

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.

Resumen de la situación

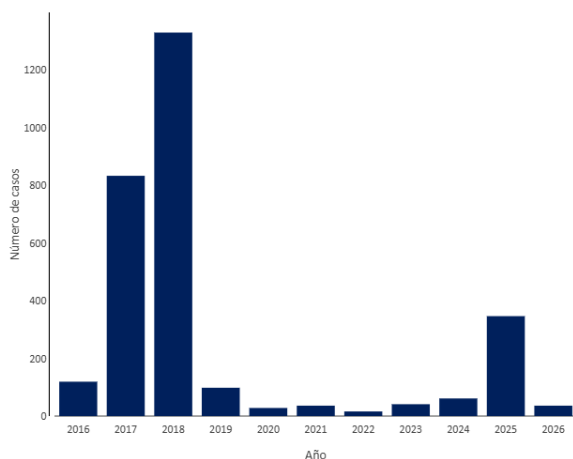
Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 53 del 2025 se notificaron 346 casos humanos confirmados de fiebre amarilla en siete países de la Región de las Américas, incluyendo 143 defunciones (tasa de letalidad [TL] 41%) (1-10). Esta cifra representa un aumento de 5,6 veces en comparación con 2024, cuando se reportaron 61 casos confirmados de fiebre amarilla (**Figura 1**). Los casos en 2025 fueron notificados en: el Estado Plurinacional de Bolivia (n= 8 casos, incluyendo dos defunciones), Brasil (n= 120 casos, incluyendo 48 defunciones), Colombia (n= 125 casos, incluyendo 46 defunciones), Ecuador (n= 11 casos, incluyendo ocho defunciones), Guyana (una defunción), Perú (n= 49 casos, incluyendo 19 defunciones) y la República Bolivariana de Venezuela (n= 32 casos, incluyendo 19 defunciones) (**Figura 2**) (1-10).

En 2026, entre la SE 1 y la SE 7, se notificaron 34 casos humanos confirmados de fiebre amarilla en cuatro países de la Región de las Américas, incluyendo 15 defunciones (TL: 44%) (1-10). Los casos se reportaron en: el Estado Plurinacional de Bolivia (una defunción), Colombia (n= 25 casos, incluyendo 13 defunciones), Perú (n= 2 casos) y Venezuela (n= 6 casos, incluyendo una defunción) (**Figura 2**) (1-10).

Comparado al número anual de casos reportados en las Américas entre los años 1960 a 2024, el número de casos notificados en 2025 es elevado, sin embargo, es similar al observado en otros años con alta incidencia como 1966 (n= 304 casos), 1998 (n= 280 casos) y 2003 (n= 243 casos) (11).

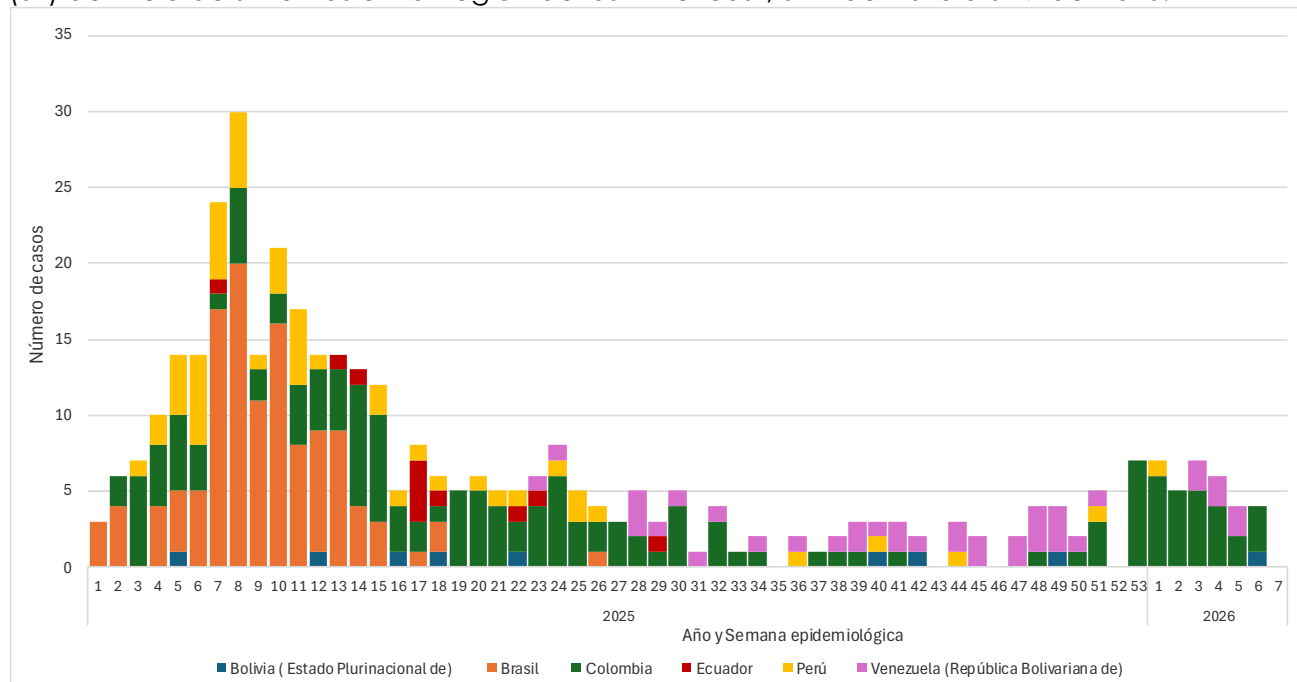
Cita sugerida: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Fiebre amarilla en la Región de las Américas, 13 de marzo del 2026. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026.

Figura 1. Casos confirmados de fiebre amarilla en humanos por año en la Región de las Américas, 2016 a 2026.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Tablero Fiebre Amarilla en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2025 [consultado 5 de marzo 2026]. Disponible en: <https://shiny.paho-phe.org/yellowfever/> (11).

Figura 2. Casos confirmados de fiebre amarilla en humanos por país y semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas en la Región de las Américas*, SE 1 del 2025 a SE 7 del 2026.



***Nota:** Incluye únicamente los casos para los cuales se dispone de información de inicio de síntomas por semana epidemiológica.

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

Ocurrencia de casos fuera de la región amazónica

Desde mediados de 2024, se ha observado la ocurrencia de casos humanos de fiebre amarilla en un área geográfica más amplia que la registrada en los años anteriores, incluyendo zonas de bosque montano en Colombia (Parque Natural Regional Bosque de Galilea, sobre la vertiente occidental de la cordillera Oriental que conecta con el páramo de Sumapaz) (**Figura 3 y Figura 4**) (4, 12).

En Brasil, la mayoría de los casos humanos durante 2025 se notificaron en 29 municipios de seis regiones del Estado de São Paulo: Araracuara (dos municipios), Campinas (ocho municipios), Macro Metropolitana Paulista (ocho municipios), Piracicaba (dos municipios), Sao José do Rio Preto (un municipio) y Vale do Paraíba Paulista (ocho municipios) (**Figura 3**) (2).

