

Tifus en África, América y Oceanía

África

Durante los primeros años del siglo XX, el tifus fue una enfermedad recurrente en diversos países africanos, aunque no era sencillo ni prioritario reportar los casos sucedidos, pues el sistema sanitario era bastante precario y enfocado básicamente a proteger los intereses coloniales. Aún así, se sabía que diversos países del norte africano como Marruecos, Argelia, Túnez y Egipto habían sufrido epidemias continuadas, en algunas ocasiones de características muy graves¹, lo cual queda reflejado en la tabla anterior. De todas maneras, hay que añadir que los peores brotes sucedieron entre los años 1934-1938, los cuales hicieron subir la media anual de los casos, que en tiempos normales podía oscilar entre 250-500.

Las epidemias más severas fueron sufridas por Egipto en 1934 (7.536 casos), 1935 (3.151) y 1938 (2.867); Marruecos en 1938 (7.420 casos) y 1937 (1.065); Argelia en 1937 (3.176 casos) y 1938 (1.528) y Túnez en 1937 (3.778 casos) y 1938 (2.377). Sudáfrica también sufrió diversos brotes, pero ocurrieron en fechas anteriores a la década de 1930. Otros países africanos que reportaron casos de tifus fueron Basutolandia (actual Lesotho), país integrado en territorio sudafricano, y Etiopía². Es de suponer, además, que habría algunos más que también los sufrirían, aunque no se recibieron noticias de ello, como Burundi, Ruanda o Congo Belga (actual República Democrática del Congo), localizados todos en focos endémicos de tifus.

Durante la Segunda Guerra Mundial aumentaron enormemente los casos de tifus, con unos máximos en Marruecos (28.805 casos en 1942 y 16.207 en 1943); Egipto (22.054 en 1942, 40.188 en 1943, 17.916 en 1944 y 18.481 en 1944); Argelia (12.961 en 1941, 35.205 en 1942 y 11.623 en 1943); Túnez (7.171 en 1941 y 16.565 en 1942) y Sudáfrica (5.901 casos en 1944 y 2.092 en 1942). En estos años de guerra también se produjeron epidemias en otros países africanos, aunque menos severas: Congo Belga, Basutolandia, Rhodesia (actuales Zambia y Zimbabwe), Tripolitania (actual Libia), Nigeria, Côte d'Or (actual Ghana), Sierra Leone, Etiopía y Kenia.

Tras la Segunda Guerra Mundial, los focos de tifus permanecieron en las montañas frías de los países del nordeste y centro de África. Se produjeron nuevas epidemias, básicamente en Burundi, Ruanda, Sudáfrica y Etiopía, aunque el número de afectados, salvo en el caso de este último país, fue relativamente bajo y no alcanzó las altas cifras de los periodos anteriores. Otras naciones que sufrieron casos esporádicos fueron Argelia, Nigeria, Kenia, Uganda, Gabón, Djibouti o Mozambique.

En Etiopía, el país más afectado de todos, se reportaron durante la década de 1960 una media de 3.000 casos anuales, descendiendo en la de 1970 a 2.600. En la década siguiente se mantuvo esta reducción paulatina, aunque con grandes altibajos, pues en 1980 se notificaron 7.228 casos, el 96,3% del total de casos a nivel mundial, 1.931 en 1983 y 4.076 en 1984.

¹ Habitualmente, la epidemia era estacional y ocurría de forma anual, entre enero y mayo, con un pico máximo en el mes de abril.

² Parece ser que los primeros casos en Etiopía de la enfermedad llamada "nedad" (que quema, fiebre alta, fiebre aguda) ocurrieron en el año 1842. A partir de este momento, coincidiendo con campañas militares o con hambrunas de la población, se fueron sucediendo diversos brotes epidémicos. Los de mayor importancia tuvieron lugar en los años 1866, 1870, 1878, 1885, 1889-1891, 1896, 1906, 1920, 1927, 1933, 1937 (251 casos), 1938 (251), 1939 (127), 1940 (42), 1941 (217).

