

La fiebre amarilla y el Cazador de las fiebres

(Yellow fever and the Fever Hunter)

Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry*

*Individuo de número de la Academia Nacional de Medicina (Sillón VIII) y de la
Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina (Sillón XXIII)

*Arrímate a mi viña
que soy San Roque
que si viene la Peste
que no te toque.*

(Autor anónimo)

Resumen

La fiebre amarilla¹ es una enfermedad infecciosa, perteneciente al grupo de las fiebres hemorrágicas causadas por virus. En un primer momento se creyó que era una enfermedad exclusiva del género humano, pero las investigaciones demostraron que es una zoonosis que afecta también a monos de diferentes especies. Los monos infectados en África y América tropical son la fuente principal de infección, y los mosquitos la transmiten al humano. Este tipo de enfermedad, que sólo aparece de forma accidental en el hombre cuando éste invade áreas de riesgo sin la debida protección, se conoce como fiebre amarilla selvática. Si la persona infectada se desplaza a una zona poblada, puede ser picado por especies semidomésticas de mosquitos como el *Aedes aegypti*, principales transmisores en las epidemias de fiebre amarilla urbana. En esta ocasión le rendimos tributo a un luchador contra esta enfermedad, el Dr. Rumeno Isaac Díaz (1913-1993)

Palabras claves: Fiebre amarilla, *Aedes aegypti*, Rumeno Isaac Díaz,

Abstract

Yellow fever is an infectious disease, belonging to the group of hemorrhagic fevers caused by viruses. At first it was believed that it was an exclusive disease of the human genus, but research showed that it is a zoonosis that also affects monkeys of different species. Infected monkeys in Africa and tropical America are the main source of

¹ World Health Organisation. Yellow Fever. Wkly. Epidem. Rec. 2000;75:322-328

infection, and mosquitoes transmit it to humans. This type of disease, which only appears accidentally in man when he invades risk areas without proper protection, is known as jungle yellow fever. If the infected person moves to a populated area, they can be bitten by semi-domestic species of mosquitoes such as *Aedes aegypti*, the main transmitters in urban yellow fever epidemics. On this occasion we pay tribute to a fighter against this disease Dr. Rumeno Isaac Diaz (1913-1993).

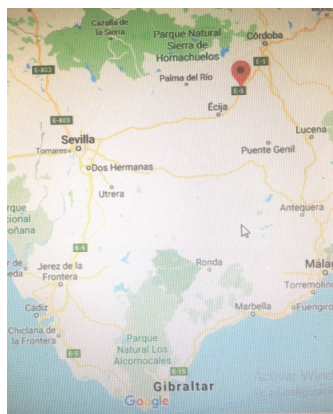
Keywords: Yellow fever, *Aedes aegypti*, Rumeno Isaac Díaz,

La Carlota

En un trabajo aparecido sobre la epidemia de fiebre amarilla de 1800 (1) en la población de La Carlota, capital de las nuevas poblaciones de Andalucía, nos dio pie a realizar este trabajo. La Carlota es un municipio español de la provincia de Córdoba, comunidad autónoma de Andalucía. En el año 2016 contaba con 13 936 habitantes. Su extensión superficial es de 78,97 km² y tiene una densidad de 176,47 hab./km².

Este fue el caso de la fiebre amarilla (2) que, procedente de América llegaría, como en otras ocasiones anteriores, al puerto de Cádiz en los últimos momentos del siglo XVIII. Ni la habitual cuarentena a que eran sometidos los barcos pudo impedir su amplia difusión o que en esta ocasión tuviese un impacto mucho mayor.

A partir de este primer episodio, la enfermedad se hizo habitual en numerosas poblaciones andaluzas y del litoral murciano e incluso se extendió en 1821 y 1870 más al norte llegando hasta Barcelona, siendo responsable de miles de fallecimientos. Dio pie esta epidemia al primer intento por establecer una ley general de sanidad para toda España durante el Trienio Liberal y al primer código sanitario español, Ley Orgánica de Sanidad de 1855.



