



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE
VENEZUELA

Ministerio del Poder Popular para la

SALUD

CONCIENTIZACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA FIEBRE AMARILLA



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

Edición LXIII

Semana Epidemiológica 40

Del 04 al 10 de octubre de 2026



Ministerio del Poder Popular para la

SALUD

AUTORIDADES

Ministro del Poder Popular para la Salud

Dr. Carlos Humberto Alvarado González

Viceministro de Redes de Salud Colectiva

Ministerio del Poder Popular para la Salud

Dr. Gregorio Leopoldo Sánchez Salame

Director General de Epidemiología

Ministerio del Poder Popular para la Salud

Dr. José Manuel García Rojas

Director 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.....	6
Tablero de Control Epidemiológico	9
Vigilancia Epidemiológica de Eventos Transmisibles	10
Infecciones Respiratorias:	10
Neumonías	11
Vigilancia Centinela/Genómica de Influenza para monitoreo de cepas circulantes.	12
Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Agua.....	13
Transmitidas por Vectores:	14
Dengue	14
Malaria.....	16
Enfermedades Prevenibles por Vacunas (Inmunoprevenibles)	17
Vigilancia especializada	17
Sarampión/Rubéola	17
Enfermedades Zoonóticas	18
Rabia Humana.....	18
Rabia Animal	19
Mordeduras sospechosas de rabia	20
Fiebre Amarilla	21
Leishmaniasis cutánea.....	22
Enfermedades no transmisibles.....	23

Metodología de análisis epidemiológico y glosario de términos

Este documento metodológico lo orientará 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

Concientización y prevención de la fiebre amarilla

La fiebre amarilla es una enfermedad vírica hemorrágica aguda, transmitida a los humanos a través de la picadura de mosquitos infectados. Su nombre se debe a la ictericia (coloración amarillenta de la piel y los ojos) que desarrollan algunos pacientes graves. En los sistemas de salud, esta enfermedad se vigila de cerca bajo la categoría médica de Síndromes Febriles Ictérico Hemorrágicos (SFIH). Aunque muchos casos presentan síntomas leves como fiebre, dolor muscular y náuseas, los casos graves pueden comprometer órganos vitales como el hígado y los riñones, siendo potencialmente mortales.

¡La prevención está en nuestras manos! La principal y más efectiva herramienta es la **vacunación**. Una sola dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla proporciona inmunidad y protección de por vida. Sumado a esto, es fundamental tomar medidas contra los mosquitos: usar repelente, vestir ropa clara que cubra brazos y piernas, colocar mosquiteros en puertas y ventanas, y eliminar cualquier recipiente con agua estancada que pueda servir de criadero.

La alerta epidemiológica de la OMS/OPS y el escenario regional En marzo de 2026, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitieron una **Alerta Epidemiológica** debido al aumento de casos de transmisión sostenida en diversas partes de Sudamérica. La gran preocupación de las autoridades de salud radica en la cercanía de contagios selváticos a los centros urbanos, lo que incrementa el riesgo de que la transmisión llegue a las ciudades.

A nivel de nuestra región (las Américas), el inicio de 2026 mostró un panorama de cuidado. Se confirmaron brotes y contagios en países como Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela. De este grupo, Colombia y Venezuela destacaron por acumular el mayor número de pacientes afectados durante los primeros meses del año, lo que motivó a reforzar las barreras de vacunación y vigilancia.

¿Cuál es la situación actual en Venezuela?

El sistema público nacional de salud mantiene una lupa sobre esta enfermedad. Según los datos acumulados hasta principios del mes de octubre (Semana Epidemiológica 40 del 2026), este es el panorama:

- Se han registrado un total de 12 casos humanos confirmados de fiebre amarilla en lo que va del año.
- De estos afectados, lamentablemente 4 personas han perdido la vida, lo que equivale a una tasa de letalidad del 33,33%.
- El virus no se encuentra en todo el país, sino que los contagios están localizados en cinco estados específicos: Barinas (4 casos), Aragua (3 casos), Monagas (2 casos), Delta Amacuro (1 caso), La Guaira (1 caso) y Lara (1 caso).
- Un dato clave para la prevención es el monitoreo de los monos (primates no humanos), ya que se infectan primero en la selva y actúan como "alarmas de la naturaleza" ante la circulación del virus.
- Hasta la fecha, se han notificado 51 eventos de enfermedad en estos primates (epizootias) a lo largo de los corredores selváticos del país.
- El epicentro de esta circulación viral animal se ubica en la región central-Ilanera, siendo el estado Aragua la zona más afectada con 17 de estos reportes en monos.

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, además se agrega el resumen de atenciones realizadas por Hospitales de campaña internacional (EMT). Cada establecimiento de salud se constituye como una unidad básica informante para una vigilancia epidemiológica segura el número de establecimientos registrados es **14.355** disgregados en las redes de atención de salud. La cobertura de notificación correspondiente a la **SE 40** es de **48,82%**.

Entidades	Total de unidades notificantes	Unidades notificantes con reporte	Campamentos Transitorios	Total de unidades Notificantes	Cobertura de notificación
Amazonas	186	65		65	34,95
Anzoátegui	736	429		429	58,29
Apure	246	113		113	45,93
Aragua	805	738	4	742	92,17
Barinas	491	271		271	55,19
Bolívar	862	232		232	26,91
Miranda	1.035	623	4	627	60,58
Carabobo	876	691		691	78,88
Cojedes	277	164		164	59,21
Delta Amacuro	155	21		21	13,55
Distrito Capital	798	607	6	613	76,82
Falcón	667	310		310	46,48
Guárico	474	168		168	35,44
Lara	919	348		348	37,87
La Guaira	184	39		39	21,20
Mérida	506	187		187	36,96
Monagas	500	190		190	38,00
Nueva Esparta	211	121		121	57,35
Portuguesa	534	337		337	63,11
Sucre	534	323		323	60,49
Táchira	478	315		315	65,90
Trujillo	705	277		277	39,29
Yaracuy	437	300		300	68,65
Zulia	1.739	125		125	7,19
TOTAL	14.355	6.994	14	7.008	48,82

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

Hospitales internacionales

Despliegue de Centros de Salud (EMT): Durante el período del 4 al 10 de octubre de 2026, se mantienen operando diversos Equipos Médicos de Emergencia (EMTs) en la zona de respuesta en Venezuela. Las organizaciones activas incluyen a la Barbados Defence Force (Tipo 2 Fijo), Cruz Roja Española (Tipo 1 Móvil y Tipo 1 Fijo), Samaritan's Purse (Tipo 3 / Tipo 1 Móvil 1) e International Medical Corps (Tipo 1 Fijo y Móvil).

Capacidad Hospitalaria: La red instalada reporta una capacidad total de 682 camas. Se contabilizan 106 pacientes hospitalizados. La reserva operativa consta de 534 camas de hospitalización general vacías (fuera de UCI) y 42 camas de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) disponibles.

Atención y Triage: La vigilancia estructurada registró un total de 2.675 nuevas consultas médicas. La morbilidad directamente relacionada con el evento sísmico alcanzó los 78 casos, mientras que 251 consultas se asociaron de forma indirecta y 2.290 no tuvieron relación con el evento. El sistema gestionó 110 derivaciones médicas a otros centros.

Perfil Médico y Quirúrgico:

- **Traumatología:** Se registraron 168 lesiones moderadas, 163 lesiones menores, 68 lesiones graves en una extremidad, 9 lesiones graves en el torso y 3 lesiones graves en la cabeza/columna.
- **Morbilidad Infecciosa y Síndromes:** Se identificaron 90 infecciones respiratorias agudas superiores (ITR) y 21 inferiores (RTI), 109 casos de enfermedades de la piel, 119 atenciones por salud mental aguda y problemas psicosociales, 29 casos de gastroenteritis/diarrea acuosa aguda y 1 caso de gastroenteritis/diarrea aguda con sangre.
- **Capacidad Quirúrgica:** Se resolvieron 43 procedimientos mayores y 14 procedimientos quirúrgicos menores, registrándose 1 amputación de miembros. Adicionalmente, 0 pacientes fueron identificados con requerimiento de rehabilitación a largo plazo.

