

Evaluación de Riesgo para la Salud Pública relacionado con la situación de fiebre amarilla en la Región de las Américas

23 de mayo del 2025

Evaluación de riesgos elaborada con los datos disponibles a 16 de mayo del 2025

Riesgo general
Regional
Alto

Confianza en la información disponible
Regional
Alto

Evaluación general de Riesgo

Esta evaluación rápida de riesgos (RRA por sus siglas en inglés) tiene como objetivo evaluar el riesgo actual para la salud pública asociado al aumento de casos de fiebre amarilla en el 2025 en los países endémicos de la Región de las Américas.

Este RRA se ha realizado considerando los siguientes criterios: (i) el riesgo potencial para la salud humana - incluyendo el riesgo de exposición, el comportamiento clínico-epidemiológico de la enfermedad, los indicadores de magnitud y gravedad, así como los factores de riesgo y determinantes más detallados-, con base en la tendencia creciente de casos confirmados durante 2024 y 2025, y la tasa de letalidad que fue del 50% en 2024 y del 40% en 2025; (ii) el riesgo de diseminación, en particular la posible propagación a áreas que históricamente han sido clasificadas como de bajo riesgo para la enfermedad, incluida la posibilidad de que una ola zoonótica se extienda a Panamá y otras áreas ecológicamente adecuadas; y (iii) el riesgo para la salud pública sobre las distintas capacidades de detección temprana, prevención y control en los países endémicos, la baja cobertura de vacunación, así como los desafíos relacionados a un escenario de escasez de vacunas contra la fiebre amarilla en la Región de las Américas.

La fiebre amarilla es una enfermedad hemorrágica aguda que es endémica en doce países y un territorio de la Región de las Américas: Argentina, el Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa, Guyana, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Trinidad y Tabago y la República Bolivariana de Venezuela (1, 2). La enfermedad ha causado numerosas epidemias con altas tasas de letalidad (TL) a lo largo de la historia. La fiebre amarilla puede ser difícil de distinguir de otras fiebres hemorrágicas virales como el arenavirus, el hantavirus o el dengue. En el contexto en el que se están presentado brotes de dengue, el diagnóstico de la enfermedad, especialmente durante las primeras fases, puede resultar difícil, especialmente cuando los trabajadores de la salud carecen de experiencia en la detección y el manejo de casos (1).

En 2024, se confirmaron 61 casos humanos de fiebre amarilla en la Región de las Américas, incluyendo 30 defunciones (TL= 50%), distribuidos en cinco países: Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú (3, 4). Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 20 del 2025, se han notificado 221 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 89 defunciones (TL= 40%) en cinco países. Esto muestra un aumento de más de ocho veces en comparación con el mismo período del 2024 (27 casos) (10). Los casos del 2025 se han reportado en: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú (5-9). En 2024, los casos se notificaron principalmente en toda la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú. En contraste, en 2025, los casos se registran principalmente en el estado de São Paulo en Brasil y el departamento del Tolima en Colombia, regiones fuera de la región amazónica de estos dos países (3- 4). El riesgo de introducción en entornos urbanos existe siempre que se intensifican los ciclos de transmisión selvática (1-4).

Cita sugerida: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Evaluación de Riesgo para la Salud Pública relacionado con la situación de fiebre amarilla en la Región de las Américas, 23 de mayo del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025.

El riesgo de brotes de fiebre amarilla en la Región de las Américas es actualmente clasificado como alto. La mayoría de los casos notificados durante 2024 y 2025 no tenían antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla (3, 4). Los niveles regionales de cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla en niños de 9 a 18 meses no eran óptimos antes de la pandemia de COVID-19, y han disminuido aún más entre 2020 y 2023, aumentando el número de poblaciones susceptibles. En 2023, Ecuador y Guyana alcanzaron coberturas de vacunación contra la fiebre amarilla superiores o iguales al 95%, mientras que Suriname y Trinidad y Tabago, reportaron coberturas entre el 90% y el 94%. Colombia reportó 86%, Paraguay 81% y seis países (Argentina, Bolivia, Brasil, Panamá, Perú y Venezuela) tuvieron una cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla inferior al 80% (11).

Aunque las capacidades de vigilancia, diagnóstico y vacunación han mejorado en los países endémicos, la fluctuación del suministro mundial de vacunas contra la fiebre amarilla sigue planteando un desafío. A partir de 2025, el suministro regional de vacunas sigue siendo muy limitado y no es suficiente para cubrir la demanda anual regional rutinaria.

El aumento de los casos confirmados de fiebre amarilla en la Región de las Américas ha remarcado la necesidad de reforzar la vigilancia, la vacunación de las poblaciones en riesgo y las estrategias de comunicación de riesgos entre las comunidades afectadas y para los viajeros que van a zonas donde se recomienda la vacunación. La exposición sistemática de los casos de fiebre amarilla a las actividades relacionadas con áreas selváticas pone de relieve la necesidad de adoptar enfoques dirigidos a los trabajadores de alto riesgo, las personas que trabajan en zonas silvestres o boscosas, como los leñadores, los agricultores y los profesionales del ecoturismo. Es necesario fortalecer el manejo clínico desde la identificación temprana, considerando en estos grupos de riesgo la sospecha inicial de fiebre amarilla, además del diagnóstico diferencial como otras enfermedades, por ejemplo, dengue, leptospirosis. De acuerdo con la clasificación de caso, los pacientes deben ser monitoreados en centros de salud con capacidad de resolución clínica e infraestructura de laboratorio clínico para dar seguimiento a la gravedad y permitir la derivación oportuna a la atención terciaria para el manejo de casos graves y complicaciones, para reducir la letalidad. Se recomienda designar hospitales de referencia para tratar a estos pacientes y, cuando no haya capacidad en el nivel primario o secundario, enviar a los pacientes directamente a estos hospitales de tercer nivel. Este enfoque debe difundirse entre los trabajadores de la salud en áreas endémicas. Además, se alienta a los países a que consideren la posibilidad de establecer reservas de vacunas a partir de sus existencias habituales, en función de la disponibilidad de las mismas, para garantizar una respuesta rápida ante posibles brotes (3).

