

ISSN 1028-4346

SEI

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
INTERNACIONAL

SEI No. 36, 2018

11 de septiembre

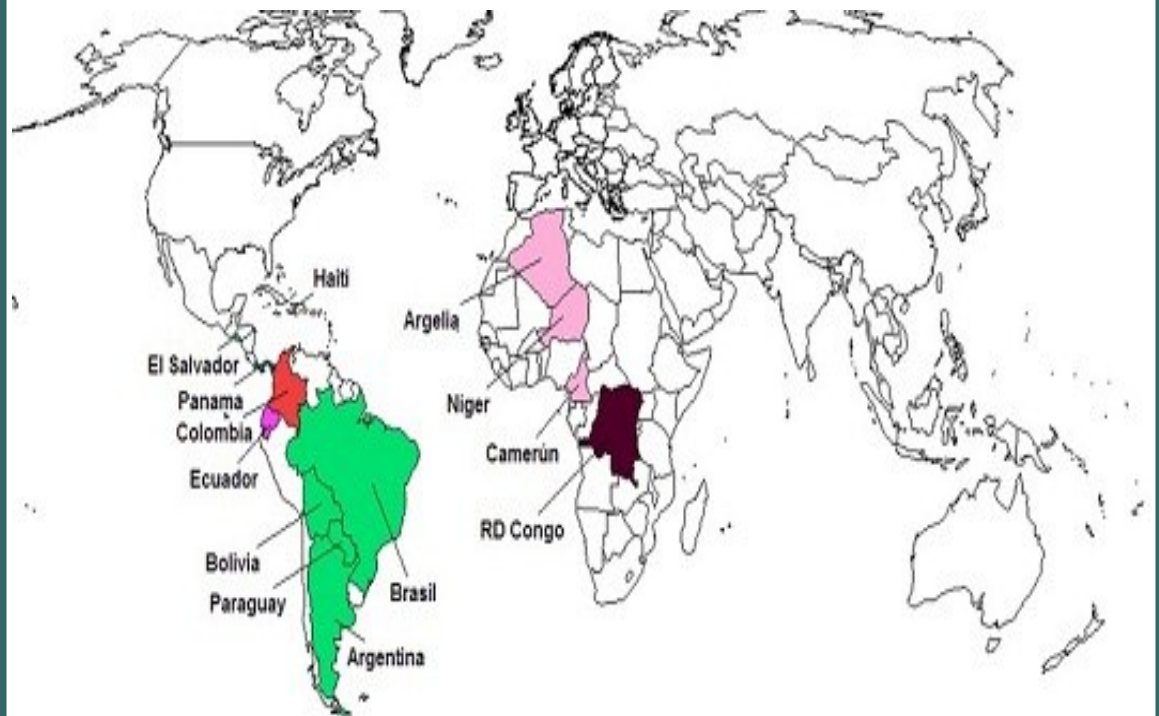


CENTRO DE DIRECCIÓN MINISTERIAL MINSAP







DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dirección Postal: Calle 23 No. 201 entre M y N, Plaza, La Habana, Cuba.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

Esta semana:



Leyenda

	virus del Ébola, sarampión, poliomielitis (cVDPV2) y viruela del simio	(1)
	dengue, virus del Zika y chikungunya	(5)
	dengue	(1)
	cólera	(4)
	varicela, sarampión, conjuntivitis infecciosa y otras	(1)
	virus del Zika y malaria	(1)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

En este número:

América (La OPS no ha actualizado datos de zika, chikungunya ni fiebre amarilla):

- ⇒ **Zika:** hasta el 21 de diciembre de 2017 se reportaron 583 451 casos sospechosos en la región, confirmados 223 477 y 3720 casos de microcefalia, 20 fallecidos y 6329 importados.
- ⇒ **Chikungunya:** hasta el 22 de diciembre de 2017 se reportaron 61 613 casos sospechosos, 123 087 confirmados, 101 fallecidos y 107 casos importados.
- ⇒ **Dengue:** La Organización Panamericana de la Salud reporta **338 921 casos de dengue en las Américas** hasta el 10 de septiembre de 2018. Sobresale Brasil con 193 898 casos, seguido de Paraguay con 28 817, Nicaragua con 27 014, Colombia con 23 138 y México con 25 153.
- ⇒ **Fiebre amarilla:** Entre el 1 de julio de 2017 y el 16 de mayo de 2018 se confirmaron 1266 casos en Brasil, incluidos 415 fallecidos, mientras que 1232 casos permanecen en investigación.

