



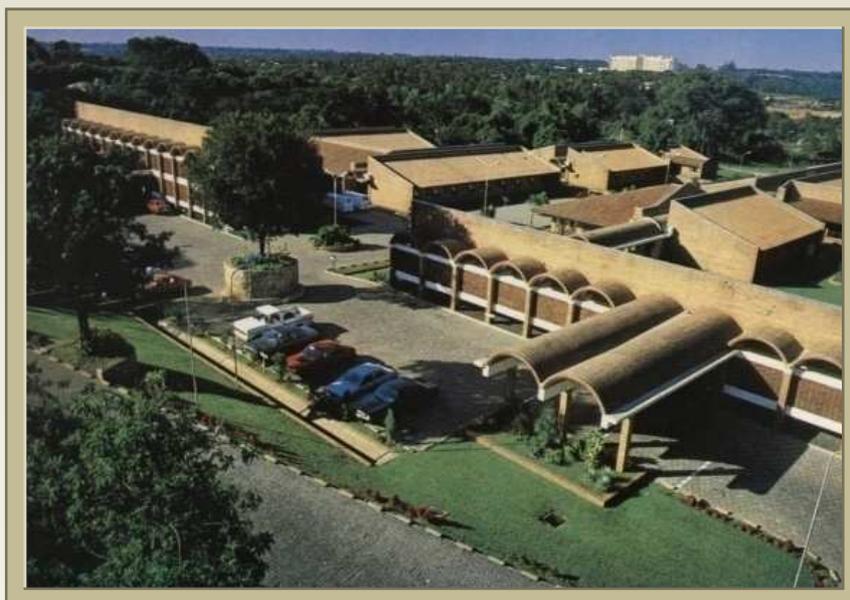
ISSN 1996-3696

Julio 2010

Volumen 5 – Número 1

Revista *del* Instituto *de* Medicina Tropical

Asunción - Paraguay



© 2010

Revista del Instituto de Medicina Tropical

ISSN 1996-3696

Asunción – Paraguay

Tirada semestral

Versión electrónica disponible en:

www.imt.edu.py/

Revista *del* Instituto *de* Medicina Tropical Asunción - Paraguay

Dr. Oscar Merlo Faella
Director General

Dra. Nidia Mendoza
Directora Médica

Prof. Dr. Antonio H. Arbo Sosa
Editor

Biol. Gabriela Sanabria
Secretaria de Edición

[COMITÉ EDITORIAL]

Dr. Gustavo Aguilar
Dr. Silvio Apodaca
Dr. Gustavo Benítez
Dra. Nidia Cáceres de Mendoza
Dr. Carlos Kunzle
Dra. Dolores Lovera
Dra. Rosa Mayor
Dra. Cristina San Miguel

[CONSEJO EDITORIAL]

Prof. Dr. Salvador Addario
Dr. Nicolás Aguayo
Dr. Iván Allende
Prof. Dr. José Bellasai
Dr. Enrique Courselles
Prof. Dra. Ana Campuzano de Rolón
Prof. Dr. Esteban Grassi
Dr. Adolfo Galeano
Dr. Fernando Hamuy
Dr. Juan Domingo Maciel

Dr. Julio Manzur
Dra. Celia Martínez de Cuellar
Dr. Adolfo Morínigo
Dr. Duillo Núñez
Prof. Dr. Carlos Ramírez Boettner
Prof. Dr. Osvaldo Real
Prof. Dr. Roger Rolón
Dr. Víctor Salinas
Dra. Gloria Samudio
Prof. Dra. Ramona Valdez

Institute of Tropical Medicine
Publication of Institute of Tropical Medicine
Department of Public Health and Social Well-being
Asunción - Paraguay
Vol. 5 July, 2010 N° 1

C O N T E N T

Editorial

- 04 Syphilis: alarming situation in Paraguay**
Antonio Arbo Sosa

Original Articles

- 06 Seroprevalence of Syphilis in pregnant women-2008 in Alto Parana**
Cristina San Miguel de Vera, Edén Vera Cabral, Humberto Fanego
- 13 Clinical Behavior of Dengue in Children in Recent Years in Paraguay**
Soraya Araya, Cinthia Avalos, Mónica Duarte, Gabriela Sanabria, Silvio Apodaca, Dolores Lovera, Antonio Arbo
- 19 Quality of life of patients with VIH/AIDS and comprehensive nursing care**
Sofía Achucarro

Clinic case

- 34 Trombosis asociada a catéter venoso central: reporte de caso**
Mónica Duarte, Jorge Batista, Antonio Arbo

38 Instruction for authors

Magazine of the Institute of Tropical Medicine (ISSN 1996-3696) is a magazine of half-yearly publication, free distribution published by the Institute of Tropical Medicine. Inaugural number published on December 15, 2007. Address for correspondence and subscription Avda. Venezuela almost Florida. Tel/Fax. (+595 21) 292 164. Asunción - Paraguay.
Carried photo: Institute of Tropical Medicine

Revista del Instituto de Medicina Tropical

Publicación del Instituto de Medicina Tropical

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Asunción - Paraguay
Vol. 5 Julio 2010 Nº 1

C O N T E N I D O

Editorial

04 Sífilis: situación alarmante en el Paraguay

Antonio Arbo Sosa

Artículos Originales

06 Seroprevalencia de Sífilis en embarazadas Alto Parana-2008

Cristina San Miguel de Vera, Edén Vera Cabral, Humberto Fanego

13 Comportamiento Clínico del Dengue en Niños en los Últimos Años en Paraguay

Soraya Araya, Cinthia Avalos, Mónica Duarte, Gabriela Sanabria, Silvio Apodaca, Dolores Lovera, Antonio Arbo

19 Calidad de vida de pacientes con VIH/SIDA y atención integral de enfermería

Sofía Achucarro

Caso Clínico

34 Trombosis asociada a catéter venoso central: reporte de caso

Mónica Duarte, Jorge Batista, Antonio Arbo

38 Instrucción para autores

Revista del Instituto de Medicina Tropical (ISSN 1996-3696) es una revista de publicación semestral de distribución libre y gratuita publicada por el Instituto de Medicina Tropical. Número inaugural publicado el 15 de diciembre de 2007. Dirección para correspondencia y suscripción Avda. Venezuela casi Florida. Tel/Fax. (+595 21) 292 164. Asunción - Paraguay.

Foto portada: Instituto de Medicina Tropical

Los trabajos y opiniones que se publican en la revista son de exclusiva responsabilidad de los autores. La revista se reserva todos los derechos sobre los mismos.

Editorial

Sífilis: situación alarmante en el Paraguay

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) causada por la bacteria *Treponema pallidum*. El panorama actual muestra un incremento de los casos de sífilis a nivel mundial (1). Así en EEUU entre el 2005 y el 2006, el número de casos reportados de sífilis primaria y secundaria aumentó en un 11.8%. Entre el 2000 y el 2006 las tasas de sífilis primaria y secundaria en hombres se incrementaron anualmente de 2,6 a 5,7, mientras que en las mujeres esto mismo ocurrió entre el 2004 y el 2006 (2). La sífilis en el embarazo además de las consecuencias en la persona embarazada conlleva un alto riesgo de transmisión al producto en gestación. La sífilis no tratada durante el embarazo, especialmente la sífilis precoz, conlleva riesgo de muerte fetal intaruterina, nacimiento de un mortinato, a muerte neonatal, y secuelas importantes en los sobrevivientes como ceguera, deformidades óseas y dentarias y déficit neurológico (3). De ahí la importancia del control de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo la sífilis, para reducir la frecuencia de la transmisión y el desarrollo de sífilis congénita, la cual puede ser prevenida por la detección precoz en el embarazo y tratamiento por lo menos 30 días antes del nacimiento del recién nacido (4, 5).

Se calcula que en América Latina 330 mil mujeres embarazadas tienen una prueba positiva

Prof. Dr. Antonio Arbo

Departamento de Pediatría. Instituto de Medicina Tropical.

Universidad Nacional de Asunción. Asunción, Paraguay

Syphilis: alarming situation in Paraguay

para sífilis y no reciben tratamiento (5). La prevalencia notificada de sífilis en mujeres embarazadas varía en las distintas naciones, de tal manera que va desde 0.4% en Panamá a 6,2% en El Salvador (6). De estos embarazos, se calcula que nacen 110 mil niños con sífilis congénita y otros 110 mil resultan en aborto espontáneo. Dada la importancia de este problema, la Organización Panamericana de la Salud ha propuesto estrategias regionales para la detección y tratamiento de la sífilis durante el embarazo (5, 7)

El tamizaje para detectar a pacientes con sífilis durante el embarazo está indicado por ley. Sin embargo, el cumplimiento de esta norma requiere por una parte que las embarazadas acudan al control prenatal en forma regular, y por otra parte que los médicos que atienden a mujeres embarazadas tengan acceso a las pruebas de laboratorio.

En el presente número de la revista la Dra. San Miguel y col. desnudan una terrible realidad en nuestro país. El estudio *Seroprevalencia en VIH 1, 2; Sífilis y Toxoplasmosis en embarazadas Alto Parana-2008* se llevó a cabo entre enero y diciembre del año 2008 en varias localidades del Departamento de Alto Paraná, uno de los departamentos más poblados del

país, e involucró a servicios hospitalarios tanto públicos como privados que brindan atención a mujeres embarazadas (hospitales con atención materno-infantil). Se revisaron 7.380 expedientes clínicos de mujeres embarazadas (5.310 expedientes de instituciones públicas y 2.010 de instituciones privadas). Pudieron constatar que en el caso de las embarazadas en seguimiento en las instituciones públicas, solo al 17% de las mismas se les solicitó la prueba de tamizaje de sífilis. La frecuencia de solicitud de la prueba varió enormemente en las diferentes localidades (del 1.7% a 58%) siendo las cifras mas bajas en Ciudad del Este, la capital del departamento, y Hernandarias (la segunda ciudad en importancia) donde solo el 7.8% y 1.7%, respectivamente, de los expedientes clínicos de mujeres embarazadas tenían registrado que se les había solicitado el test de tamizaje de sífilis. El escenario en las instituciones privadas no fue muy diferente. Si bien un mayor número de embarazadas fueron beneficiadas del escrutinio de sífilis siendo esta figura del 46%, todavía quedaron una mayoría sin que se les solicitara tamizaje de sífilis.

Las consecuencias de no realizar la detección precoz de la sífilis en el embarazo no tendría mayor importancia si el evento a detectar fuera una situación excepcional. Sin embargo, la prevalencia de la sífilis en las mujeres en quienes se le solicitó la prueba reveló alarmantes cifras que oscilaron del 3.2% (distrito de JL Mallorquín) a 33% (distrito de Hernandarias) (mediana 16.5%, aunque en 4 de seis distritos la prevalencia osciló entre 3.2% y 8.3%, cifras aun notables). En las instituciones privadas se observó el mismo fenómeno. El 37% de las embarazadas en quienes se les investigó sífilis exhibieron positividad de la prueba.

Aunque el estudio tiene limitaciones dado el carácter retrospectivo del mismo, y que parte del sesgo pudiera atribuirse a la ausencia de

documentación de la solicitud (un defecto frecuente del ejercicio médico en el país), los resultados del trabajo de la Dra. San Miguel y col son altamente contribuyentes a esclarecer el panorama altamente deficitario de la situación de las enfermedades de transmisión sexual en nuestro país. Las consecuencias en términos de oportunidades perdidas en cuanto al diagnóstico y la posibilidad terapéutica de la enfermedad en el embarazo y recién nacido deben llamar a un enfoque inmediato de las autoridades de salud pública del país.

Referencias

1. Walker DG, Walker GJA. Forgotten but not gone: the continuing scourge of congenital syphilis. *Lancet Infect Dis.* 2002; 2:432-6
2. Centers for Disease Control and Prevention. Centers for Disease Control and Prevention. Congenital Syphilis-United States, 2003-2008. *MMWR* 2010;59: 413-7.
3. Sánchez PJ, Wendel GD. Syphilis in pregnancy. *Clin Perinatol* 1997;24:71-90.
4. Doherty L, Fenton KA, Jones J, Paine TC, Higgins SP, Williams D, et al. Syphilis: old problem, new strategy. *Br Med J.* 2002;325:153-6
5. Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Rev. Panam. Salud Publica* 2004;13:211-217.
6. Noyola D.E., Malacara-Alfaro, O, Lima-Rogel, V, Torres-Montes A. Seroprevalence of syphilis in pregnant women in San Luis Potosí. *Salud Pub Mex* 2006; 48: 151-4.
7. Valderrama J. Eliminación de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: marco de referencia para su implementación. Washington, D.C.: OPS, 2005

Solicitud de Sobretiros:

Prof. Dr. Antonio Arbo
Departamento de Docencia e Investigación
Instituto de Medicina Tropical
Asunción, Paraguay
antonioarbo@hotmail.com

Artículo original

Seroprevalencia de Sífilis en embarazadas Alto Parana-2008

Dres. Cristina San Miguel de Vera, Edén Vera Cabral, Fanego Humberto
Universidad Nacional del Este. Facultad de Ciencias de la Salud. Alto Paraná

Seroprevalence of Syphilis in pregnant women-2008 in Alto Parana

Background: Congenital syphilis is acquired from an infected mother in utero or through the birth canal. With the diagnosis of the disease and the advent of penicillin, it becomes a significant reduction. Nontreponemal serologic evidence as the VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) or RPR (Rapid Plasma Reagin) are easy to determined, economic cost, are useful for diagnosis and essential to monitor response to treatment, which needs to the study is quantitative. The aim of this study was to investigate the incidence of syphilis infection in the pregnant population in 6 cities of Alto Paraná, in 2008. Materials and methods: Study retrospective, descriptive cross-sectional. We reviewed the files of maternal and child services private and public, of 7,380 pregnant women who attended the pre-natal control 2,028 serology for syphilis. Results: Of a total of 7,380 chips analyzed, 5,310 were public institutions, where 17% of pregnant women, presented in the medical record VDRL test. In private institutions, of 2,070 pregnant, 54% of them had registered VDRL test. In Ciudad del Este, (capital of Alto Paraná) pregnant women in public institutions were 2,445, of which, only 36% made 4 or more controls during pregnancy, 0.80% tested positive for VDRL test, 7.20% was negative and 92% did not record data, this scenario is repeated in all major cities of the department and the percentage is even lower in public institutions. Conclusion: The situation of pregnant women in Alto Paraná is alarming because it represents a significant and unnecessary risk to the newborn, because they account for many years with appropriate pharmacological and economic weapons to avoid.