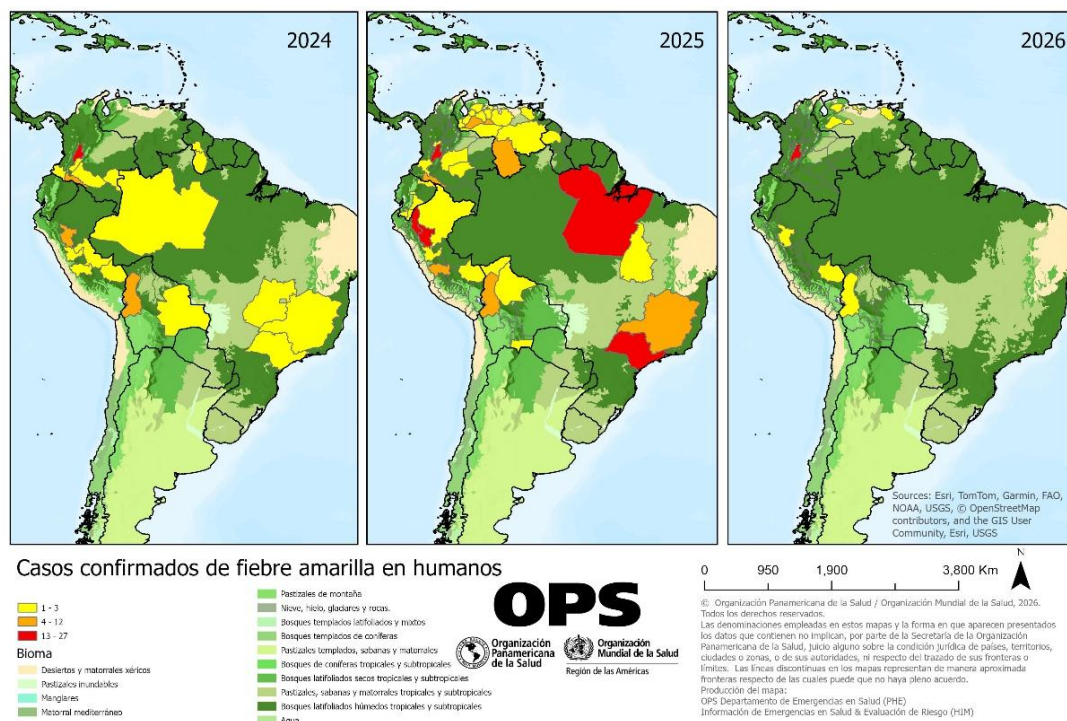
En 2025, una situación similar se reportó en Venezuela con casos de fiebre amarilla en humanos ocurridos en un área geográfica ampliada que incluyó 22 parroquias que no habían sido previamente clasificadas como zonas de riesgo en cuatro estados del país (Aragua, Barinas, Lara y Portuguesa). Los estados próximos a la onda enzoótica expansiva de San Camilo (Apure, Táchira, Lara, Mérida, Barinas, Portuguesa, Cojedes y Guárico) acumularon el 61% de los casos reportados en 2025 (**Figura 3 y Figura 4**) (13).

En 2026 los casos se registraron principalmente en Colombia en el departamento del Tolima y en Venezuela en los estados de Aragua, Barinas, Lara y Monagas (**Figura 3 y Figura 4**) (1-13).

En su conjunto, el reporte de casos de fiebre amarilla en un área ampliada del continente pone de manifiesto los continuos episodios de propagación del ciclo selvático en los bordes de los bosques, donde las actividades humanas se interceptan con ecosistemas de alta biodiversidad. Estas zonas ofrecen condiciones favorables para que los mosquitos que habitan en las copas de los árboles transmitan el virus a las poblaciones humanas a partir de reservorios no humanos (14, 15).

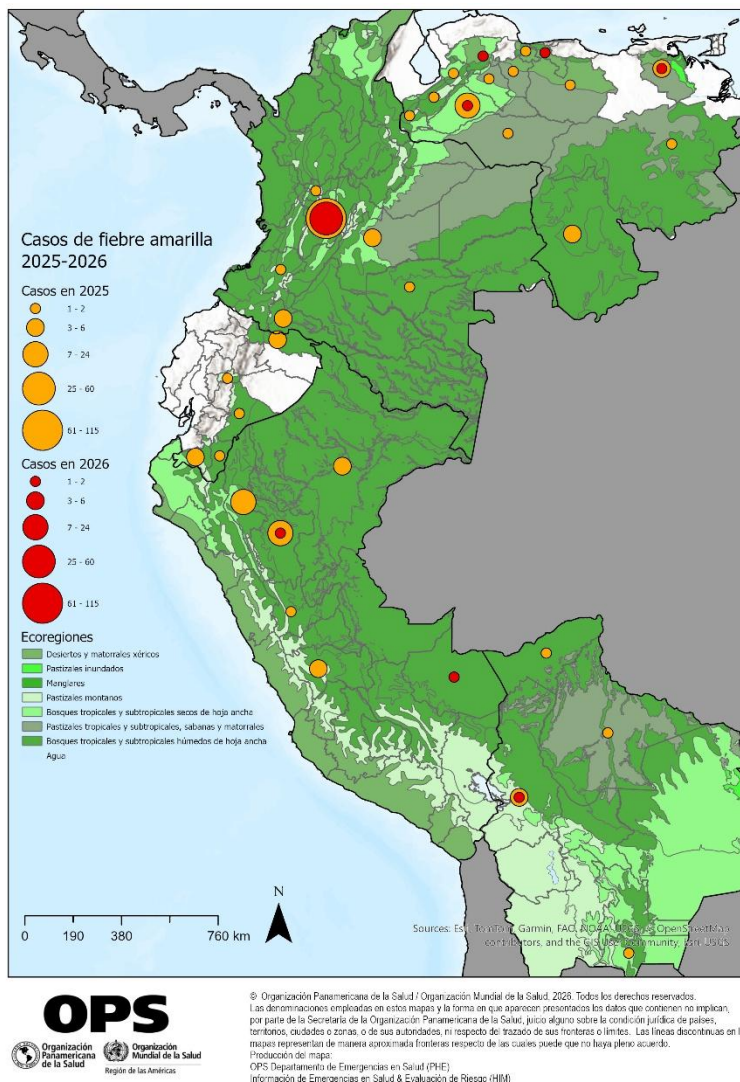
La detección de casos asociados a transmisión selvática en áreas cercanas a centros urbanos aumenta el riesgo de establecimiento de ciclos de transmisión urbana (14, 15).

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 4. Casos confirmados de fiebre amarilla en humanos en Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, 2025-2026 (hasta SE 7 del 2026).



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

La evaluación de riesgo para la salud pública relacionado con la situación de fiebre amarilla en la Región de las Américas realizada por la OPS en febrero del 2025 y actualizada en mayo de ese mismo año, clasificó el **riesgo general en las Américas como «Alto»**. Los factores que contribuyen a esta evaluación incluyen el aumento del número de casos, las altas tasas de letalidad y la propagación a zonas que antes no reportaban circulación del virus (16).

A continuación, se presenta la situación epidemiológica de fiebre amarilla en los países, por orden alfabético, que han notificado casos confirmados entre 2025 y 2026.

En **Bolivia**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron ocho casos confirmados de fiebre amarilla en humanos, incluyendo dos defunciones (TL: 25%). Los casos se notificaron en los departamentos de Beni (n= 2 casos), La Paz (n= 4 casos, incluyendo dos defunciones), Pando (n= 1 caso), Tarija (n= 1 caso) (1).

Los lugares probables de exposición correspondieron a los municipios de Rurrenabaque (n= 2 casos), departamento de Beni; en los municipios de Palos Blancos (n= 2 casos) y Guanay (n= 2 casos) en el departamento de La Paz; en el municipio de Tarija (n= 1 caso), en el departamento de Tarija; y en el municipio de Santa Rosa (n= 1 caso), en el departamento de Pando (1).

El 62% de los casos notificados en 2025 correspondieron a hombres (n= 5 casos). Las edades de los casos oscilaron entre 7 meses y 46 años. Seis de los casos informaron antecedente de vacunación contra fiebre amarilla y las dos defunciones ocurrieron en casos no vacunados (1).

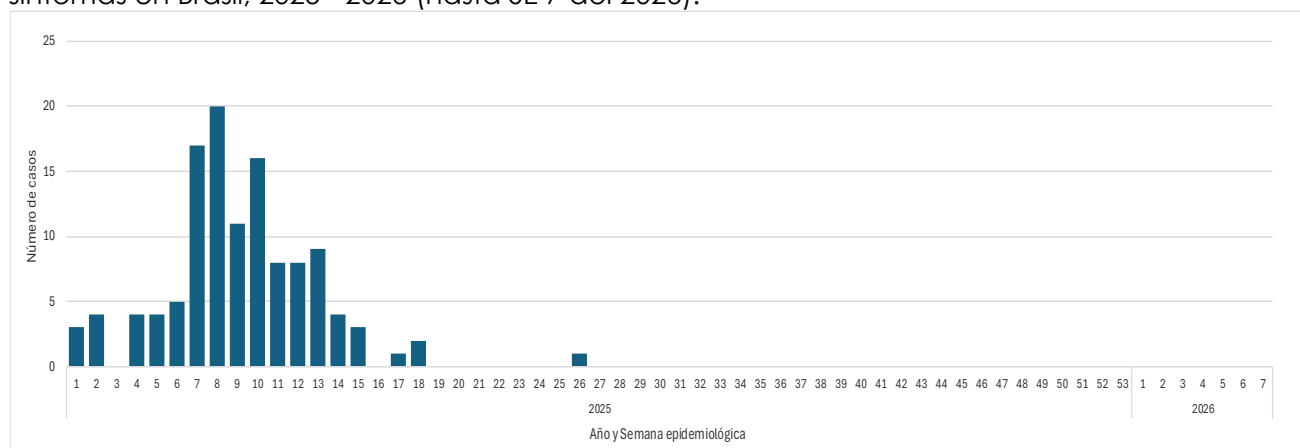
Adicionalmente, durante 2025 se confirmaron tres epizootias: dos en el departamento de La Paz, específicamente en los municipios de San Buenaventura y Coroico, y una en el departamento del Beni, en el municipio de Rurrenabaque (1).