Campamentos transitorios

Durante la Semana Epidemiológica 40 de 2026, 13 campamentos transitorios registraron un total de 231 atenciones, distribuidas en 152 mujeres (65,8%) y 79 hombres (34,2%), sin que se registrara ninguna hospitalización por todas las causas. La carga de morbilidad consolidada alcanzó 70 casos patológicos clasificados en 12 diagnósticos con registro, concentrándose en enfermedades crónicas no transmisibles, síndromes febriles y respiratorios, y enfermedades gastrointestinales. Los 10 diagnósticos principales acumularon 67 casos, equivalentes al 95,7% del total de morbilidad registrada, lo que evidencia una doble carga epidemiológica: por un lado, la cronicidad de patologías como hipertensión y trastornos mentales, y por otro, la alta circulación de agentes respiratorios virales y bacterianos.

En el perfil epidemiológico, las enfermedades crónicas no transmisibles representaron el 37,1% de la morbilidad, lideradas por la hipertensión arterial con 22 casos (31,4% del total), seguidas de trastornos mentales y del comportamiento con 4 casos (5,7%); no se registraron casos de diabetes mellitus, enfermedad renal ni cardiopatía isquémica en los reportes analizados. Por su parte, las enfermedades de transmisión hídrica y gastrointestinal se mantuvieron bajo estrecha vigilancia con 8 casos de síndromes diarreicos (11,4%) y 2 casos asociados a brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (2,9%).

Los síndromes respiratorios y febriles en conjunto sumaron 34 casos (48,6%), encabezados por rinofaringitis aguda con 17 casos (24,3%), fiebre con 4 casos (5,7%), infecciones agudas de vías respiratorias superiores en sitios múltiples no especificados con 3 casos (4,3%), infección respiratoria aguda grave con 3 casos (4,3%), infección aguda no especificada de vías respiratorias inferiores con 2 casos (2,9%), asma bronquial con 2 casos (2,9%), bronquitis aguda con 2 casos (2,9%) y faringitis aguda con 1 caso (1,4%).

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 40) 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 aquellos eventos que presenten 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 acumulados del año en curso.**

Grupo de Enfermedades	Enfermedad	Mediana Histórica	Mediana Semanal	Semana #40	Comparativo Anual	Comparativo Semanal
Enfermedades respiratorias	IRAG	99	154	161	En aumento	Dentro de lo esperado
	NEUMONIAS	1888	2314	2638	En aumento	Dentro de lo esperado
	INFLUENZA	199	237	250	En aumento	Dentro de lo esperado
	COVID-19	451	5	0	Dentro de lo esperado	Dentro de lo esperado
	IRA	50183	44751	54301	Dentro de lo esperado	Dentro de lo esperado
Enfermedades transmitidas por Vectores (Arbovirosis)	DENGUE	566	321	350	En baja magnitud	Dentro de lo esperado
	CHIKUNGUNYA (Casos sospechosos)	2	0	2	En aumento	Por encima de lo esperado
Enfermedades transmitidas por alimentos y agua	Enfermedad Diarreica Aguda	12704	15172	16227	En aumento	Dentro de lo esperado
	HEPATITIS A	10	11	12	Dentro de lo esperado	Dentro de lo esperado
Enfermedades inmunoprevenibles	HEPATITIS B (Casos sospechosos)	3	3	0	Dentro de lo esperado	Dentro de lo esperado
	SARAMPION (Casos sospechosos)	37	27	34	Dentro de lo esperado	En aumento
	RUBEOLA (Casos sospechosos)	7	8	2	En baja magnitud	En baja magnitud
	PARALISIS FLACIDA (Casos sospechosos)	2	1	1	En baja magnitud	Por encima de lo esperado
	DIFTERIA (Casos sospechosos)	2	1	0	Dentro de lo esperado	Dentro de lo esperado
	PAROTIDITIS (Casos sospechosos)	6	6	4	En baja magnitud	En baja magnitud
	TOS FERINA (Casos sospechosos)	1	0	0	Dentro de lo esperado	Dentro de lo esperado
Enfermedades Zoonóticas	FIEBRE HEMORRAGICA VENEZOLANA (Casos Confirmados)	2	0	0	Dentro de lo esperado	Dentro de lo esperado
	RABIA HUMANA (Casos Confirmados)	0	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 40 mostró un aumento de 23,2% respecto a la semana anterior, totalizando 54.301 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 40

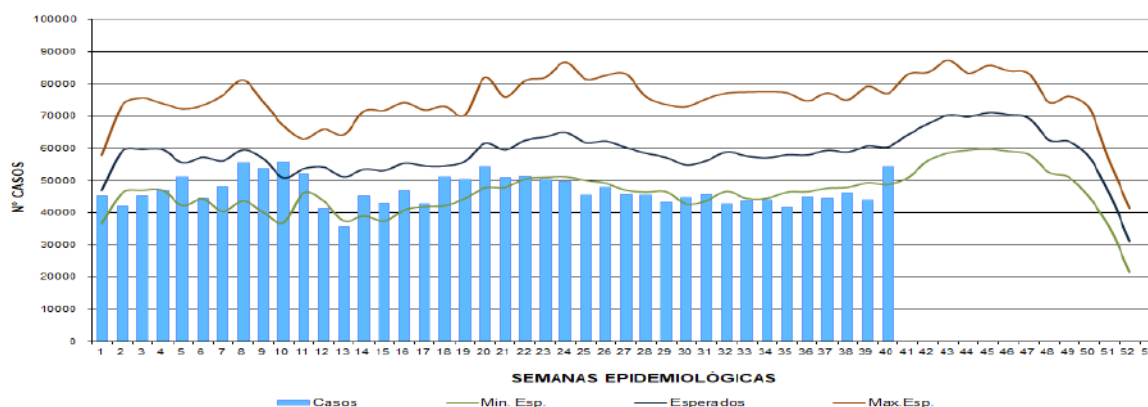


Gráfico N° 02
Infecciones Respiratorias Agudas. Tasas por grupos de edad.
República Bolivariana de Venezuela 2026.
SE 40

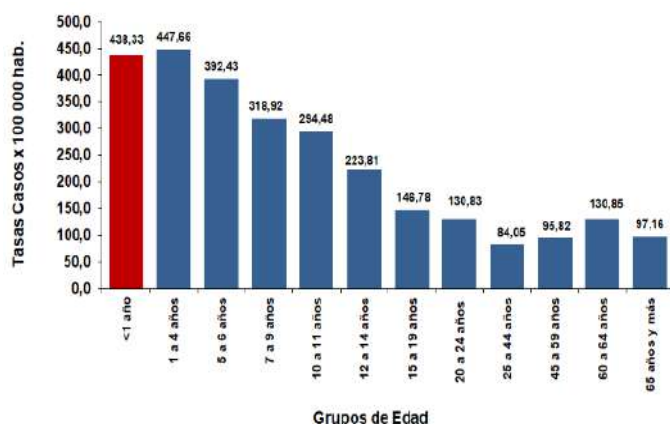
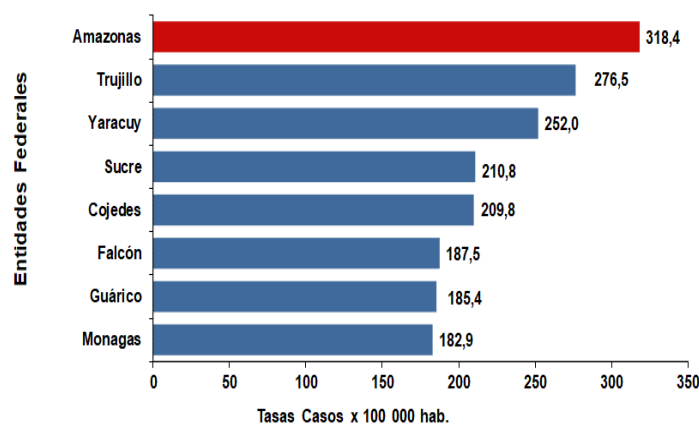


Gráfico N° 03
Infecciones Respiratorias Agudas. Tasas por entidades federales.
República Bolivariana de Venezuela 2026.
SE 40



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

La tasa de incidencia en menores de 1 año registró un aumento de 438,33 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 Amazonas la entidad con mayor tasa 318,40 casos por cada 100.000 habitantes.

Neumonías

En la SE 40 de 2026 se registró un total de 2.638 casos notificados, evidenciando un aumento de 36,68 % en relación con la semana previa.