Resumen

La sífilis congénita se adquiere a partir de una madre infectada in útero o por el canal del parto. Con el diagnóstico de la enfermedad y el advenimiento de la penicilina, se torna una reducción significativa. Existen pruebas serológicas no treponémicas como el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) o RPR (Rapid Plasma Reagin) fáciles de realizar, tienen escaso costo económico, son útiles para el diagnóstico y esenciales para controlar la

respuesta al tratamiento, para lo cual se necesita que el estudio sea cuantitativo. El objetivo del trabajo consistió en investigar la incidencia de la infección por sífilis, en la población embarazada, en 6 ciudades del Alto Paraná, durante el año 2008 .

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte

transversal. Se revisaron los archivos de Servicios materno-infantil privado y público, de 7.380 embarazadas que concurrieron al control pre-natal, donde se registraba la serología para sífilis.

Resultados: De un total de 7.380 fichas analizadas, 5.310 fueron de Instituciones Públicas, en donde el 17% de las embarazadas, presentaban en la historia clínica registro de test de VDRL. En Instituciones privadas, de 2.028 embarazadas, el 54% de ellas tenían registrado test de VDRL. En Ciudad del Este, (capital del Alto Paraná) las embarazadas de Instituciones Públicas, fueron 2.445, de las cuales: solo el 36% realizaron 4 o más controles durante la gestación, el 0,80% dio positivo el test para VDRL, el 7,20% dio negativo, y 92 % no registra datos, este panorama se repite en las grandes ciudades del departamento y el porcentaje es menor en Instituciones públicas.

Conclusión: La situación de las embarazadas en el Alto Paraná es alarmante ya que supone un riesgo importante e innecesario para el recién nacido, debido a que se cuenta, hace muchos años con las armas farmacológicas adecuadas y económicas para evitarlas.

Palabras claves: Embarazadas, *Treponema*, VDRL.

Introducción

El importante aumento de enfermedades de transmisión sexual, como ser sífilis, *virus de Inmunodeficiencia adquirida*, *Papovavirus*, *Herpes*, *Citomegalovirus*, entre ellas, han elevado el número de embarazadas portadoras de estas infecciones, y en consecuencia la incidencia de la infección en el neonato (1).

La sífilis puede ser adquirida por contacto sexual, de forma congénita a través de la placenta, por transfusión de sangre contaminada y por inoculación accidental directa.

La sífilis congénita se adquiere a partir de una madre infectada in útero o por el canal del parto. Con el diagnóstico de la enfermedad y el

advenimiento de la penicilina, se torna una reducción significativa.

Una mujer embarazada, con sífilis, transmite la enfermedad al feto a partir de las 18 semanas de gestación mediante la placenta, y causa de esta forma la sífilis congénita. La gravedad clínica va desde el aborto tardío, parto pre-termino, muerte neonatal, infección neonatal e infección latente.

En los Estados Unidos, la sífilis ocupa el tercer lugar entre las enfermedades más frecuentes. Se produce alrededor de 2 casos de sífilis congénita temprana, por cada 100 casos de sífilis primaria o secundaria, en mujeres de edad fértil. La tasa de mortalidad de sífilis no tratada es de alrededor de 25%, y otro 40% de los niños experimentan estigmas tardíos.

Para descartar sífilis, en toda mujer embarazada deberá solicitarse serología para *Treponema pallidum*, para que el diagnóstico materno sea oportuno y decidir el tratamiento específico. (2-3)

Las pruebas serológicas no treponémicas como el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) o RPR (Rapid Plasma Reagin) son fáciles de realizar, tienen escaso costo económico, son útiles para el diagnóstico y esenciales para controlar la respuesta al tratamiento, para lo cual se necesita que el estudio sea cuantitativo. Resultan reactivas después de 14 a 20 días de aparecido el chancro. Los niveles de anticuerpos se correlacionan con la actividad de la enfermedad. Títulos de 8UI o mayores se interpretan como correspondientes a infección activa.

Aunque VDRL y RPR tienen similar validez, el resultado cuantitativo de ambas pruebas no puede ser comparado. Para poder comparar es preferible hacer los estudios secuenciales en el mismo laboratorio. Títulos de 4UI o menores pueden observarse en personas tratadas por sífilis o ser falsos positivos.

Los falsos positivos pueden observarse en el curso de infecciones bacterianas o virales, enfermedades autoinmunes o tumorales, después de vacunaciones, durante el embarazo. Falsos negativos resultan del fenómeno de prozona. Aunque estas pruebas habitualmente se negativizan después del tratamiento, en algunos pacientes persisten reactivas por el resto de su vida, pero con títulos bajos. Un descenso no significativo de los títulos o un nuevo ascenso después del tratamiento, hace sospechar fracaso terapéutico o reinfección (4).

Las pruebas serológicas treponémicas como FTA-abs (Fluorescent Treponemal Antibody absorption test) o TPHA (*Treponema pallidum* Haemagglutination Assay) se vuelven positivas más precozmente (7 a 10 días), son más específicas, tienen menor frecuencia de resultados falsos positivos y son más perdurables (5).

En algunos lugares usan TPHA como prueba de tamizaje, pues puede ser automatizado, resultando rápido y poco costoso. Como los niveles de anticuerpos detectados con las pruebas treponémicas no se correlacionan con la actividad de la infección, se informan en forma cualitativa, como "reactivo" o "no reactivo". Carecen de utilidad para controlar la respuesta al tratamiento, pues frecuentemente quedan reactivas, incluso después de curado el paciente. Los falsos positivos de FTA-abs son muy raros (1%), y pueden verse en pacientes con niveles elevados de gamma globulinas o anticuerpos antinucleares, embarazadas, colagenopatías, cirrosis, anemia hemolítica autoinmune, diabetes tipo I. Son útiles cuando existen dudas diagnósticas (VDRL menor de 8UI, que puede ser falso positivo) (6-7).

Todas las mujeres embarazadas deben ser testadas para sífilis durante etapas tempranas del embarazo. En mujeres con mayor riesgo de adquirir sífilis se aconseja un segundo estudio serológico en el tercer trimestre (semana 28). A todo paciente con sífilis se le debe proponer la realización de una serología para VIH. Si la misma es negativa puede ser necesario repetirla luego de 3 meses (8-9).

Debido a las consecuencias de adquirir estas enfermedades durante el embarazo, comprendemos la importancia de llevar a cabo este estudio, que tiene como objetivo investigar la incidencia de la infección por sífilis, en la población embarazada de Alto Paraná, durante el año 2008, y conocer el periodo de gestación en que fue hallado el resultado.

Materiales y métodos.

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte Transversal; donde se revisaron las historias clínicas de los archivos de Servicios materno-infantiles privados y públicos en el departamento de Alto Paraná, de enero hasta diciembre del año 2008.

Dentro del departamento de Alto Paraná, las ciudades de mayor importancia tomadas para este estudio fueron: Ciudad del Este, Hernandarias, José León Mallorquín, Juan E. O'Leary, Presidente Franco y Minga Guazú. Se revisaron las pruebas serológicas para sífilis que estaban registradas en las historias clínicas de embarazadas, con un total de 7.380, que concurren al control pre-natal, se obtuvieron datos de edad de la embarazada, mes de gestación, lugar de residencia, y sistema de padronización de los diferentes servicios de gineco-obstetricos.

Resultados

En Instituciones Públicas (I. Pub.), de un total de 14.287 partos, se obtuvieron acceso a 5.310 historias clínicas, y 2.070 de Instituciones Privadas (I. Priv.)

En total, sin tener en cuenta la ciudad de procedencia, en I. Pub, el 17 % de las embarazadas (903), presentaban en la historia clínica test de VDRL. En I. Priv. el 54% de las embarazadas (1.119) tenían registrado la realización del test de VDRL.

Cuando analizamos por ciudades, las embarazadas procedentes de Ciudad del Este, de I Pub, fueron 2.445, de las cuales: solo el

36% (885) realizan 4 o más controles durante la gestación, el 0,80% (19) dio positivo el test de VDRL, el 7,20% (176) dio negativo y 92% (2.253) no registran datos (Tabla 1).

Tabla 1. Serología en embarazadas de instituciones públicas de Ciudad del Este por rango de edad - Enero a Diciembre del 2008

	VDRL			T
	+	-	s/d	
De 15 a 25 a	10	100	787	897
De 26 a 35 a	4	46	706	756
Mas de 35 a	2	30	760	792
TOTAL	16	176	2253	2445

Total de partos al año: 7.785

Total de embarazadas con accesibilidad al estudio: 2.445

Total de embarazadas que realizan pre-natal periódico (por lo menos 4 al año): 885

Según procedencia:

Tabla 2. Serología en embarazadas de instituciones públicas de Hernandarias por rango de edad. Enero a Diciembre del 2008

	VDRL			T
	+	-	s/d	
De 15 a 25 a	3	6	356	365
De 26 a 35 a	2	3	297	302
Mas de 35 a	-	1	197	198
TOTAL	5	10	850	865

Total de partos al año: 2.070

Total de embarazadas con accesibilidad al estudio: 865

Total de embarazadas que realizan pre-natal periódico (por lo menos 4 al año): 263

Tabla 3. Serología en embarazadas de instituciones públicas de J. L. Mallorquín por rango de edad Enero a Diciembre del 2008

	VDRL			T
	+	-	s/d	
De 15 a 25 a	5	116	55	176
De 26 a 35 a	3	98	53	154
Mas de 35 a	-	29	71	100
TOTAL	8	243	179	430

Total de partos al año: 515

Total de embarazadas con accesibilidad al estudio: 430

Total de embarazadas que realizan pre-natal periódico (por lo menos 4 al año): 52

Tabla 4. Serología en embarazadas de instituciones públicas de Juan O'leary por rango de edad Enero a Diciembre del 2008

	VDRL			T
	+	-	s/d	
De 15 a 25 a	4	13	31	48
De 26 a 35 a	4	8	27	39
Mas de 35 a	2	17	14	33
TOTAL	10	38	72	120

Total de partos al año: 476

Total de embarazadas con accesibilidad al estudio: 120

Total de embarazadas que realizan pre-natal periódico (por lo menos 4 al año): 18

Tabla 5. Serología en embarazadas de instituciones públicas de Presidente Franco por rango de edad Enero a Diciembre del 2008

	VDRL			T
	+	-	s/d	
De 15 a 25 a	6	77	368	451
De 26 a 35 a	2	38	163	203
Mas de 35 a	1	71	94	166
TOTAL	9	186	625	820

Total de partos al año: 1862

Total de embarazadas con accesibilidad al estudio: 820

Total de embarazadas que realizan pre-natal periódico (por lo menos 4 al año): 115

Tabla 6. Serología en embarazadas de instituciones públicas de Minga Guazú por rango de edad. Enero a Diciembre del 2008

	VDRL			T
	+	-	s/d	
De 15 a 25 a	8	87	156	251
De 26 a 35 a	4	58	54	116
Mas de 35 a	2	50	211	263
TOTAL	14	195	421	630

Total de Partos al año: 1.579

Total de embarazadas con accesibilidad al estudio: 630

Total de embarazadas que realizan pre-natal periódico (por lo menos 4 al año): 83

Referente a la reactividad positiva según edad gestacional se detectó lo siguiente:

Tabla 7. Detección de serología positiva, según edad gestacional en instituciones públicas Enero a Diciembre del 2008

	1er TRIM.	2do. TRIM.	3er. TRIM.	TOTAL
VDRL +	10	18	34	62

Tabla 8. Detección de serología positiva, según edad gestacional en instituciones privadas según patología y edad - Enero a Diciembre del 2008

	VDRL			T
	+	-	s/d	
De 15 a 25 a	210	308	705	1223
De 26 a 35 a	99	196	196	491
Mas de 35 a	51	94	211	356
TOTAL	360	598	1112	2070

Total de Partos al año: 4.036

Total de embarazadas con accesibilidad al estudio: 2.070

Total de embarazadas que realizan pre-natal periódico (por lo menos 4 al año):510

Tabla 9. Detección de serología positiva según edad gestacional en Inst. Privadas. Enero a Diciembre del 2008

	1er. TRIM.	2do. TRIM.	3er. TRIM.	TOTAL
VDRL +	38	96	226	360

Discusión

A pesar que la VDRL debería ser un pedido rutinario en cualquier chequeo laboratorial, y aún más en embarazadas, sigue siendo un examen poco solicitado, y menos en Instituciones Públicas, situación alarmante ya que supone un riesgo importante e innecesario para el recién nacido, ya que se cuenta hace muchos años con las armas farmacológicas adecuadas y económicas para evitarlas.

El 36% de la población de Ciudad del Este y Hernandarias realizan 4 o más controles durante la gestación, el resto de los distritos oscilan entre 12 y 15 %. Esto deja en evidencia que entre un 64% a un 85% de las embarazadas no realizan los controles periódicos requeridos, que garanticen un recién nacido libre de patologías. La gran mayoría acuden al parto sin ningún estudio

previo, dejando traslucir, falta de acceso a la información y de recursos económicos para llegar a los centros de salud. Avala aun más este hecho, que la mayor detección de positividad se obtenga en el tercer trimestre, periodo en que la embarazada consulta por primera vez; dejando al desconocimiento lo que ocurre en los periodos más graves para el feto: primer y segundo trimestre. Estaríamos perdiendo la posibilidad de conocer la serología durante esta oportunidad.