No debe extrañarnos que para el caso concreto de la epidemia en La Carlota, ésta nunca sea calificada en los documentos de archivo con términos que vayan más allá de “calenturas malignas o tabardillo”; “...el término de fiebre amarilla no era manejado por quienes hablaban de la epidemia. El periodo de incubación duraba de tres a seis días, y entre los síntomas destacaba la fiebre, la ictericia (a causa de la cual los enfermos tomaban una tonalidad amarillenta), fuertes dolores de cabeza, dolor de estómago, vómitos frecuentes (que derivaban a la semana en vómitos negros, compuestos en gran medida de sangre oscura grumosa), sangrado por nariz y boca, palidez, sudores copiosos, fotofobia y convulsiones. La enfermedad dejaba como rastro particular una alta proporción de defunciones (que podía ir del 20 al 90%) entre el quinto y el noveno día, bien por coma hepático o bien por insuficiencia suprarrenal o circulatoria. Los enfermos recibían el tratamiento que el criterio particular de cada médico estimaba más eficaz. En cualquier caso, era común el evitar que estos ingiriesen alimentos sólidos, el aplicarles lavativas emolientes con vinagre y el darles frecuentemente agua, todo con objeto de evitar los vómitos y propiciar el sudor. No faltaban tampoco las habituales sangrías o el uso de quina donde se disponía de ella. En cualquier caso, el método más efectivo para prevenir el contagio en aquel entonces siempre fue la prevención”.

Al parecer, el introductor de la epidemia en el casco urbano de La Carlota fue un valenciano llamado Juan, del cual solo sabemos que “benía con un carro” y que murió el 2 de septiembre de 1800 en su Real Posada.

Si contamos que la población de La Carlota para ese entonces era de 1.800 habitantes, la mortalidad fue de 145 individuos, por encima del 8% de la población total.

La fiebre amarilla, ha sido causa de devastadoras epidemias en el pasado. Transmitida a humanos por primera vez por otros primates en África y de allí se propago en los siglos XVI o XVII a América debido al tráfico de esclavos.

La primera epidemia confirmada en América fue la de 1647 en Barbados. Otra famosa fue la de Filadelfia en 1793, además de la mencionada en Andalucía y Barcelona en España.

En Venezuela, no se han encontrado antecedentes de esta enfermedad antes de la llegada de los primeros esclavos de África, después de cuya introducción comienzan a encontrarse anotaciones sobre una grave enfermedad que producía “vómito negro” y muerte a los pobladores (3).

La transmisión de esta enfermedad fue un misterio hasta que a mediados del siglo XIX, Luis Daniel Baupérthuy la aclara en Cumaná (4). En sus estudios y observando los enfermos de la entonces llamadas “fiebres miasmáticas” desechando la teoría que para ese entonces existía de la transmisión mediante “absorción pulmonar y cutánea”.



Figura 2. Luis Daniel Baupérthuy (1807-1871)

Durante la epidemia en Cumana en 1853 y en estas observaciones llegó a la conclusión enfáticamente que dicha fiebre era provocada por un virus vegeto-Animal procedente de las materias en putrefacción, el cual era introducido en los cuerpos de las víctimas humanas mediante “los mosquitos o tipularios” (cenzalo, cinife o zancudo).

Zancudo bobo, de patas rayadas de blanco, en cierto modo la especie doméstica. Al año siguiente (1854) publicó un artículo en la Gaceta Oficial de Cumana donde expresaba el haber observado vibriones en las heces de los coléricos.

En 1856 escribió una misiva a su antiguo maestro Flourens donde le solicitaba que presentara ante la Academia de Ciencias de Paris la memoria que había realizado con sus observaciones acerca de la etiología, transmisión y terapéutica de la fiebre amarilla y del cólera. Esta memoria fue sometida a la consideración de una comisión de la Academia y reproducida en los *Comptes Rendues* y un resumen de la misma en *L'Abeille Médicale* (5). Sin embargo los miembros de la Academia no advirtieron que el novedoso acercamiento al problema de las fiebres mediante un origen de transmisión por insectos, hasta el momento sin precedentes, se trataba de un descubrimiento que solamente años más tarde sería reconocido cómo válido.

En 1881 Carlos Finlay, llegó a la conclusión de que la transmisión de la fiebre amarilla de una persona a otra era mediante un zancudo, sin hacer referencia a los trabajos de Beauperthuy. Más adelante en 1884 Luis Peña y en 1907, Arístides Agramonte (6) establecieron como correspondiente el trabajo de Beauperthuy, como el pionero en la idea de la transmisión vía insecto reclamando “el título de *Abuelo* de la teoría del mosquito de la fiebre amarilla”.

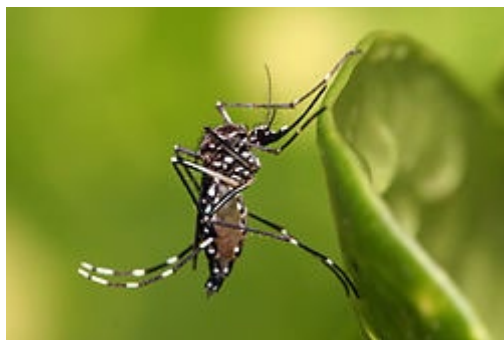


Figura 3. *Aedes aegypti*

La teoría de Carlos Finlay (1833-1915), proponía la intervención causal de un virus en el origen de la fiebre amarilla y la transmisión de éste por la picadura de un insecto, el mosquito *Aedes aegypti* (7). Como suele suceder con los pioneros, en sus inicios pareció irracional, pero ciertamente, no era tan novedosa: En 1790 el médico irlandés John Crawford, relacionó directamente a la fiebre amarilla con el contagio a través de los insectos. Posteriormente en 1797, Benjamín Rush hizo notar la enorme