El riesgo general relacionado con la situación de fiebre amarilla en la Región de las Américas, especialmente en los países endémicos, se clasifica como "Alto" con un nivel de confianza "Alto" basado en la información disponible.

La evaluación rápida del riesgo se revisará en caso de que se disponga de más información epidemiológica, clínica o virológica.

Criterios	Evaluación		Riesgo	Fundamento
	Probabilidad	Consecuencias		
Riesgo potencial para la salud humana	Muy probable	Menor	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Durante el 2025 se observó un aumento de casos de fiebre amarilla en comparación con 2022, 2023 y 2024 en los países endémicos de la Región de las Américas (Véase la evaluación de la exposición en la página 6) (3, 4). Si bien en 2024 los casos de fiebre amarilla se concentraron principalmente en la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú, en 2025 la enfermedad ha comenzado a desplazarse fuera de esta zona, a áreas más pobladas del estado de São Paulo, Brasil, y del departamento del Tolima, Colombia (3, 4). Las personas que trabajan en actividades agrícolas estacionales como la cosecha y la industria de extracción o que realizan actividades de ecoturismo en áreas silvestres y/o boscosas están expuestas a un mayor riesgo de exposición a la fiebre amarilla debido a la exposición a las picaduras de mosquitos que actúan como vector (3, 4). La tasa de letalidad (TL) puede llegar al 30 - 60% en los casos graves, y no existe un tratamiento específico (12). La TL observada durante 2024 en la Región de las Américas fue del 50% en 2024 y del 40% en el 2025 hasta la SE 20 (3, 4). La notificación y atención médica inoportuna de los casos debido a las dificultades para diagnosticar la fiebre amarilla, especialmente durante las primeras fases, y la falta de trabajadores de la salud experimentados podría influir negativamente en el pronóstico de la enfermedad.
Riesgo de propagación del evento	Muy probable	Mayor	Muy alto	<ul style="list-style-type: none"> Cambios recientes en la dinámica de la transmisión: La transmisión activa se ha expandido en regiones fuera de la región amazónica en Brasil y Colombia. Doce países y un territorio del Caribe y América del Sur son endémicos o tienen regiones endémicas de fiebre amarilla (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa, Guyana, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Trinidad y Tabago y Venezuela (3, 4). En las Américas existe el riesgo de transmisión del ciclo urbano, lo que podría conducir a brotes explosivos y su posterior propagación, debido a la presencia de <i>Aedes aegypti</i>. En Colombia, en las zonas recientemente afectadas, las poblaciones son muy susceptibles ante la ausencia de intervenciones preventivas previas a gran escala. El riesgo de propagación internacional hacia el norte: Panamá y Centroamérica. El riesgo de propagación internacional hacia el sur: El estudio y modelo de proyección realizado por el Ministerio de Salud de Brasil, utilizando datos históricos del país, conocido como modelo de corredores ecológicos, estimó que, para el período estacional 2024/2025 existe la posibilidad de propagación del virus a los estados del sur de Brasil y países como Argentina y Paraguay que reportaron sus últimos casos en 2008, también pueden verse afectados por la propagación (13).

Criterios	Evaluación		Riesgo	Fundamento
	Probabilidad	Consecuencias		
			Rojo	<ul style="list-style-type: none"> Los viajeros no vacunados que realizan actividades de ecoturismo o asisten a eventos masivos en áreas endémicas podrían infectarse y provocar la propagación del virus a nuevas áreas. Grandes epidemias de fiebre amarilla pueden ocurrir cuando las personas infectadas de zonas endémicas migran a zonas urbanas densamente pobladas con alta densidad de mosquitos, donde la mayoría de la población tiene poca o ninguna inmunidad dentro de un mismo país. Los mosquitos infectados de la especie <i>Aedes aegypti</i> podrían provocar la transmisión del virus de persona a persona. Asimismo, las migraciones de personas infectadas desde zonas endémicas podrían introducir el virus en países no endémicos con presencia del vector en la región de las Américas. El aumento de la población susceptible debido a la <i>baja cobertura de vacunación</i> entre las poblaciones expuestas (Véase la evaluación de contexto en la página 8) (11).
Riesgo de insuficiente capacidad de prevención y control con los recursos disponibles	Muy probable	Mayor	Muy alto	<ul style="list-style-type: none"> La persistencia de casos humanos de fiebre amarilla en la misma zona durante varias semanas refleja las dificultades para controlar la enfermedad. Las limitaciones para prestar servicios de vacunación a la población de zonas endémicas, debido al déficit de producción mundial de la vacuna, restringen el acceso ante la alta demanda debido al aumento de casos en algunas regiones y la propagación de la enfermedad a áreas más pobladas. Los países que son grandes productores podrían dar prioridad a sus necesidades nacionales de vacunación, lo que reduce la disponibilidad para otros países. Además, las campañas de vacunación mal planificadas en algunos lugares complican aún más el acceso a las dosis. El bajo rendimiento del programa de vacunación sistemática, caracterizado por una cobertura de vacunación heterogénea e insuficiente, distribución desigual de vacunas o interrupción en el suministro local, dificultad para identificar grupos objetivo, falta de registros de información completos, entre otras cosas, también limita la gestión de la vacunación (14). La vigilancia sistemática de las epizootias es nula o limitada en la mayoría de los países de la región. Se ha observado un bajo desempeño en la vigilancia de la fiebre amarilla, lo que se evidencia entre el tiempo transcurrido entre la atención sanitaria y la confirmación de los casos. Esto podría retrasar las acciones de detección, notificación, confirmación y control en la fuente (3). La capacidad de atención médica está sobrecargada debido al impacto de emergencias de salud pública concurrentes como el dengue y el Oropouche, entre otras (15, 16). La resistencia y la desinformación de la población sobre la dosis fraccionada de la vacuna contra la fiebre amarilla (3). Las cohortes susceptibles no se vacunan debido a la reticencia entre los grupos de edad jóvenes y adultos, principalmente hombres en edad productiva y laboral.