Llama la atención que de la cantidad de partos registrados, tanto en Públicos como en Privados, no haya registro confiable de la cantidad de abortos espontáneos, mortinatos o niños de bajo peso al nacer, y si lo hay, no se llega a definir el diagnóstico específico del

mismo. Ya que una gran proporción de los mismos pondrían estar ocasionados por alguna de estas patologías.

Conclusión

El trabajo deja en evidencia que si bien existe una alta probabilidad de presentar sífilis, durante el embarazo, aun mas alta es la probabilidad de no detectarlo por no realizar las pruebas diagnosticas, ni los controles periódicos, abriendo la posibilidad de que estas infecciones pasen al recién nacido, por desconocimiento. La oferta de esta prueba debe ir acompañada de una asesoría individual, que sea culturalmente adecuada, y debe incluir una discusión sobre los beneficios de averiguar si es seropositiva para VIH, así como de las implicaciones que esto tendría en su vida, en su embarazo y potencialmente en el feto.

La sífilis congénita es sobre todo una reflexión del cuidado prenatal inadecuado. La terapia maternal temprana en la infección, es a menudo adecuada y oportuna para evitar el pasaje al feto. Si tenemos en cuenta que uno de los objetivos fundamentales del programa Nacional de Infecciones de transmisión sexual (ITS), lo constituye la erradicación de la sífilis congénita; la sífilis durante el embarazo debería ser un área prioritaria para el equipo de salud. En la medida que seamos capaces de nuclear un grupo multifactorial de trabajo que conozca y aplique las normas establecidas en Obstetricia, Pediatría, Dermatología y Epidemiología, estaríamos creando las condiciones para lograr estos objetivos. La sífilis congénita debería ahora, ser una curiosidad medica.

Es probable que la baja asistencia al Control prenatal, (siendo éste gratuito) es lo establece la perdida de la oportunidad, para hacer un diagnóstico precoz de ésta patología que permita informar a la paciente sobre los riesgos que conlleva, y sobre todo el hacer un seguimiento más estrecho.

En toda la población, sociedades, comunidades, familias e individuos que no tienen acceso a una orientación sexual adecuada y oportuna, existe la probabilidad latente de adquirir una o varias de las infecciones de transmisión sexual. De esta manera el riesgo de contraer la enfermedad de sífilis, se convierte en un problema social difícil de prevenir, manejar y tratar en una población considerada relativamente pobre que posee aún mitos y tabúes sexuales.

Referencias

- 1- Burns DN, Minkoff H. Hepatitis C: screening in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1999;94:1044
- 2- Duarte G. Sífilis e gestacion. In: Cunha SPC y duarte G editores. *Gestacao de alto Risco*. 1ªed. Sao Paulo: Editora medica e cientifoca; 1999. p 277-88.
- 3- Botella llusia J Sífilis y gestación. En: *Tratado de ginecologia patología Obstetrica*. Barcelona: Ed. Cientidfico Tecnico, 1986: Tomo II pag. 205-10.
- 4- Musher DM. Syphilis. Gorbach, Bartlett, Blacklow. *Infectious diseases*. Ed.Saunders. 1992: 822-28.
- 5- Charles D Ch. Sífilis. Sanford J P, Tyrrell D A J, Weller T H, Wolff S M. *Infecciones obstétricas y perinatales*. Doyma. 1994:252-69.
- 6- Giovangrandi Y, Costa JM, Malka D, Belein V. *Maladies infectieuses au cours de la grossesse (II)*. *Rev Prat (Paris)*.1995; 45:2215-37.
- 7- Morel P. La syphilis récente. *Rev Pract (Paris)*. 1996;46:1948-1951.
- 8- Pica E.J. Enfermedades de transmisión sexual. *Medicine*. 1994;6(72):3235-3248.
- 9- Workowski KA, Berman SM. Centers for Disease Control and Prevention. *Congenital syphilis. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006*. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2006;55(RR-11):30-33

Solicitud de Sobretiros:

Dra. Cristina San Miguel
 Instituto de Medicina Tropical
 Asunción, Paraguay
msan_miguel@hotmail.com

Artículo Original

Comportamiento Clínico del Dengue en Niños en los Últimos Años en Paraguay

Dres. Soraya Araya, Cinthia Avalos, Mónica Duarte, Gabriela Sanabria, Silvio Apodaca, Dolores Lovera, Antonio Arbo
Servicio de Pediatría del Instituto de Medicina Tropical, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

Clinical Behavior of Dengue in Children in Recent Years in Paraguay

Background: Dengue fever in its clinical expression varies from mild to severe, whose prevalence can vary in each epidemic. **Aim:** To characterize the clinical behavior of pediatric dengue cases hospitalized during the outbreaks of 2007, 2009 and 2010 in a reference hospital in Paraguay. **Materials and Methods:** A retrospective descriptive study based on data from medical records of pts admitted to the IMT in the period January 2007 to July 2010 with a discharge diagnosis of dengue. We analyzed demographic, clinical, laboratory, and complications. **Results:** During the study period 147 children were hospitalized with a diagnosis of Dengue, corresponding to 98 pts (67%) to 2007, 28 pts (19%) by 2009 and 21 (14%) by 2010. The predominant serotype in 2007 was DENV-3 and in 2010 the DENV-1. The mean age of pts was 13.2 ± 3.8 years, corresponding to 2% to the age group <5 years, 37% to 61% 5-12 years and 13-17 years group ($p < 0.05$). 36 pts (24%) met criteria for severe form of the classification Denco, confirming shock in 21 pts (14%). When comparing the clinical performance in different years, the incidence of visceral complications (encephalitis, myocarditis, hepatitis) was higher in the epidemic 2007 (24/98, 24%) vs 5 / 49 (10%) in 2009-2010 ($p < 0.05$) and the frequency of thrombocytopenia $< 50\ 000$ (29% vs 12%, $p = 0.01$). Series mortality was low (1.4%). **Conclusions:** This study reveals the characteristics of the epidemic in terms of severity, and the high incidence of visceral complications in relation to serotype DENV-3.

Resumen

Introducción: El dengue varía en su expresión clínica desde formas leves a severas, cuyo predominio puede variar en cada epidemia.

Objetivo: Caracterizar el comportamiento clínico de los casos pediátricos de dengue hospitalizados durante los brotes epidémicos de

2007, 2009 y 2010 en un centro hospitalario de referencia en Paraguay.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, basado en los datos de las historias clínicas de pacientes (pts) internados en el Servicio de Pediatría del IMT en el periodo comprendido entre enero 2007 y julio

Rev. Inst. Med. Trop. 2009; (5)1:13-18

2010 con diagnóstico de egreso de dengue. Se analizaron los datos demográficos, clínicos, paraclínicos y las complicaciones.

Resultados: En el periodo de estudio 147 niños se hospitalizaron con diagnóstico de Dengue, correspondiendo 98 pts. (67%) al 2007, 0 pts al 2008, 28 pts (19%) al 2009 y 21 (14%) al 2010. El serotipo predominante en el 2007 y 2009 fue DENV-3 y en el 2010 el DENV-1. La edad media de los pts fue $13,2 \pm 3,8$ años, correspondiendo 2% al grupo etario <5 años, el 37% al de 5-12 años y 61% al grupo de 13-17 años ($p < 0,05$). 36 pts (24%) reunieron criterios de forma grave de la clasificación Denco, constatándose choque en 21 pts (14%). Al comparar el comportamiento clínico en los diferentes años, la frecuencia de complicaciones viscerales (encefalitis-miocarditis-hepatitis) fue mayor en la epidemia 2007 (24/98, 24%) vs 5/49 (10%) en 2009-2010 ($p < 0,05$) así como la frecuencia de trombocitopenia < 50.000 (29% vs 12%, $p = 0,01$). La mortalidad de la serie fue baja (1,4%).

Conclusiones: El presente estudio revela las características particulares de cada epidemia en cuanto a severidad, y la elevada frecuencia de complicaciones viscerales en relación al serotipo DENV-3.

Introducción

El dengue es una enfermedad viral causada por un flavivirus-el virus del dengue- que incluye cuatro serotipos. Constituye actualmente la arbovirosis más importante a nivel mundial, de tremendo impacto en la morbilidad y mortalidad de la población humana así como también responsable de una gran carga económica en los países que la padecen (1).

Casi la mitad de la población mundial que habita las áreas tropicales y subtropicales está en riesgo de sufrir esta infección. Se calcula que anualmente se producen 50 millones de infecciones medio millón de hospitalizados y más de 25.000 muertes por dengue (2).

El dengue tiene diversas formas de expresión clínica que van desde una fiebre indiferenciada, a una forma sintomática clásica caracterizada por fiebre, cefalea, gran malestar general, dolores osteomioarticulares, con o sin exantema, leucopenia y algún tipo de sangrado; hasta formas graves que cursan con choque hipovolémico por extravasación de plasma, trombocitopenia moderada o intensa y hemorragias en aparato digestivo y otras localizaciones (3).

En ocasiones el dengue afecta a órganos internos (formas viscerales o atípicas) causando complicaciones como la encefalitis, miocarditis o hepatitis que pueden tener un curso fatal. Aunque cualquier serotipo puede producir las formas graves de la enfermedad, la asociación de serotipos específicos con severidad del Dengue no ha sido concluyente. Varios reportes han sugerido que los serotipos 2 y 3 pueden causar formas severas y el serotipo 4 formas más leves. Además dentro de un serotipo algunos genotipos se han asociado a formas de dengue hemorrágico (4).

La prevalencia del dengue ha aumentado dramáticamente en las Américas en las últimas dos décadas (5). Desde su introducción en Paraguay en el año 1989 hasta el presente, han circulado principalmente los serotipos DENV-1, DENV-2 y DENV-3. Aunque el serotipo DENV-1 fue el serotipo principal circulante entre los años 1989 y 2002, el serotipo DENV-2 co-circuló con DENV-1 en los años 2001-2002, apareciendo a partir del 2003 DENV-3 como el serotipo predominante durante la epidemia del 2007, predominado en los últimos dos años los serotipos DENV-1 y DENV-2.

Objetivo

Caracterizar el comportamiento clínico de los casos pediátricos de dengue hospitalizados durante los brotes epidémicos de 2007, 2009 y 2010 en un centro hospitalario de referencia en Paraguay.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo, basado en los datos de las historias clínicas de pacientes internados en el Instituto de Medicina Tropical con diagnóstico de egreso de Dengue, entre los años 2007 y 2010.

Se incluyeron a todos aquellos pacientes menores de 17 años de edad, con diagnóstico de egreso de Dengue confirmado por Ag NS1 en el periodo de viremia o por serología posterior al 5 día de inicio de enfermedad, excluyéndose a todos los casos de Dengue de manejo ambulatorio.

Los pacientes fueron estratificados por año. Se colectaron los datos clínicos y paraclínicos (edad, sexo, procedencia, presencia de signos de alarma al ingreso, hemorragia, shock, signos de extravasación y otras complicaciones), comparándolos según el periodo de hospitalización.

Los pacientes se distribuyeron en dos grupos (DENV-3 vs. otros serotipos), para las comparaciones de características clínicas y complicaciones. Los análisis estadísticos se realizaron con apoyo del programa Epi Info® versión 3.4. Se utilizó la prueba t de Student para el contraste de variables ordinales y X2 cuadrado

para el contraste de proporciones. Se definió estadística-mente significativo una $p < 0,05$.

Resultados

En el periodo de estudio 147 niños se hospitalizaron con diagnóstico de Dengue, correspondiendo 98 pts. (67%) al 2007, 0 al 2008, 28 pts. (19%) al 2009 y 21 (14%) al 2010. El serotipo predominante en el 2007 fue DENV-3, en el 2009 y 2010 se constató cocirculación (DENV-2, DENV-1), predominando DENV2 en el 2009 y DENV1 en el 2010.

La edad media de los pts fue $13,2 \pm 3,8$ años, correspondiendo 2% al grupo etario <5 años, 37% al de 5-12 años y 61% al grupo de 13-17 años ($p < 0,05$). 36 pts (24%) reunieron criterios de forma grave de la clasificación DENCO, constatándose choque en 21 pts (14%). La mortalidad de la serie fue baja 1.4%. No hubo diferencias en la edad media de los pacientes en los tres años. Sin embargo, el sexo masculino fue el más frecuentemente afectado duplicando en número al sexo femenino (relación 1,9:1; $p < 0,05$). No hubo diferencias en la frecuencia de hospitalización en Unidad de cuidados Intensivos en los 3 periodos; sin embargo la frecuencia de trombocitopenia fue más importante en los años 2007 y 2010 vs 2009 ($p < 0,05$) Tabla 1.

Tabla 1. Características Clínicas y Laboratoriales de los Pacientes con Dengue por Periodos

	2007 n= 98	2009 n=28	2010 n=21
Edad media	13 ± 3	$12 \pm 2,6$	$11 \pm 3,6$
<5 a	2 (2%)	0	1
5-12 a	34 (35%)	11 (39%)	9 (43%)
13-17 a	62 (63%)	16 (57%)	11 (52%)
Sexo F/M	1,6:1	1,5:1	1,3:1
Procedencia Urbana	71 (72%)	18 (64%)	19 (90%)
Plaquetas <50000	29 (29%)	0	6 (29%)
Hemoconcentración	6 (6%)	12 (43%)	6 (29%)
UTI⁺	9 (9%)	3 (11%)	3 (14%)
DDI⁺⁺	$2,4 \pm 1,7$	4 ± 2	3 ± 1
Mortalidad	1 (1%)	1 (3,5%)	0

+ Unidad de Terapia Intensiva

++ Días de Internación

Al analizar la frecuencia de hemoconcentración, esta variable fue significativamente más frecuente en los hospitalizados en los años 2009 y 2010 ($p < 0,01$). Sin embargo, aunque no se observó ningún caso de choque en el 2009, se observó en 16% en el 2007 y en 10% en el 2009-2010 ($p < 0,05$).