Entre la SE 1 y la SE 7 del 2026, se notificó una defunción por fiebre amarilla. El caso correspondió al municipio de Apolo, departamento de La Paz. Se trató de un paciente de sexo masculino, de 20 años, con antecedente de desplazamiento a zonas endémicas de características boscosas, compatible con exposición al ciclo selvático de la enfermedad. El caso no contaba con antecedente de vacunación contra fiebre amarilla. Durante el mismo periodo no se registraron epizootias en primates no humanos (1).

En **Brasil**, en 2025, se notificaron 120 casos confirmados de fiebre amarilla en humanos, incluyendo 48 defunciones (TL: 40 %) (**Figura 5**). Los casos se notificaron en los estados de Minas Gerais (n= 12 casos, incluyendo cinco defunciones), Pará (n= 46 casos, incluyendo siete defunciones), São Paulo (n= 61 casos, incluyendo 35 defunciones) y Tocantins (una defunción) (**Figura 6**) (2, 3).

El 89% de los casos notificados en 2025 correspondieron a hombres (n= 107 casos). Las edades de los casos oscilan entre los 10 y 85 años e iniciaron síntomas entre el 2 de enero y el 22 de junio del 2025. Solo uno de los casos presentó antecedente de vacunación contra fiebre amarilla (2, 3).

Figura 5. Casos de fiebre amarilla en humanos por semana epidemiológica de inicio de síntomas en Brasil, 2025 - 2026 (hasta SE 7 del 2026).



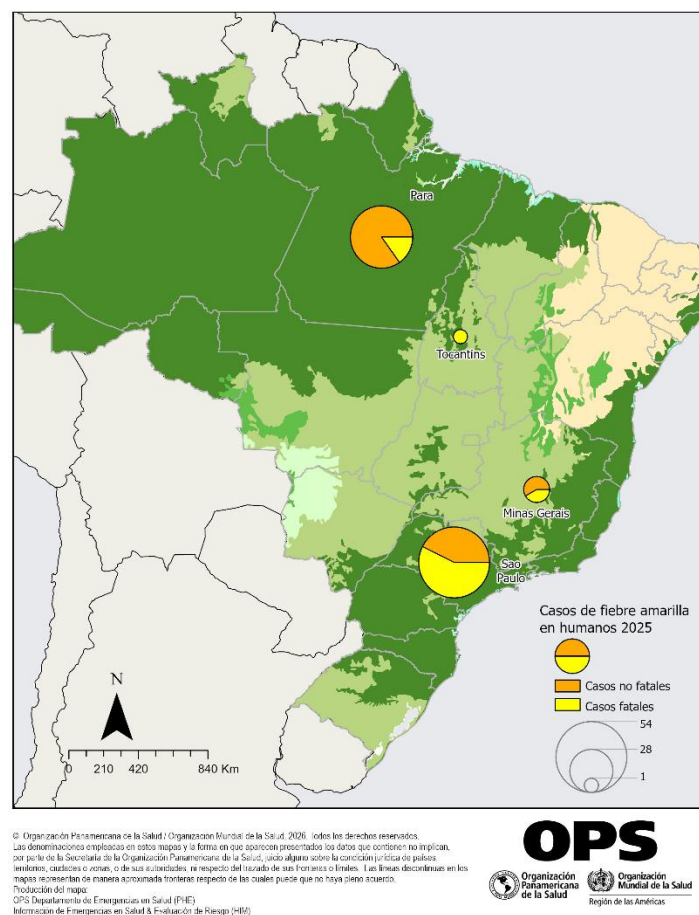
Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil (2).

Los lugares probables de exposición de los casos notificados en 2025 correspondieron, en el estado de Minas Gerais, a los municipios de Cambuí (n= 1 caso), Carmo de Minas (n= 2 casos),

Extrema (n= 1 caso), Gonçalves (n= 1 caso), Maria da Fé (n= 1 caso), Monte Sião (n= 1 caso), Poços de Caldas (n= 1 caso), Pouso Alegre (n= 1 caso), Sapucaí-Mirim (n= 1 caso), Silvianópolis (n= 1 caso) y Soledade de Minas (n= 1 caso); en el estado de Pará, a los municipios de Afuá (n= 1 caso), Breves (n= 44 casos) y Cametá (n= 1 caso); en el estado de São Paulo, a los municipios de Águas de Lindóia (n= 1 caso), Amparo (n= 2 casos), Bragança Paulista (n= 3 casos), Brotas (n= 3 casos), Caçapava (n= 6 casos), Campinas (n= 3 casos), Itatiba (n= 1 caso), Itirapina (n= 1 caso), Jambeiro (n= 3 casos), Joanópolis (n= 9 casos), Jundiaí (n= 2 casos), Monteiro Lobato (n= 1 caso), Nazaré Paulista (n= 4 casos), Paraibuna (n= 1 caso), Pedra Bela (n= 2 casos), Pedreira (n= 2 casos), Pindamonhangaba (n= 1 caso), Piracaia (n= 3 casos), Redenção da Serra (n= 1 caso), Santa Rita do Passa Quatro (n= 1 caso), São Carlos (n= 1 caso), São José dos Campos (n= 1 caso), São Pedro (n= 1 caso), Socorro (n= 3 casos), Taubaté (n= 1 caso), Tuiuti (n= 1 caso), Valinhos (n= 1 caso), Vargem (n= 1 caso) y Vinhedo (n= 1 caso); y en el estado de Tocantins, al municipio de Monte do Carmo (n= 1 caso) (**Figura 6**) (2).

Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en áreas selváticas y/o boscosas, asociado a actividades laborales o recreativas, y fueron confirmados por laboratorio. La fecha de inicio de síntomas del último caso confirmado en Brasil fue el 22 de junio de 2025. Desde entonces, y hasta la SE 7 de 2026, no se han confirmado nuevos casos de fiebre amarilla en Brasil (2, 3).

Figura 6. Casos de fiebre amarilla en humanos por estado en Brasil, 2025 (hasta SE 53).



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil (2).

Durante el 2025, en Brasil se confirmaron 124 epizootias por fiebre amarilla en primates no humanos. De ellas, 70 fueron notificadas en el estado de São Paulo, 38 en el estado de Goiás y 16 en el estado de Minas Gerais. Entre la SE 1 y SE 7 de 2026, no hubo epizootias confirmadas (2, 3).

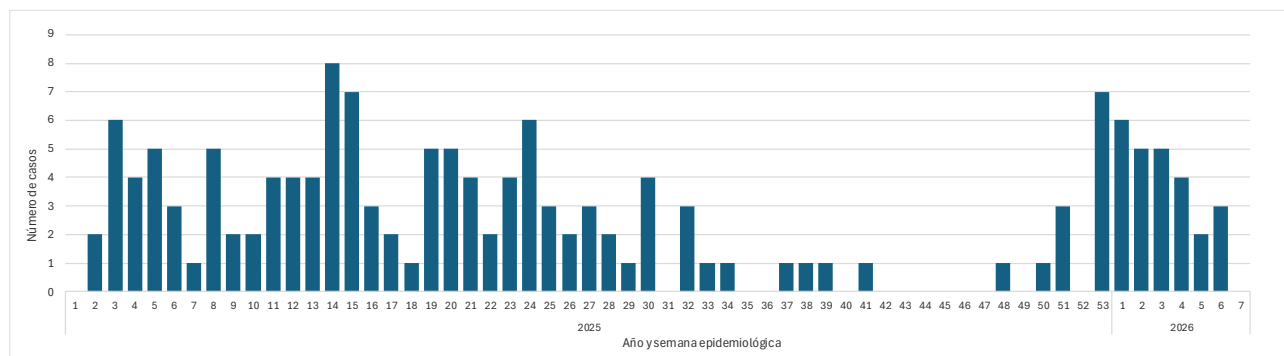
En **Colombia**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron 125 casos confirmados de fiebre amarilla en humanos, y tres casos procedentes del exterior; incluyendo 46 defunciones¹, confirmadas para fiebre amarilla (TL: 37%) (**Figura 7**). Los casos fueron registrados en los departamentos de Caldas (una defunción), Cauca (una defunción), Guaviare (una defunción), Meta (tres defunciones), Putumayo (n= 4 casos, incluyendo dos defunciones), y Tolima (n= 115 casos, incluyendo 43 defunciones) (4, 5).

