Caracas, 28 de Febrero del 2026.

COMUNICADO

REEMERGENCIA DE FIEBRE AMARILLA EN VENEZUELA

La **Sociedad Venezolana de Infectología (SVI)**, ante la confirmación oficial por parte del Ministerio del Poder Popular para la Salud sobre la circulación del virus de la Fiebre Amarilla (FA) con afectación a humanos en 14 estados del país desde el año 2025, emite el presente documento técnico con el fin de orientar a la comunidad médica y a la población general sobre las medidas de prevención, detección y control.

1. La vacunación: el pilar de la prevención.

La FA es una enfermedad viral hemorrágica, grave y con elevada letalidad en personas no vacunadas. Es causada por un *arbovirus* de la familia *Flaviviridae*. La vacunación es la medida de salud pública más costo-efectiva disponible. La vacuna, utilizada desde 1938 y recomendada por la OMS/OPS para programas de rutina desde 1988, ha demostrado una eficacia y seguridad robustas. La inmunidad se desarrolla en el 80-100 % de los vacunados en un plazo de 10 días, y en más del 99 % en un plazo de 30 días.

· **Pauta vacunal:** Se requiere **una dosis única** de por vida para personas entre 1 a 59 años.

· **Contraindicaciones**: Hipersensibilidad a los componentes de la vacuna, inmunosupresión grave, niños menores de 9 meses, mujeres embarazadas (excepto durante brotes), personas con alergias graves al huevo.

En personas de 60 años o más, inmunosupresión no grave, embarazadas e inmunosupresión avanzada asociada al VIH, se requiere una evaluación médica individual de riesgo-beneficio antes de la inmunización.

Según el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), los países pueden exigir un comprobante de vacunación a los viajeros. Las exenciones médicas deben estar certificadas.

2. Transmisión.

El virus se mantiene en la naturaleza mediante el ciclo selvático donde circula entre primates no humanos (como los monos araguatos o aulladores) y los mosquitos de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes*. La transmisión al humano ocurre tras la picadura de mosquitos infectados, por lo que es crucial monitorear el entorno periurbano, donde el mosquito *Aedes aegypti* puede actuar como vector, facilitando el riesgo de urbanización de la enfermedad. Al tener reservorio en primates se considera enfermedad no erradicable. La muerte masiva de estos primates en zonas boscosas a menudo funciona como un centinela epidemiológico, alertando sobre la circulación activa del virus semanas antes de que se presenten los primeros casos en humanos.

SEDE SOCIEDAD VENEZOLANA DE INFECTOLOGÍA, Avenida Libertador, Parroquia El Recreo, Torre Maracaibo, Piso 12, Oficina 12-G, Caracas. RIF: J-30343931-4 Fax: 0212-763.10.23 Teléfono: 0212-761.47.11
Página Web: www.svinfectologia.org | E-mail: sociedadvenezolanadeinfectologia@gmail.com

3. Consideraciones clínicas y sospecha diagnóstica.

Debido a que el 55% de los casos pueden ser asintomáticos y que el espectro clínico varía desde formas leves (33%) hasta cuadros graves con falla hepática y hemorrágica (12 al 15 %), es imperativo mantener un **alto índice de sospecha.**

Después de un periodo de incubación de 3 a 6 días, pueden aparecer síntomas iniciales que son similares a los de otros arbovirus: fiebre, cefalea (dolor de cabeza), ictericia (coloración amarillenta de piel y mucosas), mialgias (dolores musculares), náuseas, vómitos y fatiga. Estos síntomas suelen desaparecer en un plazo de 3 a 4 días.

Los síntomas que presentan las personas infectadas con FA grave son: la recurrencia de fiebre alta, ictericia, vómitos, hemorragia (de boca, nariz, ojos y estómago), falta de atención, letargo, somnolencia, confusión mental, convulsiones, coma, insuficiencia orgánica y shock. La ictericia indica una enfermedad grave que justifica la hospitalización, a menudo en una unidad de cuidados intensivos (UCI). Alrededor del 50% de los pacientes en esta fase fallecen en un plazo de 7 a 10 días (letalidad).