Dado que el serotipo prevalente en la epidemia del 2007 fue el DENV-3 mientras que en el 2009 y 2010 predominaron los serotipos 1 y 2, al

comparar el comportamiento clínico en estos dos periodos, la frecuencia de complicaciones viscerales (encefalitis - miocarditis - hepatitis) fue mayor en la epidemia 2007 (24/98, 24%) vs 5/49 (10%) en 2009-2010 ($p < 0,05$) así como la frecuencia de trombocitopenia < 50.000 (29% vs 12%, $p = 0,01$). Sin embargo, el hallazgo de hemoconcentración fue más frecuente en el segundo periodo vs los hospitalizados en la epidemia 2007 ($p = 0,04$).

Grafico 1. Pacientes con Dengue y Signos de Alarma a la Admisión s/ Periodo de Tiempo

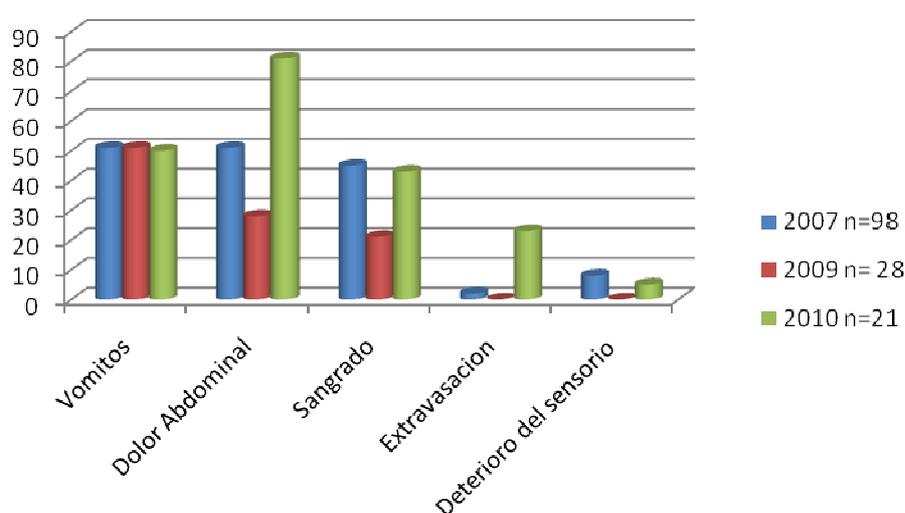


Tabla 2 Comportamiento Clínico DENV -3 vs. Otros Serotipos

	DENV-3 n=98	Otros Serotipos n=49	p
Vómitos	50	25	0,86
Dolor Abdominal	50	25	0,86
Hemorragia	45	15	0,07
Extravasación	2	5	0,04
Hemoconcentración	6	18	0,01
Choque	16	5	0,45
M. Viscerales	24	5	0,03
Trombocitopenia < 50.000	29	6	0,04
Clasificación Denco grave	29	7	0,04
Mortalidad	1	1	ns

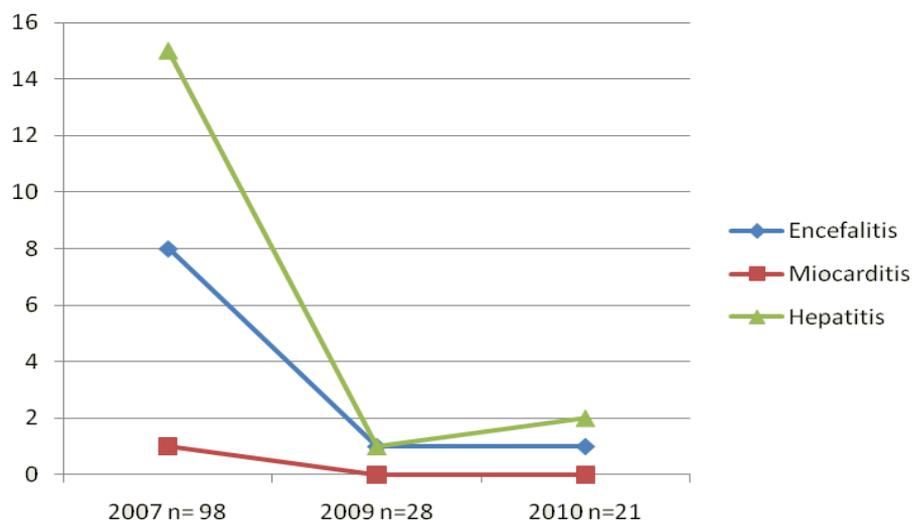
Al aplicar la clasificación sugerida por Denco a nuestra población de estudio, más casos severos hubieron en la epidemia 2007

(29/98, 30% vs 7/49, 14%, $p = 0,04$). Esta diferencia dependió de la presencia de complicaciones viscerales.

Tabla 3. Clasificación DENCO por Periodos

Clasificación	2007 n= 98	2009 n=28	2010 n=21
Leve	21 (21%)	10 (35%)	6 (29%)
Con Signos de alarma	48 (49%)	15 (54%)	11 (52%)
Severo	29 (30%)	3 (11 %)	4 (19 %)

Grafico 2. Complicaciones Viscerales en Pacientes con Dengue por Periodos



Discusión y Conclusión

Teniendo en cuenta que cerca del 90% de las infecciones por Dengue en el mundo ocurren en niños, el conocimiento del comportamiento clínico del virus en esta población resulta de vital importancia para comprender la fisiopatología del mismo y la severidad variable según serotipo y región.

El grupo mayormente afectado en la presente serie fue el de los pacientes mayores de 12 años, numerosos reportes sostienen diferencias clínicas en la severidad del cuadro en la enfermedad por Dengue según el serotipo involucrado (1). En la presente serie se constató mayor frecuencia de extravasación y hemoconcentración en infecciones por DENV-1 y DENV-2 ($p < 0,05$), fenómeno similar descrito en estudios latinoamericanos recientes en los que la presencia de extravasación se asoció a periodos de circulación de DENV-1 y la hemorragia interna y choque a periodos de circulación de DENV-2 (2)

La elevada frecuencia de complicaciones viscerales (hepatitis, encefalitis, miocarditis) (casi un tercio en pacientes hospitalizados) observada en la epidemia del 2007 en nuestro país demuestra claramente la asociación de complicaciones viscerales con el serotipo DENV-3, el cual fue el serotipo circulante en dicho periodo. Esta observación coincide con el reporte de Malavige et. al. (3) en Sri Lanka quienes también informaron la relación entre el DENV-3 y las complicaciones viscerales encontrando que más del 50 % de los mismos desarrollaron hepatitis y el 5,6 % encefalopatía.

La cuarta parte de los pacientes de la presente serie presentaron formas graves al ingreso. Sin embargo, la severidad varía en los diferentes periodos epidémicos. La mayor severidad de los casos hallada en la epidemia del 2007 puede igualmente explicarse en función a la circulación del DENV-3, situación

expuesta en investigaciones previas de Indonesia y Brasil (4, 5)

Referencias

1. Capeding R, Brion J, Caponpon M, Gibbons R et al. The Incidence, Characteristics, and Presentation of Dengue Virus Infections during Infancy. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 82(2), 2010, pp. 330–336.
2. Balmaseda Angel, Hammond Samantha N, Rocha Crisanta et al. Serotype-Specific Differences in Clinical Manifestations of Dengue. *Am J Trop. Med*, 74(3), 2006, pp. 449–456.
3. Malavige G, Ranatunga P, Velathanthiri V, et al. Patterns of disease in Sri Lankan dengue patients. *Arch Dis Child* 2006;91:396–400
4. Corwin AL, Larasati RP, Bangs MJ, Wuryadi S, Arjoso S, Sukri N, Listyaningsih E, Hartati S, Namursa R, Anwar Z, Chandra S, Loho B, Ahmad H, Campbell JR, Porter KR, 2001. Epidemic dengue transmission in southern Sumatra, Indonesia. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 95: 257
5. Pereira MN, Jabor LM, Reis MR, Guimaraes C, Menezes BP, Ortiz LI, Alexandre AJ, Medronho RA, 2004. Diferencas clínicas observadas em pacientes com dengue causadas por diferentes serotipos na epidemia de 2001/2002, ocurrida no municipio do Rio de Janeiro. *Rev Soc Brasil Med Trop* 37: 293–295

Solicitud de Sobretiros:

Prof. Dr. Antonio Arbo
Investigación y Docencia
Instituto de Medicina Tropical
Asunción, Paraguay
antonio.arbo@imt.edu.py

Artículo Original**Calidad de vida de
pacientes con
VIH/SIDA y atención
integral de enfermería**

*Mg. Sofía Achucarro
Departamento de Enfermería del Instituto de
Medicina Tropical.*

**Quality of life of patients with
HIV / AIDS and comprehensive
nursing care.**

Acquired immunodeficiency syndrome infectious disease characterized by a defect of cellular immunity, associated with serious infections and certain cancers, caused by the Acquired Immunodeficiency Virus. Quality of life is a subjective feeling of physical, psychological and social. The role of the nurse is "those acts of assistance to another individual healthy or sick in activities that contribute to their health, recovery, or a peaceful death. This research is quantitative, descriptive, observational, transversal cutting Was carried out in 50 patients with HIV / AIDS hospitalized at the Instituto de Medicina Tropical, Asunción, Paraguay, in the months from May to August 2008. The purpose is to determine the demographic, clinical identify, determine the quality characterize life and nursing care. For the data collection was a questionnaire prepared, personalized, in addition to the MOS-SF36. Among the key findings highlighted the male sex, origin Asunción, age 20-30 years, low socioeconomic economic and cultural. The signs and symptoms were nausea and vomiting, diarrhea, dysphagia and odynophagia, seizures, physical exhaustion, skin lesions, in opportunistic infections are: Wasting syndrome, anemia, Cryptococcus neoformans meningitis, diarrhea and dehydration. The quality of life scale energy, fatigue and mental health, cognitive function and emotional dimension of social interaction as a measurement reached very low. It showed a favorable rating compared to psycho needs, stigma and discrimination. Patients described as very good to excellent nursing care and medicals.

Resumen

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida enfermedad infectocontagiosa, caracterizada por un defecto de la inmunidad celular, asociada a series infecciones y determinadas neoplasias, causado por el virus de la Inmunodeficiencia Adquirida. Calidad de vida es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social.

La función de la enfermera consiste en "aquellos actos de ayuda, a otro individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, recuperación, o a una muerte tranquila.

Esta investigación es de tipo cuantitativa, descriptiva, observacional de corte transversal, se llevó a cabo en 50 pacientes con VIH/SIDA internados en el Instituto de Medicina Tropical, Asunción-Paraguay, en los meses de mayo a agosto de 2008. El propósito es conocer los datos socio-demográficos, identificar las manifestaciones clínicas, determinar la calidad de vida y caracterizar los cuidados de enfermería.

Para la recolección de los datos fue elaborado un cuestionario, además del MOS-SF36. Entre los hallazgos más importantes se destaca al sexo masculino, procedencia Asunción, edad de 20-30 años, bajo nivel socio económico y cultural.

Los Signos y síntomas fueron: náuseas y vómitos, diarrea, disfagia y odinofagia, convulsiones, agotamiento físico, lesiones cutáneas; en las enfermedades oportunistas se destacan: el Síndrome de Wasting, anemia, meningitis por Cryptococcus neoformans, diarrea y deshidratación. La calidad de vida: dimensión energía, fatiga y salud mental; dimensión emocional función cognitiva y calidad de interacción social alcanzaron una medición muy baja.

Se evidenció una valoración favorable respecto a las necesidades psicoafectivas, estigma y discriminación. Los pacientes califican de muy bueno a excelente los cuidados de enfermería y de los médicos.

Palabras claves: *Paciente, atención, enfermería.*

Introducción

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad infectocontagiosa, caracterizada por un defecto de la inmunidad celular, asociada a una serie de infecciones y determinadas neoplasias. El agente causal es el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH)

La ONUSIDA señala que el VIH ha infectado a más de 60 millones de personas

desde que se inició la epidemia. Diariamente se infectan a nivel mundial quince mil personas, la mitad de ellas jóvenes entre 15 y 34 años (1).

Los primeros casos reportados de Sida en Paraguay fueron: 1985 en hombres homosexuales; 1990 en mujeres; los casos en niños en 1993. Entre la fecha de los primeros casos de VIH/SIDA hasta octubre del 2009, en el sistema de vigilancia epidemiológica se tienen registrados 9438 infectados con VIH sin enfermedad marcador. Las personas fallecidas suman 1.567 (2). La tasa de incidencia anual de casos de SIDA fue de 5,38 por 100.000 habitantes para fines del 2008 (3).

Cada nuevo portador de VIH/SIDA necesitará implementar una serie de cambios en su estilo de vida, como consecuencia del nuevo estado de salud y del impacto social que significa tener un diagnóstico positivo, por ello, conocer la calidad de vida de los afectados constituye actualmente un aspecto fundamental en la atención integral de enfermería y en especial para aquellos que padecen el VIH/SIDA (4).

Para proporcionar cuidados individualizados es importante conocer los diferentes modelos teóricos que sustentan la práctica de enfermería como también saber la percepción de bienestar que tiene el individuo acerca a su propia salud física, psicológica y social, de manera que los cuidados de enfermería tengan una base en los modelos teóricos y los aspectos éticos; todo ello permitirá ofrecer una atención integral, completa, equitativa, respetuosa; sin que sean víctimas de la discriminación y estigmatización por parte del personal de salud (5).

El estudio pretende conocer la calidad de vida y caracterizar los cuidados integrales que proporciona el personal de enfermería a los pacientes internados en el Instituto de Medicina Tropical.

