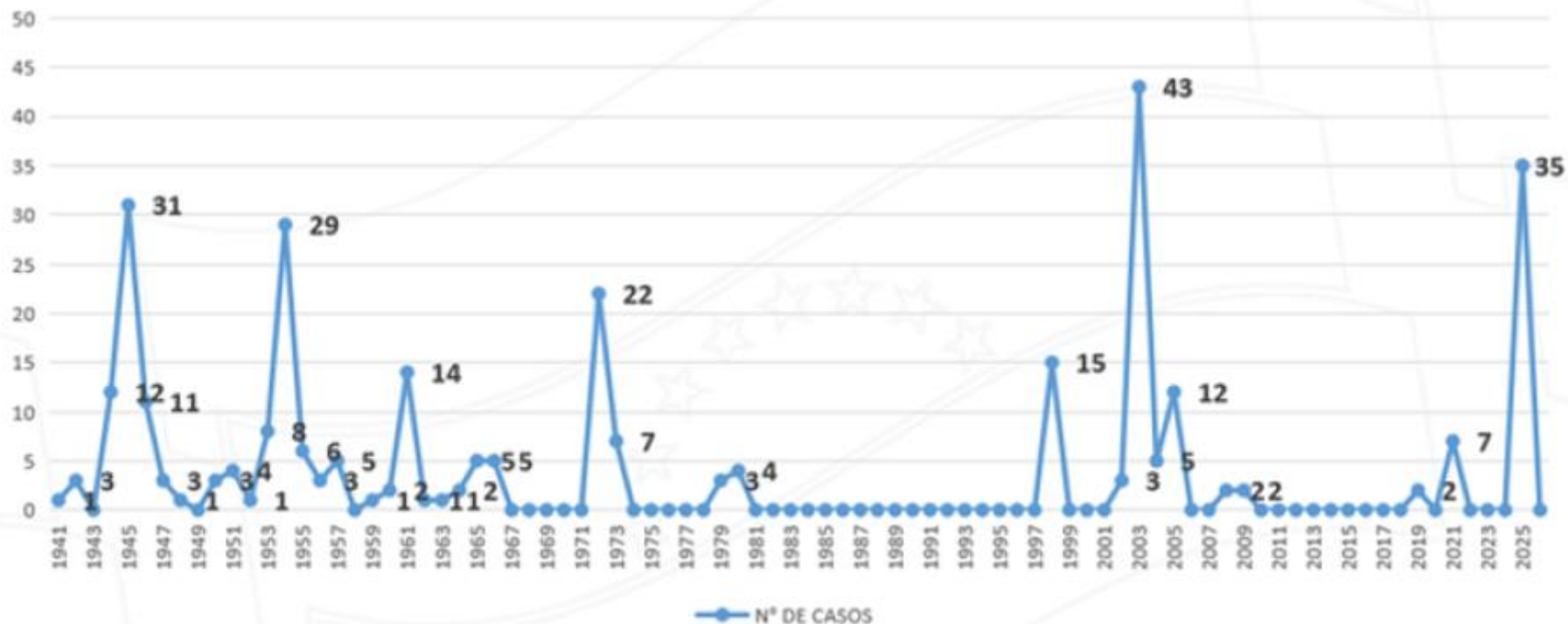
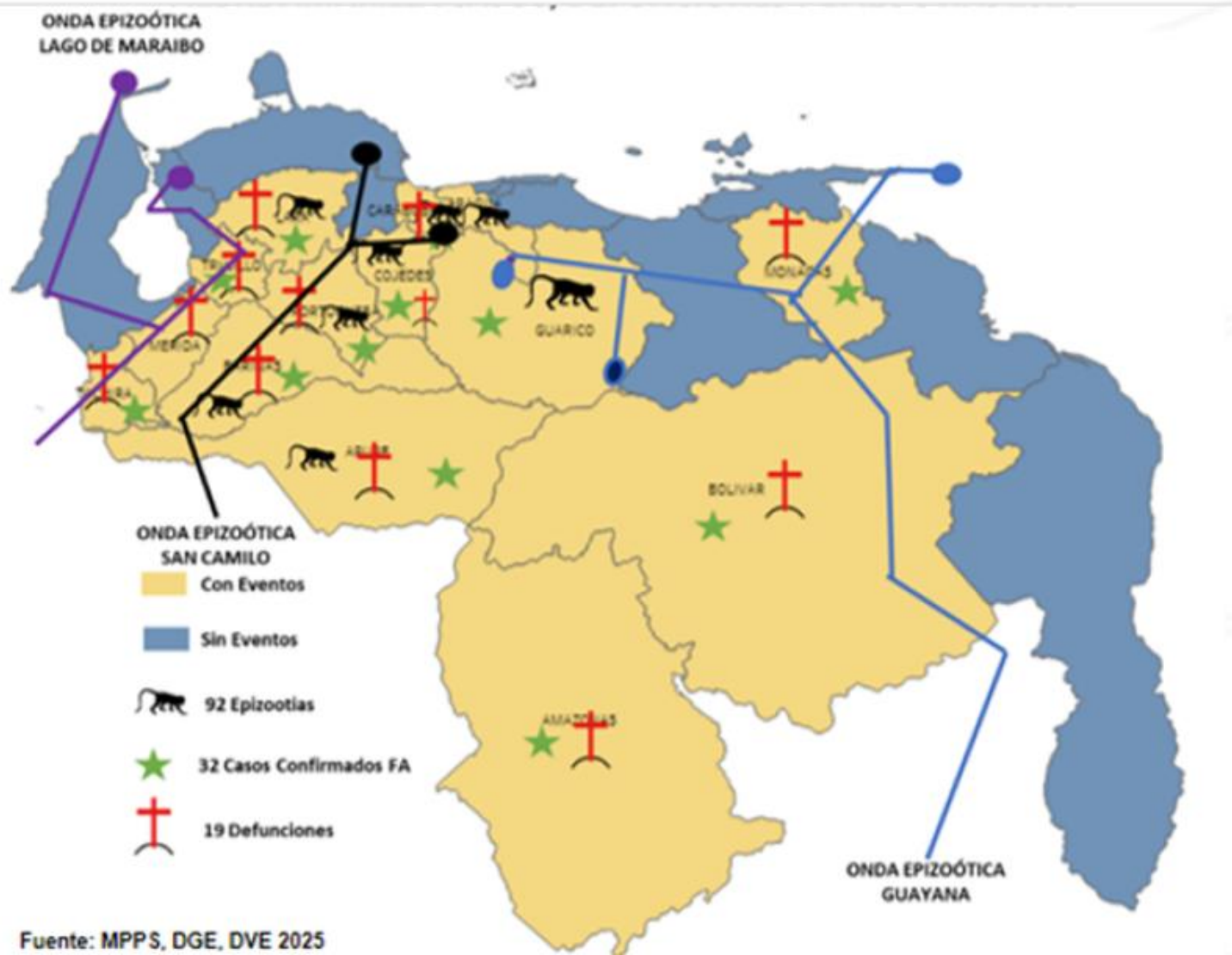
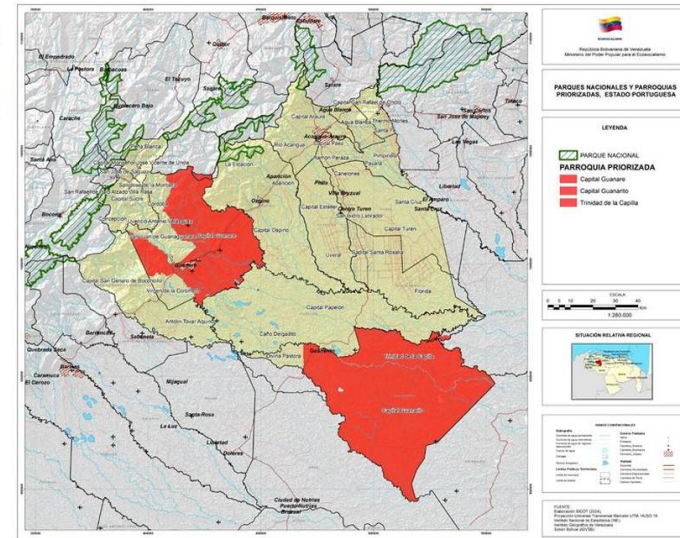
