



República Bolivariana
VENEZUELA | Ministerio del Poder Popular
para la **SALUD**



BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

Año edición LXIII

Semana epidemiológica 22

Desde 31/05 al 06/06 del 2026



Ministerio del Poder Popular para la

SALUD

AUTORIDADES

Ministro del Poder Popular para la Salud

Dr. Carlos Humberto Alvarado

Viceministra de Redes de Salud Colectiva Ministerio del Poder Popular para la Salud *Dra. Magda Magris*

Director Nacional de Epidemiología Ministerio del Poder Popular para la Salud

Dr. José Manuel García

Director Nacional de Vigilancia Epidemiológica Ministerio del Poder Popular para la Salud

Dr. Jorge Luis Guzmán López

División de eventos de notificación obligatoria

División de enfermedades transmisibles

División de intervenciones sanitarias

División de enfermedades no transmisibles

ÍNDICE GENERAL

Metodología de análisis epidemiológico y glosario de términos.....	4
Panorama Internacional.....	4
Unidades del Sistema de Salud que realizan notificación semanal obligatoria.	5
Tablero de Control Epidemiológico.....	6
Vigilancia Epidemiológica de Eventos Transmisibles.....	7
Infecciones Respiratorias:.....	7
Neumonías:.....	8
Vigilancia Centinela/Genómica de Influenza para monitoreo de cepas circulantes.	9
Tipificación y sub tipificación de Virus Respiratorios (Enfermedad Tipo Influenza):.....	9
Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Agua	10
Transmitidas por Vectores:.....	11
Dengue	11
Situación Epidemiológica por Entidades:	12
Malaria.....	12
Enfermedades Prevenibles por Vacunas (Inmunoprevenibles).....	14
Vigilancia especializada.....	14
(Sarampión/Rubéola).....	14
Enfermedades Zoonóticas	15
Rabia Humana	15
Mordeduras sospechosas de rabia	16
Fiebre Amarilla	17

Metodología de análisis epidemiológico y glosario de términos

Este documento metodológico lo orientara en los lineamientos fundamentales para el análisis epidemiológico y la vigilancia sanitaria. En su contenido se definen los criterios operativos de las unidades de notificación y las Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO), así como las herramientas estadísticas clave para la vigilancia, incluyendo el uso de la mediana histórica (2022–2025), el análisis de tendencias con rezago de dos semanas frente al retraso en la información epidemiológica y la construcción de canales endémicos. Asimismo, detalla la clasificación cromática del semáforo epidemiológico para la interpretación rápida de variaciones en la incidencia y ofrece un glosario especializado que normaliza los términos, indicadores y patologías de notificación prioritaria (como arbovirosis, malaria, enfermedades respiratorias, entre otras). ⇔ <https://mpps.gob.ve/wp-content/uploads/2026/07/Metodologia-de-Analisis-Epidemiologica.pdf>

Panorama Internacional

Durante la última semana revela dos comportamientos: el resurgimiento de patologías inmunoprevenibles debido a brechas en las coberturas de vacunación y la marcada estacionalidad climática de las infecciones respiratorias agudas.

A continuación, se desglosan los eventos de relevancia.

1. Alertas prioritarias por patologías inmunoprevenibles

- **Sarampión y riesgo por movilidad poblacional:** Se registra una acumulación aproximada de 20.000 casos en el continente en lo que va de año. La OPS ha emitido una alerta ante el próximo incremento de la movilidad por temporadas vacacionales y eventos masivos. El principal factor de riesgo radica en las poblaciones con esquemas de vacunación incompletos (falta de la segunda dosis), lo que facilita la importación del virus hacia grandes conglomerados urbanos.
- **Fiebre Amarilla: Dinámica selvática:** Los contagios mantienen un patrón predominantemente rural y selvático, afectando en su mayoría a trabajadores varones jóvenes que ingresan a zonas boscosas sin inmunización previa. Existe un monitoreo constante debido al riesgo potencial de urbanización del ciclo de transmisión a través de vectores locales (*Aedes aegypti*).

2. Comportamiento estacional de virus respiratorios

La actividad de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) muestra un comportamiento bimodal en el continente, directamente vinculado a las condiciones de transición climática:

- **Hemisferio Norte (Norteamérica y México):** Coincidiendo con la transición hacia el periodo estival (verano), se evidencia una reducción sostenida en la circulación y positividad de Influenza y SARS-CoV-2 (COVID-19).
- **Hemisferio Sur y Región Andina:** El inicio del periodo invernal ha condicionado un incremento en las atenciones de urgencia. El agente etiológico predominante y de mayor impacto clínico actual es la **Influenza A (H3N2)**, la cual muestra un comportamiento de aumento asociado en las tasas de hospitalización en grupos vulnerables (población pediátrica y adultos mayores). Por su parte, el SARS-CoV-2 se mantiene en niveles de endemidad estables y bajo control en toda la subregión.

Unidades del Sistema de Salud que realizan notificación semanal obligatoria.

La notificación oportuna de las enfermedades contribuye a la vigilancia epidemiológica efectiva, la información obtenida es utilizada para las acciones de prevención y control en los diferentes niveles de salud permitiendo así planificar evaluar e implementar políticas de salud a la colectividad. Los datos obtenidos son el resultado de la consolidación del reporte semanal de los formularios EPI-12 generados por los establecimientos que conforman el SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD (**SPNS**) más la red privada de salud. Cada establecimiento de salud se constituye como una unidad básica informante para una vigilancia epidemiológica segura el número de establecimientos registrados son **14.236** disgregados en las redes de atención de salud. La cobertura de notificación corresponde a la **SE 22** es de **48,22%**.

Entidades	Total de unidades notificantes	Unidades notificantes con reporte	Cobertura de notificación
Amazonas	186	64	34,41
Anzoátegui	736	429	58,29
Apure	246	143	58,13
Aragua	801	774	96,63
Barinas	491	419	85,34
Bolívar	862	327	37,94
Miranda	1.025	606	59,12
Carabobo	876	685	78,20
Cojedes	277	154	55,60
Delta Amacuro	155	23	14,84
Distrito Capital	768	595	77,47
Falcón	667	174	26,08
Guárico	474	182	38,40
Lara	919	269	29,27
La Guaira	162	27	16,67
Mérida	506	239	47,23
Monagas	500	359	71,80
Nueva Esparta	211	48	22,75
Portuguesa	534	313	58,61
Sucre	534	361	67,60
Táchira	478	186	38,91
Trujillo	705	20	2,84
Yaracuy	384	339	88,28
Zulia	1.739	130	7,48
TOTAL	14.236	6.866	48,22

Fuente: EPI 12/SIS. Dirección de Vigilancia Epidemiológica. MPPS.2026.