cantidad de mosquitos presentes durante la epidemia de fiebre amarilla ocurrida en Filadelfia, observación seguida por otras semejantes de Vaughan, en Illington, Inglaterra en 1802; Blair en la Guyana Británica en 1812, y Whightman, en San Agustín en 1833. El notable médico Josiah Clark Nott, publicó en 1848 un importante artículo en el que refutó la teoría miasmática y postuló que la fiebre amarilla y quizás la malaria, eran de origen animal o producidas por insectos, y mostró numerosas y valiosas analogías entre el ciclo vital de los insectos y la epidemiología de la fiebre amarilla.



Figura 4. Zonas endémicas en África y América.

En 1901 la enfermedad fue erradicada en La Habana, Veracruz, el Istmo de Panamá y Rio de Janeiro y en pocos años se volvió rara en el Caribe. Solo permanece endémica el en África Subsahariana donde es un problema grave de salud pública y todavía endémica en países de América Central, Sudamérica (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela (8).



Figura 5. Dr. Walter Reed (1851-1902).

Conocido ya para 1927 del papel desempeñado por el mosquito *Aedes aegypti* en la transmisión de la fiebre amarilla y del descubrimiento de un animal apropiado para la experimentación como fue el mono, cuando fue descubierta su susceptibilidad a la fiebre amarilla (*Macacus sinicus* y *M. Rheus*), fue posible verificar experimentos convincentes, los cuales demostraron que el agente etiológico de la fiebre amarilla no era un leptospira, sino que pertenecía al grupo de los llamados virus filtrables. Los científicos realmente vieron por primera vez los virus en los años treinta, cuando se inventó el microscopio electrónico. En 1915, el bacteriólogo inglés Frederick Twort (9) descubrió los bacteriófagos, virus que atacan bacterias. Él observó pequeños puntos transparentes dentro de las colonias bacterianas y formuló la hipótesis de que algo estaba matando las bacterias. El primer virus observado fue el virus del mosaico del tabaco, por Gustav Kausche, Edgar Pfankuch y Helmut Ruska en 1939 (10).

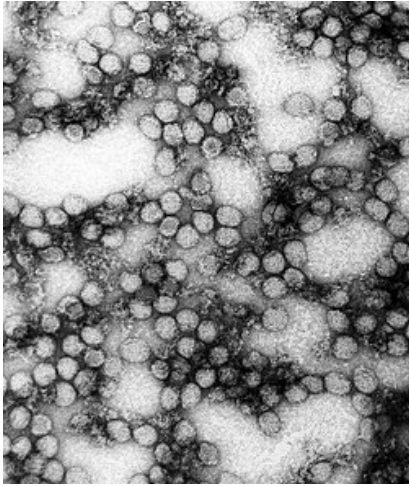


Figura 7. Microscopio electrónico 2020

El virus de la fiebre amarilla es el prototipo del género *Flavivirus* de la familia *flaviviridae*, su genoma es de ARN de aproximadamente 45 nm de diámetro, es un serotipo único del cual se han distinguido cinco genotipos (3 en África y 2 en Suramérica). Es muy inestable y por calentamiento o por desinfectantes comunes se

puede inactivar. Es un virus viscerotropo (tiende a situarse en hígado, riñón y corazón) y en algunos casos postvacunales se le han atribuido propiedades neurotrópicas

En 1937, Max Theiler (11) trabajando para la Fundación Rockefeller desarrolló una vacuna para la fiebre amarilla, la cual efectivamente protege a aquellas personas que viajan a áreas afectadas, manteniendo a su vez un medio de control de la enfermedad.



Max Theiler fue un virólogo sudafricano de ascendencia suiza galardonado con el Premio Nobel en Fisiología o Medicina en 1951 por haber desarrollado la vacuna para la fiebre amarilla. (El cráter lunar Theiler lleva este nombre en su memoria) (12).