Información del contexto

Evaluación de la amenaza

Fiebre amarilla

La fiebre amarilla es una enfermedad hemorrágica aguda endémica en zonas tropicales de América y África que ha causado numerosas epidemias con altas tasas de mortalidad a lo largo de la historia. Los casos pueden ser difíciles de distinguir de otras fiebres hemorrágicas virales como el arenavirus, el hantavirus o el dengue. Su agente etiológico es el virus de la fiebre amarilla, un arbovirus del género *Orthoflavivirus* (familia Flaviviridae) transmitido por mosquitos de las especies *Aedes*, *Sabettus* y *Haemagogus* (1, 2).

Los síntomas de la fiebre amarilla suelen aparecer de 3 a 6 días después de la picadura de un mosquito infectado. En la fase inicial, incluyen fiebre, dolor muscular, dolor de cabeza, escalofríos, pérdida de apetito y náuseas o vómitos. En la mayoría de los pacientes, estos síntomas desaparecen después de 3 a 4 días (fase de remisión). Sin embargo, el 15% de los pacientes entran en una tercera fase, más tóxica, dentro de las 24 horas posteriores a la remisión inicial. Regresa la fiebre alta y varios sistemas del cuerpo se ven afectados, incluidos los riñones. La mitad de los pacientes que entran en esta fase tóxica mueren en un plazo de 10 a 14 días, mientras que el resto se recupera sin daños orgánicos significativos (1). El tratamiento es sintomático, dirigido a reducir los síntomas para la comodidad del paciente. Un tratamiento de soporte adecuado y precoz en los servicios de salud mejora las tasas de supervivencia. Actualmente no existe un fármaco antiviral específico para la fiebre amarilla, pero los cuidados específicos para tratar la deshidratación, la insuficiencia hepática y renal, y la fiebre mejoran los resultados (1, 2).

La fiebre amarilla es difícil de diagnosticar, especialmente durante las primeras etapas. Un caso más grave puede confundirse con malaria grave, leptospirosis, hepatitis viral (especialmente formas fulminantes), otras fiebres hemorrágicas, infecciones con otros flavivirus (como el dengue grave) o intoxicación. Las pruebas de reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR) en sangre y orina a veces pueden detectar el virus en las primeras fases de la enfermedad. En etapas posteriores, es necesario realizar pruebas para identificar anticuerpos (ELISA y PRNT) (1, 2).

La vacunación es la medida preventiva más importante contra la fiebre amarilla. La vacuna es segura, asequible y altamente efectiva, proporcionando inmunidad efectiva dentro de los 30 días al 99% de los vacunados. Una sola dosis es suficiente para conferir inmunidad sostenida y protección de por vida, sin necesidad de una dosis de refuerzo (1).

Fiebre amarilla en la Región de las Américas

Hay dos ciclos de transmisión de la fiebre amarilla: las diferentes especies de mosquitos que transmiten la enfermedad viven en diferentes hábitats: algunos se reproducen alrededor de las casas (domésticos) y otros en la selva (silvestres) (1). En el ciclo selvático, en los bosques tropicales el virus circula entre los primates no humanos (que son el principal reservorio del virus) y quizás entre los marsupiales susceptibles. La transmisión se produce a través de las picaduras de ciertas especies selváticas de mosquitos. En las Américas, los principales vectores son los mosquitos de los géneros *Haemagogus* y *Sabettus*. En este ciclo, los seres humanos que trabajan o viajan por zonas selváticas contraen la infección al ser picados por mosquitos infectados por el virus de la fiebre amarilla (1, 2).

El ciclo urbano se caracteriza por la circulación del virus entre humanos susceptibles. El virus se transmite a través de la picadura del mosquito *Aedes(Ae) aegypti*, un vector doméstico. El ciclo urbano comienza cuando una persona que ha contraído la infección en la selva se traslada a un centro urbano con alta densidad de *Ae. aegypti* durante la fase en la que el virus circula en su sangre (viremia), y una vez allí, es picado por este vector, que a su vez

transmite el virus a otro individuo susceptible, estableciéndose así la cadena de transmisión de la fiebre amarilla en el entorno urbano en el que los mosquitos infectados transmiten el virus de persona a persona (1, 2).

