

VOL VII

Ciências da Saúde:

Investigação e Prática



Dr. Guillermo Julián González-Pérez
Dra. María Guadalupe Vega-López
(organizadores)

 EDITORA
ARTEMIS
2026

VOL VII

Ciências da Saúde:

Investigação e Prática



Dr. Guillermo Julián González-Pérez
Dra. María Guadalupe Vega-López
(organizadores)



EDITORA
ARTEMIS

2026



O conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons Atribuição-Não-Comercial NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). Direitos para esta edição cedidos à Editora Artemis pelos autores.

Permitido o download da obra e o compartilhamento, desde que sejam atribuídos créditos aos autores, e sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos e seus dados, em sua forma, correção e confiabilidade é exclusiva dos autores. A Editora Artemis, em seu compromisso de manter e aperfeiçoar a qualidade e confiabilidade dos trabalhos que publica, **conduz a avaliação cega pelos pares de todos manuscritos publicados, com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.**

Editora Chefe	Prof. ^a Dr. ^a Antonella Carvalho de Oliveira
Editora Executiva	M. ^a Viviane Carvalho Mocellin
Direção de Arte	M. ^a Bruna Bejarano
Diagramação	Elisangela Abreu
Organizadores	Prof. Dr. Guillermo Julián González-Pérez Prof. ^a Dr. ^a María Guadalupe Vega-López
Imagem da Capa	peopleimages12/123RF
Bibliotecário	Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Conselho Editorial

Prof.^a Dr.^a Ada Esther Portero Ricol, Universidad Tecnológica de La Habana “José Antonio Echeverría”, Cuba
Prof. Dr. Adalberto de Paula Paranhos, Universidade Federal de Uberlândia, Brasil
Prof. Dr. Agustín Olmos Cruz, Universidad Autónoma del Estado de México, México
Prof.^a Dr.^a Alda Rocío Ortiz Muñiz, Universidad Autónoma Metropolitana, México
Prof.^a Dr.^a Amanda Ramalho de Freitas Brito, Universidade Federal da Paraíba, Brasil
Prof.^a Dr.^a Ana Clara Monteverde, Universidad de Buenos Aires, Argentina
Prof.^a Dr.^a Ana Júlia Viamonte, Instituto Superior de Engenharia do Porto (ISEP), Portugal
Prof. Dr. Ángel Mujica Sánchez, Universidad Nacional del Altiplano, Peru
Prof.^a Dr.^a Angela Ester Mallmann Centenaro, Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil
Prof.^a Dr.^a Begoña Blandón González, Universidad de Sevilla, Espanha
Prof.^a Dr.^a Carmen Pimentel, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil
Prof.^a Dr.^a Catarina Castro, Universidade Nova de Lisboa, Portugal
Prof.^a Dr.^a Cirila Cervera Delgado, Universidad de Guanajuato, México
Prof.^a Dr.^a Cláudia Neves, Universidade Aberta de Portugal
Prof.^a Dr.^a Cláudia Padovesi Fonseca, Universidade de Brasília-DF, Brasil
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos, Universidade Federal da Grande Dourados, Brasil
Dr. Cristo Ernesto Yáñez León – New Jersey Institute of Technology, Newark, NJ, Estados Unidos



Prof. Dr. David García-Martul, Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, Espanha

Prof.ª Dr.ª Deuzimar Costa Serra, Universidade Estadual do Maranhão, Brasil

Prof.ª Dr.ª Dina Maria Martins Ferreira, Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Prof.ª Dr.ª Edith Luévano-Hipólito, Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Prof.ª Dr.ª Eduarda Maria Rocha Teles de Castro Coelho, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal

Prof. Dr. Eduardo Eugênio Spers, Universidade de São Paulo (USP), Brasil

Prof. Dr. Eloi Martins Senhoras, Universidade Federal de Roraima, Brasil

Prof.ª Dr.ª Elvira Laura Hernández Carballido, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México

Prof.ª Dr.ª Emilas Darlene Carmen Lebus, Universidad Nacional del Nordeste, Argentina

Prof.ª Dr.ª Erla Mariela Morales Morgado, Universidad de Salamanca, Espanha

Prof. Dr. Ernesto Cristina, Universidad de la República, Uruguay

Prof. Dr. Ernesto Ramírez-Briones, Universidad de Guadalajara, México

Prof. Dr. Fernando Hitt, Université du Québec à Montréal, Canadá

Prof. Dr. Gabriel Díaz Cobos, Universitat de Barcelona, Espanha

Prof.ª Dr.ª Gabriela Gonçalves, Instituto Superior de Engenharia do Porto (ISEP), Portugal

Prof.ª Dr.ª Galina Gumovskaya – Higher School of Economics, Moscow, Russia

Prof. Dr. Geoffroy Roger Pointer Malpass, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil

Prof.ª Dr.ª Gladys Esther Leoz, Universidad Nacional de San Luis, Argentina

Prof.ª Dr.ª Glória Beatriz Álvarez, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Prof. Dr. Gonçalo Poeta Fernandes, Instituto Politécnico da Guarda, Portugal

Prof. Dr. Gustavo Adolfo Juarez, Universidad Nacional de Catamarca, Argentina

Prof. Dr. Guillermo Julián González-Pérez, Universidad de Guadalajara, México

Prof. Dr. Håkan Karlsson, University of Gothenburg, Suécia

Prof.ª Dr.ª Iara Lúcia Tescarollo Dias, Universidade São Francisco, Brasil

Prof.ª Dr.ª Isabel del Rosario Chiyon Carrasco, Universidad de Piura, Peru

Prof.ª Dr.ª Isabel Yohena, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Prof. Dr. Ivan Amaro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Prof. Dr. Iván Ramon Sánchez Soto, Universidad del Bío-Bío, Chile

Prof.ª Dr.ª Ivânia Maria Carneiro Vieira, Universidade Federal do Amazonas, Brasil

Prof. Me. Javier Antonio Albornoz, University of Miami and Miami Dade College, Estados Unidos

Prof. Dr. Jesús Montero Martínez, Universidad de Castilla - La Mancha, Espanha

Prof. Dr. João Manuel Pereira Ramalho Serrano, Universidade de Évora, Portugal

Prof. Dr. Joaquim Júlio Almeida Júnior, UNIFIMES - Centro Universitário de Mineiros, Brasil

Prof. Dr. Jorge Ernesto Bartolucci, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Prof. Dr. José Cortez Godinez, Universidad Autónoma de Baja California, México

Prof. Dr. Juan Carlos Cancino Díaz, Instituto Politécnico Nacional, México

Prof. Dr. Juan Carlos Mosquera Feijoo, Universidad Politécnica de Madrid, Espanha