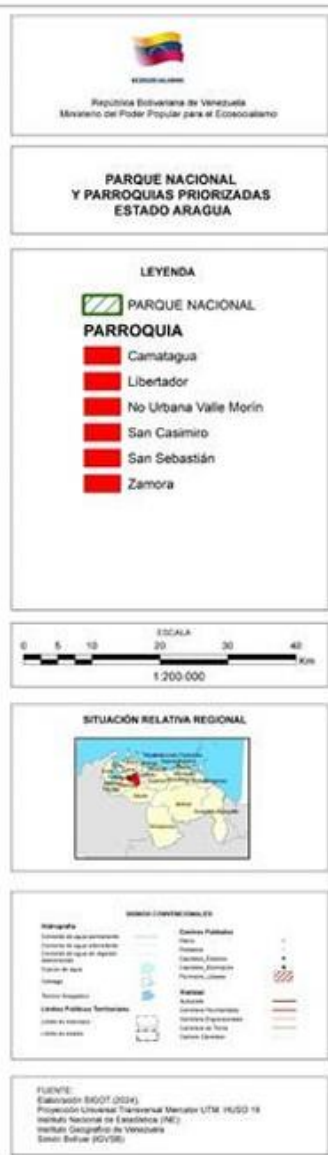
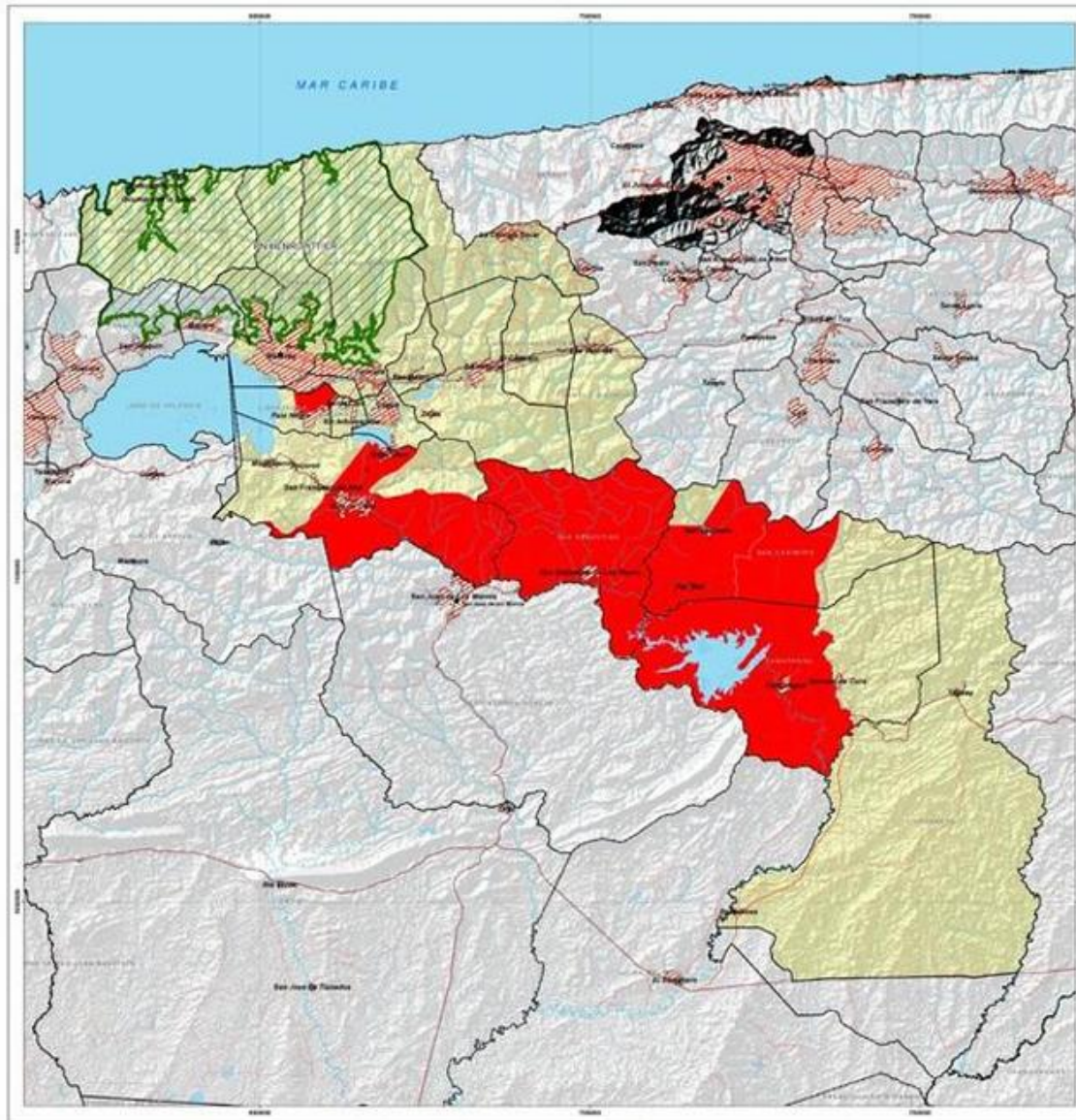