Evaluación de la exposición

Trece países y/o territorios del Caribe y Sudamérica son endémicos o tienen regiones endémicas para la fiebre amarilla (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana Francesa, Guyana, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Trinidad y Tabago, y Venezuela) (1, 2, 17). Desde 1960 hasta 2022, se han confirmado 9.397 casos de fiebre amarilla, incluidas 3.315 defunciones, en la Región de las Américas; la mayoría de estos casos han sido reportados por tres países: Brasil con 36% (n= 3.443, incluyendo 1.192 defunciones), Perú con 35% (n= 3.281, incluyendo 1.343 defunciones) y Bolivia con 16% (n= 1.553, incluyendo 516 defunciones) (1).

En 2024, se confirmaron 61 casos humanos de fiebre amarilla en la Región de las Américas, incluyendo 30 defunciones, distribuidos entre cinco países: Bolivia (n= 8 casos, incluyendo cuatro defunciones), Brasil (n= 8 casos, incluyendo cuatro defunciones), Colombia (n= 23 casos, incluyendo 13 defunciones), Guyana (n= 3 casos) y Perú (n= 19 casos, incluyendo nueve defunciones) (3).

En 2025, hasta el 16 de mayo del 2025, cinco países de la Región de las Américas han notificado un total de 221 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, incluidas 89 defunciones (TL 40%): Bolivia (n= 3, incluyendo un caso fatal (TL 33%)), Brasil (n= 110, incluyendo 44 defunciones (TL 40%)), Colombia (n= 64, incluyendo 26 defunciones (TL 41%)), Ecuador (n= 6 casos, incluyendo cinco defunciones (TL 83%)) y Perú (n= 38, incluyendo 13 defunciones (TL 34%)) (5-10).

En 2024, se notificaron casos humanos de fiebre amarilla principalmente en toda la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú. En 2025, los casos se han registrado principalmente en el estado de São Paulo en Brasil y en el departamento del Tolima en Colombia, ambas regiones por fuera de la región amazónica de los respectivos países. El número de casos confirmados de fiebre amarilla notificados en las Américas en 2025 hasta el momento muestra un incremento de ocho veces con respecto a los casos confirmados notificados en el mismo período del 2024 (27 casos) (10).

El modelo de estudio y proyección, conocido como modelo de corredores ecológicos, desarrollado por el Ministerio de Salud de Brasil, estimó que, para el período estacional 2024/2025, existe la posibilidad de propagación del virus en la región de Campinas/São Paulo, el sur del estado de Minas Gerais y la Serra da Mantiqueira (13). Por otro lado, el modelo de favorabilidad combinado indicó que los estados con mayor probabilidad de ocurrencia de fiebre amarilla son, en orden de mayor a menor probabilidad, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Paraná, Distrito Federal, Goiás, São Paulo, Mato Grosso do Sul y Minas Gerais. De cumplirse las proyecciones de este modelo, países como Argentina y Paraguay, que notificaron sus últimos casos en 2008, también podrían verse afectados (13, 17). Es importante señalar que los datos de ocurrencia disponibles y las incertidumbres inherentes a la modelización limitan el alcance territorial de estas proyecciones. A medida que se disponga de datos más actualizados, será posible ajustar el modelo con mayor precisión (13).

Tabla 1. Resumen de los brotes de fiebre amarilla en curso o notificados por país en 2025, hasta el 16 de mayo

País	Contexto
Bolivia	Desde principios del 2025 y hasta la SE 17, Bolivia ha notificado tres casos humanos confirmados de fiebre amarilla, incluido un caso fatal (TL: 33%). Se notificaron casos en los departamentos de Beni (n= 1), La Paz (n= 1 caso fatal) y Tarija (n= 1). El caso fatal no tenía antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla, mientras que los casos restantes informaron antecedentes de vacunación. Los tres casos fueron confirmados por pruebas de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa