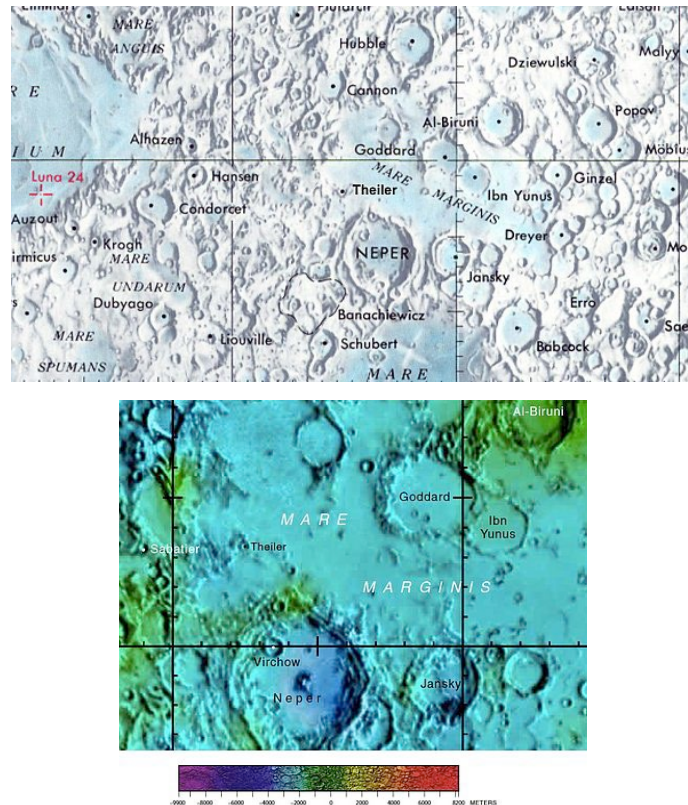


Figura 10. Cráter lunar Theiler

La fiebre amarilla en Venezuela

Revisando el Índice acumulativo de la Gaceta Médica de Caracas del Volumen 1-111 encontramos más de cien citaciones de trabajos acerca de esta enfermedad. El primer trabajo es reportado en 1897 por Francisco A Rísquez (13).

Encontramos el del Br. Rafael Rangel (14), de 1908 donde analiza un trabajo regional sobre la fiebre amarilla en Zaraza por el Dr. Vicente Peña, sucedido a principios de ese año, desde los datos epidemiológicos, carácter estacionario de la *Stogomia fasciata* o *Calopus* , discriminación de los signos y síntomas observados o no en los pacientes.

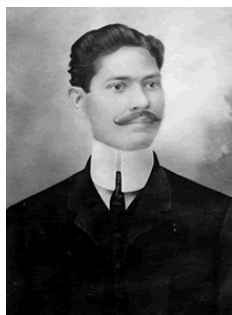




Figura 12. Dr. Vicente Peña (1872-1952). Sillón VIII ANM

Los primeros indicios de la creación de un Ministerio de Salubridad en Venezuela datan de 1930, cuando el General Gómez, premia a su médico particular el Dr. Henrique Toledo Trujillo, con el otorgamiento del Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría. Antes Luis Gregorio Chacín Itriago en 1919-1922 a través de la Dirección de Sanidad Nacional, había trabajado en la erradicación de las diarreas, fiebre amarilla y peste.



Figura 13. Dr. Luis Gregorio Chacín Itriago



Figura 14. Dres. Enrique Tejera G., José Izquierdo y Henrique Toledo Trujillo

Una vez creado el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, al ser separado del antiguo Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría, se nombra al Dr. Enrique Tejera Guevara (1889-1980) académico, organiza el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

En 1936 fue becado por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, el Dr. Arturo Guevara Ruiz (1901-1976) (15), para hacer estudios sobre Fiebre Amarilla en Brasil y, a su regreso en 1937, presentó conjuntamente con el doctor Amando González Puccini, informes acerca de esta enfermedad. Con base en esos y otros datos recolectados fue creado el Servicio Nacional de Profilaxis de la Fiebre Amarilla, donde fue designado médico jefe, en 1938. Ejerció diversos cargos dentro del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, tanto en Caracas como en el interior de Venezuela.

En 1942 es nombrado jefe de la División de Fiebre Amarilla y Peste Bubónica el Dr. Rumeno Isaac Díaz, y luego se le anexa el control de Carate y Buba.



Figura 15. Rumeno Isaac Díaz (1913-1993)

Rumeno nació en Valle de la Pascua, estado Guárico, el 11 de julio de 1913, hijo de un inmigrante libanés y una señora de stirpe de la zona. Comerciantes y dueños de hatos (16).

Sus primeras letras las recibe de la maestra Julia Hernández y fue discípulo del profesor Rafael González Údis en el colegio “Eduardo Blanco”.

Estudia bachillerato en Caracas en el Liceo Andrés Bello graduándose de Bachiller en Filosofía y Letras en 1932. Ese mismo año entra en la Escuela de Medicina de la UCV. Durante su carrera hace un curso de Malariología y se gradúa de Doctor en Ciencias Médicas, defendiendo la Tesis “Paludismo y la seria blanca” en 1938.