Prof. Dr. Juan Diego Parra Valencia, Instituto Tecnológico Metropolitano de Medellín, Colômbia

Prof. Dr. Juan Manuel Sánchez-Yáñez, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México

Prof. Dr. Juan Porras Pulido, Universidad Nacional Autónoma de México, México



Prof. Dr. Júlio César Ribeiro, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil

Prof. Dr. Leiníg Antonio Perazolli, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Brasil

Prof.^a Dr.^a Livia do Carmo, Universidade Federal de Goiás, Brasil

Prof.^a Dr.^a Luciane Spanhol Bordignon, Universidade de Passo Fundo, Brasil

Prof. Dr. Luis Fernando González Beltrán, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Prof. Dr. Luis Vicente Amador Muñoz, Universidad Pablo de Olavide, Espanha

Prof.^a Dr.^a Macarena Esteban Ibáñez, Universidad Pablo de Olavide, Espanha

Prof. Dr. Manuel Ramiro Rodríguez, Universidad Santiago de Compostela, Espanha

Prof. Dr. Manuel Simões, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Portugal

Prof.^a Dr.^a Márcia de Souza Luz Freitas, Universidade Federal de Itajubá, Brasil

Prof. Dr. Marcos Vinicius Meiado, Universidade Federal de Sergipe, Brasil

Prof.^a Dr.^a Mar Garrido Román, Universidad de Granada, Espanha

Prof.^a Dr.^a Margarida Márcia Fernandes Lima, Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Prof.^a Dr.^a María Alejandra Arecco, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida José de Oliveira, Universidade Federal da Bahia, Brasil

Prof.^a Dr.^a Maria Carmen Pastor, Universitat Jaume I, Espanha

Prof.^a Dr.^a Maria da Luz Vale Dias – Universidade de Coimbra, Portugal

Prof.^a Dr.^a Maria do Céu Caetano, Universidade Nova de Lisboa, Portugal

Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Saraiva Pinheiro, Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Prof.^a Dr.^a M^aGraça Pereira, Universidade do Minho, Portugal

Prof.^a Dr.^a Maria Gracinda Carvalho Teixeira, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil

Prof.^a Dr.^a María Guadalupe Vega-López, Universidad de Guadalajara, México

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Pato, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal

Prof.^a Dr.^a Maritza González Moreno, Universidad Tecnológica de La Habana, Cuba

Prof.^a Dr.^a Mauriceia Silva de Paula Vieira, Universidade Federal de Lavras, Brasil

Prof. Dr. Melchor Gómez Pérez, Universidad del Pais Vasco, Espanha

Prof.^a Dr.^a Ninfa María Rosas-García, Centro de Biotecnología Genómica-Instituto Politécnico Nacional, México

Prof.^a Dr.^a Odara Horta Boscolo, Universidade Federal Fluminense, Brasil

Prof. Dr. Osbaldo Turpo-Gebera, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Peru

Prof.^a Dr.^a Patrícia Vasconcelos Almeida, Universidade Federal de Lavras, Brasil

Prof.^a Dr.^a Paula Arcoverde Cavalcanti, Universidade do Estado da Bahia, Brasil

Prof. Dr. Rodrigo Marques de Almeida Guerra, Universidade Federal do Pará, Brasil

Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares, Universidade Federal do Piauí, Brasil

Prof. Dr. Sergio Bitencourt Araújo Barros, Universidade Federal do Piauí, Brasil

Prof. Dr. Sérgio Luiz do Amaral Moretti, Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Prof.^a Dr.^a Silvia Inés del Valle Navarro, Universidad Nacional de Catamarca, Argentina

Prof.^a Dr.^a Solange Kazumi Sakata, Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares (IPEN)- USP, Brasil

Prof.^a Dr.^a Stanislava Kashtanova, Saint Petersburg State University, Russia

Prof.^a Dr.^a Susana Álvarez Otero – Universidad de Oviedo, Espanha

Prof.^a Dr.^a Teresa Cardoso, Universidade Aberta de Portugal

Prof.^a Dr.^a Teresa Monteiro Seixas, Universidade do Porto, Portugal

Prof. Dr. Valter Machado da Fonseca, Universidade Federal de Viçosa, Brasil

Prof.^a Dr.^a Vanessa Bordin Viera, Universidade Federal de Campina Grande, Brasil

Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Vasilévski dos Santos Araújo, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Brasil

Prof. Dr. Wilson Noé Garcés Aguilar, Corporación Universitaria Autónoma del Cauca, Colômbia

Prof. Dr. Xosé Somoza Medina, Universidad de León, Espanha

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

C569 Ciências da Saúde [livro eletrônico] : Investigação e Prática
VII / Organizadores Guillermo Julián González-Pérez,
María Guadalupe Vega-López. – 1. ed. – Curitiba, PR:
Editora Artemis, 2026.
il. color.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Edição bilingue.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-82858-31-4

DOI 10.37572/EdArt_300926314

1. Ciências da saúde. 2. Microbiologia. 3. Saúde pública. I.
González-Pérez, Guillermo Julián. II. Vega-López, María
Guadalupe.

CDD 610

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422



Editora Artemis

Curitiba-PR Brasil

www.editoraartemis.com.br

e-mail: publicar@editoraartemis.com.br

PRÓLOGO

Las ciencias de la salud constituyen un campo amplio y dinámico, en permanente transformación, en el que convergen la investigación clínica, la microbiología, la prevención, la gestión de los servicios, las prácticas profesionales y la reflexión crítica sobre la propia construcción del conocimiento en salud. Esta diversidad permite comprender los procesos de salud y enfermedad desde múltiples perspectivas y responder a problemas complejos que involucran tanto dimensiones biológicas como asistenciales, organizacionales, sociales e históricas.

El volumen ***Ciências da Saúde: Investigação e Prática VII*** reúne estudios de autores provenientes de diferentes países - Chile, Colombia, España, Estados Unidos, México, Panamá y Paraguay - que expresan precisamente esta pluralidad de enfoques. Los trabajos aquí presentados abarcan desde la resistencia antimicrobiana y el estudio de biofilms hasta casos clínicos de difícil diagnóstico, enfermedades respiratorias, fragilidad y riesgo social en adultos mayores, enfermería, bienestar laboral, seguridad del paciente e historia de la medicina.

La obra se organiza en tres ejes temáticos.