Tablero de Control Epidemiológico

Diseñado para la vigilancia activa de 18 eventos de salud, cuyo propósito central es identificar desviaciones mediante la comparación de la semana actual (SE 22) frente a la mediana histórica y la Mediana de las últimas semanas. A través de un sistema de semaforización y cálculos de variación porcentual, el instrumento permite categorizar el estado de cada enfermedad en zonas de éxito, alarma o alerta epidemiológica, facilitando la toma de decisiones estratégicas al priorizar aquellas patologías que presentan un crecimiento inusual o brotes activos en el territorio.

- **Por encima de lo esperado: incremento mayor al 40%.**
- **En aumento: incremento entre 20% y 40%.**
- **Dentro de lo esperado: variación entre -20% y +20%.**
- **Por debajo de lo esperado: disminución mayor al - 20% y - 40% respecto del valor esperado.**
- **En baja magnitud: más del - 40% de casos en el acumulado del año en curso.**

Enfermedad	Mediana Histórica	Mediana Semanal	Semana #22	Comparativo Anual	Comparativo Semanal
IRAG	99	83	138	En aumento	Por encima de lo esperado
NEUMONIAS	1888	2352	2599	En aumento	Dentro de lo esperado
INFLUENZA	199	293	347	Por encima de lo esperado	Dentro de lo esperado
COVID-19	451	29	0	Dentro de lo esperado	Dentro de lo esperado
IRA	50183	50976	51208	Dentro de lo esperado	Dentro de lo esperado
DENGUE	566	246	269	En baja magnitud	Dentro de lo esperado
CHIKUNGUNYA (Casos sospechosos)	2	1	0	Dentro de lo esperado	Dentro de lo esperado
Enfermedad Diarreica Aguda	12704	17141	16489	En aumento	Dentro de lo esperado
HEPATITIS A	10	5	5	En baja magnitud	Dentro de lo esperado
HEPATITIS B (Casos sospechosos)	3	2	1	En baja magnitud	En baja magnitud
SARAMPION (Casos sospechosos)	37	34	18	En baja magnitud	En baja magnitud
RUBEOLA (Casos sospechosos)	7	4	3	En baja magnitud	En baja magnitud
PARALISIS FLÁCIDA (Casos sospechosos)	2	2	1	En baja magnitud	En baja magnitud
DIFTERIA (Casos sospechosos)	2	1	0	Dentro de lo esperado	Dentro de lo esperado
PAROTIDITIS (Casos sospechosos)	6	6	6	Dentro de lo esperado	Dentro de lo esperado
TOS FERINA (Casos sospechosos)	1	3	2	Por encima de lo esperado	En baja magnitud
FIEBRE HEMORRAGICA VENEZOLANA (Casos Confirmados)	1	1	1	Dentro de lo esperado	Dentro de lo esperado
RABIA HUMANA (Casos Confirmados)	1	0	0	Dentro de lo esperado	Dentro de lo esperado

Fuente: Dirección de Vigilancia Epidemiológica. MPPS.2026.

Vigilancia Epidemiológica de Eventos Transmisibles

Para la vigilancia de los eventos transmisibles, este boletín integra la información recopilada por las unidades de notificación de diagnóstico de los laboratorios de salud pública del **Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel (INHRR)** a nivel nacional.

Infecciones Respiratorias:

El comportamiento epidemiológico de las IRAs durante la SE 22 mostró un ascenso del 1,15% respecto a la semana anterior, totalizando 51.451 casos notificados. Con este resultado, la curva de incidencia se posiciona en la zona de seguridad del canal endémico correspondiente

Gráfico N° 01
Infecciones respiratorias agudas.
Canal endémico 2017 — 2026
República Bolivariana de Venezuela 2026
SE 22

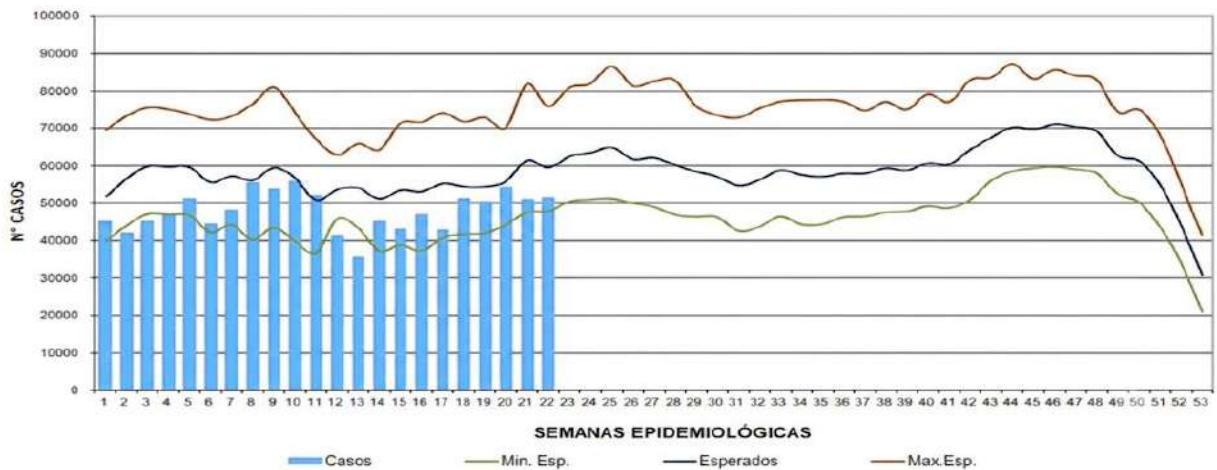


Gráfico N° 02
Infecciones respiratorias agudas.
Tasas por grupos de edad.
República Bolivariana de Venezuela 2026.
SE 22

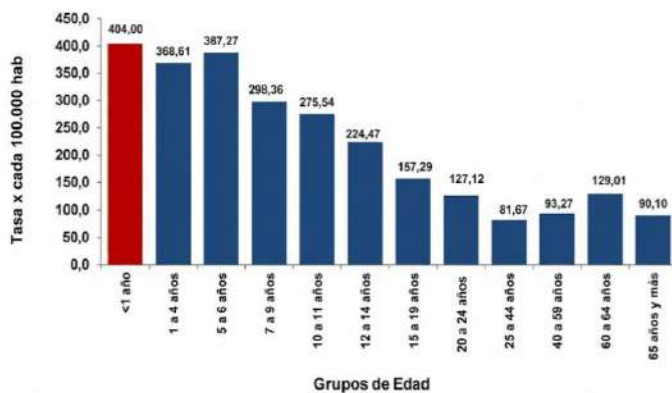
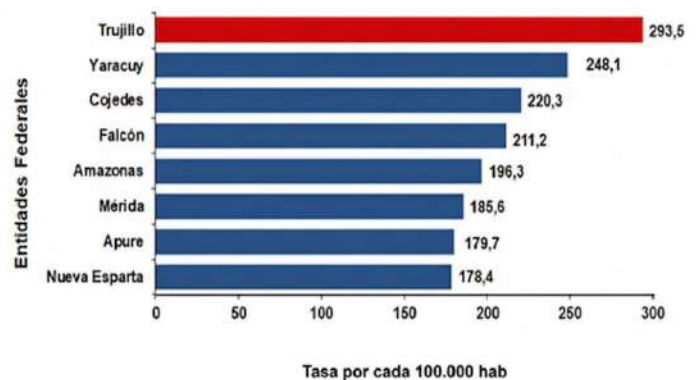


Gráfico N° 03
Infecciones respiratorias agudas.
Tasas por entidades federales. República Bolivariana de Venezuela 2026.
SE 22



Fuente: EPI 12/SIS. Dirección de Vigilancia Epidemiológica. MPPS.2026.