País	Contexto
	inversa (RT-PCR) y tenían antecedentes de ingreso a áreas boscosas. Además, se confirmó un evento epizoótico (muerte de primates no humanos) en el municipio de San Buenaventura en el departamento de La Paz (5).
Brasil	Desde principios del 2025, hasta SE 17, Brasil notificó 110 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, incluidas 44 defunciones (TL: 40%). Se notificaron casos en los estados de Minas Gerais (n= 10, incluyendo cinco defunciones), Pará (n= 44, incluyendo siete defunciones), São Paulo (n= 55, incluyendo 31 defunciones) y Tocantins (n= 1 caso fatal). La mayoría de los casos, el 89,6% (n= 95), fueron hombres. Los casos tenían edades comprendidas entre los 10 y los 75 años, y los síntomas se iniciaron entre el 2 de enero y el 2 de abril del 2025. Solo un caso tenía antecedentes documentados de vacunación contra la fiebre amarilla. Todos los casos tenían antecedentes de exposición en áreas silvestres y/o forestales, debido a actividades ocupacionales o recreativas (5, 6).
Colombia	Desde el inicio del brote de fiebre amarilla a principios del 2024 hasta el 13 de mayo de 2025, se han notificado un total de 87 casos confirmados de fiebre amarilla en Colombia, incluidas 39 defunciones. En 2025, se notificaron un total de 64 casos confirmados de fiebre amarilla, incluidas 26 defunciones. Los casos fueron residentes de los siguientes departamentos: Caldas (n= 1 caso fatal), Cauca (n= 1 caso fatal), Guaviare (n= 1 caso fatal), Meta (n= 2 casos fatales), Putumayo (n= 3 casos, incluyendo un caso fatal) y Tolima (n= 56 casos, incluyendo 20 casos fatales). Los casos tenían edades comprendidas entre los 2 y los 83 años, con inicio de los síntomas entre el 6 de enero y el 4 de mayo del 2025. Todos los casos tenían antecedentes de exposición a zonas de riesgo de fiebre amarilla, definidas por el país. Dos de los casos tenían antecedentes documentados de vacunación contra la fiebre amarilla (5, 7). Hasta el 13 de mayo del 2025, se habían confirmado 41 epizootias de fiebre amarilla en primates no humanos en el país, incluidas 33 epizootias en el departamento de Tolima, siete en el departamento de Huila y una en el departamento de Meta (7). El actual brote de fiebre amarilla de casos humanos en el departamento del Tolima, que comenzó el 8 de octubre del 2024, se originó en la zona rural adyacente a la zona suroeste del Parque Natural Regional Bosque de Galilea, y actualmente afecta a doce municipios: Ataco (n= 11 casos), Chaparral (n= 1 caso), Cunday (n= 15 casos), Dolores (n= 2 casos), Espinal (n= 1 caso), Ibagué (n= 1 caso), Melgar (n= 1 caso), Palo Cabildo (n= 1 caso), Prado (n= 16 casos), Purificación (n= 5 casos), Valle de San Juan (n= 1 caso fatal) y Villarrica (n= 15 casos). Las edades oscilaron entre los 11 y los 89 años, y la fecha de inicio de los síntomas entre el 8 de septiembre del 2024 y el 4 de mayo del 2025. En el departamento del Tolima se registran 26 defunciones, con una tasa de letalidad de 37,7% (7).
Ecuador	Desde principios del 2025 y hasta el 3 de mayo, se han notificado seis casos confirmados de fiebre amarilla, incluidas cinco defunciones, en las provincias de Morona Santiago (n= 1 caso fatal) y Zamora Chinchipe (n= 5, incluidas cuatro defunciones). Los casos tenían edades comprendidas entre los 20 y los 66 años. Todos los casos tenían antecedentes de exposición en áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades ocupacionales, y fueron confirmados por RT-PCR (8).
Peru	En 2025, hasta el 15 de mayo, se notificaron 38 casos confirmados de fiebre amarilla, incluidas 13 defunciones, en los departamentos de Amazonas (n= 24, incluidas siete defunciones), Huánuco (n= 1 caso fatal), Junín (n= 3 casos), Loreto (n= 2 casos, incluido un caso fatal) y San Martín (n= 8, incluidas cuatro defunciones). De los casos confirmados, 88,57% (n= 31) eran varones, con edades comprendidas entre 1 y 57 años. Todos los casos tenían antecedentes de exposición en áreas silvestres y/o boscosas,

País	Contexto
	debido a actividades de trabajo agrícola, y el 71,8% de los casos no tenían antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla (9).

Evaluación del contexto

Cobertura de vacunación

Varios factores contribuyen a la perturbación de los sistemas de salud y obstaculizan la prestación sostenible de servicios de vacunación. Estos factores incluyen conflictos, inversión inadecuada en programas nacionales de inmunización, escasez de vacunas y los brotes de enfermedades (14). Entre 2014 y 2023, la cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla en los niños de 9-18 meses disminuyó en siete de los 12 países con zonas endémicas de fiebre amarilla en la Región de las Américas¹. Aunque los niveles regionales de cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla no eran óptimos antes de la pandemia de COVID-19, la cobertura de vacunación disminuyó significativamente entre 2020 y 2023, aumentando el total de poblaciones susceptibles en todos los países endémicos. En 2023, Ecuador y Guyana lograron una cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla mayor o igual al 95%, y solo dos países -Surinam y Trinidad y Tabago- tuvieron una cobertura entre el 90% y el 94%. Además, seis países tenían una cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla inferior al 80%: Argentina, Bolivia, Brasil, Panamá, Perú y Venezuela (11). En 2024, Guyana logró una cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla mayor o igual al 95%, y solo dos países -Colombia y Trinidad y Tabago- tuvieron una cobertura entre el 90% y el 94%. Además, cuatro países tuvieron una cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla inferior al 80%: Bolivia, Brasil, Perú y Venezuela, en dos países aún no se dispone de la información para el año 2024: Argentina y Panamá (11).

Figura 1. Cobertura oficial de vacunación con vacuna contra la fiebre amarilla. Países de la Región de las Américas*, 2014-2024.



*Nota: En Argentina y Panamá, la indicación para la administración de la vacuna contra la fiebre amarilla aplica solo para áreas de riesgo.

* Información de cobertura administrativa.

Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. Cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla (FA). Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 15 de mayo del 2025]. Disponible en: [https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/yellow-fever-\(yf\)-vaccination-coverage?CÓDIGO=ARG+BOL+BRA+COL+ECU+GUY+PAN+PRY+PER+SUR+TTO+VEN&YEAR=\(11\).](https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/yellow-fever-(yf)-vaccination-coverage?CÓDIGO=ARG+BOL+BRA+COL+ECU+GUY+PAN+PRY+PER+SUR+TTO+VEN&YEAR=(11).)

¹ Coberturas de vacunación no disponibles para Guayana Francesa.