El primero, Clínica, Microbiología, Enfermedades y Condiciones de Salud, reúne investigaciones centradas en microorganismos de relevancia clínica, resistencia antimicrobiana, enfermedades respiratorias, desafíos diagnósticos y condiciones que inciden en la salud y vulnerabilidad de distintos grupos poblacionales. Los capítulos analizan la actividad antibiofilm frente a *Stenotrophomonas sepilia*, la resistencia de cepas bacterianas aisladas de ambientes nosocomiales, un posible caso de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob con presentación atípica, factores asociados a la bronquitis infantil y la fragilidad y el riesgo social en adultos mayores de dos instituciones de atención. En conjunto, estos trabajos ponen de manifiesto la importancia de la vigilancia microbiológica, el diagnóstico diferencial, la evaluación clínica y el análisis integral de factores biológicos y sociales relacionados con la salud.

El segundo eje, Prácticas Profesionales, Gestión y Calidad en Salud, aborda la organización del trabajo sanitario y las condiciones necesarias para fortalecer la calidad de la atención y el bienestar de quienes integran los servicios y las instituciones. Los estudios analizan el desarrollo de la enfermería de práctica avanzada en el ámbito laboral, la relación entre prácticas organizacionales saludables, compromiso y bienestar laboral, así como el impacto de herramientas de gestión de la calidad sobre la seguridad del paciente. Estos trabajos muestran que la calidad en salud depende no

solo de procedimientos clínicos, sino también de competencias profesionales, liderazgo, organización institucional, prevención de riesgos y mejora continua.

El tercer eje, Historia, Epistemología e Interpretación de la Enfermedad, incorpora una dimensión reflexiva al volumen mediante el estudio de episodios históricos que continúan planteando interrogantes para la medicina contemporánea. A través del análisis de la coreomanía de Estrasburgo de 1518 y del denominado sudor inglés, los capítulos examinan los límites del diagnóstico retrospectivo, la relación entre enfermedad, cultura y contexto histórico, y las dificultades epistemológicas de atribuir causas precisas a fenómenos médicos del pasado cuando la evidencia disponible es incompleta.

La integración de estos tres ejes ofrece una visión amplia de la investigación y de la práctica en salud. La microbiología y la clínica dialogan con el estudio de condiciones sociales de salud, la gestión, la enfermería y la seguridad asistencial, mientras que la historia y la epistemología recuerdan que el conocimiento médico se construye a partir de evidencias, interpretaciones y contextos que también deben ser examinados críticamente.

Esperamos que este volumen contribuya a la difusión de investigaciones relevantes, al intercambio entre profesionales y académicos de diferentes latitudes y al fortalecimiento de prácticas orientadas a una atención en salud cada vez más segura, rigurosa y fundamentada.

Dr. Guillermo Julián González-Pérez

Dra. María Guadalupe Vega-López

SUMÁRIO

CLÍNICA, MICROBIOLOGÍA, ENFERMEDADES Y CONDICIONES DE SALUD

CAPÍTULO 1.....1

ANTIBIOFILM ACTIVITY OF VG111 AGAINST *STENOTROPHOMONAS SEPILIA*: A NOVEL APPROACH TO BIOFILM ERADICATION

Surajit Chakraborty
Nishant Shekhar
Lipika Singhal
Prabhu P. Patil
Vikas Gautam

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3009263141

CAPÍTULO 2.....17

EVALUACIÓN DE LA RESISTENCIA DE CEPAS BACTERIANAS AISLADAS DE AMBIENTES NOSOCOMIALES DE LA REGIÓN DE AZUERO

Alexis De La Cruz

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3009263142

CAPÍTULO 3..... 29

POSIBLE CASO DE ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB CON PRESENTACIÓN ATÍPICA: LA DIFICULTAD EN EL DIAGNÓSTICO

Roberto Jesús Santos Martínez
Norarizbeth Lara Flores
Salustio Nájera Hernández
Julieta Martínez García

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3009263143

CAPÍTULO 4..... 38

FACTORES ASOCIADOS A LA BRONQUITIS EN NIÑOS DE LA UNIDAD DE SALUD FAMILIAR (USF) BARRIO FÁTIMA, PRESIDENTE FRANCO, 2021

Alicia Aguirre
Nancy Algarín
Celeste Martínez
Jazmín Vera
Margarita Ortigoza

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3009263144

CAPÍTULO 5..... 46

FRAGILIDAD Y RIESGO SOCIAL EN ANCIANOS DE DOS INSTITUCIONES DE ATENCIÓN

Claudia Marcela Cantú Sánchez

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3009263145

PRÁCTICAS PROFESIONALES, GESTIÓN Y CALIDAD EN SALUD

CAPÍTULO 6..... 54

LA FIGURA DE LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA EN ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Maria del Carmen Corpas Betancor

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3009263146

CAPÍTULO 7..... 69

PRÁCTICAS ORGANIZACIONALES SALUDABLES Y SU RELACIÓN CON EL *ENGAGEMENT* Y EL BIENESTAR LABORAL EN FUNCIONARIOS UNIVERSITARIOS, 2022

Margarita Ortigoza Melgarejo

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3009263147

CAPÍTULO 8..... 80

EL IMPACTO DE LAS HERRAMIENTAS DE CALIDAD EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA Y SU PROYECCIÓN ACTUAL

Mayra Samara Ordoñez Díaz

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3009263148

HISTORIA, EPISTEMOLOGÍA E INTERPRETACIÓN DE LA ENFERMEDAD

CAPÍTULO 9..... 95

¿BAILAR HASTA MORIR? LA COREOMANÍA DE Estrasburgo de 1518 Y LOS LÍMITES DE LA EXPLICACIÓN HISTÓRICA

Humberto Álvarez Sepúlveda

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3009263149

CAPÍTULO 10.....107
EL ENIGMA DEL SUDOR INGLÉS: LÍMITES DEL DIAGNÓSTICO RETROSPECTIVO
Humberto Álvarez Sepúlveda
 https://doi.org/10.37572/EdArt_30092631410

SOBRE OS ORGANIZADORES 119

ÍNDICE REMISSIVO 120

CAPÍTULO 10

EL ENIGMA DEL SUDOR INGLÉS: LÍMITES DEL DIAGNÓSTICO RETROSPECTIVO

Data de submissão: 23/08/2026

Data de aceite: 10/09/2026

Humberto Álvarez Sepúlveda

Universidad Católica de la
Santísima Concepción
Concepción – Chile

<https://orcid.org/0000-0001-5729-3404>

En conclusión, el sudor inglés evidencia los límites del diagnóstico retrospectivo y la necesidad de distinguir rigurosamente entre compatibilidad clínica, probabilidad histórica y demostración causal.

PALABRAS CLAVE: sudor inglés; historia de la medicina; epidemias; diagnóstico retrospectivo; hantavirus.