El mundo

- ⇒ OPS: Actualización epidemiológica de difteria en las Américas
- ⇒ Enfermedad por el virus del Ébola en República Democrática del Congo
- ⇒ Dengue y virus del Zika en Argentina
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Bolivia
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Brasil
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en El Salvador
- ⇒ Dengue, virus del Zika y chikungunya en Paraguay
- ⇒ Dengue en Panamá
- ⇒ Virus del Zika en Panamá
- ⇒ Malaria en Colombia
- ⇒ Malaria en Panamá
- ⇒ Enfermedades en Ecuador en la semana
- ⇒ Sarampión en Colombia
- ⇒ Sarampión en República Democrática del Congo
- ⇒ Cólera en Haití
- ⇒ Cólera en Argelia
- ⇒ Cólera en Camerún
- ⇒ Cólera en Níger
- ⇒ Poliomieltis (cVDPV2) en República Democrática del Congo
- ⇒ Viruela del simio en República Democrática del Congo

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

♦ Virus del Zika en las Américas/ Organización Panamericana de la Salud

RESUMEN SEMANAL

Los casos acumulados de Zika están actualizados desde 2015-2017 con cierre 4 de enero de 2018. Se reportaron **583 451 casos sospechosos** en la región, **confirmados 223 477** y **3720 casos de microcefalia asociado al virus, 20 fallecidos y 6329 casos importados**.

Brasil se mantenía con el 39,7% (231 725) de los sospechosos reportados en la región, el 61.4% (137 288) de los confirmados, el 55% (11) de los fallecidos y el 79,3% (2952) de los Síndromes Congénitos confirmados asociados al virus del Zika.

Por otra parte, México reportó 11 805 casos confirmados.

En general, la evaluación del riesgo global no ha cambiado por lo que la vigilancia debe mantenerse elevada.

Fuente: [Organización Panamericana de la Salud/ Zika](#)

RESUMEN GLOBAL

⇒ Se mantienen **84 países y territorios han reportado evidencia de transmisión del virus del Zika** transmitida por mosquitos en el mundo desde el año 2007.

Las Américas:

Se mantiene en **48 el número de países y territorios de las Américas que confirmaron casos autóctonos por transmisión vectorial de Zika** y en cinco el número de países que notificaron casos de Zika transmitidos sexualmente. Desde la semana epidemiológica 44 de 2016 ningún nuevo país/territorio de las Américas confirmó transmisión autóctona vectorial de Zika.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

Tabla.1 Países y territorios que han notificado microcefalia y/o casos de malformación del SNC potencialmente asociados con la infección por el virus del Zika en las Américas hasta el 4 de enero de 2018, última actualización OPS.



Países/Territorios	Número de casos confirmados	Países o territorios	Número de casos confirmados
Canadá	1	Colombia	248
Estados Unidos	102	Ecuador	14
México	20	Brasil	2.952
Costa Rica	19	Argentina	5
El Salvador	4	Paraguay	2
Guatemala	140	Barbados	1
Honduras	8	Granada	2
Nicaragua	2	Guyana	3
Panamá	17	Surinam	4
República Dominicana	85	Trinidad y Tobago	17
Guyana Francesa	1		
Guadalupe	5		
Haití	1		
Martinica	5		
Puerto Rico	47		
Saint Martin	1		
Bolivia	14		
3 720			

De los 34 países y territorios con Síndrome Congénito asociado a virus Zika, 79,4% (27) pertenecen a la región de las Américas.

Fuente: [Actualización epidemiológica de la OPS, casos acumulados del 4 de enero de 2018](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

◆ Resumen mensual de Chikungunya en las Américas/ Organización Panamericana de la Salud

Los casos acumulados de Chikungunya corresponden al año 2017, actualizados hasta el 22 de diciembre, última actualización de la OPS.

El mayor reporte de casos continúa en la subregión del Cono Sur a expensas de Brasil con el 98,9% de los **confirmados** del total de 121 734 y el 81,5% de los **sospechosos** de la región para un total de 50 196 casos .

En diciembre incrementó Área Andina con (+924) casos sospechosos de un total de 6419 y (+12) confirmados del total de 1002. Le sigue Caribe Latino con (+75) casos confirmados de un total de 170. También incrementa Istmo Centroamericano con (+129) casos sospechosos de un total de 4016.

En resumen se reportaron en la región un total de 61 613 casos sospechosos, 123 087 confirmados, 101 fallecidos y 107 casos importados.

Fuente: [Organización Panamericana de la Salud/ Chikungunya](#)

Figura 1. Chikungunya en el Caribe y la región de las Américas. Países y territorios con transmisión autóctona/importados.



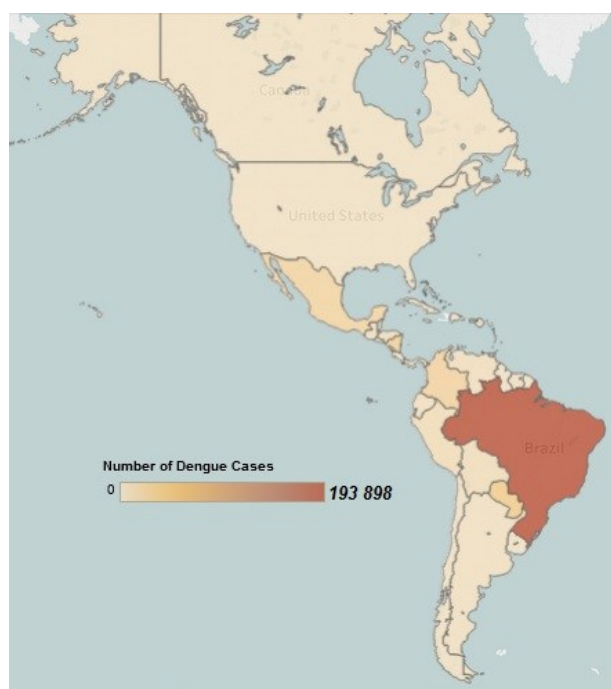
BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

◆ Resumen semanal de dengue

La Organización Panamericana de la Salud reporta **338 921 casos de dengue en las Américas** hasta el 10 de septiembre de 2018. Sobresale **Brasil con 193 898 casos**, seguido de Paraguay con 28 817, Nicaragua con 27 014, Colombia con 23 138 y México con 25 153.