En la década de 1960 se produjeron varios brotes en Burundi y Ruanda, que continuaron en los años siguientes. En 1972 se contabilizaron 1.965 casos en el primer país, y 9.000 al siguiente año. Poco después volvieron a bajar las tasas de contagio, y en 1980 únicamente se contabilizaron 101 casos en Burundi y 46 en Ruanda. En 1995 se pensaba que el único foco endémico africano se encontraba en Etiopía, pero la guerra civil de Burundi demostró lo contrario, pues en 1997 se produjo la epidemia más grave de los últimos decenios al reportarse más 100.000 casos (ver páginas 637 y sigtes.).

Actualmente, existe un alto riesgo que se produzca una epidemia de tifus en estas zonas, particularmente en los campos de refugiados situados en las áreas montañosas frías. En su forma clásica aún puede encontrarse, de forma puntual, en Etiopía, Burundi, Ruanda, Sudán, Somalia, República Democrática del Congo, Nigeria, Kenia, Uganda, Burundi y Ruanda.

Tifus en Burundi, 1996-1997

Burundi es uno de los pocos países africanos, igual que Ruanda, que es continuación de un antiguo estado. La primera prueba de su existencia se remonta al siglo XVI, cuando la realeza de la minoritaria etnia tutsi (15%), ganaderos originarios de Tanzania, gobernaban a la mayoría de la población, de etnia hutu (85%), agricultores y a quienes consideraban como simples vasallos. Cuando en 1899 los alemanes ocuparon su territorio, utilizaron la fuerza para convertir en todos los sentidos a los burundeses, que a diferencia de los ruandeses, se oponían a toda influencia europea. En 1916, durante la Primera Guerra Mundial, los belgas conquistaron la zona y en 1923, la Sociedad de Naciones otorgó un mandato a Bélgica sobre el territorio llamado Ruanda-Urundi, administrándolo indirectamente y manteniendo la jerarquía tradicional tutsi.

La independencia se obtuvo en 1961 y el rey tutsi Mwambutsa IV estableció una monarquía constitucional que aglutinaba hutus y tutsis. En 1965 fue asesinado el Primer Ministro, hutu, lo que desencadenó una gran revuelta que fue dominada gracias a que los tutsi de Burundi tenían bajo su control una gran parte del ejército y de las fuerzas policiales, todo lo contrario de Ruanda. En abril de 1972 se produjo un nuevo incidente: los hutu atacaron una pequeña población tutsi, de la cual eran originarios diversos oficiales del ejército, y esta agresión desató la venganza de los militares. La represión fue durísima y se produjeron ejecuciones sistemáticas y masivas de hombres, mujeres y niños, estimándose que alrededor de 350.000 hutu perdieron la vida.

En 1976 tuvo lugar un golpe de estado, en esta ocasión sin derramamiento de sangre. El régimen militar dominado por los tutsi y dirigido por el coronel Jean-Baptiste Bagaza, promovió la reforma agraria, la reforma electoral y la reconciliación nacional, aunque con escasa fortuna. En 1987, el comandante Pierre Buyoya derrocó a Bagaza, disolvió los partidos de la oposición e instituyó un Comité Militar para la Salvación Nacional. Pero la tensión entre los tutsi en el poder y los hutu aumentó y degeneró en una nueva confrontación violenta que causó la muerte de unas 150.000 personas y la huida de cientos de miles de refugiados hacia los países vecinos.

En 1991, Buyoya aprobó una Constitución que aportaba un Presidente, un Gobierno no étnico y un Parlamento. En estas condiciones, fue elegido en 1993 el primer presidente hutu, Melchior Ndadaye. Pero en octubre del mismo año fue asesinado por elementos de las Fuerzas Armadas y se originó una nueva y sangrienta guerra civil, muriendo decenas de miles de ciudadanos y obligando a cientos de miles a desplazarse para salvarse.

El gobierno hutu recuperó el control del país y en enero de 1994 fue elegido presidente Cyprien Ntaryamira. Pero la situación volvió a deteriorarse gravemente: en abril del

mismo año, el presidente Ntaryamira y Juvénal Habyarmiana, presidente hutu de Ruanda, fueron asesinados al ser derribado por un misil el avión en el que regresaban de Arusha (Tanzania) y estaba a punto de aterrizar en el aeropuerto de Kigali (Ruanda). Este atentado marcó el inicio del llamado “genocidio de Ruanda”³, por lo que poco después se produjo la llegada de cientos de miles de refugiados ruandeses a Burundi, donde las actividades armadas de hutus y tutsi desestabilizaban el régimen.