THE ENIGMA OF THE ENGLISH SWEATING SICKNESS: LIMITS OF RETROSPECTIVE DIAGNOSIS

RESUMEN: Este capítulo examina críticamente el sudor inglés, una enfermedad epidémica que afectó principalmente a Inglaterra entre 1485 y 1551 y cuya etiología continúa siendo incierta. El análisis se organiza en tres ejes: la reconstrucción de sus principales características clínicas y epidemiológicas; el contraste entre las explicaciones médicas del siglo XVI y las hipótesis etiológicas modernas, con especial atención al hantavirus; y los límites epistemológicos del diagnóstico retrospectivo. Metodológicamente, se sustenta en una revisión de alcance de literatura especializada, desarrollada desde un enfoque cualitativo-interpretativo y mediante un diseño narrativo de tópico. Se sostiene que las semejanzas clínicas y epidemiológicas permiten valorar la plausibilidad de distintas hipótesis, pero no demostrar una etiología específica en ausencia de evidencia microbiológica directa.

ABSTRACT: This chapter critically examines the English sweating sickness, an epidemic disease that primarily affected England between 1485 and 1551 and whose etiology remains uncertain. The analysis is organized around three axes: the reconstruction of the disease's main clinical and epidemiological characteristics; the contrast between 16th-century medical explanations and modern etiological hypotheses, with particular attention to hantavirus; and the epistemological limits of retrospective diagnosis. Methodologically, the study is grounded in a scoping review of specialized literature, conducted using a qualitative-interpretative approach and a narrative-topical design. It argues that clinical and epidemiological similarities allow for the assessment of the plausibility of various hypotheses but cannot demonstrate a specific etiology in the absence of direct microbiological evidence. In conclusion, the

English sweating sickness highlights the limitations of retrospective diagnosis and the need to rigorously distinguish between clinical compatibility, historical probability, and causal demonstration.

KEYWORDS: english sweating sickness; history of medicine; epidemics; retrospective diagnosis; hantavirus.

1. INTRODUCCIÓN

La historia de las epidemias se encuentra marcada por enfermedades cuyo agente causal pudo ser identificado siglos después de sus primeras descripciones. La peste constituye el ejemplo paradigmático: los testimonios históricos pueden contrastarse actualmente con evidencias biomoleculares que han permitido detectar *Yersinia pestis* en restos humanos procedentes de diferentes contextos epidémicos (Bos et al., 2011). El sudor inglés plantea una situación considerablemente más desconcertante. Entre finales del siglo XV y mediados del XVI apareció repetidamente una enfermedad que los contemporáneos consideraron extraordinariamente rápida y temible. Después de varias oleadas, desapareció. A diferencia de otras infecciones históricas, no existe hasta ahora una demostración paleomicrobiológica de su etiología, circunstancia que mantiene al sudor inglés entre los enigmas epidémicos para los cuales las fuentes históricas permiten reconstruir patrones clínicos y epidemiológicos sin identificar de manera concluyente el agente responsable (Van der Kuyl, 2022). La enfermedad posee, por tanto, una historia relativamente bien documentada, pero carece de un agente causal inequívocamente identificado (Wylie y Collier, 1981; Thwaites et al., 1997).

Las epidemias generalmente reconocidas ocurrieron en 1485, 1508, 1517, 1528-1529 y 1551, aunque existen discrepancias menores en la datación y referencias a posibles episodios adicionales. Inglaterra constituyó su principal escenario y la propia denominación latina *sudor anglicus* reflejó esa asociación geográfica. La oleada de 1528-1529 fue excepcional porque alcanzó territorios de Europa continental, mientras que la de 1551 constituye la última epidemia ampliamente aceptada de la enfermedad. Su comportamiento llamó la atención porque difería de otras afecciones conocidas: aparecía con rapidez, podía propagarse intensamente durante períodos breves y el desenlace individual se producía en ocasiones dentro de las primeras veinticuatro horas (Hunter, 1991; Dyer, 1997). Después de 1551, el cuadro dejó de presentarse con las características que habían permitido a los contemporáneos reconocerlo como una entidad particular.

Una de las fuentes más importantes para reconstruir la enfermedad es *A boke or counseill against the disease commonly called the sweate, or sweatyng sicknesse*,

publicado en 1552 por el médico inglés Caius (1552/2025). Testigo de la última gran epidemia, Caius describió síntomas, factores ambientales, comportamientos considerados predisponentes y procedimientos preventivos y terapéuticos. Su interpretación estaba inevitablemente condicionada por la medicina humoral de su tiempo, pero sus observaciones proporcionan información fundamental para cualquier intento de reconstrucción clínica (Caius, 1552/2025). El problema consiste en determinar qué puede hacerse legítimamente con ese material. Una descripción escrita cinco siglos atrás no equivale a una historia clínica moderna y términos aparentemente familiares – fiebre, sudor, dolor, dificultad respiratoria – no necesariamente poseen la precisión diagnóstica que hoy se les atribuiría.

Esta dificultad ha generado numerosas propuestas etiológicas. Se han considerado diversas etiologías, entre ellas la influenza, los enterovirus y otras infecciones, mientras que la posibilidad de una enfermedad asociada con hantavirus ha recibido particular atención. Algunas hipótesis parecen explicar determinadas características y fracasan ante otras. La propuesta de una infección por hantavirus resulta especialmente atractiva por las semejanzas señaladas entre el sudor inglés y determinados síndromes pulmonares virales, pero continúa siendo una hipótesis construida mediante analogía clínico-epidemiológica y no una identificación microbiológica (Taviner et al., 1998; Heyman et al., 2014). La permanencia de esta incertidumbre obliga a distinguir entre una explicación compatible con los testimonios y una etiología efectivamente demostrada.

En este contexto, el presente ensayo busca responder la siguiente pregunta: ¿Cómo puede desaparecer una enfermedad epidémica sin que sepamos con certeza qué la produjo y hasta dónde puede la medicina actual diagnosticar retrospectivamente el sudor inglés utilizando testimonios producidos hace aproximadamente quinientos años?. Para responder a esta interrogante, la discusión se organiza en tres ejes complementarios. En primer lugar, se reconstruyen las principales características clínicas y epidemiológicas de las epidemias ocurridas entre 1485 y 1551. En segundo término, se examinan las explicaciones médicas contemporáneas y las principales hipótesis etiológicas propuestas posteriormente. Por último, se analizan los límites epistemológicos del diagnóstico retrospectivo, distinguiendo entre compatibilidad clínica, probabilidad histórica y demostración causal.

2. METODOLOGÍA

Este ensayo se sustenta en una revisión de alcance de literatura especializada, siguiendo los lineamientos generales formulados por Arksey y O'Malley (2005). Esta

modalidad resulta particularmente apropiada porque el problema del sudor inglés se encuentra distribuido entre diferentes campos de conocimiento: historia de la medicina, epidemiología histórica, enfermedades infecciosas, virología y estudios sobre diagnóstico retrospectivo. El propósito no consiste en realizar un metaanálisis ni determinar estadísticamente cuál de las etiologías propuestas posee mayor probabilidad, sino identificar las principales interpretaciones existentes, comparar sus argumentos y analizar los límites documentales que condicionan cualquier reconstrucción retrospectiva de la enfermedad.