Países	Casos	Países	Casos
Brasil	193898	Jamaica	139
Paraguay	28817	Guyana Francesa	115
Nicaragua	27014	Estados Unidos	111
Colombia	23138	Martinica	73
México	25153	Trinidad y Tobago	74
Perú	6269	Santa Lucía	66
Venezuela	5223	Dominica	35
Bolivia	4999	San Martín	29
Honduras	4380	Aruba	29
El Salvador	4230	Chile	18
Panamá	4026	Islas Caimán	17
Guatemala	3122	Isla Vírgenes (UK)	15
Ecuador	2324	Bahamas	9
Argentina	1800	Guadalupe	8
Costa Rica	1110	Antigua y Barbuda	8
Belice	955	San Cristóbal y Nieves	5
Rep. Dominicana	711	San Vicente y las Granadinas	2
Cuba	548	Puerto Rico	1
Granada	263	Anguilla	1
Guyana	186		338921

Figura 1. Distribución geográfica del dengue en las Américas en septiembre de 2018.



Fuente: [Organización Panamericana de la Salud](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

◆ Actualización epidemiológica de fiebre amarilla en las Américas

Entre enero de 2016 y el 13 de marzo de 2018, siete países y territorios de la región de las Américas notificaron casos confirmados de fiebre amarilla: El Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana Francesa, Perú y Surinam. Durante este periodo se notificó el mayor número de casos humanos y epizootias registradas en la Región de las Américas en varias décadas.

Desde la [Actualización Epidemiológica del 16 de febrero de 2018](#), **Brasil y Perú** notificaron casos nuevos de fiebre amarilla:

En **Perú**, entre las SE 1 y 9 de 2018, se notificaron 22 casos de fiebre amarilla, 8 de los cuales fueron confirmados por laboratorio y los 14 restantes se encuentran en investigación. Esta cifra es superior a la registrada en el mismo periodo de 2017 cuando se notificaron 5 casos confirmados de fiebre amarilla en 2 departamentos (2 en Amazonas y 3 en Ayacucho). En 2018, la mayoría de los casos corresponden a residentes del Distrito Callería, provincia Coronel Portillo en el departamento de Ucayali, área considerada de riesgo para fiebre amarilla.

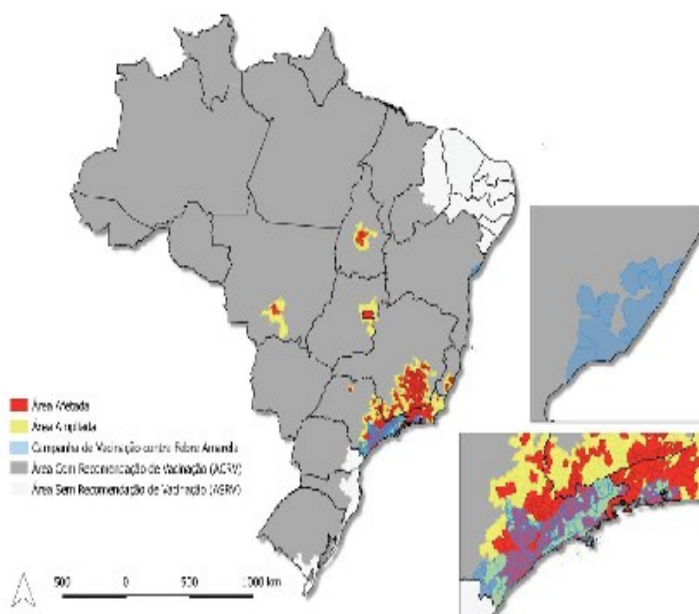
Fuente: [Organización Panamericana de la Salud](#)

El Ministerio de Salud de **Brasil no actualiza los datos desde el 16 de mayo**, se mantienen la información. En el período de monitoreo (julio de 2017 a junio de 2018), hasta el 16 de mayo, Semana Epidemiológica (SE) 19, fueron notificados 6589 casos humanos sospechosos de fiebre amarilla, de los cuales 4091 fueron descartados, permanecen en investigación 1232 y se han confirmado 1266. Del total de casos confirmados, 415 han fallecido (letalidad del 32,8% [415 / 1266]).

La mayoría de los casos confirmados fueron notificados en la región Sudeste (99,9% [1265 / 1266]), principalmente de **Minas Gerais, São Paulo y Río de Janeiro**.