Y en este contexto fue cuando se inició una grave epidemia de tifus epidémico, que se prolongó entre 1995 y 1998. No era la primera vez, pues en 1970 ya se produjo otro brote tífico en Ruanda y Burundi, donde se reportaron 9.000 casos. Más tarde se fueron produciendo casos puntuales, y tras 12 años de ausencia (en 1990 únicamente se reportó un caso y dieciocho en Ruanda), y coincidiendo con la guerra civil iniciada en 1993 y que había ocasionado el éxodo de 760.000 personas que vivían en campos de refugiados en pésimas condiciones, se produjo esta epidemia que se extendió entre la población de Burundi⁴.

Aunque no está confirmado, se cree que el brote se inició un año antes, en 1994, en el campo de refugiados de Goma (República Democrática del Zaire), justo en la frontera con Ruanda, donde se concentraron alrededor de un millón de personas.

La epidemia de Burundi se inició en los meses de mayo-junio de 1995 en los campos de desplazados de Muramvya, y en diciembre del mismo año se detectó un brote entre los prisioneros de la cárcel de N’Gozi. Una enfermera local observó que diversos pacientes tenían fiebre por encima de los 40°C y se confirmó la presencia de *Rickettsia prowazekii* en nueve de ellos. Al principio, durante el mes de enero de 1996, la tasa de mortalidad se elevaba hasta el 2,61%, pero tras ser tratados médicamente y recibir una única dosis de doxiciclina 200 mg., la tasa se redujo al 1,27% en febrero y al 0,5% en marzo. Esta fue la vacuna que se utilizó en todos los casos detectados (100 mg. en caso de niños).

La epidemia se extendió por buena parte del país: durante el mes de abril se reportaron 216 casos en una prisión de la provincia de Gitega, 890 en la provincia de Muramvya y 137 en la de Bujumbura. En total fueron detectados 3.500 casos en el año 1996, que se elevaron a 20.000 entre los meses de enero y marzo de 1997. En septiembre del mismo año ya fueron diagnosticados 45.558 casos de tifus, la mayoría de ellos producidos en poblaciones situadas a más de 1.500 metros, donde la temperatura es más fría. Cuando se puso fin a la epidemia, en 1998, se calculó que en total se habrían contagiado alrededor de 100.000 personas.

Los casos fueron detectados en seis provincias, aunque la mayoría ocurrieron cerca de la capital, en la provincia de Bujumbura rural. Nuevos focos fueron reportados en Mutambu, en la misma provincia de Bujumbura, particularmente en los distritos de Karama, Burila, Gifugwe, Gasi, Rutovu, Ntabo y Kabezi.

³ Se denomina “genocidio de Ruanda” al intento de exterminio de la población tutsi por parte del Gobierno hutu de Ruanda en 1994, que había entrenado y equipado las milicias *Interhamwe*, (“golpeemos juntos”). Se calcula que fueron asesinadas entre 500.000-1.000.000 de personas, y este genocidio y el éxodo de millones de refugiados comportó graves consecuencias en los países vecinos, sobre todo Burundi y también Zaire, donde provocó la llamada Primera y Segunda Guerra del Congo, que finalizó con la destitución del dictador Mobutu Sese Seko y causaría la muerte a casi cuatro millones de personas.

⁴ Junto al tifus fue también muy importante la epidemia de fiebre de las trincheras, causada por *Bartonella quintana* y transmitida igualmente por piojos. Asimismo, se produjeron muchos casos de cólera, que mataron a miles de refugiados, tanto en Burundi como en la República Democrática del Congo.

La situación política no mejoró y no ayudó a resolver el problema. El 25 de julio de 1996 el Mayor Buyoya provocó un nuevo golpe de estado que destituyó al Presidente Silvestre Ntibunganya, un hutu, y marcó la continuación de la guerra civil. Durante los años 1997 y 1998 se estima que mensualmente eran asesinadas unas 900 personas.

Se calcula que este conflicto causó la muerte de unas 300.000 personas y forzó los desplazamientos de más de 550.000 ciudadanos, el 9% de la población, los cuales se refugiaron en los campos dispuestos en Ruanda, República Democrática del Congo y sobre todo Tanzania, donde se encontraban la mayoría de ellos, algo más de 300.000.