Figura 1. Fiebre Amarilla: Casos, defunciones y epizootias. RBV 2025

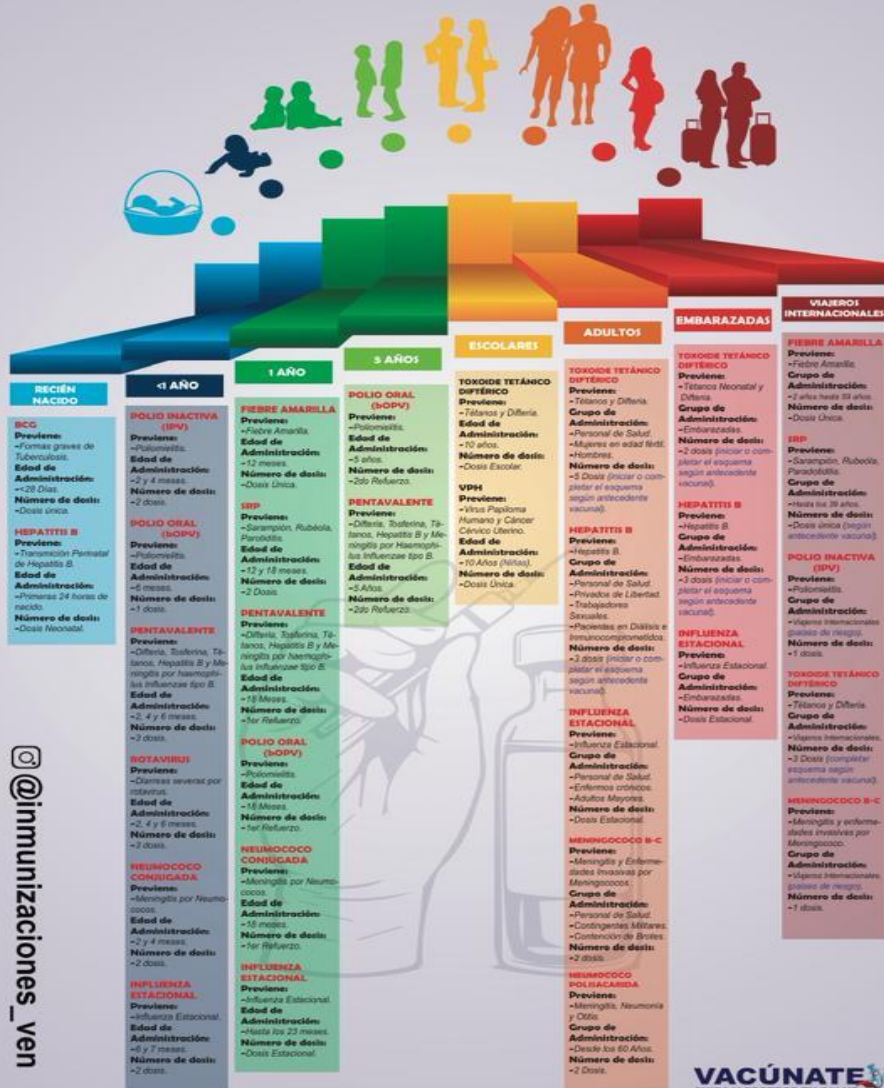


Parroquias de estados prioritizados



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

ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN



@inmunizaciones_ven

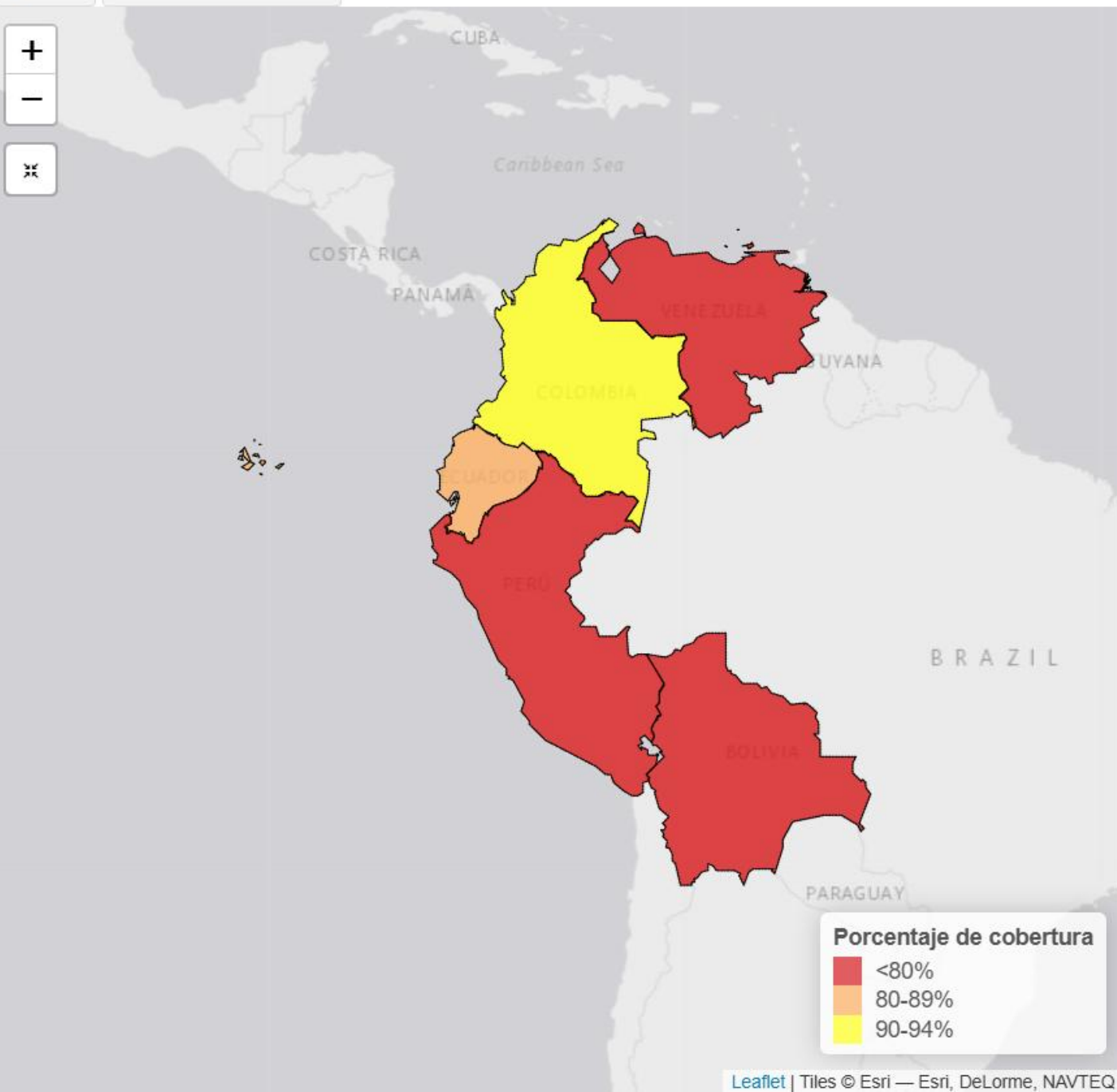


ESQUEMA DE INMUNIZACIONES PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES EN VENEZUELA: RECOMENDACIONES 2025

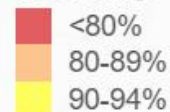
SOCIEDAD VENEZOLANA DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