La tasa de incidencia en menores de 1 año registró un ascenso de 404,00 casos por 100.000 habitantes, en comparación a la semana anterior. A nivel nacional, la carga de la enfermedad continúa concentrada geográficamente en 8 entidades siendo Trujillo la entidad con mayor tasa 293,50 casos por cada 100.000 habitantes

Neumonías:

En la SE 22 de 2026 se registró un total de 2.599 casos notificados, evidenciando un incremento del 0,85 % en relación con la semana previa.

Gráfico N° 04
Neumonías. Canal endémico 2017 – 2026
República Bolivariana de Venezuela
SE 22

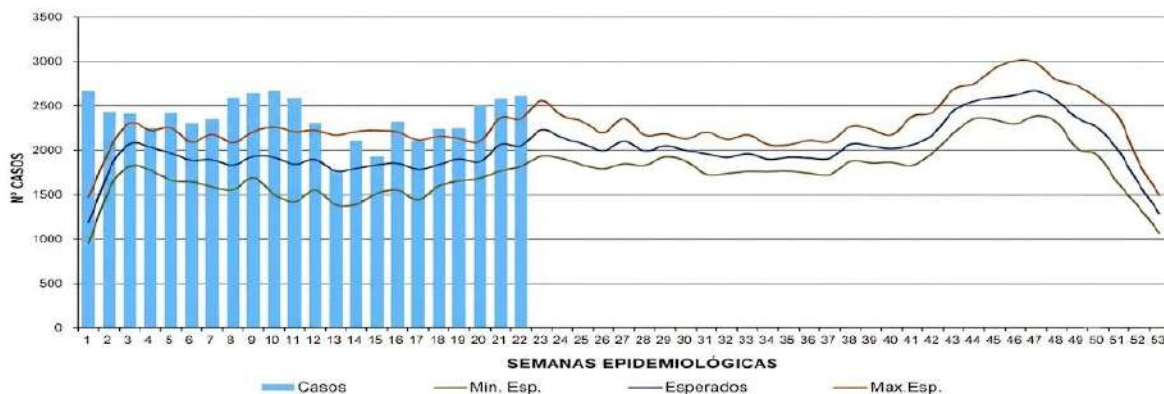


Gráfico N° 05
Neumonías. Tasas por grupos de edad.
República Bolivariana de Venezuela 2026.
SE 22

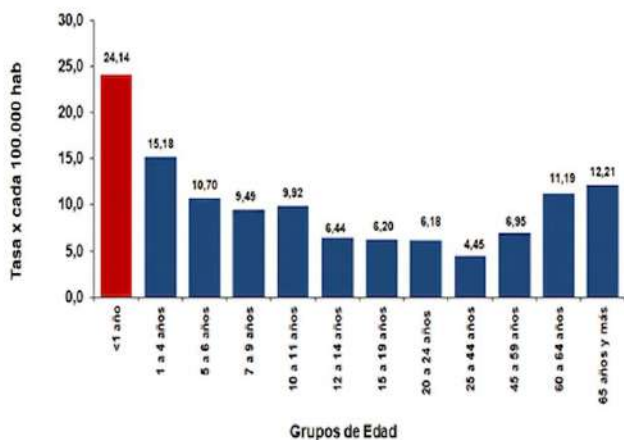
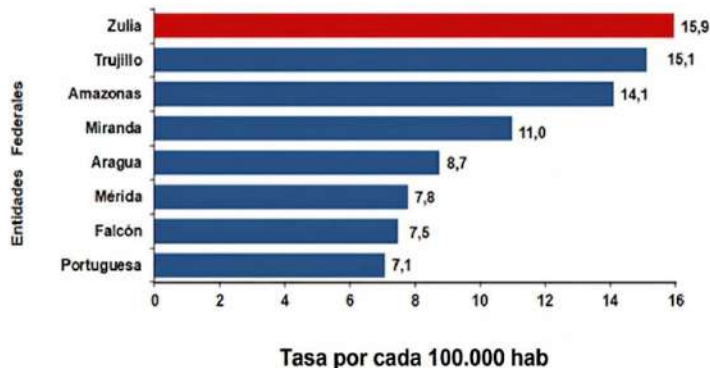


Gráfico N° 06
Neumonías. Entidades federales con mayor número de casos.
República Bolivariana de Venezuela 2026.
SE 22



Fuente: EPI 12/SIS. Dirección de Vigilancia Epidemiológica. MPPS.2026.

La incidencia en menores de un año tuvo un descenso con una tasa de 24,14 casos por 100.000 habitantes. A escala nacional, el estado Zulia concentra la mayor carga de la enfermedad, registrando una tasa de 15,90 casos por cada 100.000 habitantes.

Vigilancia Centinela/Genómica de Influenza para monitoreo de cepas circulantes.