Acceso a vacunas y gestión de las existencias

Para prevenir epidemias de fiebre amarilla en zonas de alto riesgo con baja cobertura de vacunación, es esencial que los brotes se identifiquen y controlen rápidamente mediante la vacunación. Se recomiendan varias estrategias de vacunación para prevenir brotes: 1) vacunación sistemática para niños de al menos un año de edad a nivel nacional, 2) campañas de vacunación masiva para aumentar la cobertura en personas de hasta 59 años de zonas de riesgo, 3) campañas de vacunación en respuesta a brotes y epizootias, 4) vacunación de viajeros a zonas enzoóticas (zonas de alto riesgo) (18). Sin embargo, en la actualidad, existen importantes retos relacionados con el suministro oportuno de la vacuna contra la fiebre amarilla, relacionados con los retrasos en la disponibilidad de suministros para el Fondo Rotatorio regional (FR) de la OPS para el acceso a las vacunas. El FR de la OPS es un mecanismo regional único de adquisición mancomunada que funciona desde 1979 en la región para ayudar a los Estados Miembros a acceder oportunamente a vacunas de calidad garantizada. A principios del 2025, la oferta disponible para los Estados miembros a través del FR es muy limitada e insuficiente para cubrir la demanda regional rutinaria para 2025.

El suministro mundial de vacunas contra la fiebre amarilla ha mostrado fluctuaciones considerables durante los últimos 10 años, con algunos años de suministro suficiente y otros años con una disponibilidad limitada. Cabe señalar que varios Estados Miembros de la OPS en América Latina y el Caribe no llevaron a cabo las campañas preventivas de recuperación durante los años en que la oferta no estuvo limitada. La reciente pandemia de COVID-19 y la continua sobrecarga operativa y financiera de los programas nacionales de inmunización podrían ser uno de los principales factores.

En 2025, la disponibilidad de suministros es limitada, por lo que los Estados Miembros de la OPS deben utilizar los suministros disponibles con mucho cuidado. Dependiendo de la disponibilidad de suministros (en consulta con el FR de la OPS), los países con campañas de vacunación preventiva programadas para aumentar la cobertura deben retomar sus planes y garantizar una cobertura de vacunación del 95% o más de manera homogénea antes de la evaluación de riesgos subnacional para evitar el desabastecimiento de vacunas y la readaptación oportuna de las estrategias.

La vacunación en respuesta a brotes debe considerar una evaluación cuidadosa de la población objetivo, basada en el riesgo de exposición y el historial de vacunación. En caso de disponibilidad limitada de dosis, se recomienda el uso de dosis fraccionadas de la vacuna contra la fiebre amarilla (0,1 ml), siguiendo las recomendaciones del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico de la OMS (SAGE) y del Grupo de Asesoramiento Estratégico de la OPS (GAE, antes Grupo Técnico Asesor -GTA). Los niños menores de dos años, las mujeres embarazadas y las personas que viven con el VIH y que son elegibles para la vacunación deben recibir una dosis estándar de 0,5 ml. Una dosis fraccionada no cumple con los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional como prueba de vacunación para viajes internacionales (19).

Tabla 2: Fortalezas y vulnerabilidades de los países y territorios de la Región de las Américas en relación con la fiebre amarilla, mayo del 2025

Fortalezas	Vulnerabilidades
<p>Coordinación</p> <ul style="list-style-type: none"> La Estrategia para Eliminar las Epidemias de Fiebre Amarilla de la OMS, lanzada en 2017, contó con la participación de 50 asociados y apoya a 40 países en riesgo de África y las Américas (1). En el 2018, el Departamento de Emergencias de la OPS y la Oficina de Innovación de UNICEF trabajaron en colaboración para explorar el potencial del aprendizaje automático para predecir áreas de incidencia de fiebre amarilla en las Américas y evaluar la importancia de los factores geográficos y ambientales (1). La Iniciativa de Eliminación (IE) de la OPS, lanzada en 2019 que tiene como objetivo eliminar 30 enfermedades transmisibles en las Américas para 2030, incluida la fiebre amarilla (20). <p>Vigilancia</p> <ul style="list-style-type: none"> La OPS/OMS ha publicado directrices para su uso a nivel nacional y subnacional, incluidas definiciones de casos, instrucciones para la recolección de muestras y la remisión a laboratorios, así como para la gestión de los esfuerzos de control. La OPS/OMS ha elaborado un mapa detallado de las zonas de riesgo de fiebre amarilla en América del Sur y Panamá, basado en las condiciones ambientales asociadas. La OPS ha emitido alertas y actualizaciones epidemiológicas regionales junto con recomendaciones para los Estados Miembros. La OPS publica una actualización semanal de la notificación de casos de fiebre amarilla en un tablero disponible públicamente en: shiny.paho-phe.org/yellowfever/ Durante la última década, la OPS ha impartido capacitación sobre vigilancia de epizootias y entomología de la fiebre amarilla en países de la zona endémica (por ejemplo Argentina, Colombia, Guyana, Perú, Suriname y Venezuela). 	<p>Coordinación</p> <ul style="list-style-type: none"> La puesta en práctica de los enfoques de «Una Salud» en muchos países es limitada, lo que afecta a la coordinación y la respuesta multisectoriales. Bajo nivel de coordinación entre el sector salud y otros actores públicos y privados en el control de vectores. <p>Vigilancia</p> <ul style="list-style-type: none"> En la mayoría de los países de la Región de las Américas la vigilancia sistemática de las epizootias es nula o limitada. Falta de notificación y detección de epizootias, especialmente en zonas remotas o boscosas. Desde la introducción del <i>Aedes aegypti</i>, el dengue se ha convertido en un problema primario de salud pública, con aumentos constantes tanto en la incidencia como en la extensión geográfica, y la transmisión selvática de la fiebre amarilla alrededor de los centros urbanos en los últimos años en algunos países ha suscitado preocupación por el riesgo de aparición o reaparición de fiebre amarilla urbana.

