

EDITORIAL

La reemergencia de la fiebre amarilla en Venezuela.

La fiebre amarilla es una enfermedad viral aguda, clasificada como una patología icterohemorrágica. Es una zoonosis que también afecta a primates de diferentes especies, los cuales son el reservorio principal de la infección, y se transmite al humano por diversos géneros de mosquitos (*Haemagogus*, *Sabethes* o *Aedes*), con ciclos urbanos y selváticos en las regiones endémicas¹. Esta arbovirosis, causada por un flavivirus, se transmite de forma accidental al humano cuando este invade áreas de riesgo sin la debida protección, denominándose fiebre amarilla selvática.

Venezuela forma parte de las zonas tropicales en América del Sur, junto a Brasil, Colombia, Bolivia, Perú, Ecuador, Guyana, Argentina y Paraguay, con circulación emergente y reemergente de esta arbovirosis. El virus fue aislado por primera vez en 1927 y fue una evidencia certera en el país desde 1961, cuando se realizó el primer aislamiento venezolano del virus de la fiebre amarilla a partir de un mono y de un caso humano fallecido en el estado Táchira¹⁻³.

En Venezuela, la fiebre amarilla se ha presentado en tres focos enzoóticos: San Camilo, en los estados Apure y Táchira; Sur del Lago de Maracaibo, en el estado Zulia; y Guayana, en el estado Bolívar, con extensiones hacia Amazonas. La existencia de estos focos y la casi inexistencia del control de vectores, junto al deterioro sanitario en el país, y al intercambio fronterizo y migratorio, han hecho que reaparezcan enfermedades que ya estaban controladas, con un impacto severo en la salud pública local, especialmente las prevenibles por vacunación como la fiebre amarilla³⁻⁵.

La situación de la fiebre amarilla en Venezuela ha escalado recientemente a un estado de alerta sanitaria tras confirmarse un brote que abarca varias regiones del país. Hasta mayo de 2026, los reportes de organismos oficiales de salud pública indican que se han registrado al menos 40 casos en humanos: 32 en 2025 y 8 en 2026, con 21 fallecimientos confirmados, lo que representa una tasa de letalidad superior al 50%, que históricamente ha caracterizado a esta infección^{6,7}.

El virus ha circulado recientemente en 14 estados del país, con mayor incidencia en Barinas, Monagas, Amazonas y Bolívar. También se ha detectado propagación hacia zonas previamente consideradas de bajo riesgo, lo que representa una propagación geográfica mayor que la de brotes anteriores, involucrando los focos enzoóticos existentes con mayor actividad en San Camilo. Hasta el momento, la transmisión se mantiene en el ciclo selvático, sin evidencia de circulación urbana. Estas infecciones se han caracterizado por un 57,5% de los casos concentrados en la población de sexo masculino, mayor incidencia en el grupo etario de 20 a 29 años (22,5%) y el riesgo ocupacional con alta vulnerabilidad en los agricultores, con historial de falta de vacunación, muy por debajo del 95% establecido como margen para prevenir epidemias⁸.

Este brote forma parte de un resurgimiento regional no solo en Venezuela, sino también en América Latina desde finales de 2024, que afecta a países como Colombia, Brasil, Perú, Bolivia, Ecuador y Guyana. En este contexto, Venezuela ocupa el cuarto lugar en incidencia de casos reportados⁷.

Por tal motivo, instituciones nacionales de salud e internacionales, como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), mantienen una vigilancia estrecha debido a la detección de virus en primates (epizootias) en 88 localidades de ocho estados, lo que indica una circulación viral activa en zonas boscosas y un riesgo inminente de desbordamiento hacia áreas periurbanas ^{6,8}.

El resurgimiento de la fiebre amarilla en Venezuela, representa una grave amenaza para la seguridad sanitaria regional ⁵. Análisis previos subrayan que la precariedad de los sistemas de vigilancia y las demoras diagnósticas, propician el reconocimiento clínico tardío de esta arbovirosis, agravando sus desenlaces ^{3,7}. Ante el incremento de casos, es imperativo establecer protocolos estrictos de movilidad en las zonas afectadas y ampliar la cobertura vacunal conforme a estándares internacionales, garantizando una vigilancia diferenciada en grupos vulnerables, como gestantes y adultos mayores.

Es fundamental destacar que la fiebre amarilla es una enfermedad prevenible mediante vacunación. De hecho, su inmunización es considerada uno de los logros más exitosos en la historia de la inmunología: una sola dosis de la cepa 17D (desarrollada en la década de 1930) basta para conferir protección de por vida a la mayoría de las personas. No obstante, investigaciones recientes sugieren que esta inmunidad difiere de la inducida por las cepas de tipo salvaje; el alcance de tales diferencias y sus mecanismos subyacentes aún no se han esclarecido por completo ⁹. En consecuencia, es necesario profundizar en el estudio de la respuesta inmunitaria frente a este virus, especialmente en contextos enzoóticos.

Asimismo, cabe subrayar que, a pesar de la eficacia de la dosis única, la falta de inversión en vacunas y las deficiencias logísticas para asegurar la cadena de frío y mantener su viabilidad, en especial en zonas rurales remotas, persisten como las principales barreras para el control de la enfermedad ⁹.

La reemergencia de la fiebre amarilla como desafío de salud pública se debe a una compleja red de factores ecológicos, logísticos y sociales. Entre ellos destacan la dinámica poblacional de vectores y reservorios, el aumento de la movilidad humana y las brechas en la cobertura vacunal. Además, las dificultades críticas en la producción y distribución de vacunas reflejan, en gran medida, el impacto de las prioridades y políticas gubernamentales en la gestión sanitaria ⁶.