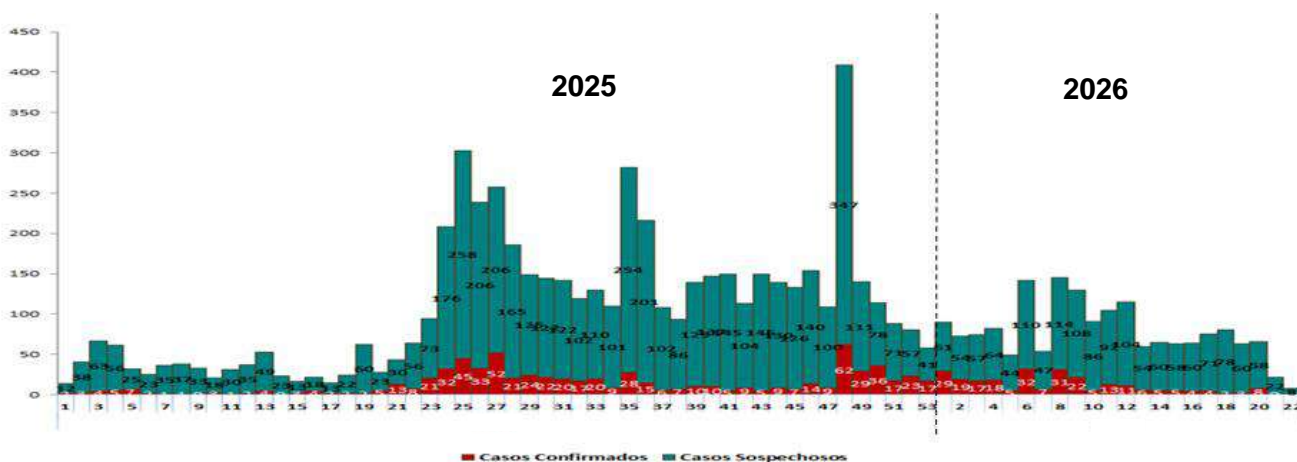
Vigilancia Laboratorial SE 22:

Muestras Procesadas: **1.716** de las cuales **246** fueron positivas para Influenza.

Positividad Semanal: **14,33%** (Ver tendencia en Gráfico N° 7)

Gráfico N° 7

Enfermedad tipo Influenza (ETI). Número de muestras investigadas por semana epidemiológica. República Bolivariana de Venezuela 2026. SE 22

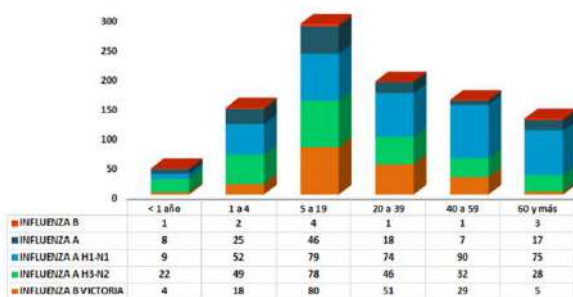


Fuente: Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel. MPPS.2026.

Gráfico N° 08

Enfermedad tipo Influenza (ETI). Casos confirmados por grupos de edad.

República Bolivariana de Venezuela 2026. SE 22

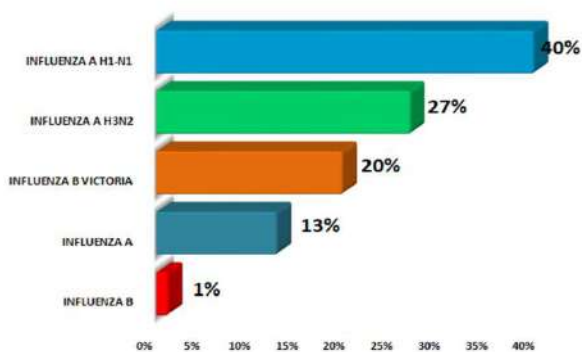


Fuente: Instituto nacional de Higiene Rafael Rangel. MPPS.2026.

Gráfico N° 09

Enfermedad tipo Influenza (ETI). Porcentaje de muestras positivas

República Bolivariana de Venezuela 2026. SE 22



Tipificación y sub tipificación de Virus Respiratorios (Enfermedad Tipo Influenza):

Los casos positivos para el año corresponden a los virus de: **Influenza A H1N1 (n=379) 40%**, **Influenza A H3N2 (n=255) 27 %**, **Influenza B VICTORIA (n=187) 20%**, **Influenza A (n=121) 13 %**, **Influenza B (n=12) 1%**.

Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Agua

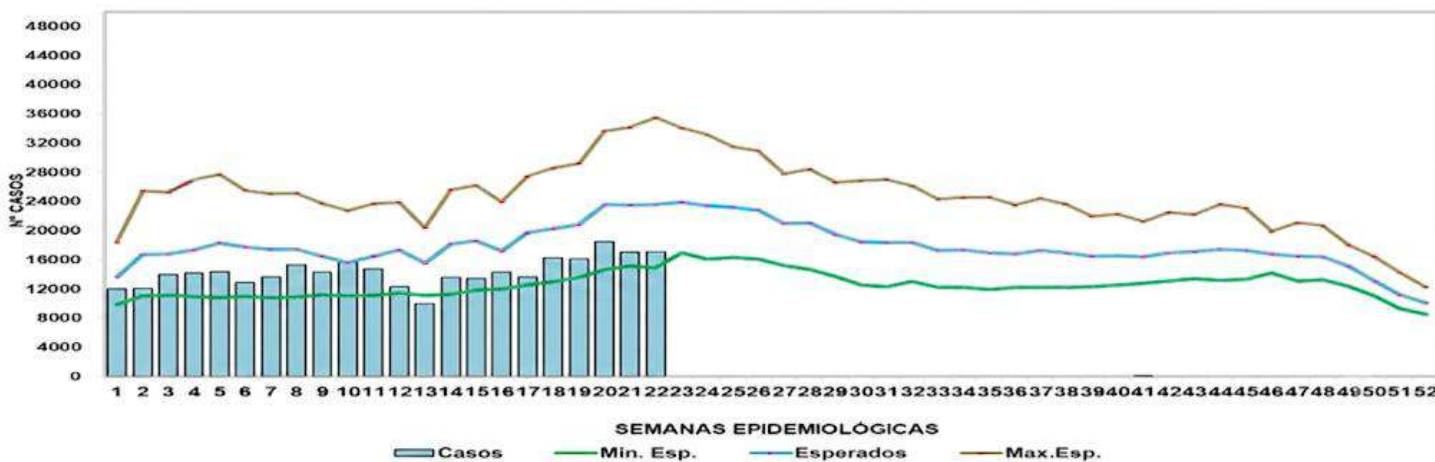
Enfermedades Diarreicas Agudas.

Casos reportados: **17.141**

- Variación semanal: ↓ **0,49 %** (en comparación con SE N° 21 (n=17.057)).

Gráfico N° 10

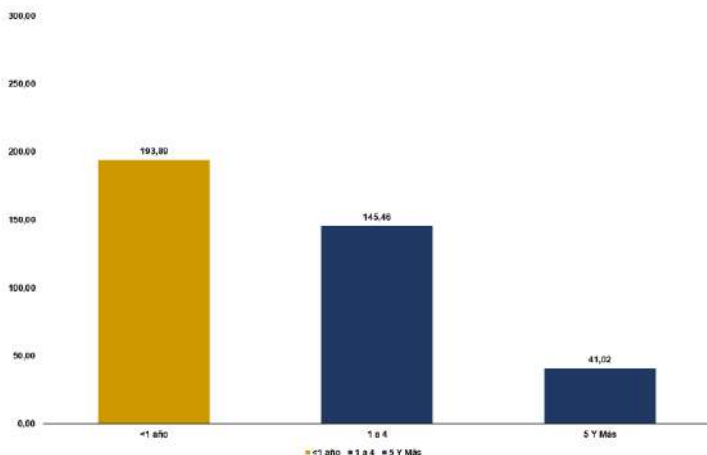
Diarreas. Canal endémico 2017-2026. República Bolivariana de Venezuela. SE 22



Fuente: EPI 12/SIS. Dirección de Vigilancia Epidemiológica. MPPS.2026.