Levy M. José, De Izaguirre Jacqueline, Risquez Alejandro, García Alexis, López María Graciela 5, García Gerardine, Triana Tibusay, Yanes Andreína 8, Franco José Vicente

FIEBRE AMARILLA: La OPS ha emitido varias Alertas epidemiológicas debido al incremento de los casos durante los primeros meses de 2025 (hasta el 24 de abril de 2025), se han confirmado 189 casos humanos con 74 muertes, más del doble que el año 2024 con 61 casos y 30 muertes. La severidad de la enfermedad es muy notoria, puesto que su letalidad alcanza casi 40%. Los países que han reportado casos son Brasil, Colombia, Perú y Bolivia, pero es preocupante que se han registrado casos fuera de las áreas amazónicas. (1) Es importante resaltar, el esfuerzo necesario para aumentar las coberturas vacunales y entre otras medidas se ha reforzado la exigencia del Certificado Internacional de Vacunación para los viajeros dentro y fuera de estos países, así como la vigilancia de salud pública, la vacunación universal (al menos 95% de las personas en las áreas de riesgo vacunadas), diagnóstico por laboratorio y respuesta ante posibles brotes. La cobertura contra la Fiebre Amarilla se encuentra por debajo del 80% para la región, y Venezuela alcanza solo 56% para el año 2023, junto a Panamá, Argentina, Bolivia, Brasil y Perú. Para el 2024, Venezuela subió la cobertura a 70,7% (OMS), sin embargo, es relevante recordar que, en el año 2021, se presentaron epizootias en Monagas y Anzoátegui; y casos humanos confirmados cerca de Maturín, Monagas. Según la OPS es motivo de preocupación que el suministro de vacunas contra la fiebre amarilla es limitado y no suficiente para cubrir la demanda regional. (1) Recordatorio importante: La vacunación contra la fiebre amarilla protege para toda la vida y su Certificación Internacional es vitalicia, desde el año 2016.



Porcentaje de cobertura

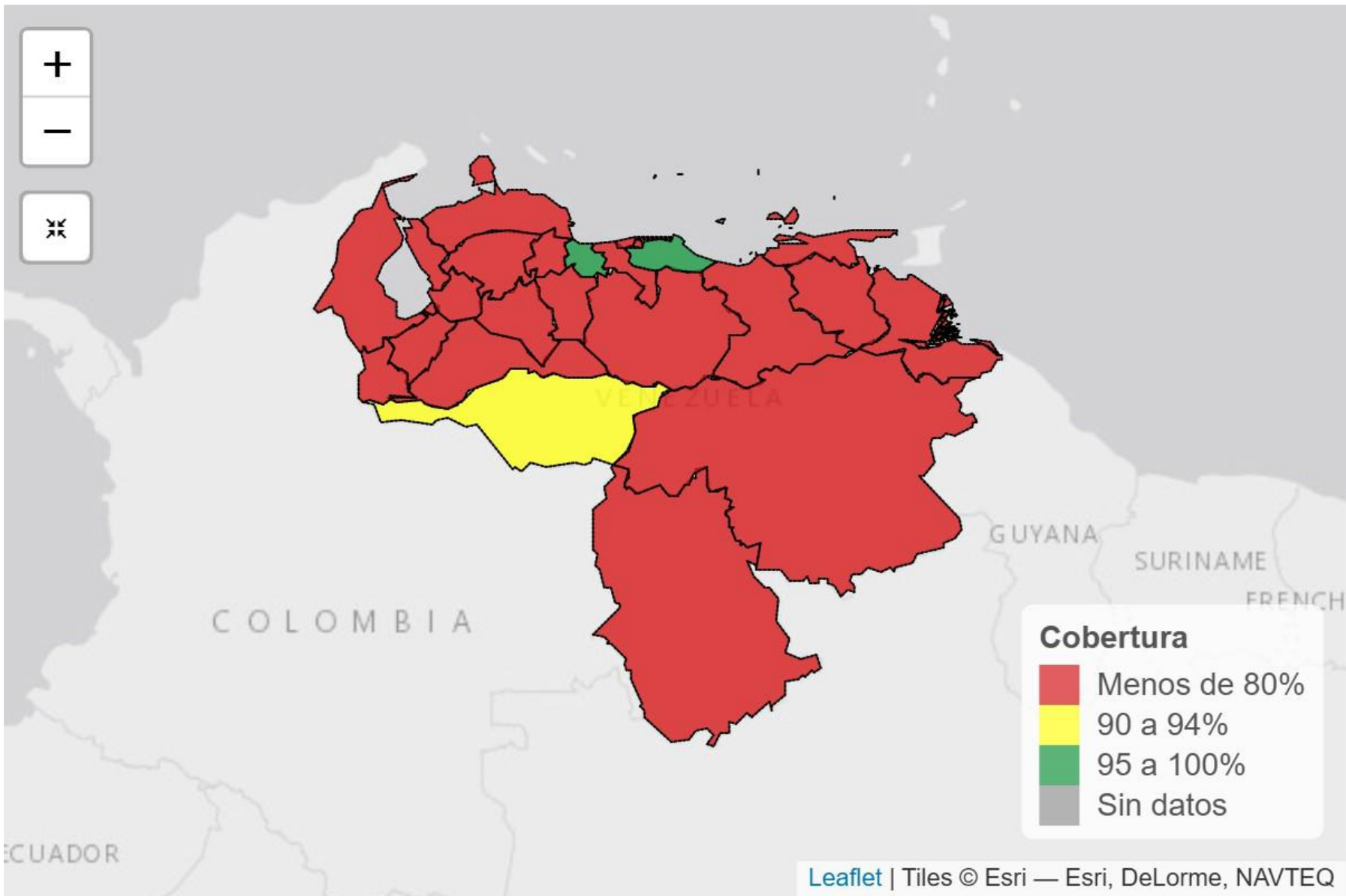


Código ISO del país	País	Vacuna	Año	Cobertura (%)
BOL	Bolivia (Estado Plurinacional de)	Fiebre amarilla	2024	66
COL	Colombia	Fiebre amarilla	2024	90
ECU	Ecuador	Fiebre amarilla	2024	83
PER	Perú	Fiebre amarilla	2024	70
VEN	Venezuela (República Bolivariana de)	Fiebre amarilla	2024	71

Última actualización de datos en 2026-03-13

COBERTURA DE VACUNA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA EN LA REGIÓN ANDINA DE LAS AMÉRICAS.