Fortalezas	Vulnerabilidades
<p>Laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> La OPS fortaleció los laboratorios de diagnóstico de arbovirus (RELD), y ahora al menos ocho países de la región han introducido la secuenciación genómica en el marco de la Estrategia Regional de Vigilancia Genómica de la OPS (21). Los Institutos Nacionales de Salud o los Laboratorios Nacionales de Salud Pública de todos los países considerados endémicos han implementado plenamente la detección molecular. En algunos de los países afectados se ha iniciado el proceso de descentralización del diagnóstico molecular. Publicación de guías de laboratorio para el diagnóstico de laboratorio de la fiebre amarilla (22). Asistencia técnica y seguimiento con laboratorios en países endémicos. 	<p>Laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> Casos detectados mediante diagnóstico diferencial de laboratorio con resultados negativos para dengue o sospecha de leptospirosis y confirmados mediante RT-PCR y/o inmunohistoquímica (en casos fallecidos). Capacidades subnacionales limitadas para el diagnóstico molecular, especialmente en zonas remotas. La detección viral en mosquitos (entomovirología) sigue siendo un desafío en la mayoría de los países.
<p>Manejo clínico</p> <ul style="list-style-type: none"> La Región cuenta con un grupo técnico internacional de expertos en fiebre amarilla que apoya las actividades de cooperación técnica en los países y la elaboración de directrices regionales para el tratamiento de los pacientes críticos. Publicación de guías de manejo clínico de la fiebre amarilla (23). 	<p>Manejo clínico</p> <ul style="list-style-type: none"> Algunos médicos no tienen la experiencia necesaria para detectar precozmente y tratar adecuadamente los casos de fiebre amarilla, incluidos los fracasos en el abordaje inicial y el diagnóstico diferencial. La estructura y los recursos de los centros de atención primaria y secundaria en las zonas remotas donde se producen y se tratan los casos no son adecuados y se encuentran en zonas de difícil acceso o a grandes distancias, lo que complica el traslado a centros de mayor complejidad. Aunque existen directrices regionales, no se centran en la atención de pacientes críticos. Es necesario desarrollar recomendaciones estándar para el manejo del paciente en la unidad de cuidados intensivos (UCI), incluido el tratamiento de las complicaciones.
<p>Vigilancia Entomológica y Control de Vectores</p> <ul style="list-style-type: none"> Las capacidades de vigilancia y control de vectores que se desarrollaron como parte de la respuesta a la arbovirosis se están aprovechando para la vigilancia en los países donde se han producido brotes de fiebre amarilla. 	<p>Vigilancia Entomológica y Control de Vectores</p> <ul style="list-style-type: none"> No existen medidas de control aplicables a los mosquitos selváticos, ya que se reproducen y viven en ambientes naturales.