Gráfico N° 11

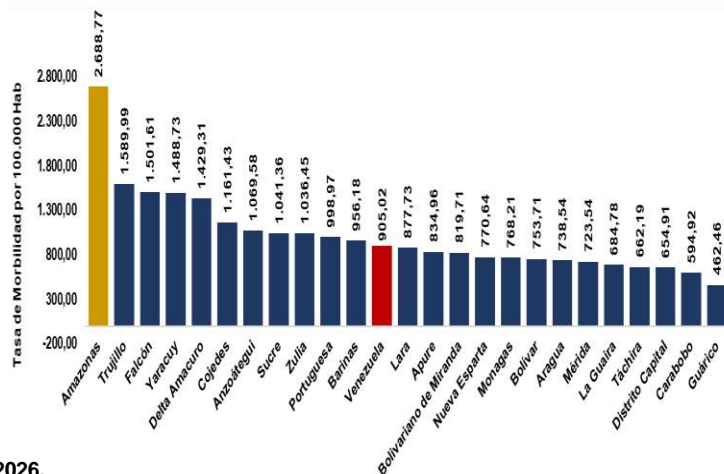
Diarreas. Tasas por grupos de edad. República Bolivariana de Venezuela 2026. SE 22



Fuente: EPI 12/SIS. Dirección de Vigilancia Epidemiológica. MPPS.2026.

Gráfico N° 12

Diarreas. Tasa de morbilidad por entidad federal República Bolivariana de Venezuela 2026. SE 22



El grupo de menores de 1 año presenta la mayor vulnerabilidad, con una tasa acumulada de **193,89** por 100.000 habitantes. A nivel geográfico, **11** entidades superan la tasa de morbilidad nacional de **905,02** por cada 100.000 habitantes.

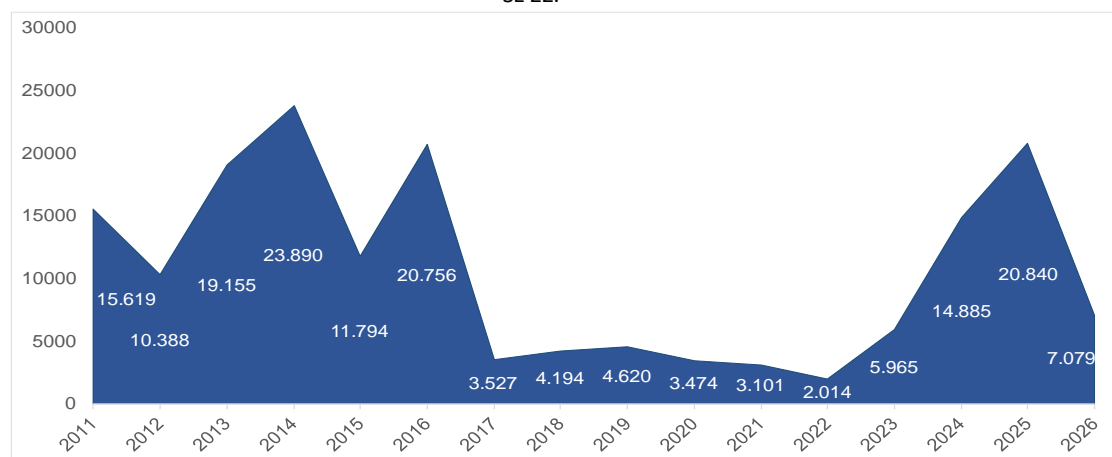
Transmitidas por Vectores:

Dengue

Gráfico N° 13

Dengue: Histórico de casos sospechosos notificados.
República Bolivariana de Venezuela, Años: 2011-2026

SE 22.



Fuente: EPI 12/SIS. Dirección de Vigilancia Epidemiológica. MPPS.2026.

La serie temporal (2011–2025) muestra un comportamiento con variaciones cíclicas caracterizado por tres períodos de alta incidencia: el primero y de mayor volumen en 2014 con (23.890) casos, seguido por un incremento en 2016 (20.756) casos, que se extendió hasta 2025, año en el que se registraron (20.840) casos. Estos ascensos coinciden temporalmente con la presencia de factores climáticos y ambientales determinantes.

Vigilancia de Dengue (SE 22):

Se diagnosticaron 269 casos sospechosos, elevando el acumulado anual a 7.079 casos. La distribución clínica del total acumulado se desglosa de la siguiente manera:

- Dengue sin signos de alarma: **68,55% (n= 4.853 casos)**
- Dengue con signos de alarma: **31,29% (n=2.215 casos)**
- Dengue Grave: **0,16% (n=11 casos).**
- El grupo etareo con mayor incidencia de casos es: de 0 a 9 años, en relación a los de 60 y más años.

Gráfico N° 14
 Dengue. Canal Endémico Venezuela 2016-2026
 República Bolivariana de Venezuela.
 SE 22

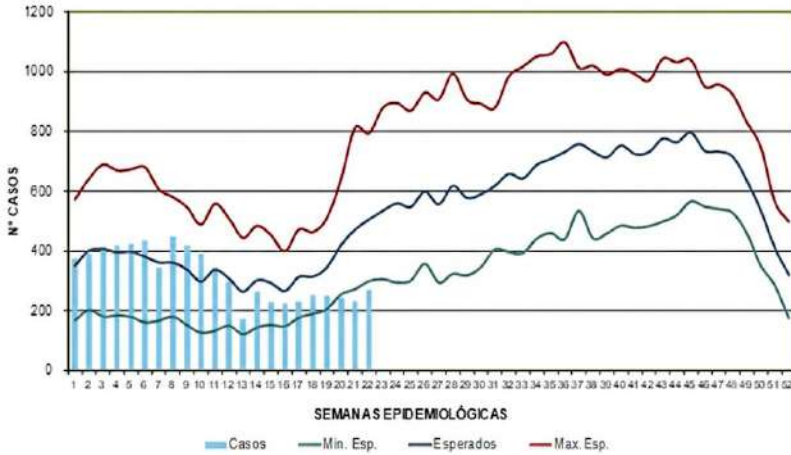
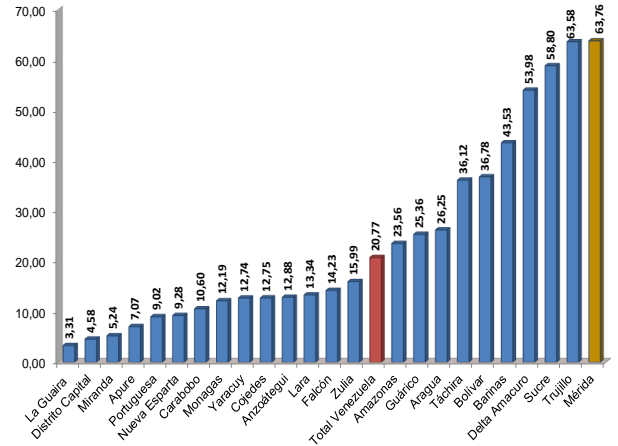


