

## SITUACIÓN DE VENEZUELA EN RELACIÓN CON LA FIEBRE AMARILLA

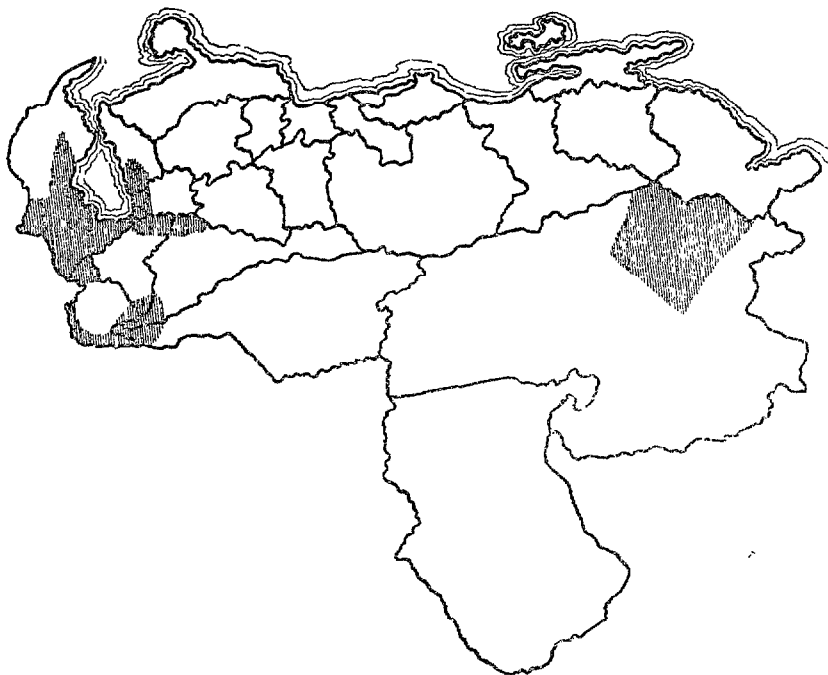
Por el Dr. EDMUNDO FERNÁNDEZ

*Encargado de Sanidad y Asistencia Social*

**Zonas endémicas.**—Los servicios de viscerotomía situados en la zona selvática correspondiente a la cuenca del Lago de Maracaibo han acusado durante los últimos meses de 1945, 30 casos positivos y por esta razón nos vemos obligados a rectificar nuestro anterior informe señalando una nueva zona endémica constituida por las estribaciones de Los Andes en la cuenca del Lago de Maracaibo hasta una altura de 600 m. (V. mapa).

Es de advertir que las pruebas de inmunidad realizadas por el Instituto Finlay de Bogotá en los sueros recogidos de personas que habitan las zonas selváticas centrales, han sido negativas.

### ZONAS ENDÉMICAS (CON CARÁCTER TENTATIVO) DE FIEBRE SELVÁTICA EN VENEZUELA



**Lucha antiamarillica.**—Existe un servicio permanente de lucha antiamarillica en las zonas urbanas próximas a la zona oriental. Estas zonas tienen un índice aéreo comprendido entre los siguientes límites:

Ciudad Bolívar, 0.2 a 5; Upata, San Félix y el Palmar, 1 a 8. Con motivo del señalamiento de la nueva zona endémica, se ha procedido a instalar un servicio antilarvario en la ciudad de Maracaibo. Este servicio tiene solamente dos meses de funcionamiento. El índice aédico últimamente registrado es de 14.8. Pronto se procederá a instalar un servicio antilarvario en La Guayra y se dan órdenes para obtener índices aédicos en las poblaciones más importantes.

**Viscerotomía.**—En la actualidad se dispone de 78 puestos de viscerotomía y es propósito del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social el proveer a 200 Medicaturas Rurales de los correspondientes viscerótomos tan pronto como podamos conseguirlos, a cuyo efecto se hacen las gestiones necesarias. Hasta la fecha podemos informar lo que sigue:

Año	Viscerotomías practicadas	Casos positivos
1941	274	2
1942	252	3
1943	300	0
1944	300	12
1945	244	31

**Vacunación.**—Se ha dispuesto la vacunación obligatoria del personal afecto a los aeródromos y pronto quedará totalmente cumplido este requisito. En las zonas rurales endémicas se ha practicado intensamente la vacunación habiéndose llegado a las siguientes cifras: 1942, 6,560 vacunaciones; 1943, 14,065; 1944, 28,266; 1945, 72,549; 1946 (hasta ab.) 40,325. Esta cifra de vacunados rebasa el 80% de la población directamente amenazada. El Ministerio está dispuesto a exigir la vacunación obligatoria para todos los que viajen fuera de Venezuela, a base de exigir igualmente dicho certificado a los viajeros procedentes de los países que tengan zonas endémicas por fiebre amarilla. En breve se dispondrá de servicio voluntario de vacunación antiamarílica en nuestros centros urbanos más importantes, al mismo tiempo que se hará una discreta propaganda entre las personas que viajan al exterior.