Los lugares probables de exposición correspondieron al municipio de Neira (n= 1 caso) en el departamento de Caldas; el municipio de Piamonte (n=1 caso) en el departamento de Cauca; el municipio de Granada (n= 1 caso), La Macarena (n= 1 caso) y San Martín (n= 1 caso) en el departamento del Meta; el municipio de Orito (n= 3 casos) y Villagarzón (n=1 caso) en el departamento de Putumayo; el municipio de Ataco (n= 27 casos), Chaparral (n=11 casos), Cunday (n= 20 casos), Dolores (n= 4 casos), Espinal (n= 1 caso), Ibagué (n= 1 caso), Palocabildo (n= 1 caso), Prado (n= 18 casos), Purificación (n= 6 casos), Rioblanco (n= 8 casos), Valle de San Juan (n= 1 caso) y Villarica (n= 17 casos) en el departamento del Tolima (**Figura 8**) (4, 5).

El 80% de los casos correspondieron a hombres (n= 100 casos). Las edades de los casos oscilaron entre menor de 1 año y mayor de 80 años. Todos los casos presentaron antecedentes de exposición a zonas de riesgo para fiebre amarilla (4).

Entre la SE 1 y la SE 7 del 2026, se notificaron 25 casos confirmados, incluyendo 13 defunciones (TL: 52 %); todos los casos fueron notificados en el departamento de Tolima (4, 5).

Figura 7. Casos de fiebre amarilla en humanos por año y semana epidemiológica de inicio de síntomas en Colombia, 2025- 2026 (hasta SE 7 del 2026).



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Colombia (4).

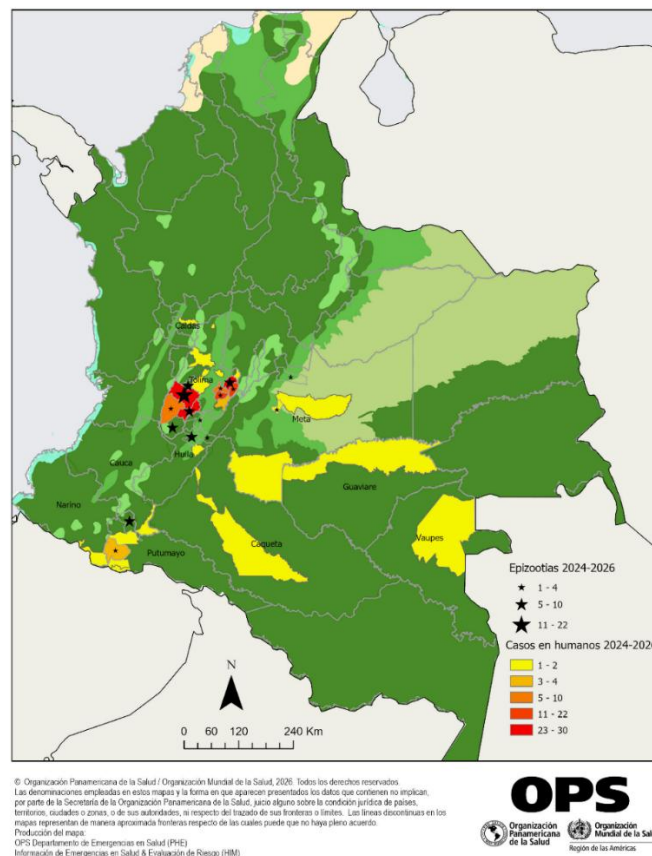
En el actual brote que se registra en el departamento del Tolima, entre 2024 y 2026, se notificaron 153 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 62 defunciones (TL: 41%). Este brote que comenzó en la SE 37 de 2024 y continúa durante 2025 y 2026, inició en la zona rural colindante a la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea, continuando en el Valle del Magdalena y que ha afectado trece municipios que son

¹ De los casos notificados, se registraron 51 defunciones; de estas, 46 fueron atribuidas a fiebre amarilla, mientras que cinco se debieron a otras causas.

identificados como de alto riesgo: Ataco (n= 27 casos, incluyendo diez defunciones), Chaparral (n= 27 casos, incluyendo nueve defunciones), Cunday (n= 30 casos, incluyendo 16 defunciones), Dolores (n= 4 casos, incluyendo una defunción), Espinal (una defunción), Ibagué (n= 1 caso), Ortega (n= 1 caso), Palocabildo (n= 1 caso), Prado (n= 20 casos, incluyendo siete defunciones), Purificación (n=8 casos, incluyendo cinco defunciones), Rioblanco (n= 10 casos, incluyendo cuatro defunciones), Valle de San Juan (una defunción) y Villarica (n= 22 casos, incluyendo ocho defunciones). El setenta y ocho por ciento de los casos correspondieron a hombres (n= 120 casos), las edades de los casos oscilaron entre los 10 y 80 años y más, y la fecha de inicio de síntomas entre el 8 de septiembre de 2024 y el 13 de febrero del 2026 (4, 5).

Durante el 2025 y hasta la SE 7 de 2026, se confirmaron 82 epizootias para fiebre amarilla por criterios de laboratorio, 65 en el departamento de Tolima en los municipios de Chaparral (n= 22), Ataco (n= 10), Cunday (n= 9), Planadas (n= 6), San Antonio (n= 5), Rioblanco (n= 4), Villarica (n= 3), Prado (n= 3) y Purificación (n= 3); ocho en el departamento del Huila en los municipios de Neiva (n= 3), Palermo (n= 3) y Aipe (n= 2); ocho en el departamento de Putumayo en los municipios de Mocoa (n= 6) y Orito (n= 2) y uno en el departamento del Meta en el municipio de Villavicencio (n= 1)(Figura 8) (4, 5).

Figura 8. Casos de fiebre amarilla en humanos y epizootias confirmadas de fiebre amarilla por departamento. Colombia, 2024- 2026 (hasta SE 7 del 2026).



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Colombia (4).

En **Ecuador**, entre la SE 1 y la SE 31 del 2025, se notificaron 11 casos confirmados de fiebre amarilla en humanos, incluyendo ocho defunciones (TL: 73 %). Los casos se registraron en las

provincias de Morona Santiago (n= 2 casos, incluyendo una defunción), Sucumbios (n= 3 casos, incluyendo una defunción) y Zamora – Chinchipe (seis defunciones) (6).

Los lugares probables de exposición correspondieron al cantón Sucúa (n= 1 caso) y Taisha (n= 1 caso) en la provincia de Morona Santiago; en los cantones Lago Agrio (n= 1 caso), Gonzalo Pizarro (n= 1 caso) y Putumayo (n= 1 caso) en la provincia de Sucumbios; los cantones de Zamora (n= 2 casos), Nangaritza (n=1 caso), Yantzaza (n= 1 caso), Centinela del Cóndor (n= 1 caso) y Zuma (n=1 caso) en la provincia de Zamora – Chinchipe (6).

El 82% de los casos correspondieron a hombres (n= 9 casos). Las edades de los casos oscilaron entre 13 y 71 años. Tres de los casos reportaron antecedente de vacunación contra fiebre amarilla. Desde la SE 31 del 2025 y hasta la SE 7 de 2026, no se notificaron casos confirmados ni defunciones en Ecuador (6).

En **Guyana**, en la SE 39 de 2025, se notificó una defunción por fiebre amarilla en humanos. El lugar probable de exposición fue la aldea de Sukapai, en la región de Cuyuni-Mazaruni. El caso tenía antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla y se informó de su exposición en zonas de riesgo de fiebre amarilla en el contexto de actividades agrícolas de tala y minería. Desde la SE 39 de 2025, no se han notificado casos sospechosos o confirmados (7).

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron 49 casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 19 defunciones (TL: 39 %). Los lugares probables de exposición correspondieron a los departamentos de Amazonas (n= 24 casos, incluyendo nueve defunciones), Huánuco (una defunción), Junín (n= 6 casos), Loreto (n= 3 casos, incluyendo una defunción), Madre de Dios (una defunción) y San Martín (n= 14 casos, incluyendo siete defunciones). El 80% de los casos correspondieron a hombres (n= 39 casos). Las edades de los casos oscilaron entre 2 y 78 años (8, 9).