Fuente OPS



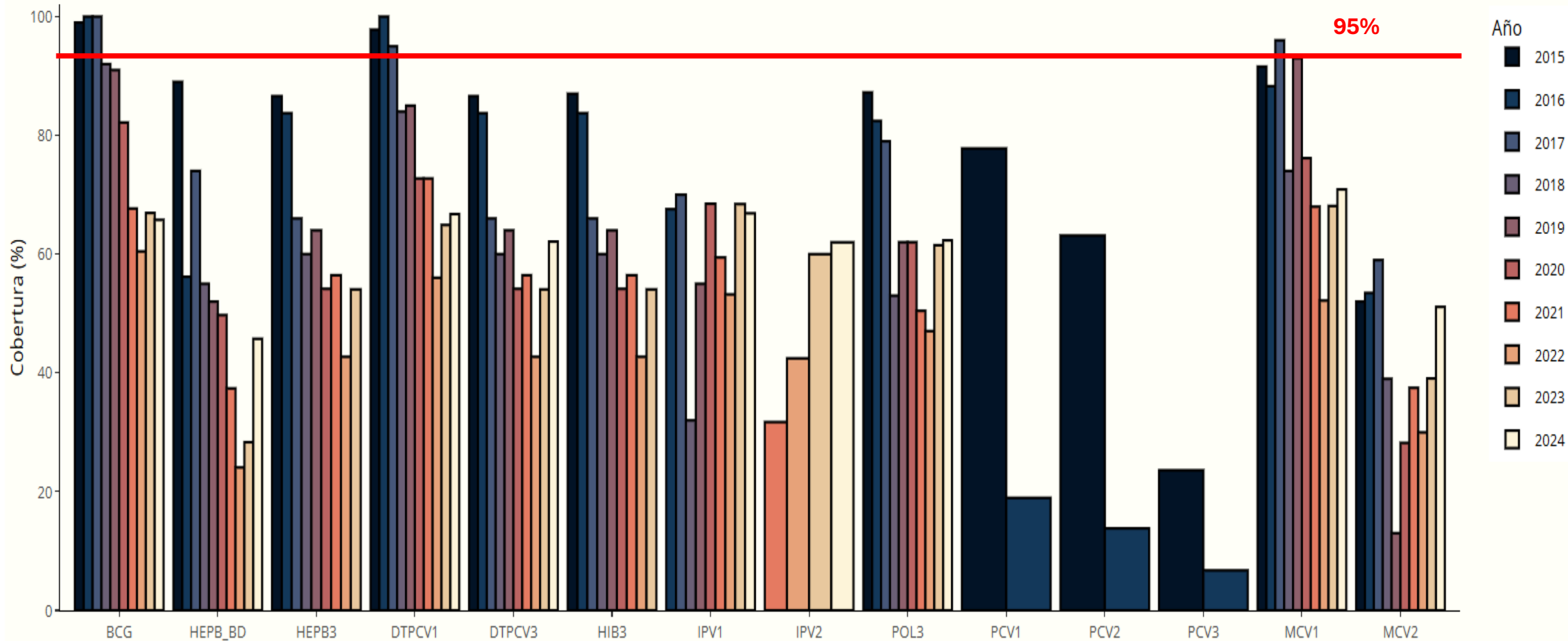
PAHO/WHO | Immunization coverage in the Americas

Territorio	Cobertura	Población objetivo
Táchira	22	18.174
Aragua	42	25.969
Barinas	42	16.856
Delta Amacuro	43	4.291
Zulia	45	73.421
Mérida	49	14.867
Monagas	51	18.004
Cojedes	53	6.810
Nueva Esparta	54	8.489
Bolívar	55	31.983
Distrito Capital	56	21.310
Yaracuy	58	11.145
La Guaira	59	7.871
Lara	61	29.890
Portuguesa	63	16.157
Anzoátegui	64	29.185
Falcón	64	16.883
Trujillo	68	13.107
Guárico	69	15.773
Amazonas	74	5.489
Sucre	74	16.267
Apure	92	14.089
Miranda	98	42.041
Carabobo	99	39.731

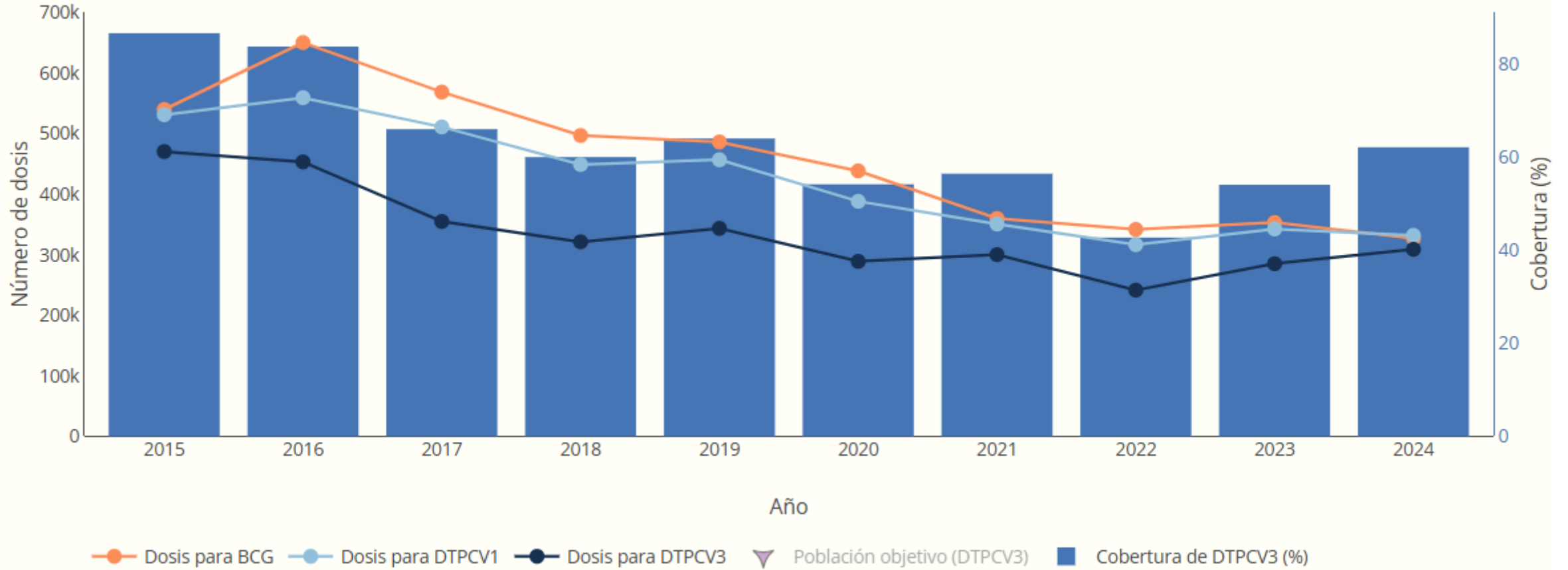
Dependencias Federales

Última actualización de datos en 2026-03-17

Cobertura por año y vacuna, Venezuela (República Bolivariana de), 2015-2024



Cobertura Administrativa para Vacunas Trazadoras, Venezuela (República Bolivariana de), 2015-2024





NACIONALES

NOTICIAS

TENDENCIAS

Venezuela afianza plan de vacunación contra fiebre amarilla en 22 parroquias priorizadas del país

Por Jessica Sosa Bernal

🕒 FEB 25, 2026 📍 #Fiebre Amarilla, #Jornada de Vacunación, #Ministerio del Poder Popular para la Salud,

#Ministra de Salud Dra. Nuramy Gutiérrez

Vacuna contra la fiebre amarilla

Un hito en la inmunología y la salud pública global



Carlos D'Suze
Epidemiólogo-Pediatra
Centro de Investigación en Salud Pública Dr. Jacinto Convit
Facultad de Medicina UCV

La Vacuna contra la Fiebre Amarilla 17D: Un Hito en la Inmunología y la Salud Pública. [Internet]. [citado 1 Mar 2026].