Gráfico N° 04
Neumonías. Canal endémico 2017-2026.
República Bolivariana de Venezuela.
SE 40

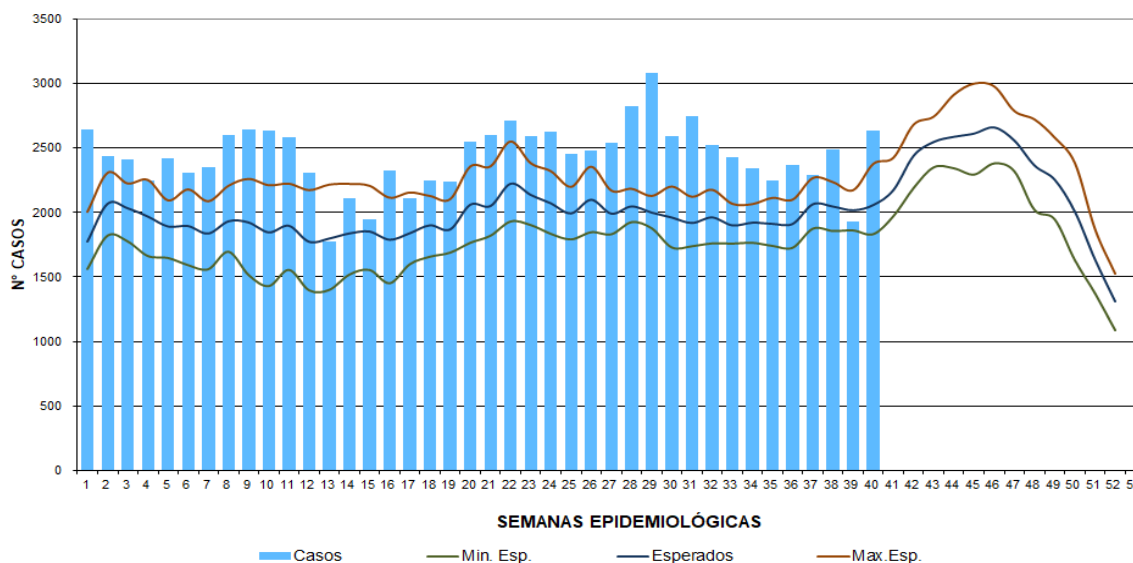


Gráfico N° 05
Neumonías. Tasas por grupos de edad.
República Bolivariana de Venezuela 2026.
SE 40

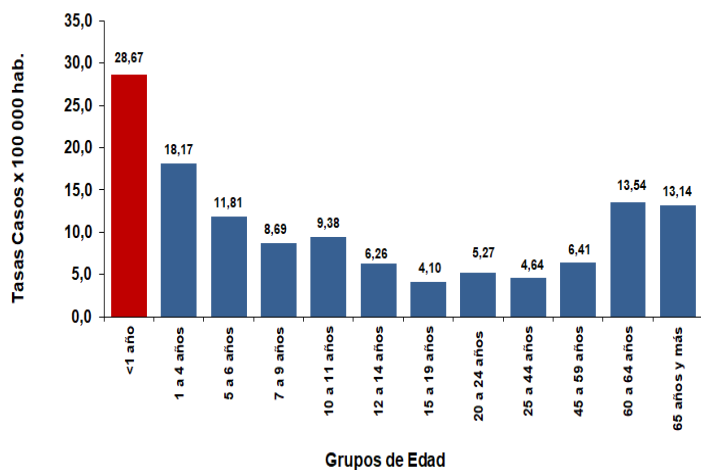
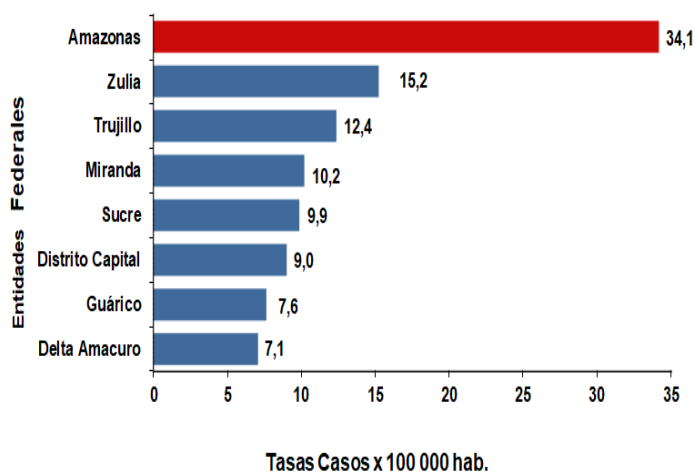


Gráfico N° 06
Neumonías. Entidades federales con mayor número de casos.
República Bolivariana de Venezuela 2026.
SE 40



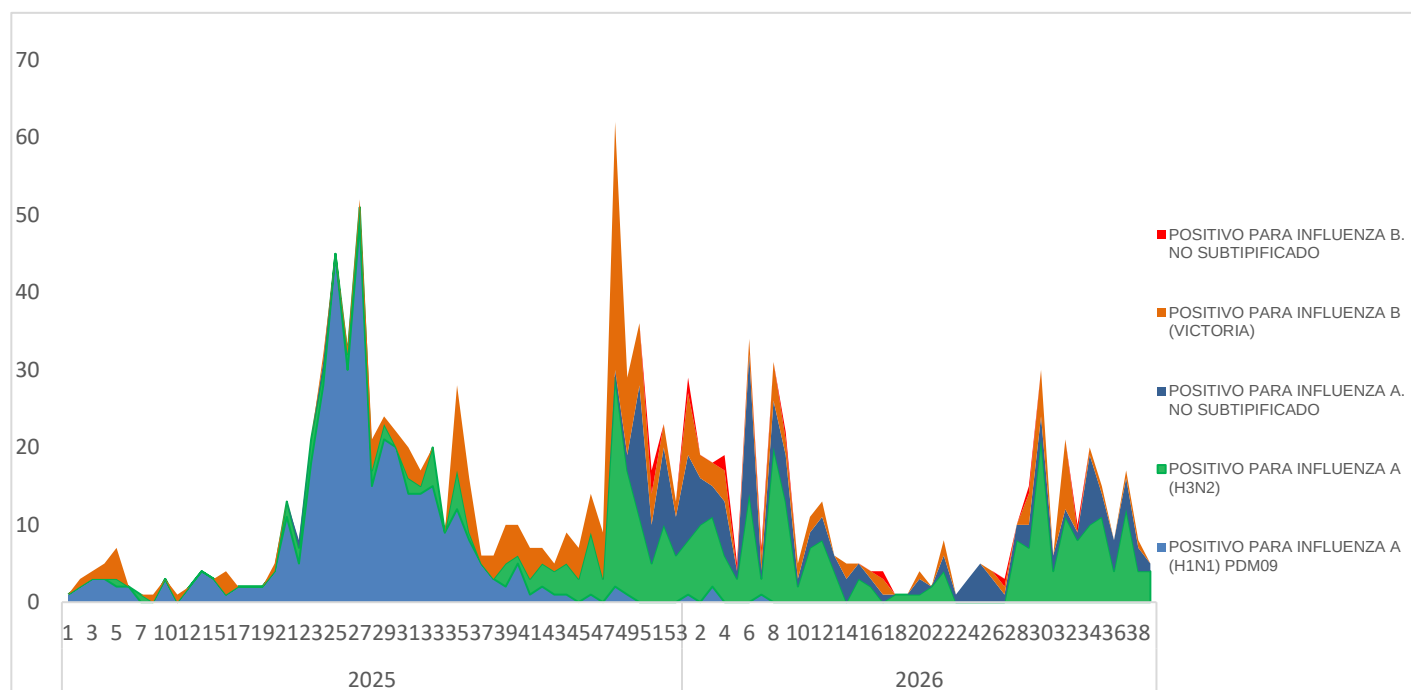
Fuente: EPI 12/SIS. Dirección de Vigilancia Epidemiológica. MPPS.2026.

La incidencia en menores de 1 año tuvo un aumento con una tasa de 28,67 casos por 100.000 habitantes. A escala nacional, el estado Amazonas concentra la mayor carga de la enfermedad, registrando una tasa de 34,10 casos por cada 100.000 habitantes.