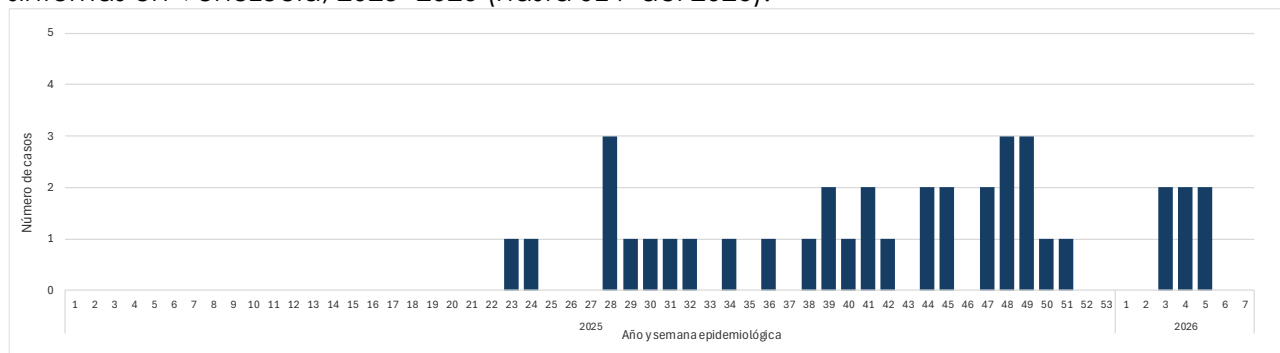
Entre la SE 1 y la SE 7 del 2026, se confirmaron dos casos en el departamento de Madre de Dios; adicionalmente se están investigando 7 casos en los departamentos de Cusco (n= 3 casos), Junín (n= 2 casos), Madre de Dios (n= 1 caso) y San Martín (n= 1 caso). No se notificaron defunciones (8, 9).

En **Venezuela**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron 32 casos confirmados de fiebre amarilla en humanos, incluyendo 19 defunciones (TL: 59 %). Los lugares probables de exposición correspondieron a los estados de Amazonas (n= 4 casos, incluyendo una defunción), Apure (n= 2 casos, incluyendo una defunción), Barinas (n= 11 casos, incluyendo siete defunciones), Bolívar (n= 2 casos, incluyendo una defunción), Carabobo (una defunción), Cojedes (una defunción), Guárico (una defunción), Lara (una defunción), Mérida (dos defunciones), Monagas (n= 3 casos), Portuguesa (n= 2 casos, incluyendo una defunción), Táchira (una defunción) y Trujillo (una defunción) (**Figura 9**) (10).

El 63% de los casos notificados correspondieron a hombres (n= 20 casos) y las edades oscilaron entre dos y 70 años con un promedio de 36 años (10).

Se observó una propagación de los casos humanos hacia áreas no consideradas como zonas de riesgo dentro de los estados de Aragua, Barinas, Lara y Portuguesa. Entre la SE 1 y la SE 7 del 2026, se notificaron 6 casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo una defunción (TL: 17 %). Los casos tuvieron como lugar probable de exposición los estados Aragua (n= 2 casos), Barinas (n= 1 caso), Lara (una defunción) y Monagas (n= 2 casos) (**Figura 10**) (10).

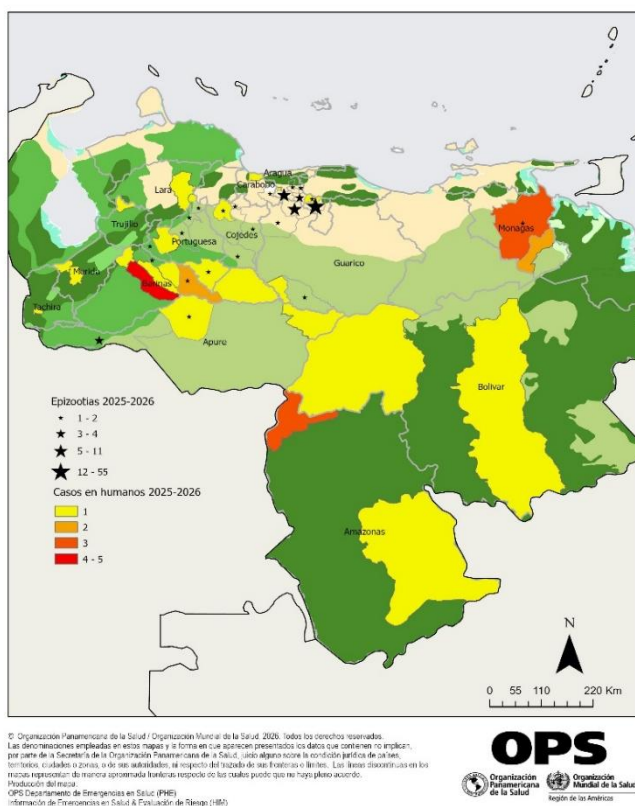
Figura 9. Casos de fiebre amarilla en humanos por año y semana epidemiológica de inicio de síntomas en Venezuela, 2025- 2026 (hasta SE 7 del 2026).



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

Durante el 2025, hasta la SE 53, se registraron 90 epizootias por fiebre amarilla en primates no humanos comprobadas en los estados de: Apure (n= 3), Aragua (n= 66), Barinas (n= 2), Carabobo (n= 2), Cojedes (n= 2), Guárico (n= 7), Lara (n= 1), Portuguesa (n= 6), Monagas (n= 1) de las cuales se confirmaron por laboratorio ocho epizootias. En 2026, hasta la SE 9, se registraron 19 epizootias en primates no humanos no confirmadas por laboratorio en los estados de Aragua (n= 8), Cojedes (n= 5), Apure (n= 2) y Guárico (n= 4) (**Figura 10**) (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).



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

Recomendaciones para las autoridades de salud

En la Región de las Américas, el riesgo de brotes de fiebre amarilla es elevado. Aunque la inmunización sigue siendo una de las intervenciones de salud pública más eficaces para prevenir esta enfermedad, la mayoría de los casos de fiebre amarilla en humanos registrados durante el 2024, 2025 y 2026 no contaban con antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla. Una preparación y respuesta adecuada a brotes de fiebre amarilla requiere la integración de varios componentes además de la vacunación; se debe considerar la vigilancia de epizootias y la vigilancia entomológica, el control de vectores y la comunicación de riesgo.

La OPS / OMS alienta a los Estados Miembros con áreas de riesgo a continuar con los esfuerzos en vigilancia y vacunación en zonas endémicas. Es fundamental que los países logren coberturas de vacunación de al menos 95% en las poblaciones de áreas de riesgo, de forma homogénea, y que las autoridades sanitarias aseguren contar con un inventario de reserva estratégica que les permita mantener la vacunación de rutina y, al mismo tiempo, responder de manera efectiva a posibles brotes (17).

A continuación, se recuerdan las recomendaciones sobre vigilancia epidemiológica, diagnóstico por laboratorio, manejo clínico y vacunación, respecto a este tópico **se brindan nuevas orientaciones en relación con las campañas preventivas o de puesta al día, así como a vacunación durante la respuesta a brotes.**

Vigilancia epidemiológica

Se recomienda a los Estados Miembros con áreas de riesgo para fiebre amarilla, implementar las siguientes estrategias para fortalecer la vigilancia (15):

- Emitir alertas epidemiológicas a los municipios y servicios de salud, con énfasis en las definiciones de caso. La notificación de caso debe ser inmediata, incluso si se trata de un caso sospechoso e independientemente de su estado de vacunación contra fiebre amarilla.
- Realizar la búsqueda activa de casos con síntomas compatibles con la definición de caso sospechoso y/o con síndrome febril icterico agudo en las zonas donde se han presentado casos, así como en los municipios aledaños y los lugares visitados por los casos durante los 3 a 6 días previos al inicio de la enfermedad.
- Realizar investigaciones retrospectivas de los certificados de defunción para identificar posibles casos compatibles con la definición de caso.
- Intensificar las acciones de vigilancia de epizootias, dado que la muerte de primates no humanos puede servir como alerta temprana para identificar la circulación de fiebre amarilla, lo que indicaría la necesidad de reforzar las acciones de vacunación, especialmente en áreas donde aún no se han detectado casos humanos. En las áreas con transmisión confirmada, los esfuerzos para identificar vectores y primates involucrados localmente pueden proporcionar información valiosa para apoyar actividades de comunicación de riesgo, educación en salud y vacunación dirigida.
- En caso de ser posible, georreferenciar los puntos de ocurrencia de muerte de primates no humanos y el lugar probable de exposición de los casos humanos para establecer los "corredores ecológicos" de la fiebre amarilla con el fin de identificar las zonas de

mayor riesgo que permitan anticipar las medidas preventivas y optimizar las acciones de vacunación.