Ese año se casa con su fiel compañera de vida y trabajo María Teresa Hernández Osorio (doña Tere). Y tienen tres hijos Yolanda, Yaya y Jorge.

Médico de fronteras, radicándose en el Jobito, hoy Puerto Páez, en la confluencia del río Meta con el Orinoco su meta era el bienestar de la gente. Lucho con

los presos políticos de la zona para apagar un fuerte brote de paludismo, para lo cual lo habían llamado. ¡No hacíamos nada con tratar a los pacientes con Quinina y Pasmaquina, si no íbamos adelante con el anofeles que seguía inoculando la enfermedad; hacíamos censo diario de la población vulnerable y aplicábamos petróleo en las charcas, para disminuir la población de mosquitos!, decía Rumeno.

Después de tanto llevar y traer petróleo, en las tardes se reunían en la Medicatura de Rumeno hasta que la plaga les diera tregua, en un gramófono les ponía “Tocata y Fuga” de J. S. Bach y los confinados oían como las notas musicales se fugaban hacia la libertad. Rumeno viaja en 1940, enviado por el MSAS a un curso de la Oficina Sanitaria Panamericana en la costa del pacifico y Antipestoso en Lima, Perú. Allí se entrena contra la Peste Bubónica y posteriormente contra la Fiebre Amarilla al llegar a Caracas en el Instituto de Higiene bajo la supervisión del Dr. Edmundo Fernández.



Figura 16. A orillas del Meta y Orinoco en chalana



Figura 17. En un curso de las “Brigadas Rurales Ambulantes”

Bajó el Índice plasmódico a cero. Vacunaba contra la viruela. Combatía la Peste en 1943, con suero Anti pestoso para los pacientes y Creolina y Lisol para las ratas. La mortalidad era altísima en 60 y 100%. Luego en 1948 aparece un elemento heroico: la Estreptomicina contra la *Yersinia pestis* y el DDT contra las pulgas, para romper el ciclo Ratas-Pulga-Hombre. Ya en 1962 no había casos de Peste ni en humanos ni roedores.

A dos años de ejercicio en la División, le toca estrenarse en un brote grande de fiebre amarilla en la selva de San Camilo, alcanzando el Alto Apure, Barinas y Táchira. Al tercer mes de esa lucha habían sometido el brote, con la ayuda de médicos venezolanos.

Perseguía a los Araguatos, donde iban ellos iba Rumeno, el silencio del coro de los mismos, les señalaba hacia donde se dirigía la manada y la “Onda Epizootica de la Fiebre”. Había que adelantarse adentrándose en la selva; se vacunaron 28000 personas por mes en una población rural muy dispersa: a lomo de mula, a pie y a veces nadando para atravesar los ríos.

Lo llamaban “*El cazador de las fiebres*”

En un reporte del Dr. Edmundo Fernández (17) en 1945, sobre la División de Fiebre Amarilla, “Con el conocimiento cada vez mejor de la extensión de la Fiebre Amarilla selvática en Venezuela, y por el hecho de estar comprobada la eficacia de la vacunación como procedimiento seguro y poco costoso, el Ministerio ha procurado suministrar esta protección al mayor número posible de individuos en las zonas afectadas. A fines de diciembre se presentaron 11 casos de fiebre amarilla en la zona selvática de la cuenca del Lago de Maracaibo. Con tal motivo se intensificó la vacunación antiamarílica en todas las regiones endémicas. De noviembre de 1945 a octubre de 1946 han sido vacunadas 77,470 personas contra la Fiebre Amarilla en las zonas endémicas de esta enfermedad. De estas vacunaciones corresponden 9,510 a los dos últimos meses de 1945 y las restantes al corriente año. Se creó el Servicio Antilarvario de Maracaibo, para defender de las posibles incursiones de la enfermedad al segundo puerto de la República, factor decisivo en la economía del país”.



Figura 18. Vacunación de fiebre amarilla en una población rural

Establece Campamentos, donde sigue siendo albergue de Fiebre Amarilla o Vómito Negro: Selva al Sur del Lago de Maracaibo, zona Selvática alrededor de la localidad de Bergantín, al sur del Orinoco y trece más a lo largo y ancho del país. Contaban con equipos de Radiotransmisión y Estación Meteorológica, recibe información epidemiológica y meteorológica diaria, el trabajo no es a tiempo completo sino integral a la hora que “sea”.

En sus diversas campañas, hace amistad con Gustavo Heny (Cabuya) (18), un legendario explorador, quien acompañó a Jimmy Ángel en su exploración al Salto que lleva su nombre; hace campamento en alto Ventuari en el asentamiento Karanipó. Se le llamo “El misionero Laico del Ventuari”. En otras ocasiones estuvo acompañado por el entomólogo Pablo Anduze (19).