En el período de monitoreo 2016/2017 hasta la SE 19, se confirmaron 771 casos de fiebre amarilla silvestre, mientras que en el período actual (2017/2018) se confirmaron 1266. En una comparación preliminar entre el período de monitoreo 2016/2017 y el período más reciente (2017/2018), se observó que, aunque el número absoluto de casos confirmados sea mayor en el período actual (771 contra 1266), la incidencia fiebre amarilla por cien mil habitantes en los municipios con registro de casos humanos confirmados fue menor (6,15 contra 3,59).

Fuente: [Ministerio de Salud de Brasil](#)



BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL**◆ OPS: Actualización epidemiológica de difteria en las Américas, 29 de agosto de 2018.**

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la 34 de 2018, tres países (Colombia, Haití y República Bolivariana de Venezuela) notificaron casos confirmados de difteria.

A continuación, un resumen de la situación epidemiológica en esos países.

En **Colombia**, entre la SE 11 a la SE 32 de 2018 se confirmaron 8 casos de difteria, de los cuales dos son importados de Venezuela y 6 han adquirido la enfermedad en el territorio colombiano, en zonas caracterizadas por alto flujo de población migrante venezolana. Todos los casos son varones, 6 son de nacionalidad venezolana y dos colombianos. La mediana de edad es 20 años (rango de 3 a 37 años) y no presentan antecedentes de vacunación conocido. Las fechas de inicio de síntomas fueron entre el 2 de enero y el 8 de julio de 2018. Los casos fueron notificados por los departamentos La Guajira (5 casos) y Norte de Santander (3 casos). Todos fueron confirmados por criterios clínicos-epidemiológicos y de laboratorio. De los casos confirmados, se registraron 3 defunciones en ciudadanos venezolanos (tasa de letalidad de 38%), de las cuales dos corresponden a casos importados.

En **Haití**, el brote continúa activo con un total de 653 casos probables acumulados, incluidas 100 defunciones, notificados entre las SE 32 de 2014 y la SE 34 de 2018. De los cuales 223 fueron confirmados (219 por laboratorio y 7 por nexo epidemiológico). Las tasas de letalidad entre los casos confirmados por laboratorio fueron de 23% en 2015, 39% en 2016, 8% en 2017 y 2018. El número de casos probables reportados en 2018, hasta la SE 34, es 28% más alto que el número total de casos reportados en 2017 y 115% más que el reportado en 2016, debido al aumento de la sensibilidad del sistema nacional de vigilancia.

En 2018, se notificaron 249 casos probables (entre la SE 1 y la 34), de los cuales 56 fueron confirmados (51 por laboratorio y 5 por nexo epidemiológico). Durante el mismo periodo, se notificaron 20 defunciones (4 confirmadas por laboratorio, 5 confirmadas por nexo epidemiológico, 9 con muestras de laboratorio no viables y 2 permanecen en investigación). En 2018, el 46% los casos probables fueron reportados por el departamento Ouest y este mismo departamento reportó el 43% de los casos confirmados.

En **Venezuela**, el brote de difteria que se inició en julio de 2016 sigue activo. Desde entonces y hasta la SE 32 de 2018 se notificaron 1992 casos sospechosos (324 casos en 2016, 1040 en 2017 y 628 en 2018), de los cuales 1217 fueron confirmados, y 168 fallecieron (17 en 2016, 103 en 2017 y 48 en 2018). Del total de casos confirmados, 470 fueron por laboratorio y 747 por nexo epidemiológico. La tasa de letalidad acumulada entre los casos confirmados es de 14%. En 2016, se notificaron casos en 5 estados (Anzoátegui, Bolívar, Delta Amacuro, Monagas y Sucre) mientras que en 2017 los casos se registraron en 22 estados y el Distrito Capital. Durante 2018 son 20 las entidades federales que reportaron casos confirmados. Los casos se registraron en todas las edades, pero la población más afectada es la del grupo de 1 a 49 años, donde la mayor incidencia corresponde al grupo de 10 a 14 años.

Orientaciones para los Estados Miembros

La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros que continúen con sus esfuerzos para garantizar coberturas de vacunación superiores al 95% con la serie primaria y refuerzos, utilizando estrategias que permitan alcanzar los niveles adecuados de cobertura en todas sus entidades territoriales. La OPS/OMS recuerda que los grupos de la población en mayor riesgo son los niños menores de 5 años no vacunados, escolares, los trabajadores de salud, el personal del servicio militar, integrantes de las comunidades penitenciarias y las personas que por la naturaleza de su trabajo u oficio están en contacto permanente y diario con un elevado número de personas.

Si bien los viajeros no tienen un riesgo especial de contraer difteria, se recomienda a las autoridades nacionales que recuerden a los viajeros que se dirigen a áreas con brotes de difteria que antes del viaje estén debidamente vacunados de acuerdo con el calendario nacional de vacunación establecido en cada país. Si han transcurrido más de 5 años desde la última dosis, es recomendable una dosis refuerzo.