- Colaborar con el sector de agricultura e involucrar a las empresas que emplean a trabajadores en actividades que implican exposición a áreas selváticas, para implementar medidas de comunicación en salud. Se recomienda actuar con base al apoyo de la vigilancia comunitaria en las áreas que se consideren de mayor riesgo.

Vigilancia de epizootias

La vigilancia de epizootias en primates no humanos constituye un componente fundamental para fortalecer la vigilancia de la fiebre amarilla, ya que actúan como centinelas naturales de la actividad viral en su ciclo selvático. La detección y confirmación temprana de mortalidad o enfermedad en primates permite identificar la circulación viral antes de que se produzcan casos en humanos, facilitando la activación oportuna de medidas de respuesta, como la intensificación de la vigilancia epidemiológica en humanos, la investigación de campo, el control vectorial y, especialmente, la vacunación preventiva en poblaciones en riesgo. En este sentido, la vigilancia sistemática de epizootias, integrada bajo un enfoque Una Salud, fortalece la capacidad de los sistemas de salud para anticipar y prevenir brotes, reduciendo el riesgo de transmisión y de ocurrencia de casos humanos de fiebre amarilla (14, 15).

Diagnóstico por laboratorio

El diagnóstico de fiebre amarilla se realiza principalmente mediante métodos virológicos (detección del virus o del material genético en suero o tejido) o, en algunos casos, por medio de pruebas serológicas para la detección de anticuerpos (18).

Diagnóstico virológico

- **Detección molecular:** Durante los primeros 5 días desde el inicio de síntomas (fase virémica) es posible realizar la detección del RNA viral a partir de suero mediante técnicas moleculares, como la Transcripción Reversa seguida de Reacción en Cadena de la Polimerasa (RT-PCR, por sus siglas en inglés) convencional o tiempo real. En ocasiones, el RNA viral puede detectarse hasta por 10 días (o más) desde el inicio de síntomas. Por esta razón, se recomienda realizar PCR a muestras tomadas hasta 10 días desde el inicio de los síntomas. Un resultado positivo por PCR (en presencia de controles adecuados) confirma el diagnóstico independientemente del día en que fue tomada la muestra (18). Es importante tener en cuenta que en pacientes con una vacunación reciente por fiebre amarilla (últimos 10 días respecto a la toma de la muestra), un resultado positivo puede indicar la detección del virus vacunal. En este escenario, una muestra positiva debe ser posteriormente procesada con un protocolo de PCR diferencial para excluir o confirmar virus procedente de la vacunación.
- **Diagnóstico post-mortem:** El estudio histopatológico con inmunohistoquímica en cortes de hígado constituye el “método de oro” para el diagnóstico de fiebre amarilla en casos fatales. Adicionalmente, los métodos moleculares a partir de muestras de tejido fresco o conservado en parafina pueden también ser utilizados para la confirmación de los casos. La detección puede ser realizada en condiciones de contención BSL2 (bioseguridad nivel 2, según sus siglas en inglés) (18).

Diagnóstico serológico

La serología (detección de anticuerpos específicos) es útil para realizar el diagnóstico de fiebre amarilla durante la fase post-virémica de la enfermedad (es decir, a partir del día 5 desde el inicio de los síntomas); sin embargo, se sugiere considerar la serología, únicamente si los resultados de PCR (en muestras hasta por 10 días) resulta negativa (18).

Un resultado positivo de IgM mediante la técnica de ELISA (principalmente captura de IgM, MAC-ELISA, por sus siglas en inglés) o cualquier otro inmunoensayo (inmunofluorescencia indirecta) en una muestra tomada a partir del quinto día de inicio de síntomas, es presuntiva de infección reciente por el virus de la fiebre amarilla. Actualmente no existen estuches comerciales validados para detección de IgM por ELISA. Por esto, procedimientos “caseros” (*in-house*) utilizando antígeno completo purificado, pueden ser estandarizados (18).

La confirmación de un caso de fiebre amarilla mediante ELISA IgM dependerá de la situación epidemiológica y del resultado del diagnóstico diferencial de laboratorio. Así, en áreas con circulación de otros flavivirus (principalmente dengue y Zika), la probabilidad de reactividad cruzada es mayor.

Otras técnicas serológicas incluyen la detección de IgG mediante ELISA y de anticuerpos neutralizantes por la técnica de neutralización por reducción de placas (PRNT, por sus siglas en inglés). El ELISA IgG es útil con muestras pareadas (tomadas con al menos una semana de diferencia), mientras que el PRNT (90%) puede ser útil con muestras pareadas, o con una sola muestra post-virémica siempre y cuando el ensayo incluya múltiples flavivirus (18).

Una seroconversión (resultado negativo en la primera muestra y positivo en la segunda), un aumento de más de 4 veces de los títulos de anticuerpos en muestras pareadas, o títulos detectables de anticuerpos contra la fiebre amarilla en una muestra post-virémica (PRNT 90%) es presuntivo de infección por fiebre amarilla. La confirmación de un caso de fiebre amarilla mediante estas técnicas dependerá de la situación epidemiológica y del resultado diferencial de laboratorio, ya que en áreas de co-circulación con otros flavivirus, la posibilidad de reactividad cruzada es mayor (18).

Asimismo, en áreas donde se llevan a cabo campañas de vacunación activa, puede ocurrir la detección de anticuerpos post-vacunales, por lo que el diagnóstico debe ser cuidadosamente interpretado (18).

Interpretación de resultados por serología y diagnóstico diferencial

La reactividad cruzada de las técnicas serológicas observada principalmente en infecciones secundarias por flavivirus debe ser considerada en áreas donde la co-circulación del virus de la fiebre amarilla con otros flavivirus (dengue, encefalitis de St. Louis, Zika, y otros del complejo encefalitis japonesa) está documentada y existe la probabilidad de que la población haya sido previamente infectada. Asimismo, se debe tener en cuenta que en individuos previamente vacunados contra la fiebre amarilla la IgM inducida por la vacuna puede ser detectada por varios meses e incluso por años (18).

Por ello, se recomienda realizar en paralelo la detección de anticuerpos para otros flavivirus e interpretar cuidadosamente los resultados tomando en cuenta el historial de vacunación, así como la información epidemiológica disponible (18).

En general, la técnica de neutralización por reducción de placas (PRNT) ofrece una mayor especificidad que la detección de IgM e IgG. Sin embargo, la reactividad cruzada también ha sido documentada para los ensayos de neutralización, por lo que también se recomienda la realización de esta técnica empleando antígenos para varios flavivirus (18).

Por otro lado, el diagnóstico diferencial de la fiebre amarilla debe incluir otros síndromes febriles y febriles-ictéricos como dengue, leptospirosis, malaria, hepatitis virales, entre otras, dependiendo del perfil epidemiológico del país o área afectada.

Un caso de fiebre amarilla será confirmado mediante técnicas serológicas sólo si el diagnóstico diferencial de laboratorio, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del país, resulta negativo para otros flavivirus.

Respuesta inmune post-vacunal

La vacunación induce una viremia relativamente baja que disminuye después de 4 a 7 días. Simultáneamente, se desarrolla una respuesta de tipo IgM que no puede ser diferenciada de la respuesta IgM inducida por una infección natural. Aproximadamente 10 días después de la vacunación, se considera que la persona está protegida contra una infección natural. Así, la respuesta IgM vacunal se podrá detectar alrededor del día 5 en adelante con un pico que se produce generalmente dos semanas después de la vacunación. Posteriormente, los niveles de estos anticuerpos tienden a disminuir. En una proporción significativa de personas vacunadas la respuesta IgM se puede detectar hasta por un mes después de la vacunación, y en algunos casos (principalmente viajeros), incluso hasta por 3-4 años. Por otro lado, los anticuerpos neutralizantes inducidos por la vacunación se pueden detectar por varias décadas. Con todo esto, la interpretación de los resultados serológicos en personas vacunadas resulta compleja, en particular aquellas que han sido vacunadas recientemente por lo cual los resultados deben ser evaluados cuidadosamente (18).

Las orientaciones para diagnóstico por laboratorio en la Región de las Américas incluyendo algoritmos de confirmación, se encuentran publicadas en el documento de la OPS de **Diagnóstico por laboratorio de la infección por virus de la fiebre amarilla** del 9 de septiembre del 2018 (18).