Algunos de estos refugiados permanecieron fuera de sus hogares durante más de seis años, viviendo en estos campos en condiciones sanitarias deficientes, agua escasa, problemas de malnutrición y dependientes exclusivamente de la ayuda humanitaria.

Un nuevo proceso de paz se inició en el año 2001, cuando se creó un poder compartido por las dos etnias. En 2003, el hutu Domitien Ndayizeye se convirtió en presidente pero el país seguía convulso, pues diversas facciones se negaron a firmar el tratado de paz y proseguía el conflicto armado. A mediados de 2003, dieciséis de las diecisiete provincias estaban sujetas a combates esporádicos y eran frecuentes los tiroteos en la capital, Bujumbura.

En febrero de 2005 tuvieron lugar unas elecciones democráticas sin incidentes y pudo refrendarse una nueva Constitución. Actualmente, es posible viajar por muchas partes del país, aunque la actividad rebelde y el bandidaje convierten en zonas peligrosas algunas partes de las provincias fronterizas con el Congo de Bubanza, Bujumbura Rural, Bururi, Cibitoke y Makamba.

América

En México, durante siglos, el tifus fue reportado con normalidad, como se ha visto en este mismo capítulo, causando epidemias de extrema gravedad. Ya en el siglo XX, entre los años 1926-1938 se contabilizaba una media de 1.100 casos anuales, cifra que aumentó significativamente entre los años 1939-1946, con una media de 1.844 casos anuales, y unos máximos en 1942 (2.752 casos), 1943 (2.973) y 1944 (2.079). A partir de este momento, las desparasitaciones masivas con DDT redujeron completamente la incidencia de la enfermedad, aunque cabe decir que el último brote epidémico ocurrió en 1963 y sólo se erradicó por completo después de 1997, cuando ya no se han reportado más casos.

En Sudamérica, el tifus epidémico es un problema que se da en las tierras altas andinas, y aunque las estadísticas y los pocos casos reportados no reflejan la magnitud del problema en estas áreas, por encontrarse en parajes remotos con escasos recursos médicos, los registros indican la posibilidad de una endemidad entre las poblaciones indígenas.

En Perú, el tifus exantemático es endémico en diferentes zonas de la sierra del sur del país, en los departamentos de Cusco, Arequipa y Puno, donde se reportaron numerosos casos, sobre todo contabilizados entre los años 1939-1946, una media anual de 1.377 casos anuales, con un máximo de 2.010 en 1942. Actualmente aún constituye un problema de salud pública regional que merece la debida atención. En 1999 se buscaron anticuerpos entre los habitantes de cuatro comunidades de la provincia de Calca, en el valle de Urubamba (Cusco). Se analizó una muestra de 194 personas de un total de 1.280 habitantes, y en 39 de ellos, el 20% del total, se encontraron anticuerpos contra *Rickettsia prowazekii*.

Chile ha sido otro de los países más afectados con esta dolencia, cuya crisis más grave ocurrió en 1933, durando cuatro años y reportándose unos 8.000 casos. Entre 1939 y 1946 siguieron produciéndose los contagios, aunque a una media mucho menor, unos 634 casos anuales. En 1947 se inició otro brote en los mismos reductos indígenas, pero en esta ocasión ya estaba en uso el DDT y se dispuso de una organización eficiente. En un mes fueron tratadas 80.000 personas, obteniéndose unos resultados magníficos. Desde entonces, el tifus clásico se ha mantenido bajo control y ha quedado reducido a casos esporádicos. En 1952, la tasa de mortalidad era únicamente de 0,1 por 100.000 habitantes.

Otros países que también sufrieron epidemias de tifus de manera regular, aunque de menor importancia, fueron Guatemala, Colombia, Ecuador, Colombia, Bolivia y Venezuela, con unas medias anuales entre los años 1939-1946 de 1.132 casos, 657, 451, 412 y 78, respectivamente.

Durante aquel periodo, y en ocasiones con posterioridad, también fueron afectados otros países, aunque con una incidencia mucho menor: Puerto Rico, Jamaica, Cuba, Brasil, Costa Rica, Panamá, Trinidad y Tobago y El Salvador. Actualmente sólo caben considerarse zonas de riesgo, aunque menor, Perú, Bolivia y Colombia.