Gráfico N° 15
 Dengue. Distribución según entidad federal.
 Tasa por 100.000 habitantes
 República Bolivariana de Venezuela 2026.
 Acumulado SE 22



Fuente: EPI 12/SIS. Dirección de Vigilancia Epidemiológica. MPPS.2026.

Situación Epidemiológica por Entidades:

La tasa promedio de incidencia acumulada a nivel nacional es de (20,77) por 100,000 habitantes superada por 7 estados, destacando: Mérida; Trujillo y Sucre; que representan las tasas más altas entre: (63,76), (63,58), y (58,80), respectivamente.

Malaria

Durante la SE 22, todas entidades realizaron la respectiva notificación semanal obligatoria de casos, con el registro de 14.069 muestras tomadas y el diagnóstico de 1.142 casos nuevos en el país, de los casos totales 1.121 (98,2%) fueron autóctonos y 21 casos importados (1,80%).

Casos autóctonos SE 22 (1.121 casos nuevos). El 68,20% fueron a Plasmodium vivax, 24,8% a Plasmodium falciparum, y 7% infecciones mixtas (P. vivax + P. falciparum). Durante el año se han reportado un total de 46.480 casos, lo que representa un aumento de 3,7% con respecto al período homólogo del año anterior (n=44.835).

Tabla 1. Malaria. Casos confirmados por entidad federal, especie y acumulado SE 22 (2026 Vs 2025). República Bolivariana de Venezuela.

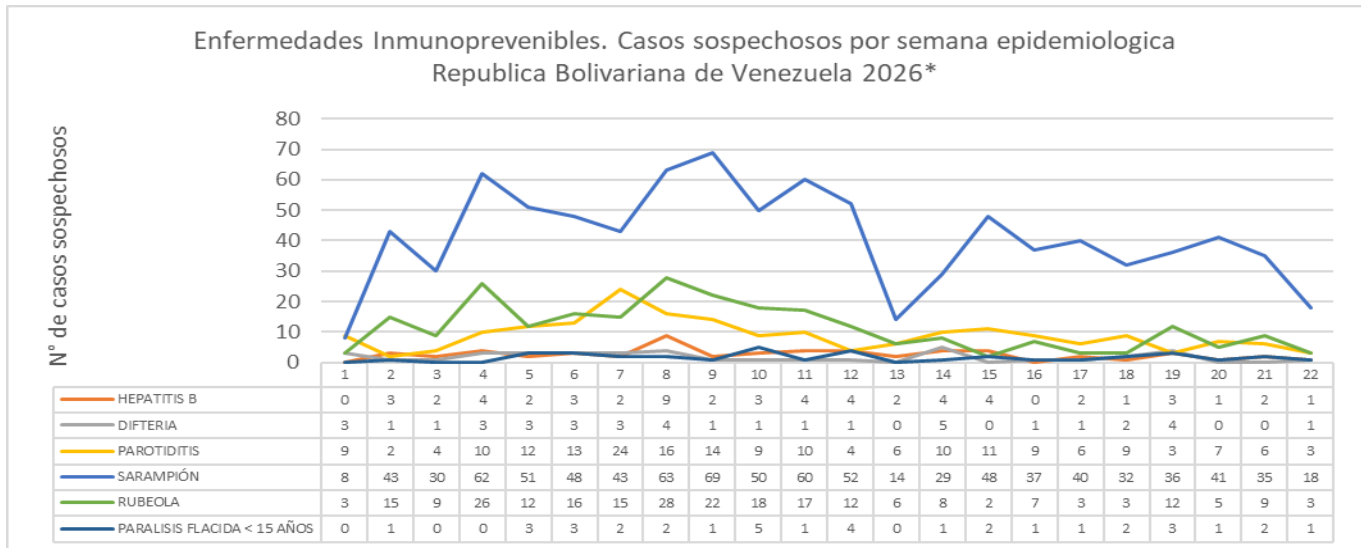
Tabla 1. Malaria. Casos confirmados por entidad federal, especie y acumulado SE22 (2026 vs 2025). República Bolivariana de Venezuela												
Entidad Federal	Casos SE 22 - 2026 Por Especies					Casos SE 22 2025	Casos Acumulados — 2026					Casos Acumulados SE22 - 2025
	Pv	Pf	Pm	PvPf	Total 2026	Total 2025	Pv	Pf	Pm	PvPf	Total 2026	Total 2025
Amazonas*	132	28	-	6	166	552	9.452	2.135	-	320	11.907	9.459
Anzoátegui*	-	-	-	-	-	2	89	24	-	10	123	129
Apure	1	-	-	1	2	14	107	1	-	5	113	117
Aragua	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Barinas*	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	5	7
Bolívar*	592	217	-	57	866	1336	21.490	8.508	-	2.379	32.377	32.083
Carabobo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cojedes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Delta Amacuro	14	19	-	13	46	21	408	119	-	66	593	1.147
Distrito Capital	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Falcón	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	42
Guárico*	-	1	-	-	1	1	13	4	-	2	19	6
La Guaira	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lara	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mérida	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Miranda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monagas	1	13	-	1	15	3	67	197	-	13	277	68
Nueva Esparta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portuguesa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Sucre	-	-	-	-	-	2	143	5	-	6	154	556
Táchira	1	-	-	-	1	-	15	-	-	-	15	9
Trujillo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Yaracuy	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zulia*	24	-	-	-	24	59	893	-	-	2	895	1.211
VENEZUELA (TOTAL)	765	278	-	78	1121	1990	32.682	10.995	-	2.803	46.480	44.835
CASOS IMPORTADOS	12	8	-	1	21	14	509	163	-	38	710	645

Especies: Pv = *Plasmodium vivax* · Pf = *Plasmodium falciparum* · Pm = *Plasmodium malariae* · PvPf = Infección mixta vivax + falciparum

Nota: *Aclaratoria sobre el registro de datos: Para asegurar la fidelidad del comportamiento del evento, los casos captados tardíamente por el sistema de vigilancia no se acumulan en la semana de reporte actual, sino que se incorporan en la semana epidemiológica en la que efectivamente ocurrieron.

