

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
ESCUELA DE MEDICINA**

**“ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LAS ENFERMEDADES
INFECCIOSAS”**

**MATERIA:
ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

**DOCENTE:
DR. CECILIO CULEBRO CASTELLANOS**

**ALUMNO
ALAN DE JESÚS MORALES DOMINGUEZ**

6° “A”

FEBRERO/2021

La construcción del conocimiento sobre las causas de las enfermedades está estrechamente vinculada con el contexto social, económico y político en el que se gesta, y muy influida por el grado de desarrollo tecnológico alcanzado en cada época. Para las enfermedades infecciosas, tanto la interpretación de sus causas –correcta o no– como las soluciones para incidir sobre la transmisión –efectivas o no– siempre se desarrollan en paralelo.

A lo largo de la evolución que han generado la flora y fauna actuales, el universo microbiano ha estado presente en todos los nichos ecológicos, lo mismo en los casquetes polares que en las fuentes de agua termales y aún en los géysers, en las profundidades marinas, en los pantanos y en los altiplanos superiores a los 5,000 metros.

La capacidad de adaptación prácticamente ilimitada permite que los microbios existan en vida libre, que ocupen un ambiente, que en ocasiones utilicen fuentes energéticas del huésped y que adopten las formas de infecciones asintomáticas, latentes, clínicas, con cursos endémicos, hiperendémicos, epidémicos y pandémicos.

Sin embargo, en las etapas más primitivas, las interpretaciones sobre el origen de las enfermedades se basaron en la concepción mágico-religiosa y se asumieron como castigos de los dioses o artificios mágicos atestados por los espíritus malignos que asediaban a las comunidades tribales.

Durante mucho tiempo, la génesis de las ideas y el conocimiento estuvo dominada por el imperio de las creencias y los dogmas religiosos. La teoría de los humores y el miasma compitió con las nociones supranaturales de castigo inflingidos por los espíritus y los dioses.

Con el tiempo, las causas se interpretaron como emanaciones pestilentes emitidas por la “constitución epidémica” de la atmósfera o la putrefacción de los productos animales y vegetales que se iban aglomerando en los nacientes puertos comerciales.

A partir del siglo XVIII se da un enorme empuje a las ciencias naturales y a la estadística, con lo que se empezó a cuantificar el número de defunciones ligadas a las condiciones de pobreza e insalubridad. El crecimiento de las grandes urbes iniciado con la Revolución Industrial en Inglaterra y en los otros países europeos trajo aparejadas condiciones insalubres de vivienda con hacinamiento, ventilación inadecuada, alimentación insuficiente y drenaje ausente.

Los resultados no se hicieron esperar: tasas elevadísimas de mortalidad infantil (300 por mil nacidos vivos) por enfermedades infecciosas, tuberculosis rampante, epidemias mortíferas de cólera (la primera pandemia en 1818) y las secuelas de disentería.

En la segunda mitad del siglo XIX se conjuntan y contemplan la Revolución Sanitaria Inglesa de Chadwick y después por Simón para impulsar la limpieza y la promoción del sanitario sello de agua. Esta fue la etapa de mayor vitalismo del modelo sanitarista y cuando se instrumentaron las medidas de saneamiento del medio para contrarrestar las condiciones insalubres vinculadas con la Revolución Industrial en Europa.

Casi todas las enfermedades infecciosas declinaron tanto en morbilidad como en letalidad. Las enfermedades venéreas, las septicemias y las neumonías eran la excepción con tasas de ataque y de letalidad elevadísimas. La patogenicidad microbiana varía desde un cuadro agudo y grave resultante en inmovilidad/hospitalización/muerte del afectado con supervivencia microbiana limitada o generar enfermedad benigna, asintomático o latente no letales que facilitan el contagio a otros susceptibles.

El número de susceptibles infectados por un enfermo va desde 4 en la viruela, ~7 en la poliomielitis a > 15 en el sarampión, explicación de por qué se erradicó la viruela, estamos en posibilidad de eliminar la poliomielitis paralizante o tratamos de controlar al sarampión. Con el advenimiento de las vacunas efectivas contra la rabia, la disponibilidad de sueros antidiftérico, antitetánico y antirrábico, y el desarrollo de agentes quimioterápicos, el inicio del siglo XX prometía el control de las enfermedades infecciosas.

Sin embargo, a fines de 1918 una pandemia de influenza: la gripe española, produjo 40 millones de fallecimientos, más muertes que la Primera Guerra Mundial sin que se conociera el agente causal y en los años veinte hizo su aparición la encefalitis letárgica de Ecóonomo que desapareció sin dejar rastro de su causa.

A pesar de tales contratiempos, el desarrollo de los toxoides, de agentes quimioterápicos antiparasitarios, las vacunas antipertussis y de la fiebre amarilla y en especial de las sulfonamidas ("sulfamilagros" para algunos clínicos viejos), la década de los años treinta cierra con optimismo renovado respecto al dominio de las infecciones.

BIBLIOGRAFÍA:

- Ewald P. Host-parasite relations, vectors and the evolution of severity. *Ann Rev Ecol Syst* 1983;14:465-485
- Harrison G, Mosquitoes, malaria and man: A history of the hostilities since 1880, E.P. New York: Dutton,1978:1-6.
- Frenk J. La salud de la población hacia una nueva salud pública, Colección La ciencia desde México No. 133. México: SEP/FCE/CONACyT, 1994:32.
- Novo S. Breve historia y antología sobre la fiebre amarilla. Publicación del Ministerio de Salubridad y Asistencia de México. Prensa Médica Mexicana 1964; 1966(6):9-11.