Fortalezas	Vulnerabilidades
<p>Inmunización</p> <ul style="list-style-type: none"> La OPS/OMS promueve campañas masivas de vacunación preventiva durante los períodos interepidémicos. El Fondo Rotatorio (FR) para el acceso a las vacunas proporciona cooperación técnica a los programas nacionales de inmunización para mejorar la planificación de la demanda de vacunas, fortalecer la gestión de la cadena de suministro y las capacidades de previsión, y garantizar su financiación y sostenibilidad (24). Publicación de directrices para la gestión de stocks (18). Los países de la Región han implementado la metodología de "Microplanificación de actividades de vacunación de alta calidad" en programas de rutina o campañas de intensificación de la vacunación. Esta metodología permite centrarse en la planificación detallada a nivel local para optimizar el acceso y la respuesta oportuna a los brotes de enfermedades prevenibles por vacunación. En varios países se han adoptado estrategias de vacunación basadas en el riesgo utilizando la clasificación geográfica del riesgo. 	<p>Inmunización</p> <ul style="list-style-type: none"> Las poblaciones económicamente activas de los países endémicos se dedican a la agricultura, la ganadería, la caza, la pesca o las actividades forestales, la minería, los hidrocarburos y el turismo en zonas de riesgo enzoótico. Una parte importante de estas poblaciones no ha sido vacunada y es susceptible a la enfermedad (3). Llegar a las poblaciones en riesgo, como los grupos indígenas y los trabajadores de alto riesgo, en áreas remotas a las que solo se puede acceder por río o aire puede ser muy difícil para implementar actividades de vacunación, particularmente en las regiones amazónicas. Desafíos significativos para asegurar el suministro de la vacuna contra la fiebre amarilla debido a las limitadas capacidades de producción y disponibilidad a través del Fondo Rotatorio.
<p>Comunicación de Riesgos y Participación Comunitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de la coordinación de los socios. En los países donde se han producido brotes, se ha mejorado la comunicación de riesgos y la participación de la comunidad para reforzar su compromiso con la inmunización y las medidas recomendadas. Los países de la Región cuentan con Comités de Vacunación Segura, que juegan un papel fundamental en la comunicación de riesgos y en la elaboración de mensajes e información técnica para los diferentes públicos objetivo. También ayudan en el análisis y la respuesta a los Eventos supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI), asegurando un enfoque basado en la evidencia. 	<p>Comunicación de Riesgos y Participación Comunitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> Publicación de la OPS sobre los requisitos de prueba de vacunación para las personas que viajan a determinados países o ingresan a algunos países desde una zona donde la fiebre amarilla es endémica, actualizada hasta el 2017 (25). Comprensión limitada de la percepción del riesgo y los comportamientos de búsqueda de salud de las poblaciones afectadas, bajo nivel de conocimiento sobre el ciclo selvático de la enfermedad, incluidas las posibles situaciones de exposición y el papel de los primates como indicadores de la presencia del virus. Datos de comportamiento limitados para guiar estrategias específicas de comunicación de riesgos en poblaciones indígenas y rurales.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Temas: Fiebre amarilla. Washington, D.C.: OPS; 2025 [consultado el 15 de mayo del 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/fiebre-amarilla>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Control de la fiebre amarilla: Guía de campo. Washington, D.C.: OPS; 2005. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/722>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas, 3 de febrero de 2025. Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-americanas-3-febrero-2025>.
4. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica. Fiebre amarilla en la Región de las Américas, 24 de abril del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS;2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-americanas-24-abril-2025>.
5. Organización Mundial de la Salud. Disease Outbreak News, Yellow fever in the Region of the Americas, 16 May 2025. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON570>.
6. Ministério da Saúde Brasil. Informe Semanal nº 13 - COE Dengue e outras Arboviroses - SE 1 a 19 | 16 de maio. Brasilia: MSB; 2025. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/arboviroses/informe-semanal/2025/informe-semanal-no-13/>.
7. Instituto Nacional de Salud Colombia. Boletín Epidemiológico Semanal (BES) - Semana Epidemiológica 19 del 2025. Bogotá: INS; 2025. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscapor-eventos/BoletinEpidemiologico/2025_Boletin_evidemiologico_semana_19.pdf.
8. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. A950-A959 Fiebre Amarilla SE 19 / 2025. Quito: MSPE; 2025. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2025/05/Eventos-VECTORALES-DNVE-FA-SE-19.pdf>.
9. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades de Perú. Sala Situacional de Fiebre Amarilla. Lima: MINSa; 2025 [consultado 16 de mayo 2025]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/sala-fiebre-amarilla/tablero.html>.
10. Pan American Health Organization. Yellow fever Americas Region dashboard. Washington, D.C.: PAHO; 2025 [consultado 16 de mayo 2025]. Disponible en: <shiny.paho-phe.org/yellowfever/>.
11. Organización Mundial de la Salud. Cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla (FA). Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 15 de mayo del 2025]. Disponible en: [https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/yellow-fever-\(yf\)-vaccination-coverage?CODE=ARG+BOL+BRA+COL+ECU+GUY+PAN+PRY+PER+SUR+TTO+VEN&YEAR=](https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/yellow-fever-(yf)-vaccination-coverage?CODE=ARG+BOL+BRA+COL+ECU+GUY+PAN+PRY+PER+SUR+TTO+VEN&YEAR=).
12. Heymann DL: Editor. Manual de Control de Enfermedades Transmisibles. 21^a ed. Washington, D.C.: Asociación Americana de Salud Pública; 2022.
13. Ministério da Saúde Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - Nota Informativa Nº 35/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS. Brasilia: Saude; 2025. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/f/fiebre-amarela/notas-tecnicas-e-informativas/nota-informativa-no-35-2024-cgarb-dedt-svsa-ms>.

14. UNICEF. UNICEF data: Monitoring the situation of children and woman. Immunization, July 2024. New York: UNICEF; 2024 [consultado el 15 mayo del 2025]. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/child-health/immunization/>.
15. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Riesgo de brotes de dengue por la mayor circulación de DENV-3 en la Región de las Américas. 7 de febrero del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-riesgo-brotes-dengue-por-mayor-circulacion-denv-3-region-americas>.
16. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Oropouche en la Región de las Américas - 11 de febrero del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-oropouche-region-americas-11-febrero-2025>.
17. Organización Panamericana de la Salud. Fiebre amarilla: Número de casos confirmados y muertes humanas en países endémicos de las Américas, desde 1960. Washington, D.C.: OPS; 2024. [consultado el 15 de mayo del 2025]. Disponible en: https://ais.paho.org/phip/viz/ed_yellowfever.asp.
18. Organización Panamericana de la Salud. Fiebre amarilla en la Región de las Américas: Fiebre amarilla en la Región de las Américas: Manejo del inventario de reserva de vacunas (26 mayo 2022), Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56073>.
19. Organización Panamericana de la Salud. 1999-2024 TAG recommendations for Yellow Fever. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/1999-2024-tag-recommendations-yellow-fever>.
20. Organización Panamericana de la Salud. Noticias: El Fondo Mundial y la OPS fortalecen su alianza a través de la Iniciativa para la Eliminación de las Enfermedades Transmisibles. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2024-fondo-mundial-ops-fortalecen-su-colaboracion-traves-iniciativa-eliminacion>.
21. Organización Panamericana de la Salud. Noticias: Las Américas buscan ampliar la vigilancia genómica del dengue, chikungunya y otros virus transmitidos por mosquitos. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/16-8-2023-americas-busca-expandir-vigilancia-genomica-dengue-chikunguna-otros-virus>.
22. Organización Panamericana de la Salud. Diagnóstico de laboratorio de la infección por el virus de la fiebre amarilla. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/diagnostico-por-laboratorio-infeccion-por-virus-fiebre-amarilla>.
23. 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. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57317>.
24. Organización Panamericana de la Salud. Fondo Rotatorio de la OPS. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 15 de mayo del 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/fondo-rotatorio>.
25. Organización Panamericana de la Salud. Updated requirements for the International Certificate of Vaccination or Prophylaxis (ICVP) with proof of vaccination against yellow fever, 22 March 2017. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/updated-requirements-international-certificate-vaccination-or-prophylaxis-icvp-proof>.