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

Entre las semanas 01 y 40 de 2026, se procesaron 2.998 muestras acumuladas para el diagnóstico de virus respiratorios, confirmándose 441 casos de influenza (positividad acumulada del 14,70 %). Los grupos etarios de 5 a 19 años (29%) y de 20 a 39 años (23 %) concentraron conjuntamente el 52 % de la casuística positiva. El sexo femenino mantuvo la prevalencia con un 53% (n=233), respecto al 47% (n=208) correspondiente al sexo masculino

Gráfico N° 07
 Enfermedad tipo Influenza (ETI). Número de muestras investigadas por semana epidemiológica.
 República Bolivariana de Venezuela 2026.
 SE 40



Fuente: MPPS: DGE/DVE-INHRR.2026.

Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Agua

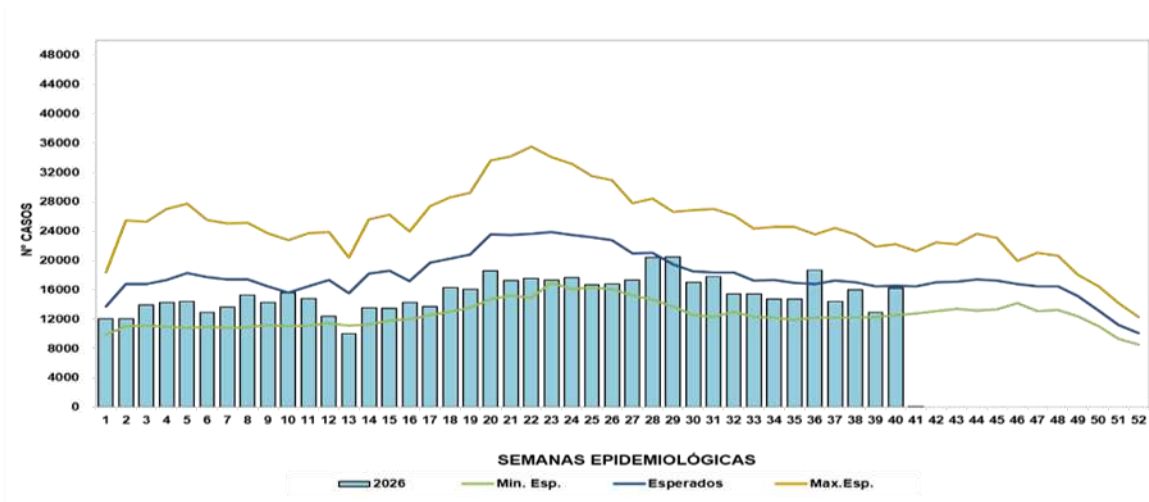
Enfermedades Diarreicas Agudas

Casos reportados: **16.227**

- Variación semanal: $\uparrow$ 25,50% (en comparación con SE N° 39 (n=12.929)).

Gráfico N° 08

Diarreas. Canal endémico 2017- 2026
República Bolivariana de Venezuela 2026
SE 40

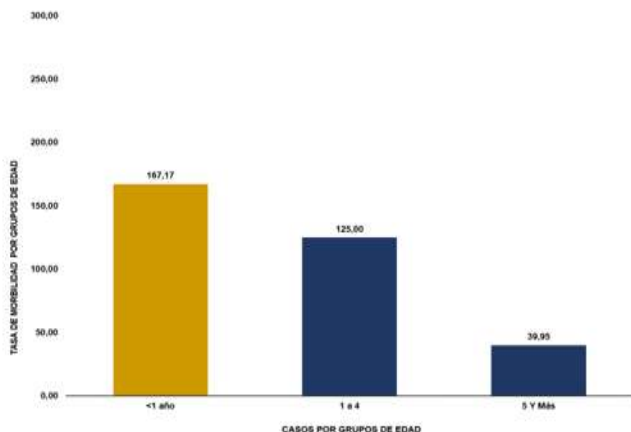


Fuente: EPI 12/SIS. Dirección de Vigilancia Epidemiológica. MPPS.2026.

Gráfico N° 09

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

SE 40

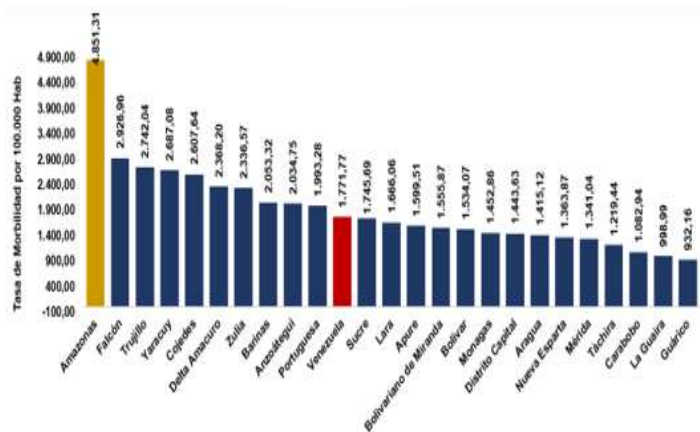


Fuente: EPI 12/SIS. Dirección de Vigilancia Epidemiológica. MPPS.2026.

Gráfico N° 10

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

SE 40

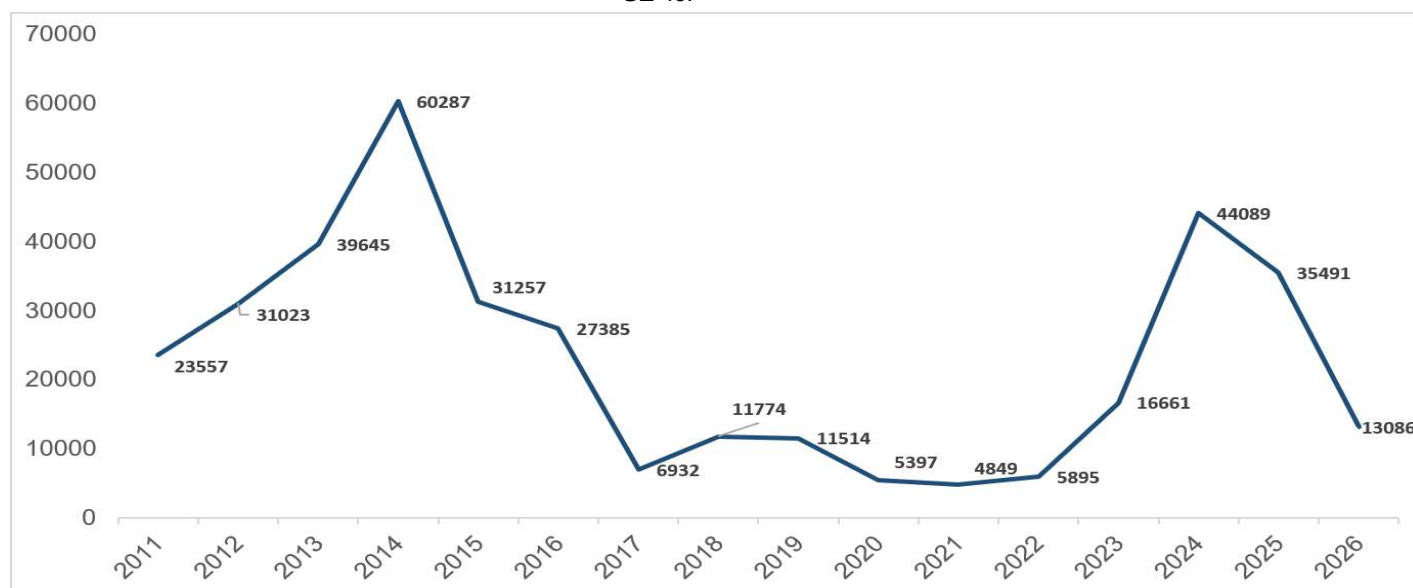


El grupo de menores de 1 año presenta la mayor vulnerabilidad, con una tasa acumulada de **167,17** por 100.000 habitantes. A nivel geográfico, **10** entidades superan la tasa de morbilidad nacional de **1.771,77** por cada 100.000 habitantes.

Transmitidas por Vectores:

Dengue

Gráfico N° 11
Dengue: Histórico de casos sospechosos notificados.
República Bolivariana de Venezuela, Años: 2011-2026
SE 40.



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

La serie temporal (2011–2026) muestra un comportamiento con variaciones cíclicas caracterizado por tres períodos de alta incidencia: el primero y de mayor volumen en 2014 con (60.287) casos, seguido por un incremento en 2024 (44.089) casos, también 2025, año en el que se registraron (35.491) casos. Estos ascensos coinciden temporalmente con la presencia de factores climáticos y ambientales determinantes.