La búsqueda bibliográfica consideró literatura disponible en bases y repositorios académicos como PubMed, JSTOR, Google Scholar y colecciones digitales especializadas. Se privilegiaron artículos revisados por pares, estudios histórico-epidemiológicos y fuentes primarias relevantes. Entre los trabajos centrales se encuentran la reevaluación de Wylie y Collier (1981), el estudio de Hunter (1991), el análisis detallado de la epidemia de 1551 realizado por Dyer (1997), la síntesis clínica de Thwaites et al. (1997), la propuesta de Taviner et al. (1998) y la revisión sobre la hipótesis de los hantavirus desarrollada por Heyman et al. (2014). Se incorporó además el tratado de Caius (1552/2025) como fuente histórica fundamental para examinar las percepciones médicas del siglo XVI.

Los principales descriptores utilizados fueron *English sweating sickness*, *sweating sickness*, *sudor anglicus*, *English sweat*, *hantavirus*, *retrospective diagnosis*, *historical epidemiology*, *epidemic disease*, *John Caius* y *Picardy sweat*. La selección privilegió estudios capaces de aportar información sobre cuatro dimensiones: sintomatología atribuida a la enfermedad; distribución temporal y geográfica; comportamiento epidemiológico; e hipótesis etiológicas. También se consideraron investigaciones que problematizan las dificultades de aplicar categorías diagnósticas actuales a testimonios producidos en sociedades médicamente distintas. Este último criterio resulta esencial porque el objetivo no consiste simplemente en encontrar una enfermedad moderna cuyos síntomas se parezcan al sudor inglés.

El corpus fue organizado mediante un enfoque cualitativo-interpretativo y un diseño narrativo de tópico en tres categorías analíticas. La primera, manifestaciones y comportamiento epidémico, reúne testimonios y reconstrucciones sobre síntomas, duración, mortalidad y distribución de los brotes. La segunda, explicaciones etiológicas, contrasta las interpretaciones médicas del siglo XVI con las hipótesis formuladas por investigadores modernos. La tercera, límites del diagnóstico retrospectivo, analiza la calidad de las evidencias disponibles y la diferencia epistemológica entre semejanza clínica e identificación causal. Esta organización permite pasar progresivamente desde

aquello que puede reconstruirse con relativa seguridad hacia aquello que continúa siendo necesariamente hipotético.

Finalmente, la revisión adopta una precaución interpretativa fundamental: evitar tanto el escepticismo absoluto como la certeza diagnóstica retrospectiva. La ausencia de muestras biológicas identificadas no vuelve inútiles los testimonios históricos; la distribución geográfica, la estacionalidad, los grupos afectados y la descripción de síntomas permiten descartar o debilitar algunas explicaciones y fortalecer otras. Sin embargo, una coincidencia sintomática tampoco constituye demostración etiológica. Este ensayo emplea, por ello, expresiones como “compatible con”, “podría explicar” o “se ha propuesto”, cuando la evidencia no permite establecer causalidad. Precisamente en esa distancia entre reconstrucción razonable y demostración reside el interés metodológico del sudor inglés.

3. UNA ENFERMEDAD QUE PODÍA MATAR EN HORAS: SÍNTOMAS, EPIDEMIAS Y COMPORTAMIENTO DEL SUDOR INGLÉS

El rasgo que convirtió al sudor inglés en una enfermedad especialmente temida fue su extraordinaria rapidez. Los testimonios describen un comienzo súbito, frecuentemente acompañado por sensación de aprensión, escalofríos, cefalea, dolores musculares y gran postración. Posteriormente aparecían calor intenso y sudoración profusa, junto con sed, aceleración del pulso y, en algunos relatos, dificultad respiratoria. La evolución podía resolverse con recuperación o muerte dentro de un intervalo extraordinariamente breve. Thwaites et al. (1997) destacan precisamente la combinación de cefalea, mialgia, fiebre, sudoración intensa y disnea. Esta rapidez distingue al cuadro de muchas otras infecciones históricas y explica por qué los contemporáneos podían reconocerlo como un fenómeno diferente de las enfermedades epidémicas habituales.

La primera gran epidemia apareció en 1485, coincidiendo aproximadamente con el establecimiento de Enrique VII después de la batalla de Bosworth. La proximidad cronológica alimentó posteriormente especulaciones acerca de que las tropas de Enrique Tudor pudieran haber introducido la enfermedad en Inglaterra, pero esa asociación no demuestra su procedencia. Lo históricamente más significativo es que el mal fue percibido desde el comienzo como una afección nueva. Después reapareció en 1508 y con especial intensidad en 1517. La existencia de intervalos relativamente prolongados entre las epidemias constituye uno de los problemas que debe explicar cualquier hipótesis etiológica: no se trataba aparentemente de una enfermedad que circulara de manera constante con la misma visibilidad clínica, sino de un fenómeno que emergía episódicamente (Wylie y Collier, 1981).

La cuarta gran epidemia, iniciada en 1528 y extendida al continente durante 1529, ofrece un ejemplo especialmente valioso de su capacidad de propagación. El brote afectó a Inglaterra y posteriormente apareció en distintas regiones europeas. Su expansión continental demuestra que la denominación “sudor inglés” no debe interpretarse como una limitación biológica absoluta a la población inglesa. No obstante, las observaciones sobre su distribución geográfica y la aparente susceptibilidad diferencial de determinados grupos han alimentado múltiples interpretaciones. La epidemia también alcanzó ambientes socialmente destacados y la corte de Enrique VIII vivió bajo el temor del contagio. Estos episodios permiten observar que las epidemias no son únicamente fenómenos biológicos: alteran desplazamientos, relaciones políticas y comportamientos sociales.

La epidemia de 1551 resulta particularmente importante por la mayor riqueza de la documentación disponible. Dyer (1997), mediante el análisis de registros parroquiales, testamentos y documentación local, demostró que la imagen tradicional de una mortalidad uniformemente catastrófica debe ser matizada. En determinadas localidades, el impacto demográfico parece haber sido bastante menor de lo que sugeriría la reputación posterior de la enfermedad. Hunter (1991) llegó a una conclusión comparable al estudiar Chester. Este contraste constituye una advertencia metodológica: que una enfermedad sea culturalmente recordada como terrorífica no significa que todas sus epidemias hayan producido tasas homogéneas de mortalidad. La velocidad del cuadro y la espectacularidad de sus síntomas pudieron contribuir considerablemente a su reputación.

