ESTADO DEL ARTE SOBRE LA FIEBRE AMARILLA DURANTE EL EMBARAZO

Carvajal de Carvajal Ana C[1], Lleras Arelis[2], Rojas Marianela[3] y Rodríguez Morales Alfonso J.[4]

1.Hospital Universitario de Caracas (jubilada), Caracas, Venezuela.2. Hospital Universitario de Maracaibo, Maracaibo, Venezuela. 3.Hospital General Nacional "Dr. Miguel Pérez Carreño", Caracas, Venezuela. 4.Facultad de Medicina, Institución Universitaria Visión de las Américas, Pereira, Colombia. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.

Correo: anacoromotocarvajal@gmail.com

Introducción

Las gestantes residentes en zonas tropicales y subtropicales están expuestas a diversas arbovirosis. Desde 2024 y 2025, se ha registrado una reemergencia de fiebre amarilla (FA) selvática en varios países de América Latina: Brasil, Colombia, Venezuela, Perú, Bolivia, Ecuador y Guyana. Analizamos el estado del arte sobre la FA en embarazadas, se revisaron documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como artículos de revistas científicas.

Resultados

Se desconoce si la FA es más grave en gestantes. Un estudio reciente propone un modelo de patogenia donde el virus actúa como un disruptor, provocando un predominio del estado inflamatorio, con liberación de interleucinas a nivel placentario, con efectos devastadores para el feto. En el embarazo puede producir consecuencias clínicas severas (fig 1), la transmisión perinatal es rara; 2 casos en Brasil han evidenciado enfermedad neonatal grave y fatal. La vacunación (tabla 1) se recomienda tras el primer trimestre en gestantes expuestas al riesgo. Se aconseja suspender la lactancia durante 10 días en niños menores de 6 meses y, posteriormente, vacunar a la madre.

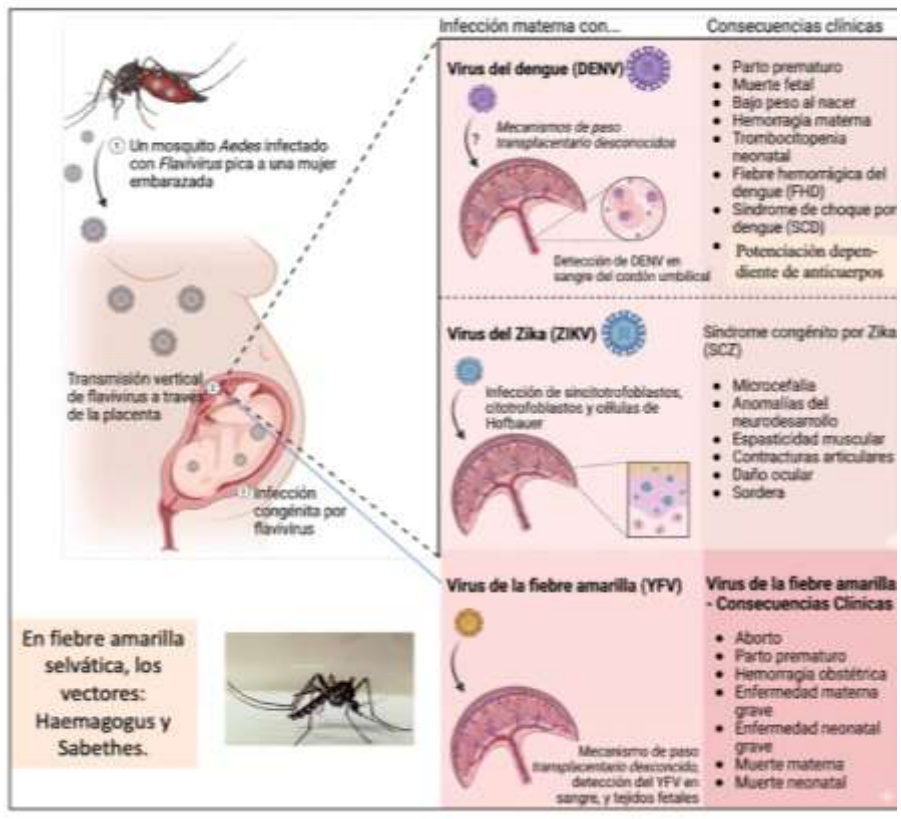


Fig 1. Transmisión vertical de algunos ortoflavivirus durante el embarazo y consecuencias clínicas asociadas. Adaptado de Mukherjee I, et al.2026. (Ref 1)

Recomendaciones para la aplicación de la vacuna de la fiebre amarilla 17D en gestantes.

Zona epidemiológica	Trimestre embarazo	Seguridad	Evidencia	Recomendaciones
Alto riesgo (brote activo)	Primer 0-12 semanas	Precaución posible riesgo de teratogenicidad	Pocos estudio los cuales no demuestran aumento de la teratogenicidad	Evitar en lo posible. Considerar riesgo beneficio
Riesgo moderado (periurbano/ salvaje)	Segundo 13-26	Bajo riesgo Efectos adversos comparables al resto de población vacunada	La mayoría de los estudios reportan vacunación en este trimestre	Considerar si hay alto riesgo. Adecuado monitoreo obstétrico
Bajo riesgo urbano	Tercer 27 semanas - parto	Bajo riesgo de teratogenicidad	Anticuerpos IGM documentado en neonatos de madres vacunadas, sin evidencia de enfermedad	Puede administrase si hay indicación Bajo riesgo, pero se recomienda observación del neonato.

Tabla 1. Tomado de: Rodríguez Morales A, et al. 2026 (Ref 2)

- **Referencias bibliográficas**

1. Mukherjee I, et al. Comparative analysis of placental transmission mechanisms for Dengue and Zika viruses: outcomes and future directions. Front Immunol. 2026 Mar 6;17:1749309. doi: 10.3389/fimmu.2026.1749309.

2. Rodríguez-Morales AJ, et al. Yellow Fever in Pregnancy: A Comprehensive Review of the Clinical Implications and Vaccination in the Context of the 2024-2026 Americas Outbreak. Trop Med Infect Dis. 2026 Mar 30;11(4):92. doi: 10.3390/tropicalmed11040092

© 2026 [Carvajal de Carvajal, Ana C] et al. Todos los derechos reservados. Este trabajo, incluyendo su diseño, metodología, datos originales y conclusiones, es propiedad intelectual exclusiva de sus autores y de la Sociedad Venezolana de Infectología.
Queda estrictamente prohibida la reproducción, distribución, fotografía o difusión total o parcial de este contenido en cualquier medio físico o digital sin la autorización previa y por escrito de los autores principales.