Objetivo

Determinar la calidad de vida y caracterizar los cuidados de enfermería de los pacientes de

ambos sexos de 20 a 60 años con VIH/SIDA hospitalizados en el Servicio de Infectología de Adultos del Instituto de Medicina Tropical entre los meses de mayo a agosto de 2008.

Determinar las características socio demográficas de los pacientes con VIH/SIDA internados en el Instituto de Medicina Tropical entre mayo a agosto del 2008.

Conocer el cuadro clínico general, las enfermedades oportunistas más frecuentes y el tiempo de diagnóstico de los pacientes con VIH/SIDA.

Conocer su calidad de vida en relación a: Percepción sobre su salud en general, calidad de interacción social, efecto emocional de la enfermedad, estigma y discriminación, apoyo psicoafectivo y económico.

Identificar los cuidados que ofrece el personal de enfermería.

Identificar la asistencia de los médicos en relación a sus necesidades médicas y psicológicas durante la hospitalización.

Materiales y métodos

Tipo de estudio: De carácter cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal.

Población: Todos los pacientes de ambos sexos entre 20 a 60 años con el diagnóstico VIH/SIDA internados en el Servicio de Infectología Adultos del Instituto de Medicina Tropical entre mayo y agosto del año 2008.

Muestreo: No probabilístico de casos consecutivos.

Resultados

Participaron en el estudio 50 pacientes con VIH/SIDA: El 60% proceden de Asunción, 64% corresponde al sexo masculino, 54% estado civil soltero, La edad de los sujetos osciló entre 20 a 30 años 44% (Tabla 1).

Tabla 1. Características Socio-demográficas de los pacientes con SIDA

Características Demográficas	N	%
Procedencia		
Asunción	30	60
Interior	20	40
Sexo		
Masculino	32	64
Femenino	18	36
Estado civil		
Soltero/a	27	54
Casado/a	15	30
Concubinato	5	10
Viudo/a	3	6
Edad		
20 – 30 años	22	44
31 – 40 años	19	38
41 – 50 años	6	12
Más de 50 años	3	6

En cuanto al estrato socioeconómico y cultural el 38% de los encuestados ganan menor que el salario mínimo. Por otro lado en cuanto a la variable ocupación, se evidenció que un mayor grupo de personas realizaban alguna actividad laboral 66%, seguido de un 60% que son jornaleros. Respecto al grado de escolaridad se encontró que la mayoría de los sujetos 56% tenían un nivel académico comprendido entre primaria completa y secundaria incompleta. Un 56% profesan la religión católica y 40% evangélica. (Tabla 2).

Tabla 2. Características Socio Económico y Cultural de los pacientes con VIH/SIDA

Características	N	%
Ingreso económico		
Menor al mínimo	22	44
Salario mínimo	9	18
Superior al mínimo	3	6
Ninguno	16	32
Fuente de ingreso		
Trabajos ocasionales	33	66
Comercio	8	16
Jubilación	1	2
Ninguno	8	16

Ocupación			entre el rango de 1 a 30 días 78%, seguido de un mes a 3 años 16%. (Tabla 3).																											
Jornalero	30	60	<p>Tabla 3. Factores de Riesgo y Tiempo de Diagnóstico de los pacientes con VIH/SIDA</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Factores de Riesgo</th> <th>N</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Heterosexual</td> <td>39</td> <td>78</td> </tr> <tr> <td>Homosexual</td> <td>8</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>Adicto a drogas</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Trabajador del sexo</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <th colspan="3">Tiempo de diagnóstico</th> </tr> <tr> <td>De 1 a 30 días</td> <td>39</td> <td>78</td> </tr> <tr> <td>De 1 mes a 3 años</td> <td>8</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>Más de 3 años</td> <td>4</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table> <p>Los signos y síntomas más predominantes que manifestaron los encuestados fueron: 44% náuseas y vómitos, 22% dificultad para comer y tragar, 20% mareos y visión borrosa, 16% lesiones en piel y mucosa, 16% decaimiento general, 16% pérdida de peso, 14% cefalea, 10% dificultad para respirar, 8% agotamiento físico, 8% tos seca y/o productiva, 8% hemorragias, 6% fiebre y 4% diarrea y deshidratación. (Tabla 4).</p>	Factores de Riesgo	N	%	Heterosexual	39	78	Homosexual	8	16	Adicto a drogas	2	4	Trabajador del sexo	1	2	Tiempo de diagnóstico			De 1 a 30 días	39	78	De 1 mes a 3 años	8	16	Más de 3 años	4	8
Factores de Riesgo	N	%																												
Heterosexual	39	78																												
Homosexual	8	16																												
Adicto a drogas	2	4																												
Trabajador del sexo	1	2																												
Tiempo de diagnóstico																														
De 1 a 30 días	39	78																												
De 1 mes a 3 años	8	16																												
Más de 3 años	4	8																												
Ama de casa	16	32																												
Empleado público	2	4																												
Empleado privado	2	4																												
Nivel de instrucción																														
Secundaria incompleta	19	38																												
Primaria completa	10	20																												
Primaria incompleta	10	20																												
Secundaria completa	10	20																												
Universitaria completa	1	2																												
Religión																														
Católica	28	56																												
Evangélica	20	40																												
Otros	2	4																												
Transporte																														
Ómnibus	28	56																												
Vehículo particular	13	26																												
Ambulancia	7	14																												
Taxi	2	4																												

El 78% de los encuestados afirman ser heterosexuales, 16% homosexuales, 4% adictos a drogas. Respecto al tiempo de diagnóstico se visualiza que el porcentaje más alto se encuentra

Tabla 4. Manifestaciones Clínicas Generales que fueron más acentuadas en las últimas cuatro semanas en los encuestados. Instituto de Medicina Tropical. Asunción, 2008

Signos y síntomas	Nada n (%)	Poco n (%)	Regular n (%)	Mucho n (%)	Muchísimo n (%)
Náuseas, vómitos	3 (6)	3 (6)	5 (10)	17 (34)	22 (44)
Pérdida de peso	4 (8)	20 (40)	13 (26)	8 (16)	5 (10)
Agotamiento físico	3 (6)	17 (34)	14 (28)	12 (24)	4 (8)
Fiebre	8 (16)	17 (34)	17 (34)	5 (10)	3 (6)
Decaimiento general	4 (8)	15 (30)	17 (34)	6 (12)	8 (16)
Diarrea y Deshidratac.	15 (30)	15 (30)	7 (14)	11(22)	2 (4)
Mareos, visión borrosa	10 (20)	15 (30)	10 (20)	10 (20)	5 (10)
Dificultad (comer, tragar)	40 (80)	13 (26)	16 (31)	20 (40)	11 (22)
Tos (seca, productiva)	27 (54)	11 (22)	10 (20)	3 (6)	4 (8)
Cefalea	15 (30)	10 (20)	16 (32)	2 (4)	7 (14)
Hemorragias	37 (74)	10 (20)	5 (10)	3 (6)	4 (8)
Lesiones (piel, mucosa)	30 (60)	7 (14)	11 (22)	17 (34)	8 (16)
Dificultad para respirar	25 (50)	5 (10)	9 (18)	6 (12)	5 (10)
Debilidad de miembros	27 (54)	4 (8)	8 (16)	6 (12)	5 (10)
Convulsiones	26 (52)	4 (8)	20 (40)	14 (28)	9 (8)

Entre las enfermedades oportunistas de los encuestados se destacan: En el 60% síndrome de Wasting; 50% anemia; 50% diarrea y deshidratación, 41% neumonías, 20 % tuberculosis pulmonar y ganglionar, 20 % toxoplasmosis cerebral, 20 % síndrome febril prolongado, 10% histoplasmosis, 6% sarcoma de Kaposi, 6 % citomegalovirus 4 % meningitis bacilar y (4 %) Infecciones urinarias. (Tabla 5).

El 35% de los encuestados afirmaron que siempre se sintieron agotados en las últimas cuatros semanas, calmados 26%, angustiados 20%. El 43% de los ptes, solo alguna vez se sintieron tristes, 31% desanimados y nerviosos, y el 62% de los pacientes mencionaron que nunca tuvieron ganas de suicidarse. (Tabla 6).

Tabla 5. Enfermedades oportunistas que padecen los pacientes con VIH/SIDA

Enfermedad oportunista	Nº	%
Síndrome de Wasting	30	60
Anemia	25	50
Meningitis por <i>Cryptococcus neoformans</i>	25	50
Diarrea y deshidratación	21	41
Neumonías	21	41
Tuberculosis (pulmonar y ganglionar)	20	40
Toxoplasmosis cerebral	10	20
Síndrome febril prolongado	10	20
Histoplasmosis	5	10
Sarcoma de Kaposi	3	6
Citomegalovirus	3	6
Micosis	3	6
Meningitis bacilar	2	4
Infecciones urinarias	2	4

Tabla 6. Medición de la dimensión *Energía /Fatiga/ Salud Mental* de los pacientes con VIH/SIDA.

Energía /Fatiga/ Salud Mental Se ha sentido?:	Siempre	Casi Siempre	Muchas veces	Alguna vez	Nunca
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Agotado	18 (35)	5 (10)	13 (26)	13 (26)	1 (2)
Calmado	13 (26)	15 (30)	12 (24)	9 (18)	1 (2)
Angustiado	10 (20)	12 (24)	8 (16)	15 (29)	5 (10)
Lleno de vitalidad	9 (18)	11 (22)	12 (24)	16 (31)	2 (4)
Triste	5 (10)	6 (12)	11 (22)	22 (43)	6 (12)
Tan bajo de moral que nada podía animarle	4 (8)	6 (12)	19 (37)	7 (14)	14 (28)
Muy nervioso	2 (4)	8 (16)	22 (43)	16 (31)	2 (4)
Desanimado	1 (2)	9 (16)	14 (27)	16 (31)	10 (20)
Ganas de suicidarse	1 (2)	3 (6)	15 (30)	15 (30)	31 (62)

El 34%, de los afectados afirman que la situación de ser portador interfiere demasiado en su vida, 28 de los pacientes afirmaron que ser

portador de VIH/SIDA le ocupa demasiado tiempo, y 28% sintieron como una carga para la familia. (Tabla 7).

Tabla 7. Dimensión emocional de los pacientes con VIH/SIDA

Dimensión Emocional Su enfermedad interfiere?:	Totalmente cierta	Bastante cierta	No sabe	Bastante falsa	Totalmente Falsa
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Demasiado en su vida.	17 (34)	6 (19)	6 (12)	11 (22)	10 (20)
Le ocupa demasiado tiempo.	14 (28)	14 (28)	-	10 (20)	9 (18)
Se siente una carga para la familia.	14 (28)	12 (23)	2 (4)	12 (24)	10 (20)

El 28% de los encuestados afirmaron que en las últimas 4 semanas siempre tuvieron dificultades para concentrarse, 20% se sintieron solos en los últimos días, 16% estuvieron irritable con los que le rodeaba y se aislaron de la gente 14% de los encuestados (Tabla 8).

El 86% de los encuestados afirmaron que desde el inicio del tratamiento no fueron víctima

de ningún maltrato psicológico, 74% agresiones físicas, 72% de los ptes no tuvieron descuidos en la alimentación ni fueron rechazados en el barrio, 60% de los encuestados no han dejado el estudio por la enfermedad, y el 48% de los ptes afirmaron no haber dejado el trabajo solo por padecer el VIH/SIDA. (Tabla 9).

Tabla 8. Función cognitiva y calidad de interacción social de los pacientes con VIH/SIDA.

Calidad de Interacción Social	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
	n %	n %	n %	n %	n %	n %
Tiene dificultades para concentrarse?	14 (28)	6 (12)	8 (16)	4 (8)	8 (16)	10 (20)
Se sintió solo en los últimos días?	10 (20)	2 (4)	13 (26)	9 (18)	9 (18)	7 (14)
Estuvo irritable con los que le rodeaban?	8 (16)	5 (10)	8 (16)	9 (18)	5 (10)	15 (30)
Se aisló de la gente que lo rodeaba?	7 (14)	5 (10)	8 (16)	7 (14)	5 (10)	18 (35)

Tabla 9. Estigma y Discriminación: Entorno Social de los pacientes con VIH/SIDA

Apoyo y discriminación: Entorno Social	Nunca	Siempre	Casi Siempre	Muchas veces	Solo alguna vez
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Maltrato psicológico.	42 (86)	6 (12)	1 (2)	-	1 (2)
Agresión física.	37 (74)	5 (10)	4 (8)	3 (6)	1 (2)
Descuidos en la alimentación.	36 (72)	6 (12)	1 (2)	1 (2)	6 (12)
Te sientes rechazado en tu barrio.	36 (72)	7 (14)	-	-	7 (14)
Dejó el estudio por la enfermedad.	30 (60)	7 (14)	1 (2)	4 (8)	8 (16)
Dejó el trabajo por la enfermedad.	23 (48)	16 (32)	1 (2)	2 (4)	7 (14)
Tus amigos saben tu diagnóstico.	13 (26)	29 (58)	1 (2)	10 (20)	-
Te sientes mal por ser portador.	11 (22)	22 (44)	2 (4)	8 (16)	7 (14)

A partir del diagnóstico, el 88% de los ptes con VIH/SIDA afirmaron que sus familiares les aceptaron con la enfermedad, el 76% revelaron que sus familiares les tratan bien; aunque también se observa otro grupo importante 22% que sus familiares mantienen cierta indiferencia, el 32% afirmaron que sus familiares tienen miedo al contagio, 14%, se sintieron rechazados, y 8% de los ptes fueron tratados con agresividad (Tabla 10).

Con relación a las necesidades psicoafectivas el 86% de los encuestados afirmaron que preferentemente sus familiares le apoyaron en lo afectivo, 80% de los encuestados revelaron que sus familiares lo dan de seguridad, 70% lo acompañan espiritualmente, 68% lo asisten en la alimentación y 56% lo apoyan en lo económico. (Tabla 11).