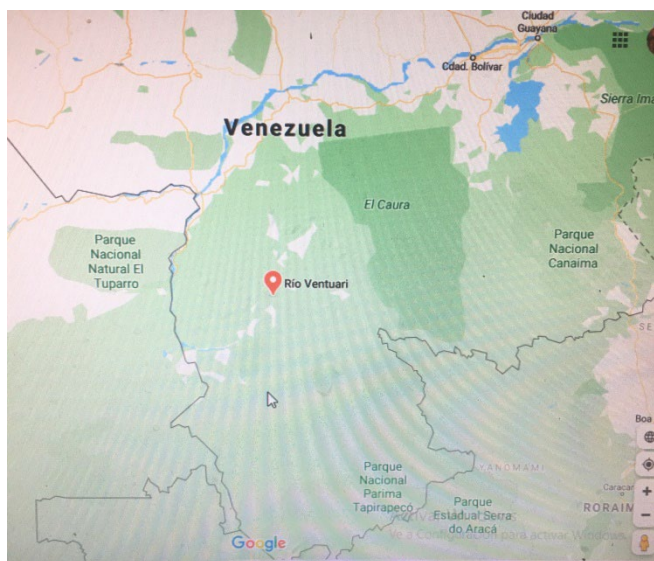


Figura 19. Río Ventuari (Karanipó)

Fue uno de los iniciadores de la Medicina Simplificada: con cursos de cuatro semanas a través de las Brigadas rurales Ambulantes y se les entregaba un manual para conocimiento de los síntomas y tratamiento de las enfermedades más comunes.

Aparece una zona epizoótica del vomito negro, esta vez cerca de Los Caracas en La Sabana en el año 1955. Se activó el cerco epidemiológico, actuando de frente contra el brote. No hubo enfermos ya que habían sido vacunados con anterioridad. Nuevamente “El silencio de los araguatos los orientó”.



Figura 20. Dr. Rumeno Isaac firmando la zona de emergencia epidemiológica en la Fila de Tiara contra la peste bubónica en 1962.

Entre 1941-1971 se habían vacunado en Venezuela siete millones seiscientos ocho mil trescientos diez (7.680.310 hab.), mucho más de la mitad de la población para 1971 (64.4%) y se habían aplicado 2.232.233 tratamientos de Peste Bubónica.

Ante la Academia de Medicina Rumeno (GMC enero-marzo 1961) alertaba: “Existen refugios naturales, donde las enfermedades se atrincheran y son invulnerables. Es la respuesta de la naturaleza ante la ciencia del hombre. La maraña tropical hace imposible romper el ciclo mosquito-mono en la fiebre amarilla selvática. El instinto de la rata tiene el privilegio sobre la ciencia del hombre y la peste se burla de nosotros en su refugio selvático”.

Más adelante dice: “Muchos de los focos de peste silvestre permanecen confinados en su límite inicial. No siempre se descubren razones climáticas o de terreno que condicionen esta limitación. Parecería, a veces, que el azar está en juego. De todos modos, la expansión debe ser prevista y el primer paso es el estudio comparativo de la

ecología del problema en la zona afectada y en las zonas circundantes. En Venezuela esta limitación geográfica de la enfermedad existe todavía. Acaso sea definitiva; pero convendría estudiar si hay razones en las cuales fundar esta esperanza”.

“Recordaba que la peste silvestre es permanente, mantenida por la población de roedores resistentes unos y susceptibles otros, por lo que su erradicación es casi imposible. Tiene asiento común en los municipios Tejerías y Táchata, de los distritos Ricaurte y Guaicaipuro, de los estados Aragua y Miranda, respectivamente. No existe una vacuna eficiente que proteja al hombre. Existe la posibilidad de la infección humana cuando se aventura por la zona pestosa y por otra parte un asentamiento campesino en esa zona, involucra dominio y destrucción de la selva”.

“Esto puede traer como consecuencia el cambio del hábitat de los roedores, que provocaría migraciones que podrían llevar la infección a lugares vecinos hasta ahora indemnes. Podría volverse incontrolable”.

Recomendó declarar Reserva Forestal a la zona pestosa selvática, situada al sur del Río Tuy, en los municipios Tejerías y Táchata, con vigilancia permanente por la guardia nacional, guardia forestal y guardias rurales sanitarios para evitar las penetraciones en la zona y el asentamiento de campesinos en sus alrededores. (Fin de la cita).

Se jubiló “El cazador de la fiebre” del “Silencio de los Araguatos” en 1983 y diez años después, falleció rodeado de sus familiares.