Como la mayoría de las arbovirosis emergentes y reemergentes, la fiebre amarilla comparte determinantes que favorecen la permanencia y circulación de estos virus, como son el cambio climático, el uso de la tierra y la alteración de los ecosistemas (especialmente la incursión humana desmedida en ecosistemas vírgenes, impulsada por la minería ilegal y la deforestación), factores que obligan a los vectores selváticos y a los reservorios a desplazarse hacia asentamientos humanos, aumentando el riesgo de salida hacia el ciclo urbano. También contribuyen la urbanización no planificada, las fallas en la vigilancia epizootica y el limitado trabajo conjunto entre los organismos pertinentes ⁴.

En definitiva, esta reemergencia no es un evento fortuito, sino el resultado de la convergencia de fallas en la vigilancia virológica, entomológica e inmunológica, de cambios ambientales drásticos y de un silencio epidemiológico prolongado. Como una solución se ha planteado que la adopción del enfoque “Una Salud” (One Health) reduciría el riesgo de incidencia y brotes de fiebre amarilla en el futuro ¹⁰; sin embargo, a pesar de que puede ser factible y previsible el éxito de este modelo, se debe tomar como base imprescindible, la colaboración y comunicación entre las diversas partes interesadas, así como la publicación inmediata y regular de boletines epidemiológicos que alerten proactivamente y permitan la toma de acciones oportunamente.

Nereida Valero-Cedeño
ORCID 0000-0003-3496-8848

The reemergence of yellow fever in Venezuela

The reemergence of yellow fever in Venezuela poses a critical threat to the region's health security. After years of control, the persistent crisis has shifted surveillance from proactive to reactive. As of May 2026, official public health agencies report at least 40 human cases and 21 confirmed deaths, corresponding to a case fatality rate exceeding 50%. In addition to the inherent predisposing factors of arboviruses, increasing human mobility without adequate protection in jungle areas and the accumulation of susceptible, unvaccinated individuals are identified as key determinants. The epidemiological impact shows a notable demographic bias, predominantly affecting young men of working age (57.5% of cases), which exacerbates the socioeconomic consequences of this outbreak. Furthermore, ongoing enzootic and epizootic circulation of the virus, both in known hotspots and in border areas and regions previously considered low-risk, indicates a high potential for expansion. Under the One Health approach, given active viral circulation, it is imperative to reinstate vaccination protocols to close susceptibility gaps in rural and peri-urban regions that have not yet achieved the recommended immunization coverage, thereby completely blocking transmission and preventing the urban cycle. Similarly, it is necessary to optimize diagnostic turnaround times, strengthen entomological and ecological surveillance, bolster international cooperation to reduce the risk of spread to neighboring countries, provide timely alerts about epizootics, and issue travel protection recommendations.

REFERENCIAS

1. Valero N. A propósito de la fiebre amarilla en Venezuela. *Invest Clin.* 2003; 44(4): 269-271. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332003000400001&lng=es.
2. Finol E, Berrueta E, Levy A, Añez F, Espina LM, Maldonado M, et al. Evaluación retrospectiva de fiebre amarilla selvática en Venezuela, período 2003 - 2005. *Kasmera.* 2008;36(1):67-78. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0075-52222008000100008&lng=es.
3. Espinosa L, Mirinaviciute G. Health crisis in Venezuela: Status of communicable diseases and implications for the European Union and European Economic Area, May 2019. *Euro Surveill.* 2019;24(22):1900308. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.22.1900308>.
4. Chavero M, Guevara O, Figueroa L, Viera M, Sandoval-De Mora M, Carrión-Nessi FS, et al. Re-emergence of yellow fever in Venezuela: Report of the first case after 14 years. *Travel Med Infect Dis.* 2021; 41:102025. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2021.102025>.
5. Rodríguez-Morales AJ, Bonilla-Aldana DK, Suárez JA, Franco-Paredes C, Forero-Peña DA, Mattar S, et al. Yellow fever reemergence in Venezuela - Implications for international travelers and Latin American countries during the COVID-19 pandemic. *Travel Med Infect Dis.* 2021; 44:102192. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2021.102192>.
6. Pan American Health Organization. Current Yellow fever situation in the Americas: call for strengthened surveillance and vaccination efforts in enzootic and newly affected areas. *Rev Panam Salud Publica.* 2026;50: e51. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2026.51>.
7. Rodríguez-Morales AJ, Navarro JC, Forero-Peña DA, Romero-Alvarez D. Reemergence of yellow fever in Venezuela, 2025/2026. *New Microbes New Infect.* 2026; 70:101737. <https://doi.org/10.1016/j.nmni.2026.101737>.
8. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Venezuela. Boletín Epidemiológico. Semana Epidemiológica 14 del 5-11 de abril de 2026. Disponible en: <https://mpps.gob.ve/wp-content/uploads/2026/04/SE14-BOLETIN-EPIDEMIOLOGICO-SEMANA-14-2026-DEF-1.pdf>
9. Gonçalves AP, Almeida LT, Rezende IMd, Fradico JRB, Pereira LS, Ramalho DB, et al. Evaluation of humoral immune response after yellow fever infection: an observational study on patients from the 2017-2018 sylvatic outbreak in Brazil. *Microbiol Spectr.* 2024;12(5): e0370323. <https://doi.org/10.1128/spectrum.03703-23>.
10. Mensah EA, Gyasi SO, Nsubuga F, Alali WQ. A proposed One Health approach to control yellow fever outbreaks in Uganda. *One Health Outlook.* 2024;6(1):9. <https://doi.org/10.1186/s42522-024-00103-x>.