Tabla 10. Apoyo y/o Discriminación: Entorno Familiar de los pacientes con VIH/SIDA

Trato de los familiares	SI n (%)	NO n (%)
Aceptación.	44 (88)	6 (12)
Buen trato	38 (76)	12 (24)
Miedo al contagio.	16 (32)	34 (68)
Indiferencia.	11 (22)	39 (78)
Rechazo.	7 (14)	43 (86)
Agresividad.	4 (8)	46 (92)

Tabla 11. Necesidades Psicoafectivas: Apoyo Familiar de los pacientes con VIH/SIDA

Apoyo Familiar	Siempre n (%)	Casi Siempre n (%)	Muchas Veces n (%)	Algunas veces n (%)	Alguna vez n (%)	Nunca n (%)
Afectivo	43 (86)	4 (8)	-	2 (4)	2 (4)	-
Seguridad	40 (80)	6 (12)	-	1 (2)	1 (2)	2 (4)
Espiritual	35 (70)	7 (14)	4 (8)	2 (4)	1 (2)	1 (2)
En la alimentación	34 (68)	5 (10)	1 (2)	5 (10)	2 (4)	2 (4)
Emocional	34 (68)	6 (12)	3 (6)	5 (10)	-	2 (4)
Compañía	29 (58)	3 (6)	3 (6)	8 (16)	3 (6)	3 (6)
Económico	28 (56)	11 (22)	1 (2)	6 (12)	3 (6)	1 (2)

Con relación al acompañamiento de los familiares durante el tiempo de internación en el hospital los encuestados afirmaron que: el 86%, estuvieron acompañados por algunos de los familiares, 52% por el hermano/a, 36% por su pareja, 31% por amigos, 30% por su madre, 20% por su padre, 14% por sus vecinos y 8% por sus hijos. (Tabla 12).

Los encuestados afirman que la enfermera siempre se dirige con respeto 92%, administra los medicamentos a horario 88%, mantiene en secreto su diagnóstico 86%, practica la igualdad, 78%, respeta sus decisiones 74%, hace siempre el bien y el mal menor 70%, proporciona aseo y confort 68%, precisión en las venopunciones 56%, le anima a ser independiente progresivamente 54%, le apoya para hacer frente a su enfermedad 52%, la dieta satisface sus requerimientos diarios 42%. En ningún caso le trataron en forma discriminativa

68%, ni tampoco le demostraron indiferencia 64%. (Tabla 13).

Tabla 12. Necesidades Psicoafectivas: Acompañamiento durante el tiempo de internación de los pacientes con VIH/SIDA

Necesidades Psicoafectivas *	SI n (%)	NO n (%)
Algunos de los familiares	43 (86)	7 (14)
Hermano/a	26 (52)	24 (48)
Pareja	18 (36)	32 (64)
Amigos	16 (32)	34 (68)
Mamá	15 (30)	35 (70)
Papá	10 (20)	40 (80)
Vecinos	7 (14)	43 (86)
Nadie	4 (8)	46 (92)
Hijos	4 (8)	46 (92)

Tabla 13. Cuidados de Enfermería a los pacientes con VIH/SIDA

Durante los cuidados la enfermera:	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Nunca
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Respeto sus decisiones.	37 (74)	2 (4)	7(14)	3 (6)	1 (2)
Mantiene en secreto tu diagnóstico.	43 (86)	4 (10)	1 (2)	1 (2)	1 (2)
Hace siempre el bien y el mal menor.	35 (70)	11 (22)	3 (6)	1 (2)	1 (2)
Demuestra indiferencia.	11 (22)	3 (6)	1 (2)	3 (6)	32 (64)
Tiene trato discriminativo.	5 (10)	6 (12)	4 (8)	4 (8)	34 (68)
Saluda por su nombre.	37 (74)	2 (4)	4 (8)	5 (10)	1 (2)
Practica la igualdad.	39 (78)	6 (12)	5 (10)	-	-
Es amable y cordial.	38 (76)	4 (8)	4 (8)	-	-
Se dirige con respeto.	46 (92)	2 (4)	2 (4)	-	-
Demuestra seguridad.	42 (84)	3 (6)	3 (6)	-	1 (2)
Cuida su intimidad.	42 (84)	3 (6)	1 (2)	4 (8)	0
Le apoya a enfrentar su enfermedad	26 (52)	7 (14)	3 (6)	9 (18)	5 (10)
Le anima a ser independiente.	27 (54)	11 (22)	1 (2)	8 (16)	3 (6)
Proporciona aseo y confort.	34 (68)	8 (16)	2 (4)	5 (10)	-
Ayuda en los estudios diagnósticos.	43 (86)	3 (6)	1 (2)	3 (6)	-
Precisión en las venopunciones.	28 (56)	14 (27)	5 (10)	5 (10)	1 (2)
Repone soluciones parenterales.	35 (70)	6 (12)	5 (10)	5 (10)	-
Administra medicamentos a horario.	44 (88)	1 (2)	1 (2)	2 (4)	1 (2)
La dieta que recibe te satisface?	21 (42)	3 (6)	2 (4)	9 (18)	15 (30)

Los encuestados afirman que el médico siempre explica el diagnóstico 34 (67%), les trata bien 67%, les explica las indicaciones médicas 61%, se sienten utilizado como medio de aprendizaje 32%, les informa medidas de

prevención de otras enfermedades oportunistas 16 (31%), Otro grupo importante del los ptes con VIH/SIDA revelaron en un 12% que se sienten incómodos durante la recorrida médica. (Tabla 14).

Tabla 14. Percepción de los pacientes sobre la Atención del Médico

Atención del médico	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Nunca
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
El médico le explica su diagnóstico.	34 (67)	8 (16)	1 (2)	3 (6)	4 (8)
Le trata bien	34 (67)	8 (16)	1 (2)	3 (6)	4 (8)
Le explica las indicaciones médicas	31 (61)	5 (10)	-	3 (6)	11 (22)
Se siente utilizado como medio de aprendizaje.	18 (36)	7 (14)	5 (10)	9 (18)	11 (22)
Le informa medidas de prevención de otras enfermedades oportunistas.	16 (32)	7 (14)	8 (16)	8 (15)	14 (27)
Te sientes incómodo durante las recorridas médicas.	6 (12)	10 (20)	7 (14)	10 (20)	17 (33)

Los encuestados afirman tener un grado de satisfacción excelente 31%, muy bueno 60%,

regular 4 (8%), y ninguno percibió la atención de enfermería como muy mal (Tabla 15).

Tabla 15. Grado de satisfacción de los pacientes con VIH/SIDA

Grado de satisfacción	n	%
Excelente	16	(32)
Muy bueno	30	(60)
Regular	4	(8)
Muy malo	-	
Malo	-	

Discusión

En el presente estudio se trabajó con una muestra de 50 pacientes, mayoritariamente adultos jóvenes de ambos sexo con diagnóstico de VIH/SIDA internados en el Instituto de Medicina Tropical de la ciudad de Asunción, Paraguay. Se administraron preguntas del Cuestionario MOS-SF-30 (6) y otros elaborado por la autora. De acuerdo a los resultados obtenidos se evidencia

Existe mayor predominio de hombres 32 (63%), adultos jóvenes 20 a 30 años 22 (44%) infectados con bajo nivel socio económico y cultural en donde la heterosexualidad ocupa el 39 (78%) para la transmisión de la infección.

Así también, Restrepo M. et al 2005, Medellín, Colombia en su estudio de características socio demográficas hallaron una prevalencia de sexo masculino entre las edades de 21 a 40 años, solteros y la principal vía de transmisión fue la homosexual (7). Resultados similares han sido presentados por Sandoval, M. et al 2005 (8), Colombia, en donde el sexo masculino representa más de las 2/3 partes del total de pacientes estudiados. Haciendo una comparación con los datos encontrados en esta investigación, coincide con el género masculino y la edad, sin embargo difiere en la vía de transmisión, esto podría deberse a que los varones se exponen más a conductas sexuales de riesgo en mayor porcentaje que las mujeres, pero de igual manera incide en forma directa en la propagación de la enfermedad.

La epidemia del VIH/SIDA también se asocia con desigualdades de clase social debida

a que la prevalencia del VIH y la incidencia del SIDA son mayores en áreas donde la población pertenece a estratos socioeconómicos inferiores. En referencias bibliográficas se describe que la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana origina una amplia gama de manifestaciones clínicas, que van desde el estado de portador asintomático hasta procesos debilitantes y fatales, relacionados con defectos de la inmunidad mediada por células. Las manifestaciones gastrointestinales se describen en la literatura con una frecuencia de aparición hasta en el 80% de los pacientes; los signos y síntomas más predominantes hallados en esta investigación fueron las náuseas y vómitos (44%), dificultad para comer y tragar (22%), lesiones cutáneas (16%), convulsiones (28%), agotamiento físico (24%), diarrea y deshidratación (22%) entre otros signos, síntomas.

En estudios similares realizado por Sandoval, M. et al 2005 (8) en la ciudad de Venezuela, han resaltado la fiebre y pérdida de peso como los síntomas más frecuentes; el tubo digestivo y sistema nervioso central fueron los órganos más afectados.

Estas manifestaciones clínicas se relacionan con lo descrito por diferentes autores al considerar que las manifestaciones iniciales de la infección por el VIH en el 50% de los individuos recientemente infectados consisten en fiebre, sudoración, malestar general, mialgias y anorexia.

La infección por VIH/SIDA, representa indudablemente un problema de salud pública, por lo que el estado debe diseñar e implementar políticas que garanticen el derecho a la salud y en consecuencia, el derecho a la vida de todas las personas que actualmente viven con VIH/SIDA.

Las infecciones oportunistas son causas importante de morbilidad y mortalidad en pacientes con infecciones por el VIH/SIDA estas comprometen principalmente a aquellos pacientes con recuentos de linfocitos TCD4 < 200 células/ μ L. Si bien pueden afectar cualquier

órgano, el sistema nervioso central, el aparato respiratorio, el aparato digestivo y la piel son los involucrados con mayor frecuencia por este tipo de complicaciones (9).

En esta publicación se observa que las enfermedades oportunistas predominantes son el Síndrome de Wasting, anemia severa, meningitis por *Cryptococcus neoformans*, diarrea crónica y deshidratación entre otros. En el trabajo realizado por Taboada, A. et al 2008 (10), las enfermedades oportunistas más frecuentes fueron: diarrea crónica tuberculosis pulmonar y extra pulmonar las de mayor predominio coincidiendo con la literatura en lo que hace referencia al sistema digestivo, sin embargo en el presente estudio se identificaron los problemas neurológicos más frecuentes.

Cuando se comparan los resultados del intervalo de tiempo entre el Dx. de infección por VIH y la aparición de la enfermedad marcador de SIDA con el trabajo Taboada, (10), el fue < 1 mes en 51,3% de los ptes, estudiados > 1 año 22,4%. En nuestro estudio observamos que el intervalo de diagnóstico y la aparición de las enfermedades oportunistas fue detectado tardíamente, esto podría estar asociado a diversos elementos del proceso de atención de la salud tales como, las dificultades de acceso a la atención médica, la dificultad en la continuidad de los tratamientos médicos, también los factores socioculturales y económicos que inciden en forma directa sobre el individuo, el sistema inmune y también en la calidad de vida de los afectados.

En el área de la salud, para alcanzar una mejor calidad de vida se debe tener un diagnóstico oportuno, tratamiento eficaz, apoyo físico, emocional, psicológico, social y sobre todo el poder recibir ayuda en momentos de desamparo (11)

Contrastando con la literatura, Max- Neef, 1988, (12) sostiene que la calidad de vida depende de las posibilidades que tiene las personas para satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales. Para Cisneros, et. al, 2000 (13), la calidad de vida es

entendida como el grado de satisfacción de las necesidades humanas objetivas y subjetivas, individuales y sociales en función de la cultura y del entorno natural de una sociedad en particular. Contrastando los aportes científicos y los hallazgos en relación a la percepción sobre su salud general, los encuestados alcanzaron una medición 35%, dimensión emocional 34%, función cognitiva y calidad de interacción social 27%. Se evidenció una valoración favorable respecto a las necesidades psicoafectivas (86%), Estigma y discriminación (82%).

Comparando nuestros resultados con los de M. A. García Ordóñez, et, al (14) hallaron que los pacientes en fases avanzadas de la enfermedad con VIH-SIDA presentaron puntuaciones significativamente inferiores en todas las dimensiones salvo en salud mental. Treinta y siete (14,2%) pacientes tuvieron nuevos eventos diagnósticos de SIDA y 21 (8,1%) fallecieron. Las puntuaciones en las dimensiones de SF-36 (15) función física y dolor corporal fueron factores predictivos de progresión y mortalidad de la enfermedad.

Vinaccia Alpi, Stefano et al (6) realizaron otro estudio con el fin de evaluar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social funcional en 50 pacientes de ambos géneros con diagnóstico de VIH/SIDA de la ciudad de Medellín, Colombia (16). Los resultados evidenciaron una calidad de vida favorable en todas las subescalas del MOS-SF-30 (6) con excepción de la subescala de Malestar respecto a la salud. Por otro lado se encontraron niveles altos de apoyo social (6), esto va relacionado con los hallazgos en la investigación realizada.

Mejorar la calidad de vida social como señala un informe de las Naciones Unidas (11), tiene un valor intrínseco en tanto es el proceso en el cual las personas toman conciencia de sí mismas, determinan el orden en que desean convivir y buscan autorrealización individual. Según Martín Cano Pérez de Ayala y cols, 2002, (17) la depresión repercute de manera importante en la calidad de vida y por otra parte, que los pacientes deprimidos pueden presentar

una percepción distorsionada de las mejoras en la salud. No obstante según Burgoyne y Saunders 2001 (18), Teva Bermúdez y Buela Casal 2004 (17), hallaron que los pacientes que se encontraban en el periodo asintomático de la infección tuvieron una mejor calidad de vida relacionada a la salud, que quienes estaban en el periodo sintomático o que habían progresado a la fase de SIDA.