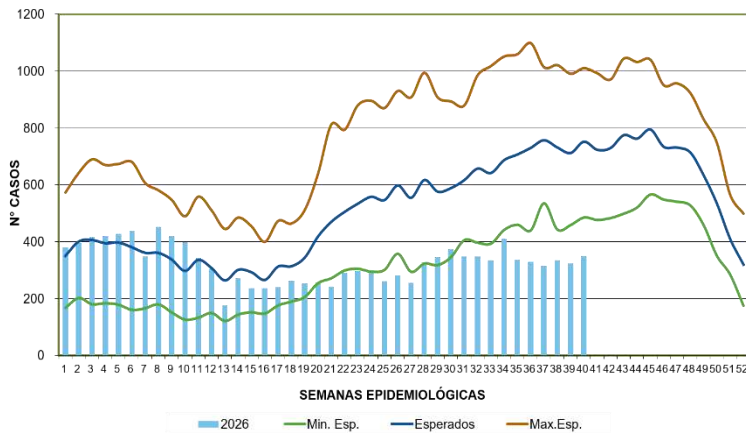
Vigilancia de Dengue (SE 40):

Se diagnosticaron 350 casos sospechosos, elevando el acumulado anual a 13.086 casos. La distribución clínica del total acumulado se desglosa de la siguiente manera:

- Dengue sin signos de alarma: **67,71% (n=8.861 casos)**
- Dengue con signos de alarma: **32,03% (n=4.191 casos)**
- Dengue Grave: **0,26% (n=34 casos).**
- El grupo etario con mayor incidencia de casos es: de 0 a 9 años, en relación a los de 60 y más años.

Gráfico N° 12

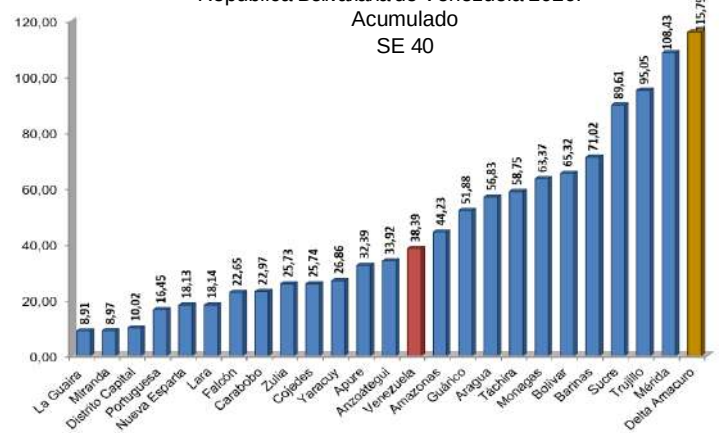
Dengue. Canal Endémico Venezuela 2016-2026
República Bolivariana de Venezuela.
SE 40



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

Gráfico N° 13

Dengue. Distribución según entidad federal.
Tasa por 100.000 habitantes
República Bolivariana de Venezuela 2026.
Acumulado
SE 40



La tasa promedio de incidencia acumulada a nivel nacional es de (38,39) por 100,000 habitantes superada por 7 estados, destacando: Delta Amacuro, Mérida y Trujillo.

Serotipos de dengue circulante por Entidades

Tabla 1. Serotipos de dengue circulante

ENTIDAD FEDERAL	DENV (I)	DENV (II)	DENV (III)	DENV (IV)
AMAZONAS		●		
ANZOATEGUI				
APURE			●	
ARAGUA		●	●	
BARINAS		●	●	
BOLIVAR			●	●
CARABOBO				
COJEDES				
DELTA AMACURO			●	
DISTRITO CAPITAL		●	●	●
FALCON			●	
GUARICO		●	●	
LA GUAIRA		●	●	
LARA		●	●	
MERIDA	●	●	●	
MIRANDA		●	●	●
MONAGAS		●	●	
NUEVA ESPARTA				
PORTUGUESA			●	
SUCRE			●	
TACHIRA		●	●	
TRUJILLO		●	●	
YARACUY				
ZULIA			●	
VENEZUELA	●	●	●	●

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

Malaria

Durante la SE 40, todas entidades realizaron la respectiva notificación semanal obligatoria de casos, con el registro de 16.429 muestras tomadas y el diagnóstico de 1.095 casos en el país, de los casos totales 1.080 fueron autóctonos (98,6%) y 15 casos (1,4%) importados.

De los Casos autóctonos el 74,9% fueron a *Plasmodium vivax*, 14,9% a *Plasmodium falciparum* y 5,7% infecciones mixtas (*P. vivax* + *P. falciparum*). Durante el año se han reportado un total de 81.576 casos, lo que representa un descenso de 4,9% con respecto al período homólogo del año anterior (n=77.797).

Tabla 2. Malaria. Casos confirmados por entidad federal, especie y acumulado SE 40 (2026 Vs 2025).
República Bolivariana de Venezuela.

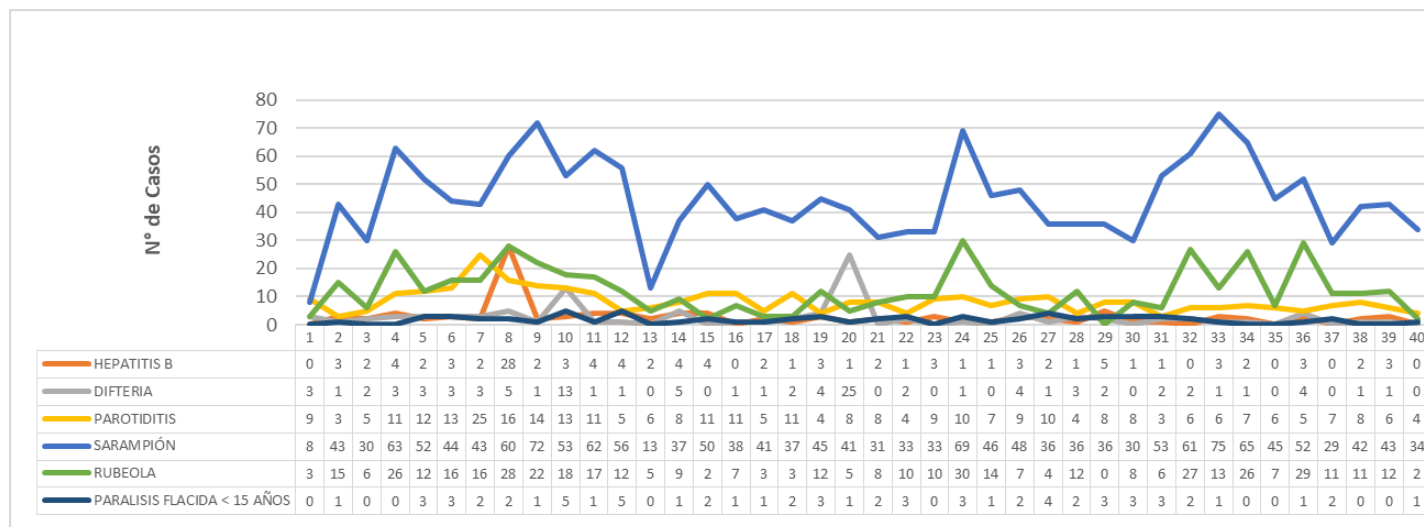
Tabla 1. Malaria. Casos confirmados por entidad federal, especie y acumulado SE 40 (2.026 vs 2.025). República Bolivariana de Venezuela												
Entidad Federal	Casos SE 40 - 2.026 Por Especies					Casos SE 40 2.025	Casos Acumulados — 2.026					Casos Acumulados SE 40 - 2.025
	Pv	Pf	Pm	PvPf	Total 2.026		Pv	Pf	Pm	PvPf	Total 2.026	
Amazonas*	126	57	-	9	192	669	13.283	3.043	-	571	16.897	18.291
Anzoátegui*	3	-	-	-	3	7	154	31	-	18	203	188
Apure	-	-	-	-	-	3	175	3	-	9	187	265
Barinas*	-	-	-	-	-	-	26	-	-	-	26	8
Bolívar*	509	143	-	48	700	1.148	37.170	14.315	-	4.730	56.215	58.041
Delta Amacuro	9	8	-	5	22	54	746	328	-	186	1.260	1.787
Falcón	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	50
Guárico*	-	-	-	-	-	-	20	4	-	3	27	18
Mérida	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Monagas	-	1	-	-	1	2	94	368	-	25	487	129
Portuguesa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Sucre	1	-	-	-	1	10	175	7	-	8	190	708
Táchira	-	-	-	-	-	1	26	-	-	-	26	30
Zulia*	161	-	-	-	161	20	2.270	4	-	3	2.277	2.058
VENEZUELA (TOTAL)	809	209	-	62	1.080	1.914	54.139	18.105	-	5.553	77.797	81.576
CASOS IMPORTADOS	5	10	-	-	15	22	815	301	-	75	1.191	1.114

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 3. Seguimiento de casos sospechosos de Enfermedades Inmunoprevenibles.