---

#### YELLOW FEVER SITUATION IN VENEZUELA (*Summary*)

This report supplements the data published in this *Bulletin* for September, 1945, p. 782. Thirty positive cases of yellow fever were found along the borders of Lake Maracaibo, Venezuela, during the latter part of 1945. The accepted endemic area must therefore include regions from the foothills of the Andes Mountains to the basin of Lake Maracaibo, to an altitude of 600 meters. Tests made on serums from persons living in the central jungle lands have proved negative. Permanent yellow fever services are maintained in the urban areas near the eastern part of the country. The aedes indexes are as follows: Ciudad Bolívar, 0.2-5; Upata, San Félix and El Palmar, 1-8. Because of the new endemic area,

an antilarval service has been set up in the city of Maracaibo, where a recent Aedes index was 14.8. An antilarval service will also be organized in La Guayra and Aedes indexes are to be determined in the most important towns. At present there are 78 viscerotomy posts and it is expected that the 200 Rural Treatment Stations will soon be provided with the necessary equipment for this work. From 1941 to 1945, 48 cases proved positive among 1,370 viscerotomies. All personnel connected with airports is to be vaccinated against yellow fever. In rural areas, in 1942-1946, 161,765 persons were vaccinated, which covers more than 80% of the population directly threatened. The Ministry of Health is planning to make yellow fever vaccination compulsory for all persons leaving Venezuela, as well as to demand vaccination certificates from passengers coming from endemic yellow fever areas in other countries.

---

**Posología de la penicilina.**—C. H. Rammelkamp y M. M. Kirby (Bull. U.S. Army Med. Dept., 180, agto. 1945) declaran que los estudios relativos a la absorción de la penicilina demuestran que, cuando se administra por vía intramuscular, las concentraciones máximas en la sangre se obtienen 15-20 minutos después. Una vez absorbida, la destrucción por los tejidos es muy poca, pero la concentración en la sangre baja rápidamente, apareciendo en la orina el 80% de la cantidad inyectada a las dos horas. Así pues, la absorción y eliminación rápidas requieren inyecciones parentéricas frecuentes. Idealmente y siempre que sea posible, el objetivo primordial de la penicilino terapia debe ser mantener en el sitio de la infección concentraciones tales, que ejerzan su acción anti-bacteriana máxima contra los estreptococos hemolíticos y los estafilococos a concentraciones tan bajas como 0.04 y 0.02 unidades por cc respectivamente. Las concentraciones bajas producen una acción bien definida pero no máxima y las más elevadas no producen aumento apreciable de la acción antibacteriana. Estos dos valores (0.04 y 0.02 unidades por cc) que se aplican a un microorganismo muy sensible y a otro muy resistente, son de importancia fundamental con relación a la concentración obtenida en la sangre de los enfermos. Representan los dos extremos de sensibilidad a la penicilina los estafilococos y los estreptococos hemolíticos. Además, varias cepas de *Streptococcus viridans* y otros no hemolíticos, deben incluirse entre los resistentes. Debido a la gravedad de infecciones tales como la sífilis, la difteria, y la gangrena gaseosa, los agentes que las producen deben también considerarse como muy resistentes desde el punto de vista terapéutico, hasta que se realicen estudios posteriores. Microorganismos muy sensibles son también los gonococos y los neumococos. Entre los intermedios están los meningococos. No se conoce aun la sensibilidad relativa de otros agentes infecciosos como hongos, espiroquetas y rickettsias. Otros factores de importancia para determinar el tamaño de la dosis de penicilina son la gravedad de la infección, la vascularidad de la zona comprendida, y las vallas a través de las cuales la penicilina debe difundirse o penetrar con el fin de ponerse en contacto con los agentes infecciosos. Tomando todos estos factores en consideración, es fácil adoptar lógicos esquemas terapéuticos para varias infecciones, haciendo hincapié en la sensibilidad relativa de cada microorganismo a la penicilina. En las estafilococias, por ej., inyecciones intramusculares de 25,000 unidades cada dos horas proporcionan niveles sanguíneos óptimos continuos; en las estreptococias, 15,000 unidades cada tres horas son suficientes. Las concentraciones sanguíneas óptimas podrán también obtenerse y mantenerse por goteo intravenoso: con 100,000 unidades en 24 horas, puede mantenerse una concentración sanguínea de 0.1 unidad por cc. Con 200,000 unidades en igual tiempo se logran 0.2 unidad por cc, y con 400,000, 0.4 unidad por cc.