

Síndrome de Guillain-Barré, brote epidémico en el Perú en junio de 2019

Señor editor: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) consiste en un grupo de afecciones neuropáticas caracterizadas por debilidad progresiva y reflejos disminuidos o ausentes.¹ La incidencia de SGB es de 0.89 a 1.89 casos por 100 000 habitantes por año,² lo que hace que en el Perú se presenten en forma anual entre 300 a 600 casos. A partir de mediados de mayo 2019, se reportó un incremento inusual de casos de SGB que inició en el norte del país (Piura) y que posteriormente se fue presentando en otras regiones. Desde que se inició el brote, se han notificado 598 casos a nivel nacional, lo que representa casi siete veces más de lo informado durante el periodo no epidémico del año en curso (figura 1).

El Centro Nacional de Epidemiología emitió la alerta epidemiológica sanitaria, la cual define el caso sospe-

choso y confirmado según los criterios de Brighton para la notificación diaria en los establecimientos de salud.

La caracterización inicial del brote mostró que, de los afectados, 57% eran hombres y de ellos más de la mitad (54%) tenía entre 30 y 59 años de edad, con un promedio de 40 años. En este brote se notificó que 55% presentó infección gastrointestinal cuatro semanas previas a la presencia de la enfermedad. El 94% presentó debilidad muscular; 56% la presentó de forma simétrica, 48% presentó dolor y 18% presentó ataxia. Los reflejos osteotendinosos (tricipital, patelar y aquileo) con hiporreflexia o sin respuesta están por encima de 70%.

Una característica especial fue que 68% presentó una progresión de parálisis a predominio ascendente y 32% de progresión descendente. La extensión, la progresión y la gravedad de los síntomas varían mucho entre los pacientes. Se han producido ocho defunciones asociadas con SGB, lo que da una tasa de letalidad de 1.2%. Estas defunciones

se caracterizaron por ser rápidamente progresivas (tres a cuatro días) y de un predominio descendente que comprometió la función respiratoria y las funciones vitales.

El Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas reportó que cerca de 70% de los pacientes ha tenido un patrón de neuropatía axonal motora relacionada con una recuperación más lenta y un mayor riesgo de discapacidad. Asimismo, el Instituto Nacional de Salud reportó tres casos de *Campylobacter jejuni* en pacientes con SGB. Aún se esperan los resultados finales de muestras, aislamientos y genotificación de este agente etiológico.

El presente brote mostró cierto patrón de estacionalidad en relación con el ocurrido en 2018 en la zona norte del país, por lo que la identificación temprana para un tratamiento adecuado puede mejorar los síntomas y acortar su duración (más de 90% de los pacientes puede recuperarse completamente en un año después de la aparición de la enfermedad).³

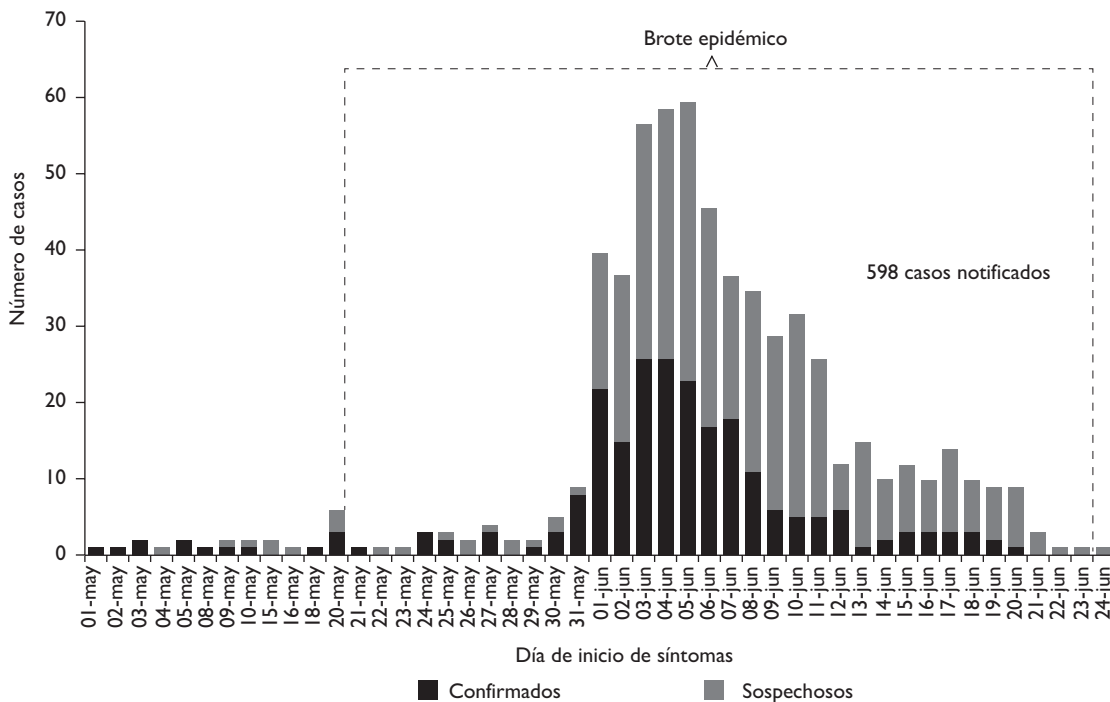


FIGURA 1. BROTE EPIDÉMICO DE SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EN EL PERÚ, MAYO-JUNIO DE 2019

Manuel J. Loayza-Alarico, D en SP,^(1,3)
 mloayza@yahoo.com
 Jhony A. De la Cruz-Vargas, D en M,^(1,2)
 María del Socorro Alatrística, D en M.^(1,2)

(1) Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas,
 Universidad Ricardo Palma. Perú.