Se recomienda fortalecer los sistemas de vigilancia para la detección precoz de casos sospechosos, a fin de iniciar el tratamiento oportuno en los afectados y el seguimiento de sus contactos.

La OPS/OMS recomienda mantener una provisión de antitoxina diftérica.

La vacunación, es clave para prevenir casos y brotes; y el manejo clínico adecuado, disminuye las complicaciones y la letalidad.

Fuente: [Organización Panamericana de la Salud](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL**◆ Brote de la enfermedad por virus del Ébola en Kivu del Norte, República Democrática del Congo**

El brote de la enfermedad del virus del Ébola (EVE) en las provincias de Kivu del Norte e Ituri, en la República Democrática del Congo, sigue evolucionando. Desde el último informe de situación el 31 de agosto de 2018 (35), se han reportado 11 nuevos casos confirmados de EVE y 11 nuevas muertes. El 6 de septiembre de 2018, se investigaban otros 14 casos sospechosos por confirmar o excluir.

Hasta el 6 de septiembre de 2018 se ha reportado un total de 131 casos confirmados y probables de EVE, incluyendo 89 muertes (tasa de letalidad del 68%). De los 131 casos, 100 fueron confirmados y 31 son probables. De las 89 muertes, 58 ocurrieron en casos confirmados y 31 son probables. Un total de 17 trabajadores de salud han sido afectados, de los cuales 16 están confirmados y uno falleció. Desde el inicio del brote, 33 pacientes se han recuperado de la enfermedad y fueron dados de alta y reintegrados en sus comunidades. De los 113 casos confirmados y probables con edad y sexo conocidos, las mujeres representan el 55% (n = 62).

Dos nuevas zonas de salud en la provincia Kivu del Norte, a saber, Kalunguta y Masereka, informaron un caso confirmado cada una. Otras 5 zonas de salud de la provincia Kivu del Norte se han visto afectadas: Mabalako (66 confirmados, 21 probables y 63 muertes), Béni (20 confirmados, 4 probables y 17 muertes), Butembo (1 confirmado, 2 probables y 3 muertes), Oicha (2 confirmados, 1 probable y 1 muerte) y Musienene (1 probable y 1 muerte). La zona de salud Mandima, en la provincia Ituri, ha informado nueve casos confirmados, dos casos probables y tres muertes.

Hasta el 7 de septiembre de 2018, fueron objeto de seguimiento 2426 contactos, de los cuales 2224 (97%) se atendieron el día del informe. Más de 2100 contactos ya han completado los 21 días de seguimiento. Se han informado e investigado alertas en varias provincias de la República Democrática del Congo, así como en sus países vecinos, concretamente Burundi, República Centroafricana, Ruanda y Uganda, y hasta la fecha, se ha descartado todas estas alertas.

Acciones de salud pública

El Primer Ministro y el Ministro de Salud de la República Democrática del Congo visitaron varios puntos de entrada (PoEs) en Goma, donde las medidas sanitarias para los viajeros están siendo implementados. El 17 de agosto de 2018, el Ministro de Salud Pública visitó a los pacientes ingresados en los centros de tratamiento de Béni y Mangina, acompañados por una delegación de Agencias del gobierno de Estados Unidos (CDC Atlanta, USAID, embajada de los Estados Unidos en la República Democrática del Congo).

Hasta el 3 de septiembre de 2018, la OMS había desplegado un total de 193 expertos en los diversos pilares de respuesta, de los cuales 156 se encuentran en Béni y Mangina.

El seguimiento sistemático y la investigación rápida de todas las alertas continúan en todas las provincias de la República Democrática del Congo y en los países vecinos.

Hasta el 2 de septiembre de 2018, son funcionales para el examen de salud 37 puntos de entrada en la República Democrática del Congo. Desde el comienzo de la proyección, más de 2 millones de viajeros han sido evaluados y se han notificado 35 alertas, de las cuales siete han sido validadas.

Actividades para fortalecer la capacidad PoEs en los países vecinos como parte de la preparación están en marcha en colaboración con los socios.

Hasta el 8 de septiembre de 2018, un total de 7069 personas han sido vacunadas desde el inicio de la vacunación el 8 de agosto de 2018.

Interpretación de la situación

Hace un mes desde que se declaró el brote de EVE en la República Democrática del Congo, y continuamente se avanza para contener la enfermedad. La situación en Mangina, el epicentro inicial del brote, se ha estabilizado, y el foco ahora se ha desplazado a Butembo y las nuevas áreas de salud que han informado casos confirmados de EVE. En la actualidad, los principales temas de preocupación incluyen posibles cadenas de transmisión indocumentadas, renuencia de algunas comunidades a adoptar comportamientos para la prevención del ébola, diseminación de la enfermedad a través de centros de salud con medidas deficientes de prevención y control de infecciones, retrasos en los pacientes que llegan a los centros de tratamiento del ébola una vez que desarrollan síntomas, y la posible propagación del virus en áreas inseguras con acceso limitado.