La variabilidad en la presentación clínica, a menudo indistinguible de otras enfermedades endémicas en la región (dengue, chikungunya, zika, malaria, leptospirosis y fiebre hemorrágica venezolana), representa un desafío diagnóstico, por lo que es imprescindible tener alto índice de sospecha y apegarse a las definiciones epidemiológicas de caso.

Definición de Caso Sospechoso: Toda persona con fiebre aguda (≤ 7 días) de inicio súbito, acompañada de mialgias, náuseas y cefalea, sin síntomas respiratorios, que en los últimos siete días hayan vivido o frecuentado zonas con casos confirmados de FA en humanos, o en primates no humanos, así como zonas con antecedente de casos de FA, con antecedente vacunal desconocido o inexistente, y que presente:

- **Ictericia**: Aparición dentro de los 14 días posteriores al inicio de los síntomas.
- **Manifestaciones hemorrágicas:** Epistaxis (sangrado nasal), gingivorragia (sangrado por las encías), hematemesis (vómitos de sangre), melena (evacuaciones negras por sangrado) o hematuria (orinas con sangre).

4. Diagnóstico y manejo.

Las pruebas de detección iniciales de la FA en la atención primaria de salud incluyen la hematología completa, las transaminasas y la lactato deshidrogenasa (LDH). En zonas de circulación concomitante de dengue y FA, la prueba rápida NS1 para el dengue puede reaccionar de forma cruzada con la infección por el virus de la FA. Por consiguiente, incluso en casos con NS1 positivo, no se debe descartar la hipótesis de FA, especialmente si hay una elevación significativa en las transaminasas, más la AST que la ALT, con fosfatasa alcalina normal, bilirrubina alta y sin otras hepatopatías.

SEDE SOCIEDAD VENEZOLANA DE INFECTOLOGÍA, Avenida Libertador, Parroquia El Recreo, Torre Maracaibo, Piso 12, Oficina 12-G, Caracas. RIF: J-30343931-4 Fax: 0212-763.10.23 Teléfono: 0212-761.47.11
Página Web: www.svinfectologia.org | E-mail: sociedadvenezolanadeinfectologia@gmail.com

En relación a las herramientas diagnósticas se recomienda:

- **En los primeros 5-6 días de inicio de los síntomas**: Diagnóstico molecular mediante **RT-PCR**. Es el método de elección por su alta sensibilidad y especificidad, además de su capacidad de detección rápida.
- **Después de 7 días de inicio de los síntomas:** Detección de anticuerpos de inmunoglobulina tipo M dirigidos contra el virus de la FA (IgM anti-FA) mediante la prueba ELISA (sigla en inglés para Enzyme-Linked Immunosorbent Assay). Esta prueba, sin embargo, debe interpretarse considerando la epidemiología y la posibilidad de reactividad cruzada con otros *Flavivirus*.

En Venezuela, el diagnóstico está centralizado en el **Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel" (INHRR)** en Caracas, quien recibe muestras de suero o plasma y solicita un llenado adecuado de la ficha epidemiológica donde se incluya el inicio de los síntomas y de la toma de muestras enviadas. Es importante, buscar la orientación con el Servicio de Epidemiología del Hospital, de la ciudad donde se encuentre, para la toma y transporte correcto de la muestra.

No existe tratamiento etiológico específico. El manejo clínico se centra en el atención temprana y tratamiento sintomático. Las directrices de la OPS/OMS de manejo clínico de 2025 ofrecen un enfoque protocolizado.