En un discurso pronunciado por el Dr. Blas Bruni Celli (20) en el seno de la Academia de Ciencias Físicas, Matemáticas y Naturales en el año 2002 con motivo de la Incorporación del Dr. Jaime Requena expresó: "...No puedo olvidar tampoco a Rumeno Isaac Díaz quien con sus anónimas investigaciones mantuvo acorralada en la selva durante muchas décadas a la fiebre amarilla y por eso nunca recibió ni una medallita...".

Edgar Malaspina (21) en su blog en agosto de 2009 expresó: ... Sería bueno rescatar la memoria del Dr. Rumeno Isaac Díaz, un médico guariqueño, héroe anónimo y líder en una lucha contra la terrible enfermedad que diezmó poblaciones enteras en nuestro país, en las primeras décadas del siglo XX, la fiebre amarilla. La erradicación de la misma fue obra de este apóstol de nuestra medicina, injustamente olvidado. Conocí el laboratorio de control de roedores que el mantenía en la Serranía de Tiara, cerca de Tejerías en el estado Aragua.

Recuento de la fiebre amarilla

Síntomas y evolución: El periodo de incubación de la fiebre amarilla es de tres a seis días. En los casos graves el inicio es súbito, con síntomas típicos como cefalea, dolor de espalda y fiebre. La primera fase se caracteriza por náuseas, vómitos y la presencia de albúmina en la orina. Después de la fiebre inicial, la temperatura se normaliza, pero entre el cuarto y quinto día vuelve a subir. Esta segunda fase está marcada por la ictericia, hemorragias en las membranas mucosas, hematemesis (vómito negro característico) y degeneración grasa del hígado, riñones y corazón. La destrucción de las células hepáticas produce acumulación de pigmentos biliares en la piel, lo que da nombre a la enfermedad. La muerte suele ocurrir entre el cuarto y octavo día desde el inicio. En los casos de recuperación espontánea, la convalecencia es corta, aunque la ictericia puede persistir durante algún tiempo. La enfermedad nunca es recidiva, dado que la primoinfección genera inmunidad permanente.

A propósito del editorial (3) de fecha 2003, ya referido anteriormente, en Venezuela se ha presentado la fiebre amarilla en tres focos principalmente: 1) San Camilo en el Estado Táchira sin actividad desde 1973, aunque se reportó un caso en 1995; 2) Sur del Lago, en el estado Zulia, sin actividad desde 1980 y 3) Guayana tras un periodo de ausencia de casos, se presentó un brote en la región de Parima del estado Anzoátegui en 1998, sin embargo, no obstante, según el registro epidemiológico del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) correspondiente a la semana n° 38 del año 2003, se habían investigado 318 casos de fiebre amarilla selvática (173 del Zulia y 145 de Táchira), de los cuales se confirmaron 31 (8 en Táchira y 23 en Zulia), con una mortalidad de 58,0% (18/31). Previa a la aparición de este brote, fue notificada en el mes de noviembre de 2002 en la población de Casigua el Cubo del municipio Jesús María Semprum del Estado Zulia, una epizootia en monos araguatos con elevada mortalidad, persistiendo la misma hasta el mes de septiembre de 2003, fecha para la cual se había extendido a otros municipios de este Estado (Catatumbo, Machiques y Rosario de Perijá) y a los municipios Libertador, Fernández Feo y Uribante del Estado Táchira. Se estima que la onda expansiva pueda llegar hasta el noroeste del Estado Táchira, límite con los estados Mérida y Barinas. Así mismo, actualmente se investiga una denuncia en el Estado Guárico.

En el reporte de Alianza venezolana por la Salud de 2019 (22), aparece la segunda Alerta Epidemiológica sobre la re emergencia de Fiebre Amarilla, sobre el caso aparecido, inexcusable, en septiembre de ese año, en el Hospital Ruiz y Páez de Ciudad

Bolívar, quien dio positivo para la fiebre amarilla, identificado mediante la Reacción en Cadena de la Polimerasa en tiempo real. Al reforzar las actividades de vigilancia epidemiológica, fueron identificados tres casos de la zona de Canaima, Bolívar y tres más de la zona de Caratal, Maturín.

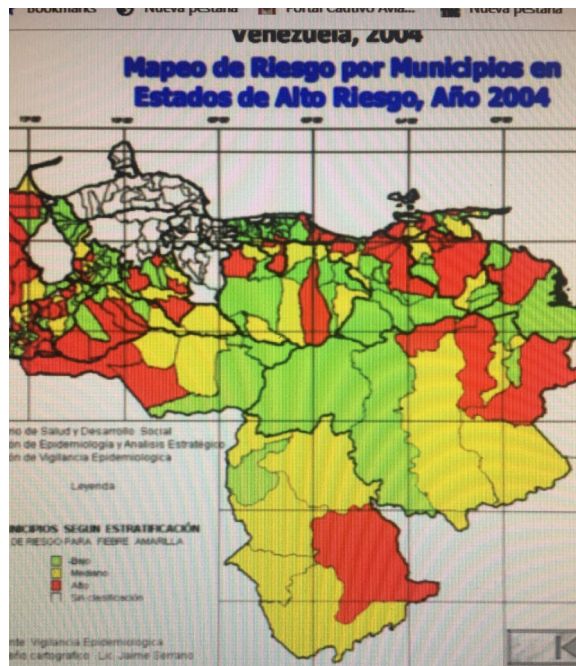


Figura 20. Mapeo de riesgo de Fiebre Amarilla 2004.