Las autoridades nacionales, la OMS y sus socios están trabajando con las comunidades para garantizar que comprendan y adopten los comportamientos de prevención del ébola, incluida la necesidad para entierros seguros y dignos. Los trabajadores de la salud también han participado en la mejora de las prácticas de prevención y control de infecciones en los centros de salud. Los demás componentes de la respuesta, así como la preparación en las provincias no afectadas de la República Democrática del Congo y en los países vecinos están siendo emprendidos.

Fuente: [Organización Mundial de la Salud](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

OTROS EVENTOS DE LA SEMANA

- ⇒ [OPS: Actualización epidemiológica de difteria en las Américas](#)
- ⇒ [Enfermedad por el virus del Ébola en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Dengue y virus del Zika en Argentina](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Bolivia](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Brasil](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Colombia](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en El Salvador](#)
- ⇒ [Dengue, virus del Zika y chikungunya en Paraguay](#)
- ⇒ [Dengue en Panamá](#)
- ⇒ [Virus del Zika en Panamá](#)
- ⇒ [Malaria en Colombia](#)
- ⇒ [Malaria en Panamá](#)
- ⇒ [Enfermedades en Ecuador en la semana](#)
- ⇒ [Sarampión en Colombia](#)
- ⇒ [Sarampión en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Cólera en Haití](#)
- ⇒ [Cólera en Argelia](#)
- ⇒ [Cólera en Camerún](#)
- ⇒ [Cólera en Níger](#)
- ⇒ [Poliomielitis \(cVDPV2\) en República Democrática del Congo](#)
- ⇒ [Viruela del simio en República Democrática del Congo](#)

Recomendamos leer



Surge una nueva posibilidad de tratamiento contra la malaria

Una nueva molécula sintetizada en laboratorio surge como una fuerte candidata para el desarrollo de un fármaco contra la malaria, lo que aporta esperanza a miles de pacientes infectados por el *Plasmodium falciparum*, fundamentalmente porque las pruebas mostraron que la molécula mencionada fue capaz de matar, incluso, a la cepa resistente a los antipalúdicos convencionales. Esta molécula exhibe baja toxicidad y un alto poder de selectividad, al actuar únicamente sobre el protozooario y no sobre otras células del organismo del huésped. La desarrolló el Centro de Investigación e Innovación en Biodiversidad y Fármacos (CIBFar), de Brasil. En un artículo publicado en [Journal of Medicinal Chemistry](#), los científicos describen la acción inhibitoria de la molécula en la fase sanguínea y hepática del ciclo asexual del protozooario, responsable de los signos y síntomas de la enfermedad. [Leer más...](#)

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA



Johannes Chrysostomus Wolfgangus Theophilus Mozart (más conocido como Wolfgang Amadeus Mozart) nació el 27 de enero de 1756, en Salzburgo (Austria).

Mostró talento musical a muy temprana edad: a los 4 años practicaba el clavicordio y componía pequeñas canciones y minuetos a los 5; a los 6, tocaba con destreza el clave y el violín. Podía leer música a primera vista, tenía una memoria prodigiosa y una gran capacidad para improvisar frases musicales. No era un niño como los demás.

Su padre, *Leopold Mozart*, conocido violinista y compositor que trabajaba en la orquesta de la corte del arzobispo de Salzburgo, comenzó a darle clases al niño al percatarse de su prematuridad, y más tarde, abandonó todo, salvo las tareas propias de su cargo, para dedicarse de manera exclusiva a la formación de

su hijo. Fue exigente como padre y como profesor, en todo momento estuvo al tanto de la formación personal y profesional de Wolfgang. Su figura autoritaria y opresiva marcaría al joven para toda su vida.

Cuando el niño iba cumplir 6 años de edad, Leopold creyó apropiado, así como beneficioso, exhibir las dotes musicales de sus hijos (*María Anna, "Nannerl", la hija mayor*, también era una talentosa intérprete de teclado) ante las principales cortes de Europa.

A mediados de 1763 la familia inició una gira que les llevó a varios países de Europa, incluyendo las principales cortes, y en todos los lugares fue colmado de honores y gloria. *Mozart* sorprendió a las audiencias con sus precoces dotes, tocó ante las familias reales francesa e inglesa.

En 1779, con 23 años, fue nombrado maestro de capilla de la catedral de Salzburgo, puesto que se vio obligado a dejar un tiempo después, sin que durante el resto de su vida lograra un cargo estable ni una base fija para desenvolverse económicamente. La penuria económica de Mozart era tan grande que tuvo que pedir frecuentes préstamos a amigos y benefactores. Constituyó un ejemplo más, de tantos, de grandeza ligado a la pobreza...

El 4 de agosto de 1782 contrajo nupcias con Constanza Weber con quien engendró 6 hijos, de los cuales solo dos sobrevivieron: Karl Thomas y Franz Xaver.

Es considerado por muchos como el mayor genio musical de todos los tiempos. En el momento de su temprana muerte en Viena, el 5 de diciembre de 1791, a los 35 años, había escrito 626 composiciones, incluyendo 22 óperas (algunos citan 23), 20 misas, 49 sinfonías (algunos cuentan 68), 66 arias, 27 conciertos para piano, entre muchas otras obras. Era un artista hiperproductivo.