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

Durante la segunda semana del mes de septiembre de 2026, se captaron **2.421** notificaciones de casos sospechosos. La vigilancia se concentró en síndromes exantemáticos, con el Sarampión como principal sospecha (**62,04%; n=1.502**). Otras Sospechas: Se reportaron casos probables de Rubéola (**406**) y Parotiditis (**296**), los cuales mostraron una tendencia al ascenso hacia el cierre del periodo. Se registraron picos de notificación en las semanas 4, 9, 24 y 33 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 **40** de 2026, **No se han confirmado casos de Sarampión-Rubéola** a nivel nacional

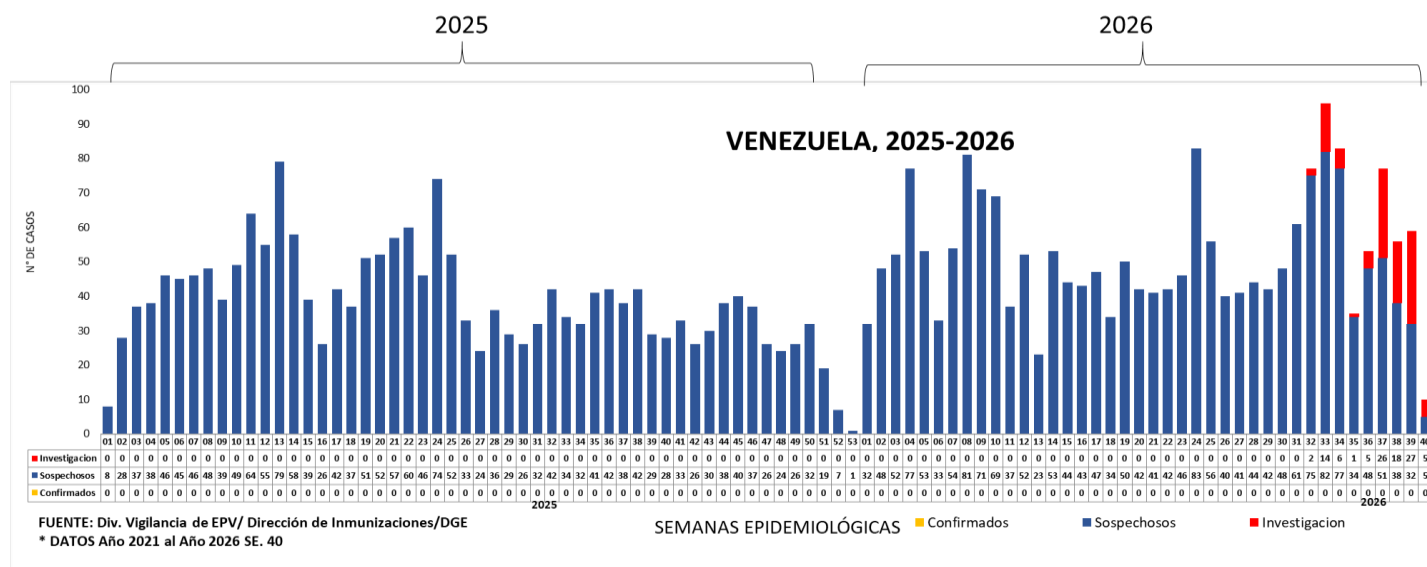
Vigilancia de las exantemáticas febriles (Sarampión-Rubéola).

Las entidades federales han mantenido una participación activa mediante el envío continuo de muestras de casos sospechosos al Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel (**INHRR**). En lo que va del año 2026, reportaron a tiempo **24** entidades federales, es decir el porcentaje de información es **100 %**. De los casos

notificados, han sido descartados **1.877** de **1.981** casos sospechosos, mientras que **104** casos se encuentran actualmente en fase de investigación.

Gráfico 14

Casos descartados y en investigación de Sarampión/ Rubéola según semana epidemiológica desde 2025 hasta SE 40 del 2026.
República Bolivariana de Venezuela.



Fuente: Dirección de Vigilancia Epidemiológica. MPPS.2026/Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel – INHRR

Enfermedades Zoonóticas

Rabia Humana

En esta SE 40 de 2026, no se registran casos de rabia en humanos, manteniendo el acumulado del año en 6 casos.

Tabla 4. Casos de Rabia Humana por ubicación geográfica, edad, sexo y variante viral.

Acumulado hasta SE 40 del 2026. República Bolivariana de Venezuela.

Año	Estado	Municipio	Parroquia	N° de Casos	Sexo	Edad	Variante
2026	Bolívar	Sifontes	Dalla Costa	1	F	14 años	Rabia selvática
	Zulia	Lagunillas	Libertad	1	M	44 años	Rabia canina
		Miranda	Altagracia	1	M	20 años	Rabia canina
		Maracaibo	Coquivacoa	1	F	68 años	Rabia canina
		San Francisco	El Bajo	1	M	6 años	Rabia canina
		Maracaibo	San Isidro	1	M	14 años	Rabia canina
	Total 2026			6			

Fuente: MPPS: DGE/DVE - INHRR – Laboratorio de rabia. Estado Zulia.

Como parte de la vigilancia activa se analizaron 212 muestras por inmunofluorescencia directa (IFD), registrando una tasa de positividad del 70,75% (150/212). La Tabla 4 desglosa la casuística por especie y los casos confirmados, resaltando la relevancia del reservorio canino en el ciclo urbano.

Tabla 5. Rabia. Porcentaje de positividad y especie de resultados del diagnóstico por Inmunofluorescencia Directa (IFD) en muestras de tejido encefálico. 2026 hasta la SE 40. Estado Zulia.

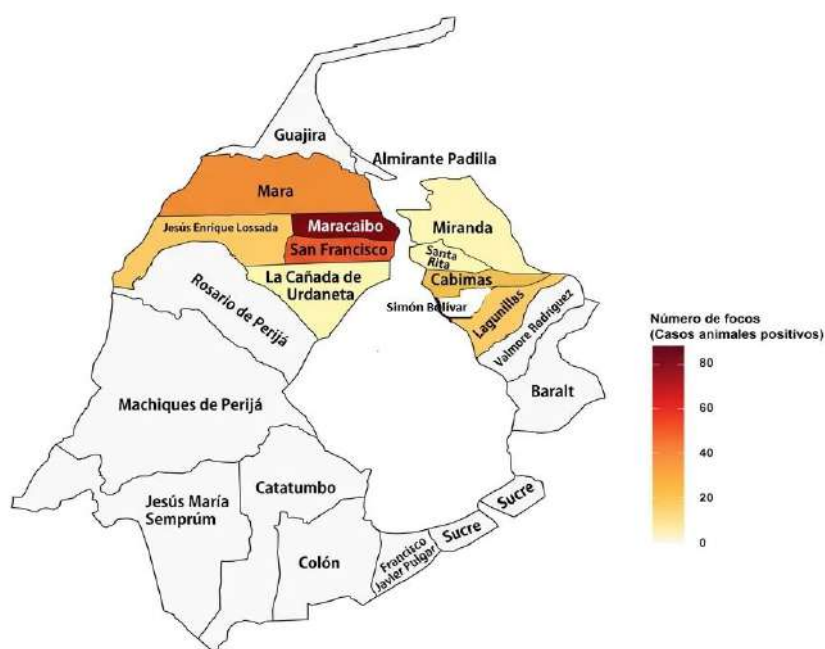
ESPECIE	(n)	RESULTADO		
		Positivo (n)	% Positividad total	% según especie
CANINA	173	124	71.7%	82.7%
FELINA	28	19	67.9%	12.7%
MARSUPIAL	1	0	0.0%	0.0%
MURCIELAGO	1	1	100.0%	0.7%
PORCINO	1	0	0.0%	0.0%
HUMANA	8	6	75.0%	4.0%
Total general	212	150	70.75%	100.0%

Fuente: MPPS: DGE/DVE- Laboratorio de rabia. Estado Zulia-INHRR

Rabia Animal

Hasta la SE 40-2026, el estado Zulia registra 144 focos de rabia animal distribuidos en el 42,85% de su territorio (9 de 21 municipios), con una concentración en la zona metropolitana de Maracaibo (74 casos; 51,39%) y San Francisco (23 casos; 15,97%), los cuales suman el 67,36% del total regional; seguidos por Mara (16; 11,11%), Lagunillas (12; 8,33%), Cabimas (8; 5,56%), Jesús Enrique Lossada (4; 2,78%) Miranda (3; 2,08%), Santa Rita (2; 1,39%), y La Cañada de Urdaneta (2; 1,39%).