Después de 1551, el sudor inglés desapareció como entidad epidémica reconocible. Siglos más tarde se registró en Francia la denominada *suette des Picards* o sudor de Picardía, que presentaba algunas semejanzas, pero también diferencias clínicas y epidemiológicas, por lo que su relación con el *sudor anglicus* continúa siendo discutida (Heyman et al., 2014). La desaparición no implica necesariamente la extinción absoluta de un microorganismo. Un patógeno puede modificar su circulación por cambios ambientales, ecológicos, demográficos o relacionados con sus reservorios; también es posible que una enfermedad continúe existiendo bajo manifestaciones diferentes o que aquello que los contemporáneos agrupaban bajo un nombre no coincidiera exactamente con una entidad nosológica moderna. El verdadero enigma no consiste solamente en explicar por qué desapareció, sino en determinar qué fue exactamente aquello que desapareció.

4. DE LOS HUMORES AL HANTAVIRUS: QUINIENTOS AÑOS BUSCANDO UNA CAUSA

John Caius constituye el interlocutor inevitable para comprender cómo un médico del siglo XVI interpretaba el sudor inglés. Su tratado de 1552 fue redactado

inmediatamente después de la última gran epidemia y combinaba observaciones empíricas con categorías derivadas de la medicina de su tiempo. Caius relacionó la enfermedad con condiciones ambientales, alimentación, constitución corporal, costumbres y acumulación de humores. Recomendó medidas preventivas vinculadas con alimentación, aire, ropa, ejercicio y moderación, mientras que el tratamiento buscaba favorecer adecuadamente la sudoración (Caius, 1552/2025). Algunas recomendaciones resultan incompatibles con la medicina actual, pero descartarlas como simple superstición impediría comprender cómo se construía racionalmente la enfermedad dentro del marco médico disponible en el siglo XVI.

El interés de Caius reside también en que demuestra que la observación clínica y la teoría médica no pueden separarse completamente. Cuando describe calor, sudor, debilidad o alteraciones del pulso proporciona datos potencialmente utilizables por el investigador moderno; cuando explica esos fenómenos mediante desequilibrios humorales los inserta en una fisiología actualmente abandonada. La tentación consiste en conservar aquello que parece “moderno” y desechar el resto. No obstante, esta selección puede generar una falsa historia clínica contemporánea construida retrospectivamente. Los médicos del siglo XVI observaban cuerpos reales, pero seleccionaban y denominaban signos de acuerdo con categorías propias. El desafío consiste en utilizar sus testimonios sin suponer que describían exactamente los mismos síndromes que reconocería un infectólogo del siglo XXI.

Durante los siglos posteriores se propusieron etiologías muy diversas. La rapidez de la enfermedad y su comportamiento epidémico llevaron a compararla con la influenza; otros autores propusieron como posibles explicaciones el tifus, las infecciones bacterianas, las intoxicaciones alimentarias o las enfermedades transmitidas por vectores. Hunter (1991), por ejemplo, consideró plausible una etiología enteroviral. Wylie y Collier (1981) reevaluaron sistemáticamente las características del *sudor anglicus* y subrayaron las dificultades de identificarlo con una enfermedad conocida. El problema se repite en casi todas las hipótesis: una explicación puede acomodarse a algunos elementos – fiebre, estacionalidad, velocidad de propagación o mortalidad –, pero resulta menos convincente ante otros. La inespecificidad de numerosos síntomas amplía extraordinariamente el número de candidatos posibles.

La hipótesis del hantavirus ha adquirido especial notoriedad. Thwaites et al. (1997) y Taviner et al. (1998) llamaron la atención sobre semejanzas entre el sudor inglés y enfermedades virales con compromiso pulmonar. Posteriormente, Heyman et al. (2014) desarrollaron ampliamente la posibilidad de relacionar tanto el sudor inglés como el sudor de Picardía con infecciones por hantavirus. La hipótesis resulta sugestiva porque ciertos

hantavirus son zoonóticos, poseen reservorios animales y pueden producir síndromes febriles graves con alteraciones respiratorias. Además, una enfermedad dependiente de interacciones entre seres humanos, ambientes y reservorios animales podría proporcionar un marco para comprender apariciones episódicas. Sin embargo, ninguna de estas semejanzas demuestra que un hantavirus causara las epidemias Tudor.

Precisamente aquí aparece la diferencia entre una hipótesis etiológica plausible y un diagnóstico demostrado. No se dispone de una muestra procedente de una víctima inequívoca del sudor inglés en la que se haya identificado material genético de un patógeno responsable. Tampoco existe una cadena documental perfecta que permita reconstruir con criterios actuales todos los casos atribuidos históricamente a la enfermedad. Heyman et al. (2014) presentan el hantavirus como una explicación posible y argumentada, pero la evidencia sigue siendo circunstancial. Por este motivo, afirmar que el sudor inglés fue causado por un hantavirus excedería aquello que permiten concluir las fuentes. La formulación metodológicamente más rigurosa es distinta: determinadas características del cuadro son compatibles con una infección de ese tipo, razón por la cual constituye una hipótesis digna de investigación. Esta cautela resulta coherente con la propuesta de entender el diagnóstico retrospectivo como una construcción hipotética sometida a distintos grados de plausibilidad, antes que como una identificación necesariamente concluyente de una entidad patológica (Muramoto, 2014).

5. ¿PODEMOS DIAGNOSTICAR A LOS MUERTOS? EL SUDOR INGLÉS Y LOS LÍMITES DEL DIAGNÓSTICO RETROSPECTIVO

El diagnóstico retrospectivo parte de una operación intelectualmente seductora: comparar síntomas descritos en documentos históricos con los criterios de enfermedades conocidas actualmente. No obstante, como plantea Mitchell (2011), este procedimiento exige considerar que los testimonios históricos fueron producidos mediante categorías médicas, lingüísticas y culturales distintas de las actuales, por lo que la semejanza sintomática no equivale necesariamente a identidad diagnóstica. Si un texto menciona fiebre, tos, hemorragias, lesiones cutáneas o alteraciones neurológicas, parece razonable buscar una enfermedad actual que reúna esos signos. Sin embargo, síntomas como cefalea, fiebre, mialgia, debilidad, sudoración y disnea aparecen en numerosas infecciones, e incluso una combinación aparentemente característica puede corresponder a diagnósticos diferenciales muy diversos.