Manejo clínico

La fiebre amarilla es una enfermedad viral hemorrágica grave, de inicio abrupto y con una letalidad de entre el 30 y el 60% en sus formas graves (19). Es una enfermedad dinámica, sistémica, que se presenta en tres fases clínicas: a) fase de infección caracterizada por elevación de la temperatura corporal, b) fase de remisión, con presencia de albuminuria y c) fase toxémica, en la que aparecen manifestaciones hemorrágicas y signos de insuficiencia hepática aguda, como ictericia y encefalopatía hepática (20).

Actualmente no existe un tratamiento específico para la fiebre amarilla. Por lo tanto, la detección temprana de casos sospechosos o confirmados, el monitoreo de signos vitales, las medidas de soporte vital y el manejo de la insuficiencia hepática aguda continúan siendo las estrategias recomendadas para su manejo (20, 21).

Las recomendaciones actualizadas para el manejo clínico del paciente grave incluyen:

Tabla 1. Preguntas y recomendaciones basadas en evidencia, según fortaleza de la recomendación y certeza de la evidencia

No.	Pregunta	Recomendación	Fortaleza	Certeza	Observaciones
1	¿Se debe administrar profilaxis anticonvulsiva en pacientes graves con FA que presentan encefalopatía hepática y amonio elevado?	En pacientes graves con FA que presentan signos de encefalopatía hepática y/o amonio > 70 µmol/L, se sugiere administrar profilaxis anticonvulsiva	Condicional	Baja	Debido al riesgo de lesión hepática, es preferible usar anticonvulsivos que no tengan potencial efecto hepatotóxico. Debido a la elevación del amonio, se lo utiliza como un parámetro importante para el seguimiento de la lesión neurológica, por lo que es preferible no utilizar ácido valproico
2	¿Se debe administrar plasmaféresis intensiva en pacientes graves con sospecha o confirmación de FA?	En pacientes graves con sospecha o confirmación de FA se recomienda iniciar plasmaféresis intensiva.	Fuerte	Moderada	Los pacientes candidatos para esta terapia son aquellos que presentan dos análisis consecutivos con: • factor V < 30% del límite inferior de la normalidad; • concentración sérica de amonio > 70 µmol/L; • INR > 1,8, y • fibrinógeno < 100 mg/dL
3	¿Se debe realizar trasplante de hígado en pacientes graves con FA?	En pacientes graves con FA, se recomienda no realizar trasplante de hígado	Fuerte	Muy baja	n/a
4	¿Se deben administrar antivirales en pacientes graves con FA?	En pacientes graves con FA, se sugiere no administrar antivirales	Condicional	Muy baja	n/a

FA: fiebre amarilla; INR: índice internacional normalizado.

Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Guía de manejo clínico del paciente grave con fiebre amarilla (21).

Tabla 2. Declaraciones de buena práctica

No.	Buena práctica
1	En pacientes con sospecha de FA, además de las pruebas diagnósticas que se realizan habitualmente (hemograma y transaminasas) en la unidad de atención primaria de salud, se debe realizar la prueba de LDH
2	Todos los pacientes con sospecha de FA deben ser hospitalizados
3	Se debe mantener hospitalizados a todos los pacientes con sospecha de FA, independientemente de la gravedad de la enfermedad
4	En pacientes con sospecha de FA, se debe realizar el manejo clínico de los signos y los síntomas de la manera más apropiada, aunque no se haya confirmado la enfermedad
5	En pacientes con sospecha de FA, no se debe administrar la fluidoterapia agresiva utilizada en el tratamiento de los pacientes con dengue
6	En pacientes con sospecha de FA que tienen hiporexia, no se debe inducir la alimentación
7	En pacientes graves con FA, signos de alarma y dos pruebas consecutivas de bicarbonato sérico < 19 mEq/L, se debe iniciar tratamiento de reemplazo renal
8	En pacientes graves con FA, no se debe utilizar el pH como criterio primario de inicio de terapia de reemplazo renal
9	En pacientes graves con FA, sin sangrado activo y con plaquetas $< 20\,000$ células/ μ L, o con sangrado activo y plaquetas $< 50\,000$ células/ μ L, se debe realizar una transfusión de plaquetas
10	En pacientes con sangrado masivo y plaquetas $< 75\,000$ células/ μ L, también se debe considerar la transfusión de plaquetas
11	En pacientes graves con FA y Hb $< 7,0$ g/dL, se debe realizar una transfusión de concentrado de glóbulos rojos
12	En pacientes graves con FA, sin sangrado activo y fibrinógeno < 100 mg/dL, o con sangrado activo y fibrinógeno < 150 mg/dL, se debe realizar una transfusión de crioprecipitado de fibrinógeno
13	En pacientes graves con FA, sin sangrado activo y/o INR $> 2,0$, se debe realizar una transfusión de plasma fresco congelado
14	En pacientes graves con FA, con sangrado activo y fibrinógeno < 150 mg/dL, se debe administrar ácido tranexámico
15	En pacientes graves con FA que presentan alteraciones hemodinámicas y una respuesta insatisfactoria a la reposición de volumen, o al uso de fármacos vasoactivos, se debe descartar la presencia de miocarditis viral

No.	Buena práctica
16	En pacientes graves con FA, no se debe usar catéter de control de presión intracraneal o esofágica
17	En pacientes graves con FA, se deben evitar los procedimientos invasivos no esenciales
18	En pacientes graves con FA, se debe: • reforzar las medidas de prevención de infecciones asociadas a la atención médica; • realizar una vigilancia estrecha de infecciones bacterianas; • no usar profilaxis antibiótica
19	En pacientes graves con FA en fase de convalecencia, se debe evitar cualquier procedimiento invasivo por tres meses
20	En pacientes graves con FA en fase de convalecencia, se debe hacer un seguimiento ambulatorio tras el alta hospitalaria de hasta tres meses desde el inicio de la enfermedad

FA: fiebre amarilla; Hb: hemoglobina; INR: índice internacional normalizado; LDH: lactato deshidrogenasa; n/a: no aplicada; pH: potencial de hidrógeno.

Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Guía de manejo clínico del paciente grave con fiebre amarilla (21).

Las recomendaciones completas para el manejo se encuentran disponibles en: a) Guía de manejo clínico del paciente grave con fiebre amarilla, disponible en: <https://iris.paho.org/items/1428363c-3af1-4f07-ad70-c11f8e97f680> (21) y b) Manejo clínico de la fiebre amarilla en la Región de las Américas - Experiencias y recomendaciones para los servicios de salud, el cual se encuentra disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57317> (20).

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.

Campañas preventivas o de puesta al día:

- **Actualizar la evaluación de riesgo**, teniendo en cuenta cambios en factores ecológicos, migraciones, coberturas de vacunación, actividades socioeconómicas, así como el riesgo de urbanización, para orientar las medidas de vacunación y control en áreas de riesgo.
- **Estimar susceptibles por cohortes** en grupos de edad ampliados (2 a 59 años), para definir la población objetivo, determinar la meta de la campaña y los suministros necesarios, e identificar la población de mayor riesgo, como trabajadores en actividades que implican exposición en áreas selváticas o boscosas.
- **Realizar microplanificación** para definir las estrategias y tácticas de vacunación que garanticen coberturas de 95% o más en las poblaciones no vacunadas, grupos etarios con coberturas subóptimas y grupos de riesgo profesional y ocupacional.
- **Planificar con anticipación la campaña**, a fin de garantizar la disponibilidad oportuna y suficiente de vacuna considerando que el suministro global de las vacunas contra la fiebre amarilla ha sido limitado durante los últimos años. Establecer el cronograma de vacunación, preferentemente en los periodos inter-epidémicos.

Vacunación durante respuesta a brotes:

- **Definir la población objetivo**, basada en el riesgo de exposición y el antecedente de vacunación.
- **Diseñar la campaña** a partir de la definición de escenarios de vacunación priorizados mediante la evaluación de riesgo. En función del nivel de riesgo y el contexto temporal las áreas y actividades de vacunación se corresponderían con:
 - a. Áreas con transmisión activa confirmada (casos en humanos o epizootias confirmadas): deben ser la máxima prioridad para desplegar actividades de vacunación reactiva de inmediato (bloqueo), con el objetivo de interrumpir la cadena de transmisión.
 - b. Áreas de alto riesgo sin evidencia de circulación viral actual: realizar vacunación anticipada para reducir el riesgo de propagación, especialmente en regiones con alta densidad y movimiento poblacional, baja cobertura de inmunización, presencia significativa del vector, corredores enzoóticos, entre otros.
 - c. Áreas de bajo riesgo: en estas zonas, las actividades preventivas se reservan para periodos inter-epidémicos, incluyendo campañas preventivas y la recuperación de esquemas para cerrar brechas de susceptibles. Estas medidas contribuyen a mantener la población protegida y a fortalecer la preparación frente a futuros brotes.
- **Realizar verificación permanente del stock de vacunas**, para reducir las posibilidades de falta de existencias en caso de brotes.
- **Capacitar al personal de salud** para el uso, registro y posterior seguimiento de los usuarios que reciban la dosis fraccionada en caso de ser utilizada en el marco de la respuesta al brote.