NotebookLM

El legado científico de Max Theiler

1937: Creación de la cepa 17D por Max Theiler (Fundación Rockefeller).

Innovación: Atenuación del virus salvaje (cepa Asibi) mediante pases seriados en cultivos de embriones de pollo.

Impacto: Pérdida de la patogenicidad humana manteniendo una alta capacidad inmunogénica.

La Vacuna contra la Fiebre Amarilla 17D: Un Hito en la Inmunología y la Salud Pública. [Internet]. [citado 1 Mar 2026].



VACÚNATE CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

La única protección real es la vacuna

★ **VACUNA 17D** — Una de las vacunas más eficaces de la historia



UNA SOLA DOSIS protege de por vida en más del **95%** de los vacunados (después de 30 días). Vía subcutánea (preferible) o intramuscular.

ESQUEMAS DE VACUNACIÓN



DOSIS ESTÁNDAR — 0.5 mL

Recomendada desde los 9 meses en áreas endémicas. Válida para el Certificado Internacional de Vacunación para viajes.



DOSIS FRACCIONADA — 0.1 mL (1/5 de dosis)

Autorizada por OPS/OMS en 2025 para contener brotes masivos. **NO** válida para certificado de viaje.



¿QUIÉN NO DEBE VACUNARSE?

- ✗ Bebés menores de 6 meses
- ✗ Personas con inmunodeficiencia grave (VIH con CD4 < 200, trasplantes, timomas)
- ✗ Alergia grave al huevo
- ⚠ **PRECAUCIÓN:** Mayores de 60 años, embarazadas y lactantes — evaluar riesgo-beneficio

🌐 **ESTRATEGIA EYE 2026** — Eliminar las Epidemias de Fiebre Amarilla

META: Proteger 1.000 millones de personas para 2026

Objetivo de la vacunación :

1. Vacunación masiva de poblaciones en riesgo
2. Prevenir propagación internacional
3. Contener brotes rápidamente con reservas estratégicas de vacunas

🔑 **RECUERDA:** Si vives en zona endémica o vas a viajar a una, ¡vacúnate! Es segura, eficaz y protege de por vida.

Fuente: OPS/OMS — Estrategia EYE 2026 | WHO Yellow Fever Fact Sheet 2025

Alianza Venezolana por la Salud. Realizado por *Ana de Carvajal*

Anti fiebre Amarilla - Antiamararílica



- Virus Vivos
- Aplicación a partir de 9 meses
- Dispositivo prellenado con diluyente + polvo liofilizado
- Administración SC
- Polvo Liofilizado + diluyente prellenado
- Esquema: 1 dosis + Refuerzo cada 10 años (inmunidad de por vida)



Instituto de Tecnología en Inmunobiológicos (Biomanguinhos/Fiocruz)

Una sola dosis garantiza inmunidad protectora de por vida

10 DÍAS

Tiempo necesario para desarrollar anticuerpos protectores y para que el CIVP adquiera validez legal.

80% - 100%

Tasa de seroconversión tras la administración.

Tras una revisión exhaustiva de la evidencia científica en 2013, la OMS determinó que el refuerzo cada diez años ya no es necesario. Esta norma se incorporó al Reglamento Sanitario Internacional en 2016.

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION O PROFILAXIS
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

Certificase que (nombre) Loizzo Marcelo Nacido (a) el 12.03.81 Sexo Masculino
 This is to certify that Loizzo Marcelo Date of birth 12.03.81 Sex Masculino

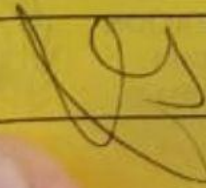
Nacionalidad Argentina Documento de identi
 Nationality Argentina Travel document N° 2

Cuya firma aparece a continuaci
 Whose signature follows

En la fecha indicada ha sido vacunado (a) o ha recibido tratamiento profiláctico contra (Nombre de la enfermedad):
 Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against (name of disease or condition):

fiebre Amarella

De conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional.
 In accordance with the International Health Regulations.

VACUNA O PROFILAXIS	FECHA	FIRMA Y TÍTULO DEL VACUNADOR	FABRICANTE DE LA VACUNA O PRODUCTO PROFILÁCTICO Y N° DE LOTE	VALIDEZ DEL CERTIFICADO DESDE / HASTA	SELLO OFICIAL DEL CENTRO ADMINISTRADOR
VACCINE OR PROPHYLAXIS	DATE	SIGNATURE AND PROFESSIONAL STATUS OF VACCINATOR	MANUFACTURER AND BATCH N° OF VACCINE OR PROPHYLAXIS	CERTIFICATE VALID FROM / UNTIL	OFFICIAL STAMP OF VACCINATION CENTRE
1. <u>FA</u>	<u>28/5/19</u>		<u>P3669</u>	<u>de xuido</u>	VACUNATORIO CESAG 20 HOSP. J. A. FERNANDEZ
2.					

MEDICAL CONTRAINDICATION TO VACCINATION

Contre-indication médicale à la vaccination

This is to certify that immunization against

Je soussigné(e) certifie que la vaccination contre

(Name of disease – Nom de la maladie)

for

pour

(Name of traveler – Nom du voyageur)

is medically

est médicalement

contraindicated because of the following conditions:

contre-indiquée pour les raisons suivantes :

(Signature and address of physician)

(Signature et adresse du médecin)

Vacunación

La vacuna contra la fiebre amarilla es segura, asequible y una sola dosis es suficiente para conferir inmunidad y protección de por vida, sin necesidad de dosis de refuerzo (14).

La OPS/OMS reitera las siguientes recomendaciones a las autoridades nacionales (22):

Vacunación de rutina:

- **Vacunar de forma universal a la población infantil**, en países endémicos, a los 12 meses de edad o según calendario nacional de vacunación de cada país. Considerando la evidencia que respalda la administración simultánea con la vacuna contra sarampión, rubéola y parotiditis (SRP), se recomienda que ambas vacunas se apliquen en la misma consulta a los 12 meses de edad (23).
- **Asegurar la vacunación de todos los viajeros a áreas endémicas**, por lo menos **10 días antes de viajar**. Las recomendaciones para los viajeros internacionales sobre la vacunación contra fiebre amarilla se encuentran disponibles en el documento de Viajes internacionales y salud, el cual está disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241580472> (24).
- **Contar con un inventario de reserva en el país**, que permita mantener la vacunación de rutina y responder oportunamente en caso de brotes.