En Estados Unidos, el tifus epidémico nunca ha representado un problema serio, a excepción de los casos de aquellos emigrantes, mayormente irlandeses, que llegaban a sus puertos de la costa este contagiados con la enfermedad⁵.

Sin embargo, entre los años 1976 y 2006 se detectaron un total de 40 personas infectadas con *Rickettsia prowazekii*, aunque en esta ocasión nada tenía que ver con la transmisión a través del piojo humano, pues como se ha comentado anteriormente, la ardilla voladora *Glaucomys volans*, el único vertebrado no humano capaz de ser reservorio de esta rickettsia, ha sido la responsable de transmitir la enfermedad a través de sus ectoparásitos, aunque siempre de manera esporádica.

En febrero de 2002, un hombre de 44 años llegó al servicio de emergencias de un hospital del estado de West Virginia aquejado de dolor de cabeza intenso, fiebre, escalofríos, hematuria, molestias generales en todo el cuerpo y especialmente en el abdomen, y vómitos. Una vez realizadas las pruebas pertinentes le fue diagnosticado el tifus epidémico y tratado debidamente.

En el mes anterior, este paciente había permanecido durante varias noches en una cabaña de caza en una zona rural de Hardy Count (West Virginia). A lo largo de unos cuantos años, las ardillas se habían refugiado allí durante el invierno, y eran visibles los materiales utilizados para anidar y las heces de los roedores en el suelo y las paredes. Este hombre afirmaba no haber visto ninguna ardilla voladora en sus visitas a la cabaña, pero reconocía haberla limpiado de estos desechos entre 10 y 15 días antes de caer enfermo.

Asia y Oceanía

En el continente asiático, las epidemias de tifus quedaron reducidas a unos pocos países, la mayoría de ellos en la zona de influencia del Oriente Próximo, como Turquía (la parte europea y la asiática), Irán, Irak o Palestina, aunque también fueron importantes los brotes típicos sufridos en China (notablemente en Manchuria), Corea y Japón.

⁵ En cambio, el tifus endémico o murino era muy común en este país, y la media de casos, entre los años 1939-1946 ascendió a más de 3.700 casos anuales.

La Sociedad de Naciones no tuvo demasiada información sobre los casos padecidos por algunos de estos países, y así, para el periodo de 1926-1938, sólo pudo reportar las medias anuales de Irán (327 casos), Turquía (259), Palestina (51), Jordania (19), y Corea⁶ (1.067). Más tarde, durante la Segunda Guerra Mundial, se tuvo más conocimiento sobre estas epidemias, que en algunos casos fueron muy significativas. Así, entre 1939 y 1946 se reportaron las siguientes medias anuales: China⁷ (4.604 casos), Irán⁸ (3.742), Turquía (1.988), Irak (435), Palestina (287) y Jordania (170).

El caso de Japón también revistió una gran gravedad, pues a consecuencia de la situación desordenada que generó el fin de la Segunda Guerra Mundial, se produjo un brote tífico, reportándose 32.366 casos (probablemente más, alrededor de 45.000) y la muerte de 3.351 personas. El origen de la epidemia estuvo en los trabajadores coreanos contratados por los japoneses para trabajar en las minas de carbón de Hokkaido.

Otros países que también sufrieron brotes tíficos, pero con una menor incidencia, fueron Indochina, con una gran epidemia en 1944, cuando se reportaron 1.004 casos; India, Siria, Hong Kong, y también Australia, donde fueron contabilizados numerosos casos entre 1944-1946 (223, 228 y 199, respectivamente) y Hawaii (163, 58 y 26).

A partir de aquel momento, la incidencia de la enfermedad se redujo rápidamente y sólo se reportaron casos esporádicos, aunque en los primeros años de la década de 1980 el tifus supuso un problema para los soldados rusos que invadieron Afganistán.

⁶ Para el periodo de 1926-1929.

⁷ Para el periodo de 1940-1944, con un máximo de 8.016 casos en 1942.

⁸ Hubo un máximo espectacular de 17.000 casos en 1943 y 7.277 en 1944