- **Realizar adecuada comunicación de riesgo**, dirigida a trabajadores de salud y a la población en general sobre el término "dosis fraccionada" con el fin de evitar resistencia a la vacunación y desinformación.

En caso de limitada disponibilidad de dosis, se recomienda el uso de "**dosis fraccionadas**" de la vacuna contra la fiebre amarilla (0,1 ml) por vía subcutánea, conforme las recomendaciones del Grupo Estratégico Asesor de Expertos de la OMS (SAGE) y del Grupo Técnico Asesor de la OPS (GTA) (25, 26). Los niños menores de dos años, las mujeres embarazadas y las personas que viven con el VIH que tienen condiciones para ser vacunados, deben recibir una dosis estándar de 0,5 ml. Una dosis "fraccionada" no cumple con los requerimientos del Reglamento Sanitario Internacional, como prueba de vacunación para viajes internacionales.

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.

Vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI):

- La vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI) debe ser fortalecida durante la implementación de campañas de vacunación contra la fiebre amarilla, incluyendo a todos los actores involucrados: Autoridades Regulatorias Nacionales, Centros Nacionales de Farmacovigilancia y encargados de la vigilancia epidemiológica.
- Es fundamental la formación de los equipos de vacunación en las precauciones y contraindicaciones de las vacunas de fiebre amarilla y la definición de un flujo normalizado para seleccionar a las personas que se van a vacunar, a fin de minimizar los errores de inmunización y el riesgo de que se produzcan ESAVI, por ejemplo: la vacunación de personas inmunocomprometidas.
- Es necesario asegurar las condiciones de toma y procesamiento de muestras e interpretación en el proceso de investigación de casos graves que puedan corresponder a casos de enfermedad neurotrópica o viscerotrópica. La investigación de caso debe ayudar a cumplir los criterios de certeza de la colaboración Brighton y se debe llevar a cabo según el manual de vigilancia de ESAVI de la OPS (27).

Referencias

1. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Estado Plurinacional de Bolivia. Información de correo electrónico del 4 de marzo del 2026. La Paz; 2026. Inédito.
2. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) Brasil. Información de correo electrónico del 3 de marzo del 2026. Brasilia; 2026. Inédito.
3. Ministério da Saúde Brasil. Centro Nacional de Inteligência Epidemiológica e Vigilância Genômica. Febre Amarela. Brasilia: MSB; 2026. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-febre-amarela>.
4. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Colombia. Información de correo electrónico del 3 de marzo del 2026. Bogotá; 2026. Inédito.
5. Instituto Nacional de Salud. Fiebre Amarilla: Situación en Colombia. Bogotá; 2026. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/fiebre-amarilla-datos-ciencia-prevencion.aspx>.
6. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Ecuador. Información de correo electrónico del 4 de marzo del 2026. Quito; 2026. Inédito.
7. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Guyana. Información de correo electrónico del 28 de febrero del 2026. Georgetown; 2026. Inédito.
8. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Perú. Información de correo electrónico del 3 de marzo del 2026. Lima; 2026. Inédito.
9. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades de Perú. Sala Situacional de Fiebre Amarilla. Lima: MINSA; 2026 [consultado 26 de febrero 2026]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/sala-fiebre-amarilla/tablero.html>
10. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de La República Bolivariana de Venezuela. Información de correo electrónico del 23 de febrero y el 8 de marzo del 2026. Caracas; 2026. Inédito.
11. Organización Panamericana de la Salud. Tablero Fiebre Amarilla en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2025 [consultado 5 de marzo 2026]. Disponible en: <https://shiny.paho-phe.org/yellowfever/>.
12. Corporación Autónoma Regional del Tolima. Bosque de Galilea: nuestro mayor patrimonio ambiental. Ibagué: CORTOLIMA; 2023 [consultado el 12 de marzo del 2026]. Disponible en: <https://cortolima.gov.co/revista-categoria/3837-bosque-de-galilea-nuestro-mayor-patrimonio-ambiental>.
13. Ministerio del poder popular de para la Salud. Fiebre Amarilla en Venezuela. Situación actual, alerta y respuesta estratégica, 25 de febrero del 2026. Caracas: MPPS; 2026. Disponible en: <https://mincyt.gob.ve/wp-content/uploads/2026/02/SITUACION-FIEBRE-AMARILLA-25-FEBRERO-VENEZUELA-1.pdf>.
14. Organización Panamericana de la Salud. Temas: Fiebre amarilla. Washington, D.C.: OPS; 2025 [consultado el 12 de marzo del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/fiebre-amarilla>.
15. Organización Panamericana de la Salud. Control de la fiebre amarilla: Guía Práctica. Washington, D.C.: OPS; 2005. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/722>.

16. 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. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/evaluacion-riesgo-para-salud-publica-relacionado-con-situacion-fiebre-amarilla-region>
17. Organización Panamericana de la Salud. Fiebre amarilla en la Región de las Américas: manejo del inventario de reserva de vacunas, 26 de mayo del 2022. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56073>.
18. Organización Panamericana de la Salud. Diagnóstico por laboratorio de la infección por 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>.
19. Heymann DL: Editor. Control of Communicable Diseases Manual. 21st ed. Washington, D.C.: American Public Health Association; 2022.
20. 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>.
21. Organización Panamericana de la Salud. Guía de manejo clínico del paciente grave con fiebre amarilla. Washington, D.C.: OPS; 2026. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/1428363c-3af1-4f07-ad70-c11f8e97f680>.
22. Organización Panamericana de la Salud. Vacuna contra la fiebre amarilla. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 12 de marzo del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/vacuna-contra-fiebre-amarilla>.
23. Organización Mundial de la Salud. Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, October 2018: Conclusions and recommendations. Weekly epidemiological record 2018;93(49):661–80. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WER9349>
24. Organización Mundial de la Salud. Viajes internacionales y la salud – Manual. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241580472>.
25. Organización Mundial de la Salud. Weekly epidemiological record - Yellow fever vaccine: WHO position on the use of fractional doses – June 2017, addendum to Vaccines and vaccination against yellow fever WHO: Position Paper – June 2013. 23 June 2017, 92th Year. N° 25, 2017, 92, 345–356. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/255748>.
26. Organización Panamericana de la Salud. Reunión ad-hoc virtual del GTA 2017. 2da reunión ad-hoc del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación. 10 de marzo del 2017. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/02-gta-ad-hoc-informe-final-2017>.
27. Organización Panamericana de la Salud. Manual de vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización en la Región de las Américas. Washington D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55384>.

Enlaces de utilidad

- Organización Mundial de la Salud. Yellow Fever Outbreak Toolbox. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/outbreak-toolkit/disease-outbreak-toolboxes/yellow-fever-outbreak-toolbox>.
- Organización Mundial de la Salud. The fundamentals of yellow fever disease, surveillance and laboratory diagnosis. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://openwho.org/infectiousdiseases/505324/Yellow+fever>.
- Organización Mundial de la Salud. Manual de laboratorio para la fiebre amarilla. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240084476>.
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualizaciones Epidemiológicas sobre fiebre amarilla. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: [https://www.paho.org/es/alertas-actualizaciones-epidemiologicas?topic=40&d\(min\)=&d\(max\)=&page=0](https://www.paho.org/es/alertas-actualizaciones-epidemiologicas?topic=40&d(min)=&d(max)=&page=0).
- Organización Mundial de la Salud. Risk communication and community engagement readiness and response toolkit: yellow fever. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240090064>.
- Organización Mundial de la Salud. Immunization Agenda 2030: A Global Strategy to Leave No One Behind. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/ia2030>.
- Organización Mundial de la Salud. Immunization Analysis and Insights. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/global-monitoring/immunization-coverage/who-unicef-estimates-of-national-immunization-coverage>.