Imagen 1. Animales diagnosticados por rabia (focos), por municipio en el estado Zulia hasta la SE 40, 2026. República Bolivariana de Venezuela

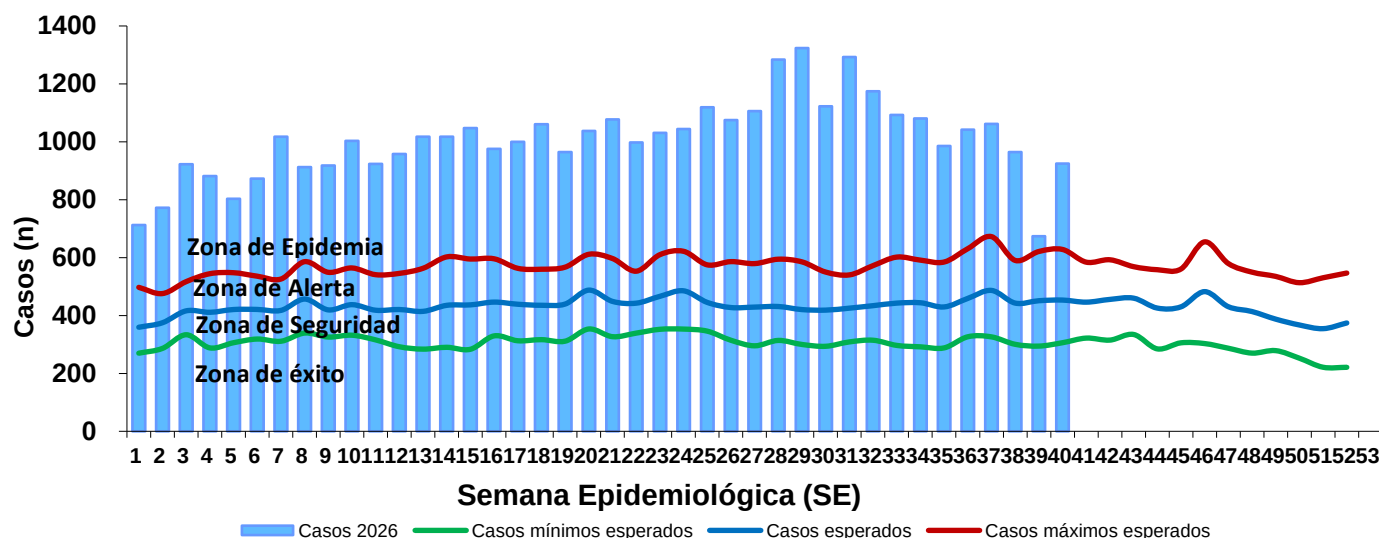


Fuente: MPPS: DVE-Zoonosis Zulia-Lab de Rabia del estado Zulia.

Mordeduras sospechosas de rabia

Durante la Semana Epidemiológica (SE) 40 se registraron **925** casos de mordeduras sospechosas de rabia, lo que representa un incremento del **37,24%** respecto a los **674** casos reportados en la SE 39. La cantidad de casos para la SE 40, se ubica en la **Zona de Epidemia** del canal endémico nacional, superando el límite de casos máximos esperados para este periodo. Ver siguiente gráfico.

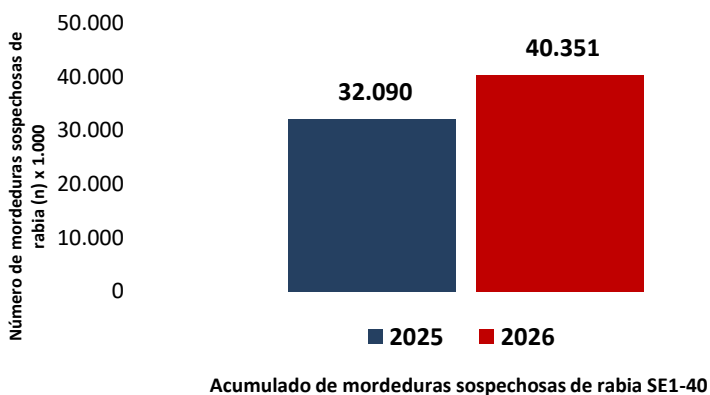
Gráfico 15. Canal Endémico SE 40. Mordedura sospechosa 2017- 2026.
República Bolivariana de Venezuela



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

En cuanto al acumulado hasta la SE 40 2026, se registró un incremento del **25,74%** en la incidencia de mordeduras sospechosas en comparación con el año anterior (**32.090 vs. 40.351 casos**). Este aumento en la captación de Mordeduras requiere fortalecer el seguimiento y atención de focos en las áreas de mayor reporte.

Gráfico 16. Rabia. Mordedura sospechosa acumulada SE 1 – 40, año 2026.



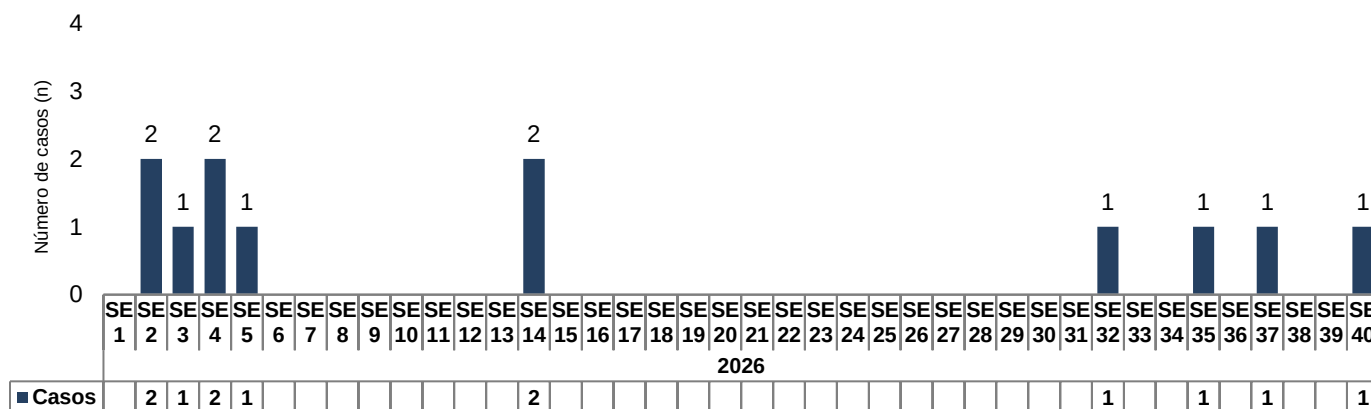
Fuente: EPI 12/SIS. Dirección de Vigilancia Epidemiológica. MPPS.2026.

Fiebre Amarilla

En la SE 40 del año 2026, se reporta 1 casos de FA, se intensifica la vigilancia de Síndromes Febriles Ictérico Hemorrágicos (SFIH), realizándose un total de **12.745** exámenes de laboratorio especializados en el Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel (INHRR).

De total de casos acumulado (12) hasta la SE 40 del 2026, han fallecido 04 lo que representa una tasa de letalidad (TL) del 33,33%.