Contraindicaciones y precauciones de la vacuna contra la fiebre amarilla



Contraindicaciones

- Edad <6 meses
- Alergia al componente ¹ de la vacuna
- Infección por VIH (sintomática) o recuentos de linfocitos T CD4 <200/mL (o <15 % del total de linfocitos en niños <6 años) ^{2,3}
- Inmunodeficiencias primarias
- Terapias inmunosupresoras e inmunomoduladoras
- Neoplasias malignas
- Trastorno del timo asociado con una función anormal de las células inmunitarias
- Trasplante



Precauciones

- Edad de 6 a 8 meses
- Edad ≥ 60 años
- Amamantamiento
- Infección por VIH (asintomática) y recuentos de linfocitos T CD4 de 200 a 499/ml (o del 15 % al 24 % del total de linfocitos en niños <6 años) ^{2,3}
- Embarazo



Precauciones y contraindicaciones:

- La edad de 6 a 8 meses, ≥ 60 años, el embarazo y la lactancia son precauciones para la vacunación. Se recomienda un análisis de riesgo-beneficio para las personas con precauciones para la vacunación.
- La vacuna está contraindicada en:
 - a. Niños menores de 6 meses de edad y no se recomienda en niños de 6 a 8 meses, salvo en situaciones de brote.
 - b. Personas con antecedente de reacciones de hipersensibilidad grave al huevo.
 - c. Personas con inmunodeficiencia como pacientes con infección sintomática por el VIH o con un recuento de linfocitos CD4+ $< 200/\text{mm}^3$ (o $< 15\%$ del total de linfocitos en menores de 6 años), personas en tratamiento con inmunosupresores, enfermedades del timo asociadas a función inmune anormal, inmunodeficiencias primarias, tumores malignos activos, tratamientos con quimio o radioterapia en curso y personas que han recibido un trasplante.

Comisión Nacional de lactancia humana SVPP

ANTE LA ALERTA
EPIDEMIOLÓGICA

VACUNACION CONTRA
FIEBRE AMARILLA
DURANTE LA
LACTANCIA



Comisión Nacional de

Dra. Jenny Lugo
Pediatra
Especialista en lactancia



comisiondelactanciasvpp y
dra.jennylugo
Caracas, D.F., Venezuela

Recordamos las pautas en relación a la vacunación contra fiebre amarilla en madres que amamantan:

- * Evitar vacunar si el niño tiene menos de 6 meses
- * Se puede vacunar si el niño tiene 9 meses o más.
- * En caso de recibir la vacuna si el niño tiene entre 6 y 9 meses, debe suspenderse la lactancia durante 14 días, haciendo extracciones para mantener la producción de leche y desechando la leche.

Una sola dosis de la vacuna protege para toda la vida, es muy probable que la madre ya la haya recibido, por ello es importante chequear la tarjeta de vacunación, para evitar interrupciones innecesarias de la lactancia.



Hace 3 días



<https://www.instagram.com/p/DVeonalDkOt/?igsh=MWkxY3E3aDkxOXZ1NQ==>

ANTE LA ALERTA
EPIDEMIOLÓGICA

As a library, the National Library of Medicine (NLM) provides access to scientific literature.

Inclusion in an NLM database does not imply endorsement of, or agreement with, the contents by NLM or the National Institutes of Health.

PMC PubMed Central®

Transmission of yellow fever vaccine virus from breast feeding mothers to their infants: reporting...

Because of yellow fever's serious impact on health, vaccination is the principal strategy to control the pmc.ncbi.nlm.nih.gov

28 días es el período adecuado de suspensión de lactancia para las madres lactantes de bebés menores de 9 meses

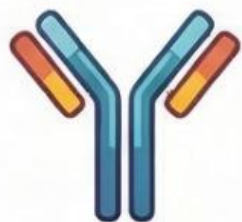
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10724650/>

9:25 p.m.

Vector Density / Epidemiological Zone	High Risk (Active Outbreak / Deep Rural)	PAHO: NOT RECOMMENDED CONSIDER EXCEPTIONALLY* (Assess Risk vs Benefit)	VACCINATE (Standard Protocol)	VACCINATE (Standard Protocol)
	Moderate Risk (Peri-urban / Sylvatic Fringe)	DEFER (Avoid Organogenesis)	TEST & PROTECT (Serology is generally not used for decision-making due to flavivirus cross-reactivity)	TEST & PROTECT (Serology is generally not used for decision-making due to flavivirus cross-reactivity)
	Low Risk (Urban / Vector Control)	DEFER VACCINE (Vector Control)	DEFER VACCINE (Vector Control)	DEFER VACCINE (Vector Control)
		First Trimester (< 12 Weeks)	Second Trimester (13 - 26 Weeks) Gestational Age	Third Trimester (> 26 Weeks)

¿Es suficiente una sola dosis? La Inmunidad a la Fiebre Amarilla en 4 Años

El Descenso de la Protección



Los anticuerpos caen a un tercio

1/3

Los niveles de protección tras 4 años bajaron drásticamente comparados con el primer mes.



Niños vs. Adultos: Una brecha de inmunidad



Interferencia por otros virus

Infecciones previas de Dengue o Zika pueden reducir la respuesta inmunológica a la vacuna.

Recomendaciones de Salud Pública



Evidencia para dosis de refuerzo

La pérdida de inmunidad respalda la necesidad de refuerzos, especialmente en zonas endémicas.



Refuerzo crítico a los 4 años

Se recomienda una segunda dosis a los 4 años para niños vacunados en la infancia.



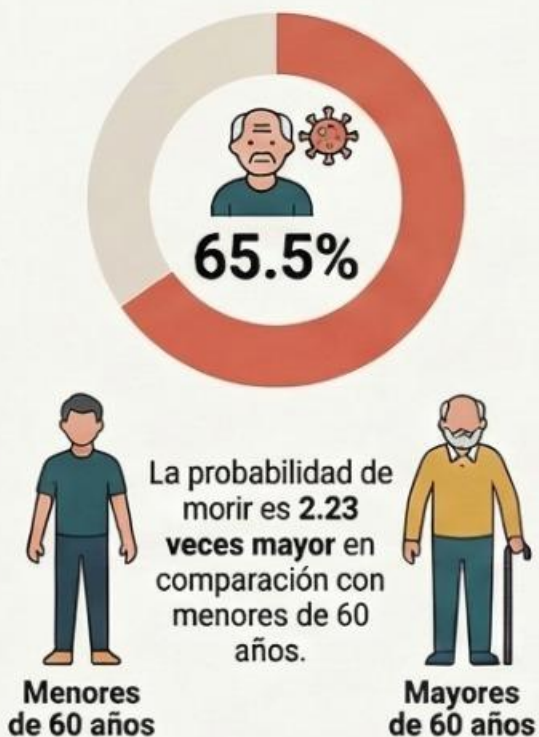
Seroreversión: Un riesgo latente

Muchos niños que inicialmente respondieron a la vacuna perdieron su inmunidad con el tiempo.