En el norte de Tailandia, Ichikawa y Natpratan, 2006 (19) se llevaron a cabo otro estudio para evaluar el impacto de la calidad de vida en 200 pacientes infectados con el VIH/SIDA, concluyeron que el apoyo social, especialmente la aceptación de la comunidad, es una variable moduladora en las dimensiones de calidad de vida asociadas a la salud mental, independientemente de la fase de desarrollo de la enfermedad, siendo más significativo en mujeres por el rol que desempeñan en la tradición familiar tailandesa.

Considero que el estudio de la calidad de vida relacionada a la salud es un aspecto que está recibiendo gran interés en el caso de las enfermedades causadas por el VIH/SIDA. Es importante profundizar más en el estudio de las relaciones entre calidad de vida y algunos factores emocionales como la ansiedad y la depresión, funcionamiento cognitivo y calidad de interacción social y la importancia del rol del profesional de enfermería en este largo proceso de enfermedad, puesto que el diagnóstico del VIH/SIDA afecta de manera considerable en lo afectivo y otras esferas del ser humano.

Promover una buena calidad de vida de los pacientes que padecen el VIH/SIDA a lo largo de todo el periodo evolutivo de la infección es tarea de todos.

El VIH/SIDA se ha convertido en la última pandemia del Siglo XX y los profesionales de enfermería desempeñan un papel, no sólo por la atención que pueden prestar a las personas afectadas, sino también por la trascendencia que la opinión y la actitud de estos profesionales tienen a la hora de dar información para reducir las conductas de riesgo y evitar cualquier tipo

de marginación de personas seropositivas y de enfermos de SIDA. Es por ello, como dice Fereres citando a Becker, que *“la sociedad está muy pendiente de la actitud de los sanitarios en relación con los enfermos de SIDA”* (20).

De acuerdo con los hallazgos de la investigación en el Instituto de Medicina Tropical, Asunción Paraguay, se evidenciaron que el personal de enfermería proporciona cuidados teniendo en cuenta los principios éticos.

Los sujetos revelaron que la enfermera nunca le trató en forma discriminatoria (68%), ni tampoco le demostraron indiferencia 32 (64%), satisface las necesidades fisiológicas 34 (68%), trabaja con destreza y seguridad 42 (84) demostrando una actitud positiva hacia los afectados.

En ese sentido en el 2004 se realizó un estudio para valorar los conocimientos, actitudes y práctica en personal de salud del Hospital Alemán Nicaraguense el cual reveló una actitud positiva en médicos residentes y especialistas y actitud negativa en médicos internos (21).

De igual forma en Barcelona en otro estudio realizado por Tomas Sábado, Joaquín y cols (21) a estudiantes de enfermería, durante el primer trimestre del 2002-03, se reportó actitudes prejuiciosas y negativas ante el SIDA. En España en el Hospital de Huelva, (21) se estudió la actitud y los conocimientos del personal de enfermería sobre el paciente VIH/SIDA en el periodo 2001- 2002; en donde se evidenció además de un gran miedo al contagio, deficiencias en cuanto a ciertos conocimientos específicos respecto a la infección.

Esta actitud negativa hacia los enfermos, no está únicamente fundada en lo virulento de la enfermedad, sino que gran parte de este problema viene dado por la forma de contagio. Como sabemos, hasta el momento los más castigados han sido los usuarios de drogas por vía venosa, homosexuales y prostitutas.

En Nicaragua Sequeira Peña *et al*, (21) en el 2003, realizaron una encuesta en Managua a los trabajadores de la salud para valorar sus conocimientos, encontrándose que 41% de las enfermeras tienen grandes brechas sobre el VIH/SIDA.

Ángeles Merino Godoy, 2004 (22) realizó otro estudio con relación a la percepción por parte del paciente toxicómanos con VIH/SIDA respecto a la actitud del personal de enfermería, comentan que los tiempos han cambiado y no notan ninguna actitud diferente hacia ellos, sólo cuando “se encuentran en peor estado”, refiriéndose a la dependencia de las drogas.

Por otro lado llama la atención que las enfermeras del IMT dan poco valor y tienen una actitud poco afectiva con relación al área emocional, asisten en pocas oportunidades, para apoyarles y hacer frente a su enfermedad 26 (51%), de manera a motivarlo 27 (53%) y autocuidarse, la misma no concuerda con la literatura donde menciona que el profesional de enfermería que participa en la atención al enfermo con SIDA tiene como responsabilidad ayudarlo en la satisfacción de sus necesidades humanas, especialmente en las necesidades emocionales y espirituales, con la finalidad de darle sentido y significado a sus sentimientos, emociones, a su fe, esperanza, creencias e inquietudes.

En similares estudios realizados con la participación del profesional de enfermería en la satisfacción de las necesidades emocionales en enfermos con VIH/SIDA, hospitalizado en la Unidad de Clínica de Medicina del Hospital Central de Maracay, Venezuela (23), se evidenciaron que las necesidades espirituales y emocionales no son satisfechas de manera sistemática en un 87.5%, igualmente un alto índice 60% no identifica, jerarquizan, planifican ni mucho menos ejecutan acciones necesarias para su equilibrio emocional y espiritual. Se limitan únicamente a cumplir tratamiento médico, dejando a un lado la parte emocional y espiritual del paciente (23). El hallazgo es bien similar al estudio realizado a los pacientes con VIH/SIDA internados en el Instituto de Medicina Tropical.

Las enfermeras deben interactuar con los pacientes en los hospitales, escuchar y percibir sus sentimientos; obtener información sistemática sobre los eventos pasados, signos y síntomas actuales siendo éstas de fundamental importancia para poder fijar objetivos y tomar decisiones acerca de los medios que se usarán para eliminar las molestias y así resolver los problemas.

Por todo ello, es importante que la Enfermería identifique la necesidad de hacer una reflexión crítica sobre el cuidado y su responsabilidad en la calidad de vida de las personas. Debe dejar en el pasado los espacios tradicionales de la práctica, transformarla y también hacer a un lado las actividades rutinarias de cuidado médico delegado y la excesiva carga administrativa. Debe integrar una nueva estructura del sistema de salud que favorezca la práctica de enfermería hacia el cuidado y que la enfermería se transforme y de muestras con un quehacer profesional y humanizado del importante papel que desempeña en el ámbito de la salud.

Por ello es importante aplicar el proceso de atención de enfermería basados en modelos de atención que optimice la atención de enfermería y que redunde en forma eficaz en su calidad de vida.

Como puede observarse la atención de enfermería del hospital en estudio, el enfoque de cuidado es exclusivamente asistencialista y no de proyección hacia el autocuidado y menos aún de enseñanza, esto podría deberse a la ausencia de la aplicación de modelos de atención de enfermería, como también a las políticas del sistema de atención que se proporciona en los servicios de salud y sobre todo en las áreas de internación.

La satisfacción del usuario depende de la resolución de sus problemas, del resultado del cuidado según sus expectativas, del trato personal que recibió, y del grado de oportunidad y amabilidad con el cual el servicio fue brindado. El usuario de las instituciones de salud, se enfrenta en general, a un medio desco-

nocido y a situaciones en las que no desearía estar, por ello, todos los factores que podrían contribuir a proporcionar una óptima atención de salud, deben ser considerados con el fin de facilitar la adecuada adaptación al entorno hospitalario (9)

De acuerdo al estudio realizado en el IMT con relación al grado de satisfacción de los pacientes, 31% revelan una calificación de excelente, 60% muy bueno, 8% regular y ninguno percibió la atención de enfermería como muy mala; comparando con otro estudio realizado por Ltza N. Cabarcas, Colombia Cartajena (24) revela que el Ochenta y cinco por ciento de los encuestados manifestaron que la satisfacción con la atención era buena, mientras que 15% la encontró regular. Se encontró también que los usuarios mantienen altos grados de satisfacción con la atención de enfermería, manifiestan agradecimiento y complacencia con el trato recibido durante su estancia hospitalaria, que se refleja en forma importante en la evaluación de la calidad.

Otro estudio realizado Olivera, Ángel Luis, Escalona, Aldana et. al. (25) en el Centro de Salud Integral "Dr. Salvador Allende", 2008 Distrito Capital, República Bolivariana de Venezuela Misión Barrio Adentro, los pacientes mayores de 60 años en un (91,9%) expresaron mayor satisfacción. Aquellos que tenían un nivel superior de escolaridad percibieron menos satisfacción (25).

Los centros hospitalarios requieren cobrar protagonismo en la calidad, ya que su atención va dirigida a mantener el bienestar físico, mental y social del ser humano. Dicha atención debe ser proporcionada por el personal de enfermería quien establece mayor contacto con el paciente ante la realización de procedimientos y procesos que se ven reflejados en la evaluación de resultados.

En relación la atención por el médico en el IMT, los encuestados afirman que el médico siempre explica el diagnóstico 34 (68%), les hace sentir como persona 34 (68%), les describe los medicamentos indicados 31 (62%), se

sienten utilizado como medio de aprendizaje 18 (36%), les informa medidas de prevención de otras enfermedades oportunistas 16 (32%), aunque algunos se sienten incómodos en su recorrida 6 (12%).

En este contexto, estudios realizados por Herrera, C.; Campero, L.; Caballero, et.al 2008 (25), en referencia a la Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida, han determinado los siguientes resultados que los principales problemas durante la búsqueda de atención se relacionaron con la falta de conciencia de riesgo y de información entre las personas viviendo con VIH/Sida y los médicos. Los médicos mostraron falta de capacitación en VIH/Sida. En la etapa de continuidad de la atención (25)

Superar las barreras para una buena comunicación entre médicos y pacientes es uno de los aspectos importantes, aunque no el único, para asegurar resultados óptimos en los tratamientos y mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con VIH/SIDA. Como ya se ha señalado, quizás sea más fundamental la necesidad de superar el estigma y la discriminación de que estas personas son objeto. Pero esto, también interfiere en la relación médico-paciente, produciendo en éste inhibición y falta de motivación para sostener un tratamiento que comprende con dificultad o ve como de dudosa eficacia.

El llamado a los médicos a considerar los derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA muchas veces no toma en cuenta la realidad de que ellos forman parte, primero de una sociedad carente de conciencia plena de derechos, y segundo, de un gremio acostumbrado a ver patologías en vez de sujetos.

Conclusión

Predomina en la muestra un grupo de pacientes con sexo masculino, fase etárea relativamente joven, escolaridad secundaria incompleta, religión católica y con bajo nivel socio económico y cultural.

Los participantes afirman padecer diferentes signos y síntomas que comprometen su estado inmunológico, el cual impacta en forma negativa en sus vivencias cotidianas. Con relación a la calidad de vida relacionada a la salud, se evidenció que los pacientes percibieron malestar respecto a su salud y tuvieron una puntuación muy baja en su calidad de vida impactando en forma negativa sobre todo en el aspecto de su salud mental, emocional, energía/fatiga, funcionamiento cognitivo y calidad de interacción social. Estos hallazgos se relacionaría en forma directa al tiempo que tarda para el diagnóstico, las campañas de prevención y el inicio de los tratamientos específicos como profilácticos, por los que podemos concluir que estos eventos impacta en gran medida en la calidad de vida de los afectados.

Se evidenció una valoración favorable respecto a las necesidades psicoafectivas, apoyo familiar y entorno social (Estigma y discriminación), por parte de los sujetos de estudio. La familia juega un rol importante en la vida de los pacientes con VIH/SIDA.

Una familia bien constituida fortalece los vínculos psicoafectivos, disminuye la percepción de estigma y discriminación, factores determinantes en la calidad de vida de los afectados.

Las enfermeras poseen buenas prácticas asistenciales y éticas, y sobre todo una actitud positiva ante los afectados, no así con relación al rol de educadora y promoción en salud, evidenciando la falta de acompañamiento en el autocuidado y en las esferas emocionales, pilar fundamental para la buena proyección y una mejora de calidad de vida de los afectados. El comportamiento de las conductas de pacientes y familiares está influenciado por la interacción de los mismos y el nivel de preparación del profesional de enfermería. Califican como muy buena a excelente la atención brindada por el personal de enfermería y médicos, esto alienta y motiva al sector de estudio.