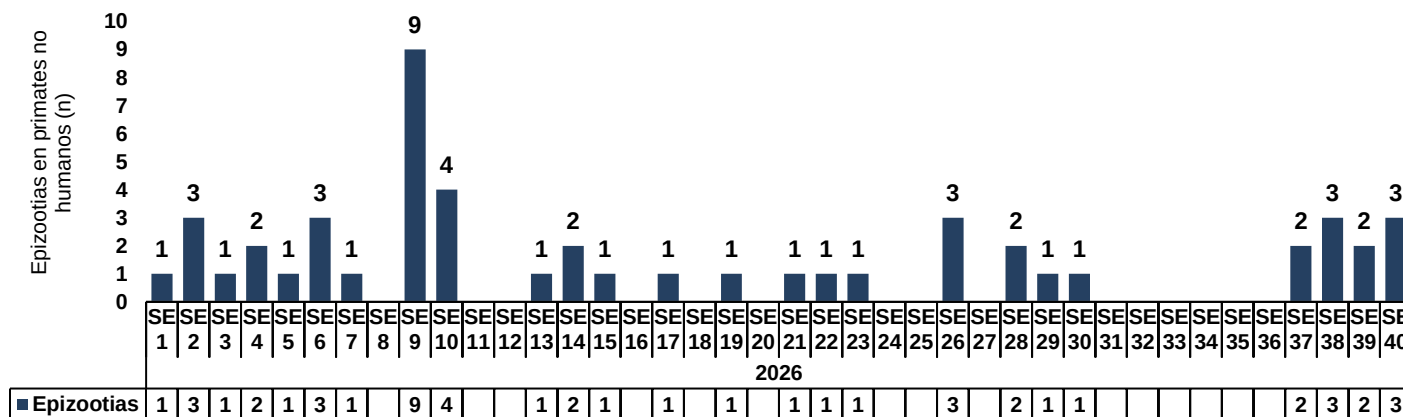
Gráfico 17.
Fiebre Amarilla. Casos Confirmados en Humanos
hasta SE 40 del 2026.
República Bolivariana de Venezuela



Fuente: MPPS:DGE/DVE – INHRR

Los casos del 2026 se han presentado en 06 entidades federales: Barinas (4), Aragua (3), Monagas (2), Delta Amacuro (1), La Guaira (1), Lara (1).

Gráfico 18. Epizootias de primates no
Humanos hasta SE 40 del 2026.
República Bolivariana de Venezuela.



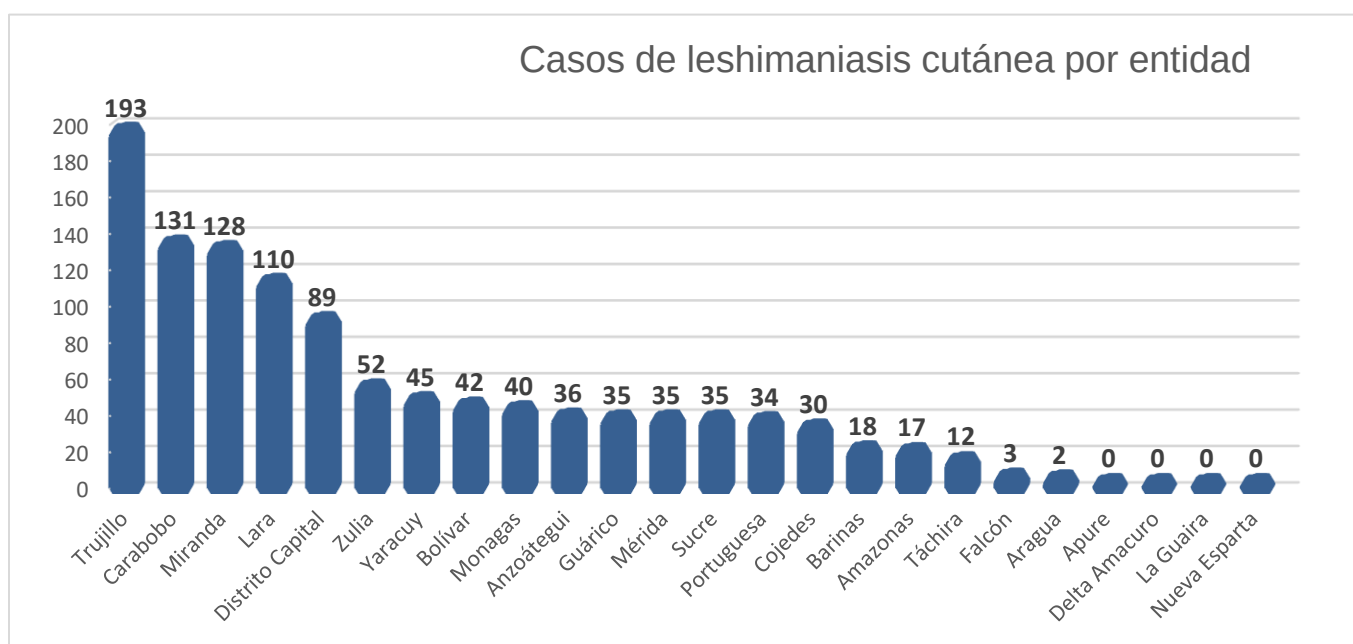
Fuente: MPPS: DGE/DVE-DGSA

Por otra parte, hasta la SE 40 del 2026, se han notificado **51** eventos epizoóticos en primates no humanos, 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 región central-llanera, con Aragua (**18 eventos**) como el principal foco, seguido de Guárico (**13**), Cojedes (**9**), Apure (**5**), Barinas (**3**), Portuguesa (**1**), Sucre (**1**) y Yaracuy (**1**).

Leishmaniasis cutánea

Al cierre de septiembre de **2026** se reportaron un total de **1087** casos de Leishmaniasis Cutánea, las entidades con mayor incidencia son: Trujillo con 193 casos, seguido de Carabobo con 131, Miranda con 128, Lara con 110, Distrito Capital con 89, Zulia con 52, Yaracuy con 45 y Bolívar con 42. Mientras tanto, las entidades de menor ocurrencia se determinaron en Aragua con 2 casos y Falcón con 3 casos respectivamente.

Gráfico 19. Leishmaniasis. Casos Reportados. Septiembre del 2026.
República Bolivariana de Venezuela.



Instituto de Biomedicina "Dr. Jacinto Convit".

Tabla 6. Leishmaniasis. Casos reportados. agosto del 2026.
por entidades federales y municipios con mayor ocurrencia de la República Bolivariana de Venezuela.

Estado	Municipios más afectados	N° de Casos
Lara	Iribarren	44
Miranda	Acevedo	40
Portuguesa	Sucre	34
Carabobo	Bejuma	32
Monagas	Caripe	28
Anzoátegui	Juan Antonio Sotillo	22
Yaracuy	Nirgua	22
Cojedes	Ezequiel Zamora	19
Trujillo	Valera	19
Bolívar	Caroní	11
Zulia	Machiques de Perijá	11

Instituto de Biomedicina "Dr. Jacinto Convit".

Enfermedades no transmisibles

Tabla 7. Enfermedades no transmisibles. (HTA/DM)

Enfermedad	Casos P	Casos S	Casos X	P + X	Acumulado hasta MES 09
DIABETES MELLITUS TIPO I < 25 AÑOS	106	363	3	109	1.413
DIABETES MELLITUS TIPO II > 25 AÑOS	7.533	2.308	1.856	9.389	110.495
HIPERTENSION ARTERIAL MENOR DE 15 AÑOS	55	25	0	55	1.061
HIPERTENSION ARTERIAL 15 A 44 AÑOS	5.172	1.571	328	5.500	92.946
HIPERTENSION ARTERIAL 45 AÑOS Y MAS	31.282	10.274	1.105	32.387	516.954

Durante los primeros tres trimestres del año, la evaluación de la morbilidad ambulatoria reflejó una marcada asimetría epidemiológico-asistencial. El perfil de atención evidenció un predominio de las consultas de primera vez sobre el seguimiento subsecuente, registrándose una proporción de casos primarios del 73,29 % para la cohorte de Hipertensión Arterial (HTA) y del 62,77 % para la de Diabetes Mellitus (DM).

Análisis Diferencial de Retención Clínica

Al evaluar la continuidad del control médico, los indicadores demuestran una brecha entre ambas patologías:

- **Cohorte DM:** Mantuvo un número de atenciones seguimiento del 37,23 %, mostrando un mayor nivel de adherencia al control metabólico.
- **Cohorte HTA:** Presentó un número de consultas de seguimiento notablemente inferior, situado en un 26,71 %