Enfermedades Prevenibles por Vacunas (Inmunoprevenibles)

Tabla 2. Seguimiento de casos sospechosos de Enfermedades Inmunoprevenibles.



Fuente: EPI 12/SIS. Dirección de Vigilancia Epidemiológica. MPPS.2026.

Durante la última semana del mes de mayo de 2026, se captaron **1.447** notificaciones de casos sospechosos. La vigilancia se concentró en síndromes exantemáticos, con el Sarampión como principal sospecha (**61,00%; n=909**). Otras Sospechas: Se reportaron casos probables de Rubéola (**251**) y Parotiditis (**197**), los cuales mostraron una tendencia al ascenso hacia el cierre del periodo. Se registraron picos de notificación en las semanas 5 y 9, actualmente en proceso de clasificación y confirmación laboratorial.

Vigilancia especializada

(Sarampión/Rubéola)

Seguimiento de Casos Sospechosos: Protocolos estrictos para casos febriles eruptivos (Sarampión/Rubéola).

Desde la Semana Epidemiológica **22 de 2026**, **No se ha confirmado casos de Sarampión-Rubéola** a nivel nacional. Este indicador suma 375 semanas consecutivas sin confirmaciones de sarampión, respaldando el cumplimiento de las metas de eliminación.

Vigilancia de las exantemáticas febriles (Sarampión-Rubéola).

Las entidades federales han mantenido una participación activa mediante el envío continuo de muestras de casos sospechosos al INHRR. En lo que va del año **2026**, reportaron a tiempo **22** entidades federales, es decir el porcentaje de información es **91,7 %**.

De los casos notificados han sido descartados **890** de **983** casos sospechosos, mientras que **93** casos se encuentran actualmente en fase de investigación.

Como parte de la vigilancia activa de se analizaron 107 muestras por inmunofluorescencia directa (IFD), registrando una tasa de positividad del 73,8% (79/107). La Tabla 4 desglosa la casuística por especie y los casos confirmados, resaltando la relevancia del reservorio canino en el ciclo urbano.

Tabla 4. Rabia. Porcentaje de positividad y especie de resultados del diagnóstico por Inmunofluorescencia Directa (IFD) en muestras de tejido encefálico. 2026 hasta la SE 22. Estado Zulia.

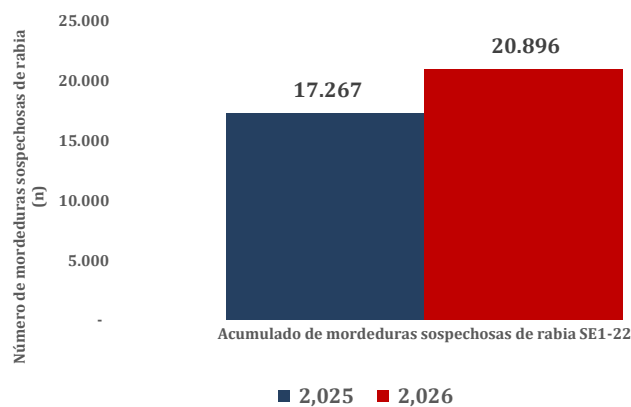
ESPECIE	(n)	RESULTADO		
		Positivo (n)	% Positividad total	% según especie
CANINA	93	69	74.2%	87.3%
FELINA	7	5	71.4%	6.3%
MARSUPIAL	1	0	0.0%	0.0%
HUMANA	6	5	83.3%	6.3%
Total general	107	79	73.8%	100.0%

Fuente: INHRR. Laboratorio de rabia. Estado Zulia

Mordeduras sospechosas de rabia

Se registró un incremento del **21,02%** en la incidencia de mordeduras sospechosas en comparación con el año anterior (**17.267 vs. 20.896 casos**). Este aumento en la captación de Mordeduras requiere fortalecer el seguimiento y atención de focos en las áreas de mayor reporte.

Gráfico 17. Rabia. Mordedura sospechosa acumulada SE 1 – 22, año 2026.



Fuente: EPI 12/SIS. Dirección de Vigilancia Epidemiológica. MPPS.2026.

Fiebre Hemorrágica Venezolana (Virus Guanarito)

En esta SE 22 se reporta un (1) caso nuevo de Fiebre Hemorrágica Venezolana (**FHV**), tras el procesamiento virológico y serológico en el Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel. Se mantiene la vigilancia activa ante la persistencia de focos en Barinas y Portuguesa. Al cierre de esta SE 22 del 2026, se registran **10** casos confirmados de **323** pacientes evaluados bajo sospechosa, con un índice de letalidad del **60,00% (6/10)**.

Distribución de casos 2026: Barinas (**8 casos**) y Portuguesa (**2 casos**).

Comparativa: Durante 2025, la letalidad cerró en **50%** con **32** casos positivos.

Tabla 5. Distribución de casos positivos por FHV, fallecidos y letalidad por entidad federal según estatus de endemicidad. Desde 2025 hasta SE 22 2026. República Bolivariana de Venezuela

Año	Estado	Estatus*	N° de Casos	N° de Fallecidos	Letalidad (%)
2026	Barinas	Endémico	8	6	75,0%
	Portuguesa	Endémico	2	0	0,0%
	Total 2026		10	6	60,00%

* Manual para vigilancia epidemiológica de la fiebre hemorrágica venezolana (FHV).