5. Medidas de prevención integral.

La vacunación es la herramienta de control insustituible. No obstante, debe complementarse con estrategias de protección personal y ambiental, como lo son:

- **Protección personal:** Uso de repelentes (DEET 20-30% o Icaridina) y vestimenta de colores claros que cubran las extremidades, especialmente en entornos de riesgo (actividades agrícolas, mineras o recreativas).
- **Protección de indumentaria:** En zonas de alta exposición, se recomienda el uso de permetrina al 0.5% para tratar ropa y mosquiteros. *Nota: Este compuesto es de uso exclusivo textil, nunca cutáneo.*
- **Control de vectores:** Intensificar el saneamiento ambiental para eliminar criaderos, eliminar los lugares de reproducción de mosquitos (por ejemplo, agua estancada).
- **Barreras físicas:** Instalación de mallas en ventanas y uso de mosquiteros. Los pacientes sospechosos deben permanecer bajo mosquitero durante los primeros 5 días de fiebre para evitar la transmisión a mosquitos susceptibles. Los mosquiteros, incluso los tratados con insecticidas, son menos eficaces si se usan como única medida de protección general, ya que los mosquitos transmisores de la FA tienen hábitos de picadura diurnos.

SEDE SOCIEDAD VENEZOLANA DE INFECTOLOGÍA, Avenida Libertador, Parroquia El Recreo, Torre Maracaibo, Piso 12, Oficina 12-G, Caracas. RIF: J-30343931-4 Fax: 0212-763.10.23 Teléfono: 0212-761.47.11
Página Web: www.svinfectologia.org | E-mail: sociedadvenezolanadeinfectologia@gmail.com

6. Consideraciones epidemiológicas y recomendaciones.

La reemergencia de esta enfermedad es multifactorial. Además de las brechas en la cobertura vacunal nacional, influyen el crecimiento demográfico no planificado en zonas de riesgo, flujos migratorios hacia zonas de actividad extractiva, infraestructura de salud deficiente y los cambios climáticos globales, lo que requiere una respuesta fundamentada en el marco de "Una Sola Salud", integrando la vigilancia humana, animal y ambiental.

Para enfrentar este escenario, **la Sociedad Venezolana de Infectología recomienda:**

- Instar al personal de salud a verificar el antecedente vacunal en cada contacto clínico para identificar y vacunar de inmediato a los individuos susceptibles. Es prioritario intensificar la búsqueda activa en poblaciones de alto riesgo, asegurando además que todo viajero hacia los estados con circulación confirmada reciba la dosis única, 10 días antes del desplazamiento para garantizar una respuesta inmunológica efectiva y segura.
- Fortalecer las competencias técnicas del personal de salud, en especial del primer nivel de atención y de las redes de vigilancia epidemiológica, con énfasis en las zonas rurales y urbanas donde se describe el brote. Es imperativo estandarizar el uso de algoritmos de diagnóstico diferencial y optimizar el índice de sospecha clínica para garantizar la captación oportuna de casos.
- Restablecimiento de la periodicidad de los mecanismos de notificación oficial, tales como el **Boletín Epidemiológico Semanal y los Anuarios de Morbimortalidad.** El acceso sistemático a estos datos es un componente crítico para el diseño de estrategias de control de brotes.
- Fortalecer la red de laboratorios para el abordaje integral del síndrome febril hemorrágico, (incluyendo pruebas específicas para arbovirosis, malaria, leptospirosis, hepatitis y fiebre hemorrágica venezolana), fomentando alianzas regionales, agilizando el envío y procesamiento de muestras por parte del personal sanitario para reducir los tiempos de respuesta.
- Exhortamos a la población a notificar de inmediato a las autoridades de salud o ambiente el hallazgo de primates muertos o enfermos. Estos eventos actúan como centinelas ambientales que preceden a los casos humanos.

La Sociedad Venezolana de Infectología reitera su compromiso con la educación continua de la población y el apoyo técnico a las autoridades sanitarias. Exhortamos a la comunidad médica a mantenerse vigilante ante la reemergencia de enfermedades inmunoprevenibles, asegurando el cumplimiento estricto de las definiciones de caso y la notificación oportuna a las autoridades epidemiológicas.

La Junta directiva agradece los aportes hechos por los grupos temáticos: Vacunas; Epidemiología y Salud pública, incluida Una sola Salud y Medicina Tropical, Zoonosis, Medicina del viajero.