Este problema se acentúa cuando los datos proceden de observadores que desconocían conceptos como virus, bacterias, saturación de oxígeno, presión arterial

o pruebas serológicas. Diagnosticar retrospectivamente implica, por tanto, trabajar con información producida desde marcos médicos distintos y para responder preguntas diferentes de las actuales. Estas limitaciones no significan, sin embargo, que todo diagnóstico retrospectivo deba descartarse de antemano. Krüger (2024) ha mostrado que, cuando existen registros clínicos suficientemente detallados y se aplican procedimientos estandarizados adaptados a las características de las fuentes, determinadas identificaciones retrospectivas pueden alcanzar niveles considerables de fiabilidad. El problema reside, entonces, en determinar si la naturaleza y la calidad de las evidencias disponibles permiten satisfacer esas exigencias metodológicas, condición particularmente difícil de cumplir en el caso de una epidemia del siglo XVI como el sudor inglés.

Una segunda dificultad deriva de la transformación histórica de las categorías de enfermedad. El nombre empleado en el pasado no garantiza la existencia de una entidad biológica única. “Peste”, “fiebre”, “flujo”, “sudor” o “pestilencia” podían organizar experiencias clínicas según criterios diferentes de la nosología moderna. Inversamente, una misma infección actual puede producir cuadros clínicos muy diversos. El *sudor anglicus* parece haber poseído características suficientemente reconocibles como para que los contemporáneos lo distinguieran de otras enfermedades, lo que favorece la hipótesis de una entidad epidémica específica; pero esta distinción histórica no determina automáticamente su etiología microbiológica. Wylie y Collier (1981) ya mostraron que el cuadro posee una combinación peculiar de características sin equivalente moderno indiscutible.

La epidemia de 1551 permite observar además la importancia de combinar fuentes clínicas y demográficas. Si solo se utilizaran descripciones dramáticas, podría concluirse que la enfermedad provocaba inevitablemente mortalidades extraordinarias. Los estudios de Hunter (1991) y Dyer (1997), basados en documentación local, muestran un panorama más complejo. Testamentos, entierros, registros parroquiales y patrones de mortalidad pueden contrastar afirmaciones narrativas y revelar diferencias entre percepción y efecto demográfico. Este procedimiento representa una de las mayores fortalezas de la epidemiología histórica: ninguna fuente debe soportar por sí sola todo el peso de la interpretación. Un tratado médico informa sobre síntomas y teorías; un registro parroquial sobre mortalidad; una carta sobre percepción social; cada evidencia responde preguntas distintas.

La comparación con enfermedades históricas cuya etiología sí ha podido investigarse mediante técnicas biomoleculares muestra con claridad el problema. La paleomicrobiología puede recuperar ADN o ARN antiguo en condiciones favorables y vincular determinados patógenos con restos humanos históricamente contextualizados

(Van der Kuyl, 2022). Para el sudor inglés todavía falta una evidencia equivalente capaz de resolver la controversia. Encontrar material genético de un candidato etiológico en restos humanos asociados inequívocamente con una de las epidemias modificaría radicalmente la discusión, aunque incluso entonces sería necesario demostrar su relación causal con la muerte y descartar contaminación o coinfección. La medicina histórica alcanza mayor seguridad cuando convergen evidencias documentales, arqueológicas, epidemiológicas y biomoleculares independientes.

El caso obliga, finalmente, a reformular qué significa explicar una epidemia desaparecida. La investigación histórica no fracasa porque no pueda asignarle un microorganismo con certeza. Puede reconstruir cuándo apareció, cómo fue percibida, qué síntomas se describieron, cómo respondieron médicos y comunidades y qué consecuencias sociales produjo. La medicina moderna, por su parte, puede evaluar qué agentes resultan más o menos compatibles con esos patrones. Lo que ninguna disciplina debería hacer es transformar una analogía en prueba. La incertidumbre constituye un resultado científicamente significativo. El sudor inglés enseña que reconocer aquello que las evidencias no permiten saber forma parte del mismo rigor mediante el cual se establece aquello que sí puede conocerse.

6. CONCLUSIÓN

El sudor inglés constituye uno de los episodios más desconcertantes de la historia de las enfermedades epidémicas. Entre 1485 y 1551 apareció repetidamente, provocó temor en Inglaterra, alcanzó Europa continental durante la gran expansión de 1528-1529 y desapareció después de su última epidemia reconocida. Su comienzo repentino, la intensa sudoración, la postración y la posibilidad de un desenlace en pocas horas produjeron una identidad clínica suficientemente fuerte como para diferenciarla de otras enfermedades contemporáneas. No obstante, quinientos años después, aquello que parece relativamente claro en términos históricos continúa siendo incierto desde el punto de vista etiológico.

Las explicaciones de John Caius muestran cómo la enfermedad fue comprendida dentro de la medicina del siglo XVI. Sus referencias a alimentación, ambiente, humores y formas de vida no pueden aceptarse como explicaciones fisiopatológicas actuales, pero tampoco deben juzgarse únicamente desde el conocimiento actual. Constituyen evidencias de cómo un médico intentó organizar observaciones reales mediante las herramientas conceptuales disponibles. Esta distinción es fundamental: las fuentes históricas no son historias clínicas defectuosas esperando ser reinterpretadas

correctamente por la medicina moderna, sino documentos producidos dentro de sistemas de conocimiento específicos.

Las hipótesis modernas han ampliado enormemente el campo explicativo sin resolverlo definitivamente. Se han considerado diversas etiologías, entre ellas la influenza, los enterovirus y otras infecciones, mientras que la posibilidad de una enfermedad asociada con hantavirus ha recibido particular atención por determinadas semejanzas clínicas y epidemiológicas. Ninguna propuesta dispone, sin embargo, de evidencia microbiológica directa suficiente para clausurar el debate. La conclusión más rigurosa no consiste en seleccionar al candidato que acumula más semejanzas y declararlo vencedor, sino en reconocer distintos grados de plausibilidad conservando abierta la incertidumbre etiológica.

La pregunta inicial – ¿cómo puede desaparecer una enfermedad sin que sepamos qué la produjo? – posee entonces una respuesta menos paradójica de lo que parece. Lo que desapareció fue un patrón epidémico históricamente reconocible, no necesariamente un microorganismo cuya identidad conozcamos y cuya extinción podamos demostrar. Cambios ecológicos, ambientales, sociales o relacionados con un reservorio podrían haber interrumpido las condiciones necesarias para su emergencia. También es posible que un agente todavía existente produzca actualmente manifestaciones clasificadas de otra manera. Sin identificarlo, no podemos determinar cuál explicación es correcta. La desaparición clínica de una enfermedad y la desaparición biológica de su agente causal son problemas distintos.