Cuando un hombre ha tenido una vida excepcional se tiende a imaginar que su muerte no puede ser común, más aún cuando está envuelta de enigmas, como es su caso. No es extraño que ello haya despertado el interés médico por conocer las verdaderas causas de su muerte.

Debido a estas giras que realizaba con su padre y su hermana, estuvo expuesto a un sinnúmero de enfermedades, dentro de las que se describen eritema nudoso, reumatismo articular, fiebre tifoidea y viruela a los 11 años. Según el Dr. Castillo Ojugas, Mozart padecía el Síndrome de Tourette con tics musculares y fónicos, coprolalia y coprografía, además de fases obsesivas, depresivas e hiperactivas en su esfera psíquica. Mejoró en su época adulta y sus quejas más frecuentes en esta fueron las relacionadas con sus intensos y persistentes ardores de estómago, dificultades digestivas, vómitos, etc. Incluso algunos autores postulan que sufrió de tuberculosis. Además, resfriados, infecciones estreptocócicas, fiebre amarilla, hepatitis A, gastroenteritis, dolor abdominal agudo, glomerulonefritis estreptocócica y púrpura de Schölein Henoch, se suman a sus enfermedades, evidenciando una vida acompañada



siempre de morbilidades, debido a las condiciones de la época, a la dureza de los viajes y a la constante exposición de diversos microorganismos por distintas ciudades. Algunos consideran a Mozart como el más enfermizo de todos los músicos y artistas en general.

Existen varios diagnósticos que se ha manejado a lo largo de la historia como causas de su muerte, incluyendo fiebre reumática o insuficiencia renal crónica, consecuencia de una nefritis.

De hecho, existen descripciones escritas sobre los males y síntomas que le afectaron en la última etapa de su vida, cuya interpretación ha dado lugar, hasta ahora, a la elaboración de unas 150 hipótesis diferentes y múltiples especulaciones respecto a las causas de su muerte. Estos aspectos fueron analizados con detalles por la doctora Faith Fitzgerald, de la Universidad de California, en Davis.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

Una de las hipótesis más difundidas y populares fue la de su envenenamiento, debido a la envidia, achacando la autoría al compositor italiano Antonio Salieri. Constanza, la viuda de Mozart, llegó a tener sospechas al respecto; y hasta el propio Salieri llegó a autoincurirse del envenenamiento cuando desarrolló demencia senil en 1823. Sin embargo, con los datos disponibles, no existe una base científica que avale esa posibilidad, mientras que del resto de las más de un centenar de causas manejadas, las más adecuadas parecen ser las defendidas por la doctora Fitzgerald, y una más reciente, elaborada por el doctor Jan Hirschmann, publicada en la prestigiosa revista médica Archives of Internal Medicine. Veamos:

Fiebre reumática fue el diagnóstico realizado por la doctora Fitzgerald. Los síntomas podrían apuntar, en principio, a 3 direcciones: enfermedad hepática, enfermedad renal y fallo congestivo cardíaco. La enfermedad hepática la descartó al no existir signos de ictericia. Tampoco existen sospechas sobre disfunciones renales en el compositor, y las enfermedades renales avanzadas suelen ocasionar delirios en etapas más previas de la enfermedad. El fallo cardíaco debido a la fiebre reumática sería el candidato ideal.

Un estetoscopio lo podría haber confirmado, pero su invención tuvo lugar transcurridos más de 25 años después de la muerte de Mozart. También hubiera sido acertado si un médico hubiese aplicado su oído al pecho del paciente para analizar sus latidos cardíacos. Pero es comprensible que ello no ocurriera con un paciente febril, vomitando, lleno de sarpullidos.

La fiebre reumática es una enfermedad inflamatoria que afecta a articulaciones y al corazón y tiene lugar por una fuerte reacción del sistema inmune ante las bacterias estreptocócicas infectantes. En la época de la muerte de Mozart se ha señalado que una epidemia, posiblemente de fiebre reumática, castigó fuertemente Viena. Y las investigaciones de la doctora Fitzgerald le revelaron que Mozart había sufrido, al menos, dos episodios de fiebre reumática en su infancia y que la descripción de sus padecimientos crónicos indicaba infecciones de garganta y tonsillitis frecuentes, indicadoras de que tenía una infección estreptocócica recurrente que le ocasionaba una predisposición a los fallos cardíacos. El hinchamiento corporal del compositor se causaría por una carditis o inflamación cardíaca, incluso la petición de que sacasen de la habitación a su canario cantor se interpreta fácilmente por el hecho de que la irritabilidad es uno de los síntomas clásicos de la fiebre reumática.