SEDE SOCIEDAD VENEZOLANA DE INFECTOLOGÍA, Avenida Libertador, Parroquia El Recreo, Torre Maracaibo, Piso 12, Oficina 12-G, Caracas. RIF: J-30343931-4 Fax: 0212-763.10.23 Teléfono: 0212-761.47.11
Página Web: www.svinfectologia.org | E-mail: sociedadvenezolanadeinfectologia@gmail.com

7. Lecturas recomendadas.

- 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, 25 de febrero de 2026. Disponible: http://www.sacs.gob.ve/site/wp-content/uploads/2026/02/SITUACION-FIEBRE-AMARILLA-25-FEBRERO-VENEZUELA.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2025). Directrices de la OMS para el manejo clínico de las enfermedades arbovirales: dengue, chikunguña, zika y fiebre amarilla. Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/handle/10665/381804
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica. Fiebre amarilla en la Región de las Américas, 31 de mayo del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025
- Gianchecchi E, Cianchi V, Torelli A, Montomoli E. Yellow Fever: Origin, Epidemiology, Preventive Strategies and Future Prospects. Vaccines (Basel). 2022 Feb 27;10(3):372. doi: 10.3390/vaccines10030372. PMID: 35335004; PMCID: PMC8955180.
- Johansson M.A., Vasconcelos P.F.C., Staples J.E. The whole iceberg: Estimating the incidence of yellow fever virus infection from the number of severe cases. Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 2014;108:482–487. doi: 10.1093/trstmh/tru092.
- Staples JE, O'Laughlin K. Yellow Fever. In: CDC Yellow Book 2026: Health Information for International Travel [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2025. Disponible en: https://www.cdc.gov/yellow-book/hcp/travel-associated-infections-diseases/yellow-fever.html
- Organización Panamericana de la Salud. Manejo clínico de la fiebre amarilla en la Región de las Américas. Experiencias y recomendaciones para los servicios de salud [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2023. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/57317
- Rodriguez-Morales AJ, Torres-Hernández D, Guevara ME, Chang-Cojulun A, Brea-Del Castillo J, Rios-Blanco R, Mérida-Barrios MI, Palmieri M, Avila-Agüero ML. Yellow fever in children and adolescents amid the South American outbreak, 2024/2025. New Microbes New Infect. 2025 Sep 3;67:101635. doi: 10.1016/j.nmni.2025.101635. PMID: 41050737; PMCID: PMC12491739.
- Srivastava S, Dhoundiyal S, Kumar S, Kaur A, Khatib MN, Gaidhane S, Zahiruddin QS, et al. Yellow Fever: Global Impact, Epidemiology, Pathogenesis, and Integrated Prevention Approaches. Infez Med. 2024 Dec 1;32(4):434-450. doi: 10.53854/liim-3204-3. PMID: 39660161; PMCID: PMC11627485.
- Reno E, Quan NG, Franco-Paredes C, Chastain DB, Chauhan L, Rodriguez-Morales AJ, Henao-Martínez AF. Prevention of yellow fever in travellers: an update. Lancet Infect Dis. 2020 Jun;20(6):e129-e137. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30170-5. Epub 2020 May 7. PMID: 32386609.
- Guía de manejo clínico del paciente grave con fiebre amarilla. Organización Panamericana de la Salud/OMS, Washington, D.C., 2026.

"LA CIENCIA COMO MOTOR DEL CAMBIO: LIDERANDO EL FUTURO"

SEDE SOCIEDAD VENEZOLANA DE INFECTOLOGÍA, Avenida Libertador, Parroquia El Recreo, Torre Maracaibo, Piso 12, Oficina 12-G, Caracas. RIF: J-30343931-4 Fax: 0212-763.10.23 Teléfono: 0212-761.47.11
Página Web: www.svinfectologia.org | E-mail: sociedadvenezolanadeinfectologia@gmail.com