Fiebre Amarilla en Adultos Mayores: Una Vulnerabilidad Crítica en Sudamérica

Datos epidemiológicos de **Colombia, Brasil y Perú (2024-2026)** revelan que, aunque los adultos mayores representan solo una quinta parte de los casos de fiebre amarilla, concentran más de un tercio de las muertes, con tasas de letalidad que superan el **65%**.

DISPARIDADES EN EL RIESGO Y MORTALIDAD



Letalidad del 65.5% en adultos mayores



Riesgo crítico en mujeres mayores

El riesgo de letalidad asociado a la edad es **3.75 veces mayor** en mujeres.



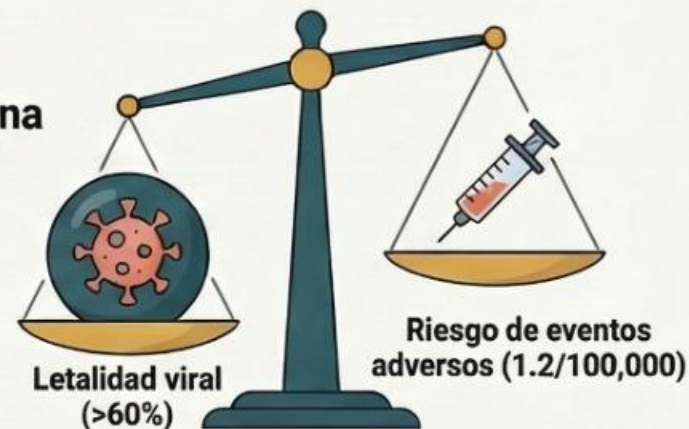
Vulnerabilidad por inmunosenescencia

El envejecimiento inmunitario y las comorbilidades reducen la capacidad de eliminar el virus eficazmente.

ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN Y SEGURIDAD

Beneficio de la vacuna frente al riesgo viral

La letalidad viral supera drásticamente el riesgo de eventos adversos.



Evaluación individual de riesgo-beneficio



Exposición



Historial de vacunación



Comorbilidades

La vacunación en ≥ 60 años requiere valorar estos factores.

Comparación del Impacto de la Enfermedad

Grupo de Edad	Tasa de Letalidad (CFR)	Odds Ratio de Muerte
Menores de 60 años	29.4%	Referencia
Mayores de 60 años	65.5%	4.56

Precaución no es Contraindicación



Precaución (Edad ≥ 60)
Requiere evaluación médica.



Contraindicación Absoluta
Inmunosupresión grave.

FIEBRE AMARILLA EN NIÑOS: EPIDEMIA REGIONAL 2024-2026

- En toda la región, para 2024–2026, es razonable estimar **5–25 casos pediátricos** y **2–12 muertes** en menores de 20 años, concentrados en contextos rurales, amazónicos o de frontera, con brechas de vacunación.
- La fiebre amarilla no es una enfermedad típicamente pediátrica, pero los niños y adolescentes no vacunados en zonas rurales y amazónicas constituyen un **“núcleo duro” de vulnerabilidad silenciosa**.

FIEBRE AMARILLA EN NIÑOS: EPIDEMIA REGIONAL 2024-2026

- “La baja proporción de casos pediátricos no significa bajo riesgo, sino baja visibilidad.”
- “El niño rural e indígena no vacunado es el verdadero ‘centinela olvidado’ de la fiebre amarilla.”
- “Integrar fiebre amarilla en el paquete ampliado de vacunación adolescente en zonas de riesgo es una prioridad estratégica.”
- “Mejorar el registro de edad en la vigilancia es tan importante como mejorar la cobertura vacunal.”

Fiebre amarilla en Venezuela: Emergencia y Reemergencia. Perspectiva sobre salud de niños y adolescentes.

Resumen estructurado

Introducción: La fiebre amarilla (FA) ha resurgido en Venezuela y América Latina entre 2016 y 2026, con brotes caracterizados por alta letalidad, expansión geográfica y brechas críticas de vacunación. En Venezuela, el MPPS notificó el 24 de febrero de 2026 un brote con **36 casos y 19 fallecidos (53 %)** en 14 estados, acompañado de epizootias en ocho entidades. Según la OPS, la región experimentó un incremento significativo de casos en 2025, con **189 casos y 74 muertes**, superando ampliamente el año previo.

Métodos: El documento sintetiza datos oficiales del MPPS, OPS/OMS y análisis epidemiológicos del autor, integrando cifras nacionales y regionales, características demográficas, coberturas vacunales y elementos de vigilancia. Incluye además observaciones sobre población pediátrica y zonas rurales.

Resultados: La epidemia 2016–2026 confirma que la FA es predominantemente **ocupacional, masculina y rural**, con casos pediátricos como señal de fallas en vacunación y vigilancia. En Venezuela, los estados más afectados fueron Barinas (11 casos, 7 muertes) y Monagas (5 casos, 0 muertes). La cobertura vacunal regional permanece por debajo del 80 %, y Venezuela alcanzó solo **56 % en 2023**, aumentando a **70,7 % en 2024**. La OPS advierte que el suministro de vacunas es insuficiente para la demanda regional. En niños y adolescentes, se estiman **5–25 casos y 2–12 muertes** para 2024–2026, concentrados en zonas rurales y amazónicas.

Conclusiones: La reemergencia de la FA refleja vulnerabilidades estructurales en vigilancia, vacunación y respuesta sanitaria. Los casos pediátricos, aunque pocos, representan un indicador crítico de riesgo. Se requiere fortalecer la vacunación universal, mejorar el registro epidemiológico y priorizar intervenciones en áreas rurales y de frontera.

Palabras clave: Fiebre amarilla, Latinoamérica, Venezuela, niños, epidemias, vacunas



La Comisión Científica del Hospital de Niños JM de los Ríos invita a los Médicos residentes, Especialistas y estudiantes, a la presentación de:



Fiebre Amarilla



Dr. Francisco Alejandro Rísquez
Pediatra Puericultor
Doctorando en Salud Pública
Jefe del Depto Medicina Preventiva
Capítulo de Epidemiología e
Inmunizaciones de la SVPP

Miércoles 08/04/2026
Hora 11:00am
Auditorio de Hospital JM de los Ríos

MUCHAS GRACIAS



Alejandro Rísquez Parra

Profesor Titular / Médico pediatra epidemiólogo
Jefe del Departamento Medicina Preventiva y Social
Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina, UCV
risqueza@gmail.com