(2) Facultad de Medicina Humana, Universidad
 Ricardo Palma. Perú.

(3) Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y
 Control de Enfermedades, Ministerio de Salud. Perú.

<https://doi.org/10.21149/110731>

Declaración de conflicto de intereses. Los autores
 declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Walling A, Dickson G. Guillain-Barré syndrome. *Am Fam Physician* [internet]. 2013;87(3):191 [citado julio 20, 2019]. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2013/0201/p191.pdf>
2. Rebolledo-García D, González-Vargas P, Salgado-Calderón I. Síndrome de Guillain-Barré: viejos y nuevos conceptos. *Med Int Mex*. 2018;34(1):72-81. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i1.1922>
3. Díaz-Soto S, Chavez K, Chaca A, Alanya J, Tirado-Hurtado I. Outbreak of Guillain-Barre syndrome in Perú. *eNeurologicalSci*. 2019;14:89-90. <https://doi.org/10.1016/j.ensci.2019.02.001>

La salud de conductores de ciclotalaxis en la Ciudad de México

Señor editor: Dado que conducir vehículos es una de las actividades más peligrosas en cuanto a padecimientos y factores de riesgos asociados con su ocupación,¹ se ha decidido estudiar las condiciones laborales y de salud de los conductores de transporte público de la Ciudad de México. Aquí se presentan los resultados de la investigación sobre los conductores de los ciclotalaxis, también conocidos como bicitaxis, del Centro Histórico de esta ciudad.

Se tomaron muestras de sangre y medidas antropométricas, y se elaboró un cuestionario para obtener información sobre riesgos, exigencias, alimentación, estilos de vida, condiciones de salud, estrés y satisfacción en 110 conductores de los 122 que conforman el total de los operadores en el Centro Histórico de la ciudad.

Los participantes fueron, en su mayoría, hombres (91%) con promedio de 37 años de edad. El 69.1% informó tener sobrepeso u obesidad, 16.2% declaró tener alguna enfermedad —principalmente diabetes e hipertensión arterial—, 16% resultó positivo a la valoración de la escala de estrés, 49.1% tuvo presión arterial alta, 63.3% hipertrigliceridemia, 5% colesterol total elevado y 18.6% hiperglucemia. Además, los conductores tienen estilos de vida pocos saludables, mala alimentación, alto consumo de bebidas azucaradas y más de la mitad (57%) consume alcohol o fuma (50.5%) de manera regular.

En este sentido, y dado que conducir vehículos es una de las actividades laborales cuyas tareas tienen un fuerte impacto en la salud pública,² es necesario determinar el perfil patológico característico del grupo de los conductores de ciclotalaxis expresado en las condiciones de salud-enfermedad y, especialmente, como causa de sobrepeso, de dislipidemias y de factores asociados con el síndrome metabólico. Lo anterior se hace con el fin de desarrollar modelos y políticas públicas que permitan disminuir los problemas de salud de este colectivo laboral, mejorar su calidad de vida y, a su vez, reducir los accidentes de tránsito y otras externalidades que generan.

Luis David Berrones-Sanz, PhD.⁽¹⁾
 luis.berrones@uacm.edu.mx

⁽¹⁾ Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Ciudad de México, México.

<https://doi.org/10.21149/110448>

Declaración de conflicto de intereses. Los autores
 declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Bigert C. Time trends in the incidence of myocardial infarction among professional drivers in Stockholm 1977-96. *Occup Environ Med*. 2004;61(12):987-91. <https://doi.org/10.1136/oem.2004.012781>
2. Berrones-Sanz LD, Cano-Olivos P, Sánchez-Partida D, Martínez Flores JL. Lesiones, enfermedades

y accidentes de trabajo de los conductores del autotransporte de carga en México. *Acta Universitaria*. 2018;28(3):47-55. <https://doi.org/10.15174/au.2018.1946>

Propuesta de un cambio urgente de enfoque hacia la mercadotecnia social para prevenir la obesidad en las familias mexicanas

Señor editor: Una de las causas del incremento de obesidad en familias que viven con inseguridad alimentaria es la gran accesibilidad a alimentos industrializados de alta densidad energética. La estrategia mercadológica de la industria alimentaria se ha enfocado en identificar necesidades tanto fisiológicas como afectivas de los individuos y así ha logrado que se perciba un beneficio al consumir alimentos industrializados.

El cambio de enfoque que planteamos considera los principios de la mercadotecnia social para modificar el estilo de vida y prevenir el sobrepeso en las familias mexicanas. Se plantean, de inicio, tres conceptos provenientes del trabajo interdisciplinario de la Red para el Tratamiento y Prevención de la Obesidad.

- 1) Hemos identificado una sobrevaloración de la saciedad y la alimentación en familias de nivel socioeconómico medio y bajo. Validamos un instrumento para medir la valoración de la alimentación y la saciedad, puntaje que se relacionó con experiencias de inseguridad alimentaria y con una mayor ingestión de carbohidratos.¹

Actualmente, para persuadir a la población mexicana a elegir alimentos saludables, se argumenta el beneficio en la salud. Sin embargo, este argumento no concuerda con las necesidades básicas de alimentación en familias de nivel socioeconómico medio y bajo, quienes, debido a su temor a sufrir