Triquinosis. El doctor Jan Hirschmann, perteneciente al Centro Médico de Asuntos del Veterano en la ciudad estadounidense de Seattle, presentó pruebas que podrían demostrar que el famoso compositor austriaco pudo morir después de haber ingerido una carne de cerdo que estaba poco cocida y con gusanos. La ingestión de este alimento en mal estado provocó en el músico la aparición de una enfermedad llamada triquinosis, cuyos síntomas son fiebre, picores, dolores en todas las extremidades e hinchazón, síntomas que sufrió Mozart. Para justificar esta teoría, Hirschmann presenta como prueba una carta que Mozart envió a su esposa unos días antes de empezar a sentirse enfermo. En esta carta, el autor dice textualmente "¿Qué huelo?... ¡Chuletas de cerdo! ¡Qué gusto! Como a tu salud". En esta frase, escrita por Mozart a su esposa, 44 días antes de su muerte, han encontrado otros investigadores médicos la pista para diagnosticar, correctamente, la probable causa de su temprano fallecimiento. La triquinosis suele ser ocasionada por carne de cerdo infectada por triquina y no suficientemente cocinada. Su período de incubación es de hasta 50 días y podría explicar todos los síntomas de Mozart, es decir, fiebre, sarpullidos, dolor en los miembros e inflamación.



Sin embargo, otras teorías apuntan a que Mozart realmente murió de neumonía y complicaciones del corazón, síntomas que Hirschman también asocia a la triquinosis; las complicaciones de la triquinosis suelen incluir neumonías y problemas cardíacos, lo que ha sido la base de otras teorías alternativas. El doctor Hirschmann también cree que era precisamente la triquinosis la enfermedad epidémica no especificada que afectaba a la ciudad de Viena por esos tiempos.

Cabe recordar que la triquinosis no fue caracterizada hasta el año 1800, cuando se produjeron varios brotes mortales de la enfermedad en Europa, lo que llevó a desarrollar medicamentos eficaces contra el parásito causante de la enfermedad.

Dos siglos después, se cree también que la muerte pudo haber sido causada por un fallo renal derivado de una faringitis estreptococcica, según afirma un estudio elaborado por la Universidad de Ámsterdam, publicado en la revista Anales de Medicina Interna.

Esta nueva investigación basada en información de los registros

oficiales de muertes en Viena del invierno de 1791, sugiere que "Mozart fue víctima de una epidemia de inflamación infecciosa de garganta que contrajeron muchos ciudadanos de la ciudad el mismo mes de la muerte del compositor", explicó uno de los autores del estudio, Richard Zagers.

BOLETÍN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

ARTE Y MEDICINA

En este sentido, Zegers y sus compañeros explicaron que esta "epidemia menor" de inflamación de garganta, o faringitis estreptococcica, pudo haber empezado en el hospital militar de la ciudad. De este modo, el compositor cayó enfermo con una "fiebre inflamatoria", lo que coincide con una inflamación de garganta, señalaron. Mozart acabó con dificultades para tragar, dolor de espalda y sarpullidos, lo que coincide con una inflamación de garganta por estreptococos seguida de una inflamación de riñón denominada glomerulonefritis.

Asimismo, el estudio no descarta la posibilidad de que Mozart tuviese escarlatina, que también puede ser causada por la bacteria del estreptococo. No obstante, considera que es "menos probable" porque los archivos revelan que el sarpullido había aparecido al final de la enfermedad y no al principio, como ocurre con la escarlatina.

No podríamos finalizar sin exponer el diagnóstico que dio uno de sus médicos personales, Dr. Closset. Según él, Mozart murió por una afección cardiovascular con probable accidente cerebrovascular por una posible embolia cerebral. No hicieron autopsia y el certificado de la causa de defunción no se publicó y desapareció, como tantos datos sobre su muerte y sepelio.

En cualquier caso, lo que nunca dispondrán los actuales o futuros investigadores será de ningún resto biológico procedente del cadáver de Mozart, solo existen meras hipótesis más o menos fundamentadas, y además nunca podrá conocerse la causa de su muerte con certeza ya que sus restos no podrán nunca ser analizados y estudiados por no saber dónde se encuentran y como mencionamos anteriormente tampoco se realizó autopsia.

Dado que Wolfgang Amadeus Mozart tuvo una vida dramática en muchos sentidos –su extraordinaria carrera de niño prodigio, sus luchas para alcanzar la independencia personal y económica, sus problemas financieros, su extraña y temprana muerte–, ha inspirado novelas, óperas, videojuegos y películas: la más famosa, Amadeus (1984, Milos Forman), ganadora de 8 Oscar de Hollywood.

Situación Epidemiológica Internacional es una publicación oficial de la Dirección de Vigilancia del Ministerio de Salud Pública de Cuba. Su frecuencia es semanal en formato electrónico.

Director: Dr. Lorenzo Somarriba López.

Asesor: Dr. Germán Carrera Cánova.

Edición: MSc. Sania Cisneros Velázquez.

Compilación: MSc. Sania Cisneros Velázquez/Dra. Liane Castro Benítez.

Mapas: MSc. Roberto Yaniel Romero Carrazana.

Dirección Postal: Calle 23 No. 201 entre M y N, Vedado, Plaza,
La Habana, Cuba. CP: 10 400.

Teléfono: (537) 8396273.



Dirección de Vigilancia en Salud
Cuba-MINSAP