Recomendando 1) realizar vigilancia virológica extensa y descentralizada, así como vigilancia entomológica para fiebre amarilla; 2) es necesario el reconocimiento de la población de susceptibles expuestos a riesgo 3) denunciar que los datos sobre áreas de riesgo, por estado, municipio y parroquias se encuentran desactualizados 4) el análisis de las ondas epizooticas reconocidas en Venezuela ha sido incompleto en los últimos 14 años 5) la estrategia de vacunación es indispensable y la medida más efectiva de prevenir la enfermedad 6) medidas de control de los vectores 7) deberá atenderse inmediatamente el fortalecimiento de la capacidad diagnóstica de los laboratorios de salud pública y del laboratorio nacional de referencia de muestras (INHRR) 8) cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional, sobre facilitar información oficial confiable. (www.alianzasalud.org ; www.paho.org).

Agradecimientos: A José Policarpo Isaac López y José Félix Oletta

Referencias

1. Trocadero, n° 30 (2018), ISSN 2445-267X, pp. 211-230
<https://dx.doi.org/10.25267/Trocadero.2018.i30.12>
2. World Health Organisation. Yellow Fever. Wkly. Epidem. Rec. 2000;75:322-328.
3. Editorial A propósito de la fiebre amarilla en Venezuela. Invest Clin 2003; 44 (4)
4. https://es.wikipedia.org/wiki/Luis_Daniel_Beauperthuy
5. Beauperthuy LD. Recherches sur la cause du choléra asiatique, sur celle du typhus ictérode et des fièvres de marécages. C. R. Séanc Acad Sci 42: 692-693 (1856).
6. Agramonte A. An Account of Dr. Louis Daniel Beauperthuy. The Boston Medical and Surgical Journal 1980;158(25):927-930.
7. Muci-Mendoza R. Elogio de los pioneros XXII Reunión del Consejo Directivo ALANAM, Madrid nov. 2016. Pag web www.anmdecolombia.net
8. Sawyer W. Historia de la fiebre amarilla
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/10409/v11n7p689.pdf?sequence=1#:~:text=%2DCuando%20la%20fiebre%20amarilla%20fu%C3%A9,sangre%20infecciosa%20o%20t%20Cejido%20hep%C3%A1tico>. Trabajo leído en la Reunión anual de la AM del sus de los EEUU New Orleans 1931
9. Dr. Frederick Twort https://es.wikipedia.org/wiki/Frederick_Twort
10. https://es.wikipedia.org/wiki/Virus_del_mosaico_del_tabaco
11. https://es.wikipedia.org/wiki/Fiebre_amarilla
12. <https://www.britannica.com/biography/Max-Theiler>
13. Rísquez F.A. Doctrina microbiana. Gac Med Caracas 1897;5(10):102-103
14. Rangel R. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04772006000100018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Arturo Guevara Ruiz.
https://www.fundacionbengoa.org/personalidades/arturo_guevara_ruiz.asp
16. Transmisión oral de su sobrino José Policarpo Isaac López . 2020
17. Fernandez E. La Sanidad en Venezuela 1945
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/14247/v27n10p885.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. <https://www.jimmieangel.org/Heny.html>
19. <https://bibliofep.fundacionempresaspolar.org/dhv/entradas/a/anduze-pablo-jose/>

20. Bruni-Celli B. 2002. (<https://www.analitica.com/opinion/opinion-nacional/discurso-pronunciado-por-el-doctor-blas-bruni-celli-en-la-recepcion-del-doctor-jaime-requena-a-la-academia-de-ciencias-fisicas-matematicas-y-naturales/>)
21. Malaspina E. 2009 <http://historiadelamedicinaunerg.blogspot.com/2009/03/edgardo-malaspinadatos-curriculares.html>
- 22 Enviado por Oletta J.F. <http://alianzasalud.org/1-de-diciembre-de-2019-sociedad-venezolana-de-salud-publica-red-defendamos-la-epidemiologia-nacional-segunda-alerta-epidemiologica-sobre-re-emergencia-de-fiebre-amarilla-en-venezuela/>