Fuente: MPPS: DGE.DVE – Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel

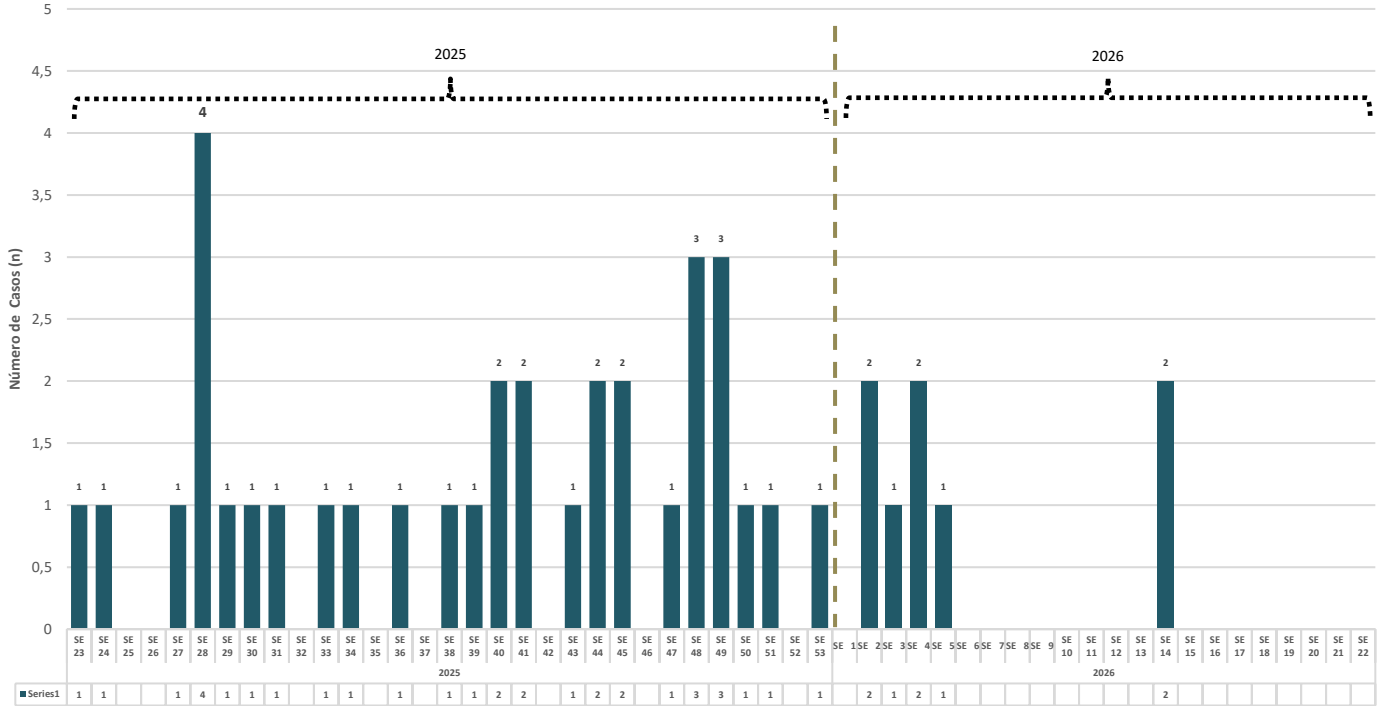
Fiebre Amarilla

En la SE 22 no se reporta casos de FA, en el 2026 se intensifica la vigilancia de Síndromes Febriles Ictérico Hemorrágicos (SFIH), realizándose hasta la SE 22 un total de **7.668** exámenes de laboratorio especializados en el Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel (INHRR).

De total de casos acumulado (**40**) han **fallecido 21** lo que representa una tasa de letalidad (TL) del **52,5%**.

Gráfico 18. Fiebre Amarilla. Casos Confirmados en Humanos desde SE 23 2025 hasta SE 22 del 2026.

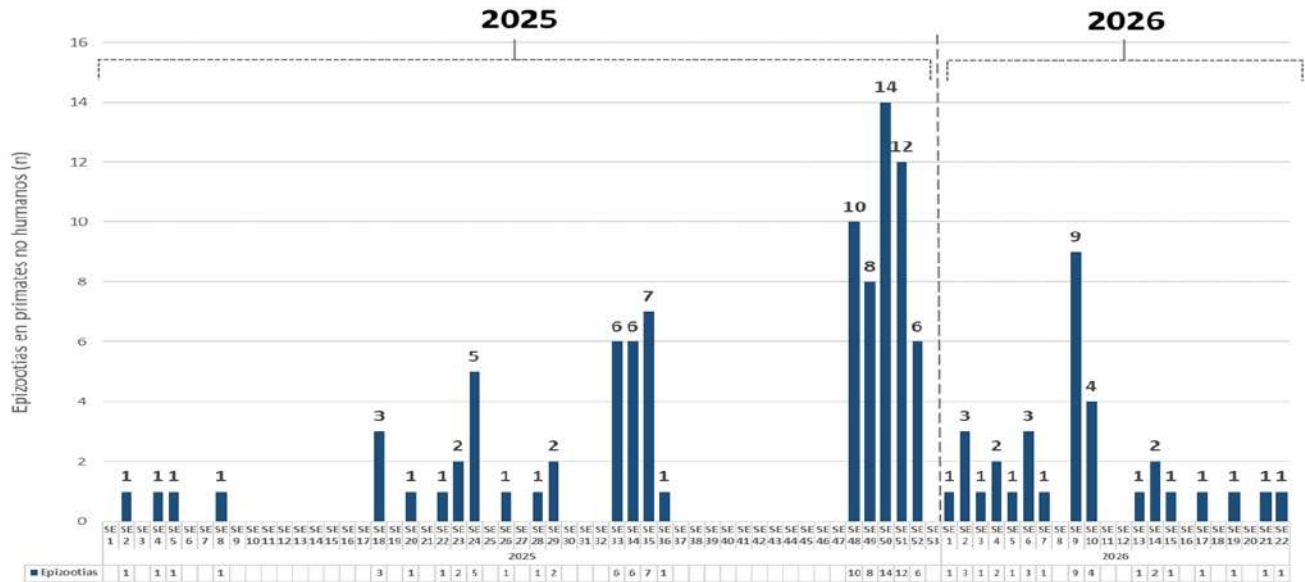
República Bolivariana de Venezuela



Fuente: Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel – INHRR

Por otra parte, desde enero 2025 hasta la SE 22 2026, se han notificado **123** eventos epizooticos en primates no humanos, de los cuales **90** se reportaron en 2025 y **33** en 2026 en los tres corredores enzoóticos descritos para el país: La selva de San Camilo (Apure), Sur del Lago y Guayana. En cuanto a las epizootias, el epicentro de la actividad viral en primates no humanos se concentra en la regiones central, llanera y oriental, con Aragua (**75 eventos**) como el principal foco, seguido de Guárico (**14**), Cojedes (**11**), Portuguesa (**7**), Apure (**5**), Barinas (**5**), Carabobo (**2**), Yaracuy (**1**), Lara (**1**), Monagas (**1**) y Sucre (**1**).

Gráfico 19. Epizootias de primates no Humanos desde 2025 hasta SE 22 del 2026. República Bolivariana de Venezuela.



Fuente: Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel - INHRR

Por otra parte, desde enero 2025 hasta la SE 22 2026, se han notificado **123** eventos epizoóticos en primates no humanos, de los cuales **90** se reportaron en 2025 y **33** en 2026 en los tres corredores enzoóticos descritos para el país: La selva de San Camilo (Apure), Sur del Lago y Guayana. En cuanto a las epizootias, el epicentro de la actividad viral en primates no humanos se concentra en la regiones central, llanera y oriental, con Aragua (**75 eventos**) como el principal foco, seguido de Guárico (**14**), Cojedes (**11**), Portuguesa (**7**), Apure (**5**), Barinas (**5**), Carabobo (**2**), Yaracuy (**1**), Lara (**1**), Monagas (**1**) y Sucre (**1**).