El mayor valor del sudor inglés reside, por ello, en aquello que enseña acerca de los límites del conocimiento histórico-médico. Los testimonios de hace quinientos años permiten formular hipótesis, comparar patrones y descartar algunas explicaciones, pero no proporcionan automáticamente los datos necesarios para establecer un diagnóstico moderno. Entre la descripción de Caius y el laboratorio actual existe una distancia que la analogía por sí sola no puede eliminar. El enigma del *sudor anglicus* permanece abierto no porque la investigación haya fracasado, sino porque la evidencia disponible establece un límite. Por tanto, reconocer ese dilema representa una conclusión científicamente más sólida que convertir una enfermedad desconocida del pasado en un padecimiento conocido del presente mediante la sola fuerza de la semejanza.

REFERENCIAS

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

Bos, K., Schuenemann, V., Golding, G., Burbano, H., Waglechner, N., Coombes, B., McPhee, J., DeWitte, S., Meyer, M., Schmedes, S., Wood, J., Earn, D., Herring, D., Bauer, P., Poinar, H., & Krause, J. (2011). A draft genome of *Yersinia pestis* from victims of the Black Death. *Nature*, 478, 506-510. <https://doi.org/10.1038/nature10549>

Caius, J. (2025). *The sweating sickness* (E. S. Roberts, Ed.). Creative Media Partners, LLC. (Original work published 1552).

Dyer, A. (1997). The English sweating sickness of 1551: An epidemic anatomized. *Medical History*, 41(3), 362-384. <https://doi.org/10.1017/S0025727300062724>

Heyman, P., Simons, L., & Cochez, C. (2014). Were the English sweating sickness and the Picardy sweat caused by hantaviruses? *Viruses*, 6(1), 151-171. <https://doi.org/10.3390/v6010151>

Hunter, P. (1991). The English sweating sickness, with particular reference to the 1551 outbreak in Chester. *Reviews of Infectious Diseases*, 13(2), 303-306. <https://doi.org/10.1093/clinids/13.2.303>

Krüger, W. (2024). Diagnostic algorithm allows for a scientifically robust and reliable retrospective diagnosis using textual evidence from mid-19th century Basel, Switzerland. *International Journal of Paleopathology*, 44, 105-111. <https://doi.org/10.1016/j.ijpp.2024.01.001>

Mitchell, P. (2011). Retrospective diagnosis and the use of historical texts for investigating disease in the past. *International Journal of Paleopathology*, 1(2), 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.ijpp.2011.04.002>

Muramoto, O. (2014). Retrospective diagnosis of a famous historical figure: Ontological, epistemic, and ethical considerations. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 9, Article 10. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-9-10>

Taviner, M., Thwaites, G., & Gant, V. (1998). The English sweating sickness, 1485-1551: A viral pulmonary disease? *Medical History*, 42(1), 96-98. <https://doi.org/10.1017/S0025727300063365>

Thwaites, G., Taviner, M., & Gant, V. (1997). The English sweating sickness, 1485 to 1551. *The New England Journal of Medicine*, 336(8), 580-582. <https://doi.org/10.1056/NEJM199702203360812>

Van der Kuyl, A. (2022). Historic and prehistoric epidemics: An overview of sources available for the study of ancient pathogens. *Epidemiologia*, 3(4), 443-464. <https://doi.org/10.3390/epidemiologia3040034>

Wylie, J., & Collier, L. (1981). The English sweating sickness (Sudor Anglicus): A reappraisal. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 36(4), 425-445. <https://doi.org/10.1093/jhmas/XXXVI.4.425>

SOBRE OS ORGANIZADORES

Guillermo Julián González-Pérez

Sociólogo, Demógrafo y Doctor en Ciencias de la Salud. Orientación socio-médica. Profesor-Investigador Titular "C" y responsable del Cuerpo Académico Consolidado "Salud, Población y Desarrollo Humano" en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, México. Miembro desde 1993 del Sistema Nacional de Investigadores de México auspiciado por CONAHCYT (actualmente Nivel III) y miembro de la Academia Mexicana de Ciencias desde 2002. Ha publicado más de 100 artículos científicos en revistas indizadas del campo de las Ciencias Sociales aplicadas a la salud y la Salud Pública, diversos libros como autor, editor o coordinador y dirigido más de 50 tesis de posgrado.

María Guadalupe Vega-López

Licenciada en Trabajo Social; Maestra en Salud Pública; Maestra en Sociología y Doctora en Ciencias de la Salud, Orientación Socio-médica. Profesora-Investigadora Titular "C" y directora del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, México. Miembro desde 1999 del Sistema Nacional de Investigadores de México (actualmente Nivel II); integrante del Cuerpo Académico Consolidado "Salud, Población y Desarrollo Humano". Ha publicado más de 60 artículos científicos en revistas indizadas del área de las Ciencias Sociales aplicadas a la salud y la Salud Pública, así como diversos libros como autora y coordinadora, de carácter internacional. Es revisora en varias revistas científicas de carácter internacional.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adulto mayor 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53
Antibióticos 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28

B

Bienestar laboral 69, 71, 72, 75, 76, 77, 78
Biofilm 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14
Bronquitis 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45

C

Calidad de la atención en salud 80
Cepas bacterianas 17, 19, 24, 25, 26
CJD esporádica 30
Coreomanía 95, 96, 97, 98, 99, 101, 104, 105

D

Demandas laborales 69, 71, 75, 77
Diabetic foot ulcers 2, 10
Diagnóstico retrospectivo 95, 98, 101, 107, 109, 110, 114, 115
DWI 30

E

Empoderamiento paciente 54
Encefalopatía priónica 30
Enfermería practica avanzada 54
Engagement 3, 69, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 78, 90
Epidemias 96, 98, 101, 103, 107, 108, 109, 111, 112, 114, 116
Epidemiología clínica 38, 39, 40, 44
Estrasburgo 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105

F

Factores de riesgo 27, 39, 40, 45, 51
FLAIR 30, 32
Fragilidad 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 66

G

Gestão de la calidad 80, 81, 90, 93

H

Hantavirus 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 117

Historia de la medicina 95, 98, 107, 110

L

Lean Healthcare 80, 81, 82, 84, 89, 90, 91, 94

Lean Six Sigma 80, 81, 82, 84, 85, 88, 90, 91, 92, 93, 94

Liderazgo 54, 57, 58, 59, 64, 80, 89

Liderazgo enfermero 54

M

Mejora continua 70, 80, 88

N

Niños 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45

Nosocomios 17, 19, 21, 22, 24, 26

P

Práticas organizacionais saudáveis 69, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 78

Pressure ulcers 2, 10

R

Recursos 38, 54, 55, 63, 65, 67, 69, 71, 72, 74, 76, 77, 78, 82, 86, 88

Regulación profesional 54

Riesgo social 46, 47

Roles de enfermería 54

S

Seguridad del paciente 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 93

Stenotrophomonas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 15, 16

W

Wound infections 2