Referencias

1. Ávalos RT, VIH/SIDA La mayor pandemia en la historia de la humanidad. Disponible http://White.oit.org.pe/spanish/260ameri/oitreg/activid/proyectos/actrac/proyectos/ppt/cnt_paraguay. Recuperado marzo 2008.
2. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. http://www.mspbs.gov.py/ver_noticia.php?id=5162. Recuperado 27/06/10.
3. Vigilancia epidemiológica (2009), Programa de Lucha contra el Sida, Asunción, Paraguay.
4. Contreras, Françoise, Esguerra, Gustavo A., Espinosa, Juan Carlos et al. Coping styles and quality of life in patients with chronic kidney disease (ckd) in treatment with haemodialysis. *Act.Colom.Psicol.* [online]. July/Dec. 2007, vol.10, no.2 [cited 01 August 2009], p.169-179. Available from World Wide Web: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552007000200016&lng=en&nrm=iso ISSN 0123-9155. Recuperado Agosto 2009.
5. Michelle E. Montenegro. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas de VIH/SIDA en personal médico, enfermería y laboratorio, Hospital Alemán Nicaragüense. http://74.125.47.132/search?q=cache:UgO9ZKeNQIJ:www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/mintegral/Conocimientos_actitudes_y_practicas_de_VIHSIDA.pdf+sida+calidad+de+etencion+de+enfermeria+publicaciones+2007&cd=8&hl=es&ct=clnk&gl=py&client=firefox-a.
6. Vinaccia Alpi, Stefano et al. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. *Ter Psicol* [online]. 2008, vol.26, n.1 [citado 2010-12-01], pp. 125-132. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100011&lng=es&nrm=iso. ISSN 0718-4808. doi: 10.4067/S0718-48082008000100011.
7. Restrepo M, Zapata F, Hernández A, Soto N. Caracterización y manejo de los pacientes con VIH/SIDA en su salud Medellín del año 2001 a junio de 2005. *Internas Medicina Universidad CES*. Recuperado septiembre 2010. http://www.susalud.com/memorias_prestadores/incidencia_prevalencia_vih.pdf.
8. Sandoval de Mora; Dommar de N. et al. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en servicios de medicina. *Rev. Soc. Ven. Microbiol.* [online]. dic. 2008, vol.28, no.2 [citado 21 Agosto 2010], p.116-120. Disponible en la World Wide Web:http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S13155562008000200008&lng=es&nrm=iso ISSN 1315-2556.
9. Corti, Marcelo; Villafañe María; Diego Cecchini (2008), Infecciones oportunistas en el SIDA. En Cecchini, Emilio, González Ayala, Silvia (comp.) *Infectología y enfermedades infecciosas, primera*

- edición, Buenos Aires, Ediciones Journal infecciosas. (Pp.749).
10. Aurelia Taboada, Isidro Insfrán, Cristina Vicenti, Gustavo Benítez, Carlos Kunzle. (2008) Enfermedades marcadoras más frecuentes y su relación cronológica con el diagnóstico (Dx) de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en un hospital de referencia. *Revista del Instituto de Medicina Tropical* Vol. 2; Julio 2008.
 11. Pagán Santini, Rafael H. Calidad de vida Centro Universitario de Investigación Sobre SIDA. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla Consulta 21 de agosto 2010 <http://www.cuiss.buap.mx/articulos.htm>.
 12. Delgado, P. Salcedo T. Aspectos conceptuales sobre los indicadores de calidad de vida. http://www.webpondo.org/files_oct_dic_03/AspectosConceptuales.pdf. Recuperado agosto 2010.
 13. Cisneros, G. et. Al. Calidad de vida. 2000 http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lid/bonilla_h_s/capitulo6.pdf.
 14. García, Ordóñez; J. Mansilla J. et. all. Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes infectados por VIH medida por el Cuestionario de Salud SF-36. *Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. An. Med. Interna (Madrid).Vol. 18, Nº 2, pp. 74-79, 2001 an. med. interna (Madrid).Vol. 18, Nº 2, pp. 74-79, 2001.* Recuperado julio 2010.
 15. Zúniga M A, Carrillo-Jiménez GT, Fos PJ, Gandek B, Medina-Moreno MR. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36. Recuperado agosto 2010. <http://www.chime.ucla.edu/measurement/SF-36%20Mexico%20Spanish.pdf>
 16. Stefano V. ALPI, et al. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. *Ter Psicol [online]. 2008, vol.26, n.1 [citado 2010-12-01], pp. 125-132 .* Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-4808. doi: 10.4067/S0718-48082008000100011.
 17. Teva, Inmaculada, Bermúdez M, de la Paz, Hernández- Quero y Gualberto Buela- Casal (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el HIV Disponible en http://www.alapsa.org/revista/articulos/Gualberto_Buela-Casal.pdf. Recuperado julio 2009.
 18. Teva I. De la Paz M, Hernández- Q. J , Buela-Casal G. (2004). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH. *Terapia psicológica, noviembre/ año vol. 22, Nº00 2, Sociedad chilena de psicología Clínica. Santiago Chile pp. 111-121.* Recuperado Agosto 2010 <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/785/78522202.pdf>
 19. Stefano V. A., Fernández H. Quiceno J.M. , Posada L. M. , Otalvaro C. (2008). Calidad relacionada con la salud y apoyo social funcional en pacientes diagnosticado con VIH/SIDA. *Terapia psicológica, julio/año vol.26, número 001, Sociedad chilena de psicología Clínica. Santiago Chile, pp. 135-132.* Recuperado septiembre 2010. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/785/78526111.pdf>
 20. Godoy, M. A. Actitudes y conocimientos de profesionales de Enfermería sobre el paciente VIH +/SIDA. *Nure investigación, Revista Científica de Enfermería.* Recuperado julio 2010. http://www.fuden.es/originales_obj.cfm?id_original=68.
 21. Escobar M. Michelle (2009) Conocimientos, actitudes y prácticas de VIH/SIDA en personal médico, enfermería y laboratorio, Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, Febrero 2009. Recuperado Agosto 2010. http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/mintegral/Conocimientos_actitudes_y_practicas_de_VIHSIDA.pdf.
 22. Angeles Merino Godoy. (2004) Actitudes y Conocimientos de profesionales de Enfermería sobre el paciente VIH+/SIDA Unidad de Infecciosos del Hospital General de Huelva Juan Ramón Jiménez *Nure Investigación, nº 6, Junio 2004.* Recuperado 24 agosto 2010. <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/original6.pdf>
 23. Cardozo C. Y., Pérez V. M., Reyes, M. L., Pérez D. Participación del profesional de enfermería en la satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales del enfermo con SIDA hospitalizado en Unidad clínica de medicina del Hospital Central de Maracay Sin fecha de edición. Recuperado agosto 2010. <http://www.monografias.com/trabajos15/enfermeria-sida/enfermeria-sida.shtml>.
 24. Itza N. Cabarcas O., et. all. (2007) Satisfacción del paciente hospitalizado con la atención de enfermería. *Colombia, Cartajena. Recuperado septiembre 2010.* <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol120109/Satisfacciondelpacientehospitalizado>
 25. Herrera, C.; Campero, L.; Caballero, M. Relación entre médicos y pacientes con vih: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. *Rev. Saúde Pública [online]. 2008, vol.42, n.2 [cited 2010-08-22], pp. 249-255.* Available from: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200009&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/S0034-89102008000200009

Solicitud de Sobretiros:

Mg. Sofía Achucarro
 Departamento de Enfermería
 Instituto de Medicina Tropical
 Asunción, Paraguay
investigacion_docencia@imt.edu.py

Caso Clínico

Trombosis asociada a catéter venoso central: reporte de caso

*Dra. Mónica Duarte, Dr. Jorge Batista, Prof. Dr. Antonio Arbo
Departamento de Pediatría. Instituto de Medicina Tropical*

Thrombosis associated with central venous catheter: case report

Abstract: The severely infected patient care usually requires the installation of a central venous catheter due to multimedications required. Thrombosis is a common complication of central venous catheters, although often unnoticed. In this report we present the case of this complication and discuss the management.

Resumen

La atención del paciente gravemente infectado habitualmente requiere la instalación de un catéter venoso central, debido a la multimedicación que requiere. La trombosis es una complicación común, aunque muchas veces desapercibida, de los catéteres venosos centrales. En el presente reporte se presenta el caso de esta complicación y se discute el manejo.

Introducción

Uno de los puntos cardinales en el manejo integral de los pacientes graves es la necesidad de disponer de una vía venosa segura debido a la complejidad del tratamiento. Habitualmente los pacientes críticos reciben múltiples medicaciones por vía intravenosa en forma simultánea (soluciones de hidratación, inotrópicos, antibióticos, transfusiones de sangre y otros derivados biológicos) además de requerir de monitoreo hemodinámico invasivo.

De ahí que catéteres venosos centrales se instalan virtualmente en todos los pacientes que ingresan a una unidad de cuidados intensivos. Si

bien este procedimiento es necesario (y muchas veces insustituible), no está exento de riesgos. Aun cuando las complicaciones infecciosas asociadas al CVC son la principales, la trombosis asociada al CVC representa un evento indeseable que puede complicar la evolución de los pacientes.

La trombosis asociada a la colocación de catéteres venosos centrales (CVC) se define como un trombo mural que se extiende desde el catéter en la luz y que lleva a oclusión parcial o total del catéter. La incidencia de trombosis relacionada con CVC aumenta de manera significativa con los días de hospitalización y permanencia del mismo. (1, 2)

El advenimiento de los nuevos métodos en imagenología ha demostrado que la trombosis relacionada con CVC representa una complicación más frecuente de lo pensado, y puede presentarse con o sin síntomas. Sin embargo, aun las trombosis asintomáticas pueden ser graves, por las complicaciones que acarrea principalmente la embolia pulmonar. (3)

En la presente comunicación relatamos el caso de un paciente gravemente infectado que se hospitalizó en la unidad de cuidados intensivos del Instituto de Medicina Tropical donde la instalación del CVC se acompañó de la presencia de trombosis asociada. Se discute el manejo de este evento indeseado, debido a las contradicciones en el manejo de esta complicación.

Presentación del Caso

Paciente lactante menor de sexo masculino de 6 meses de vida que procede de Villeta con historia de irritabilidad de 2 días, a cual se agrega fiebre discontinua, 16 hs antes del ingreso presenta convulsiones tónico clónicas generalizadas por lo que quedó internado en el centro asistencial de su comunidad por 24hs. Fue remitido al servicio con sospecha de meningitis bacteriana aguda. Ingresa en mal estado general, requiriendo ingreso a UCIP debido al deterioro del sensorio, recibiendo asistencia respiratoria mecánica por 4 días.

Al ingreso se le realizó una punción lumbar cuyo citoquímico retornó con glucosa indosable, leucocitos 9.450/mm³ (80% de polimorfos nucleares), proteínas 152 mg/dl. Se inició cobertura antibiótica con cefotaxima a 300 mg/kg/día cubriendo foco meníngeo. Presentó buena evolución del cuadro infeccioso. Debido al estado crítico del niño a su ingreso a cuidados intensivos se instaló un acceso venoso seguro colocándose una VVC, con buena posición del catéter distal documentada por radiografía de tórax. El paciente presentó taquicardia persistente desde el 6° día de internación en ausencia de fiebre, se sospechó una infección nosocomial, se tomó cultivos de sangre y orina que retornan negativos; además se realizó una ecocardiografía en su 7° día de internación, evidenciándose una imagen de forma redondeada, asociada al catéter en la aurícula derecha de 7x8 mm, hiperrefringente compatible con trombo, sin datos de repercusión hemodinámica. Se inició tratamiento con heparina de bajo peso molecular y al 5° día del tratamiento se decide retirar el catéter venoso central sin ninguna complicación

.A las 72 hs de retirado el catéter se realizó una ecocardiografía de control que mostró resolución del trombo. El tratamiento anticoagulante se suspendió luego de 2 semanas.

Discusión

Uno de los procedimientos invasivos más frecuentemente utilizados en las unidades de cuidados intensivos pediátricos es la instalación de catéteres venosos centrales.

Después de la inserción de un CVC, una vaina de fibrina se puede formar alrededor de la CVC. Esta vaina es una complicación benigna, pero puede causar mal funcionamiento de los catéteres, facilitando el desarrollo de la infección y sobre todo desencadenar una trombosis mural. Como el catéter se encuentra profundamente en el mediastino, la trombosis puede ser clínicamente silenciosa hasta el final de su curso; de ahí que hasta los dos tercios de todas las trombosis asociadas a CVC son clínicamente silentes. En este sentido, diferentes estudios han mostrado que la incidencia de trombosis asintomática relacionado a CVC es de 1,5 - 34,1%, siendo más frecuente en los pacientes con enfermedades hematológicas (2).

Una de las complicaciones más temidas de la trombosis asociada a CVC es la presencia de una embolia pulmonar, que se produce en alrededor del 15-25% de los pacientes con una trombosis post-flebitica, y por otro lado esta complicación también se podría observar en un 14,8% de las extremidades superiores los pacientes (1).

En cuanto a los métodos diagnósticos, la venografía de contraste es considerada el estándar de oro para detectar trombosis venosa del miembro superior (UL-VT). Sin embargo, se ve limitada debido a su naturaleza invasiva y por la utilización de medios de contraste. El ultrasonido con doppler es más fácilmente aplicable para la detección de trombos y por lo tanto el método auxiliar de elección en la mayoría de los casos debido a su fácil realización, así como la inocuidad del mismo por representar un método no invasivo en los

pacientes. En revisiones sistemática estudios sobre el diagnóstico revelan una sensibilidad del ultrasonido que va desde 56% a 100% y una especificidad que va de 94% a 100% (4).

Los objetivos del tratamiento de la trombosis relacionada con CVC son reducir la mortalidad y la morbilidad del evento agudo y reducir así las complicaciones tardías que podían estar relacionadas en la mayoría de las veces con infecciones.

El manejo de los pacientes que desarrollan un CVC relacionados trombosis no está estandarizado. No existen posturas definidas con respecto a la conducta a seguir en casos de la aparición de un trombo relacionado a catéter, debido a las opiniones contradictorias con respecto a la terapia anticoagulante y /o la retirada el catéter venoso central, y sobre todo el tiempo de tratamiento anticoagulante que debería recibir un paciente luego de la retirada del catéter, (1) por el alto riesgo de hemorragia que conlleva prolongar dicha terapéutica. Las estrategias de tratamiento consisten en la terapia trombolítica, el inicio de la anticoagulación sistémica, la retirada del catéter, o en algunos casos la combinación de algunas de estas opciones terapéuticas (2,5).

En los pacientes no hematológicos con trombosis relacionada a catéter el tratamiento de elección es la combinación de una heparina de bajo peso molecular (HBPM), seguido por anticoagulación vía oral durante al menos 3-6 meses (6, 7). El tratamiento de la trombosis en pacientes hematológicos y aquellos con trombocitopenia se ve dificultado debido a que las heparinas de bajo peso molecular y los anticoagulantes orales son relativamente contraindicadas por los efectos deletéreos que se podrían presentar en el contexto de estos pacientes. Decidir retirar el catéter venoso central representa una decisión difícil ya que estos pacientes requieren de tratamientos agresivos y prolongados en la mayoría de las veces que requieren de un acceso venoso seguro (8, 9).

Por otra parte el tratamiento convencional en el caso de la obstrucción del CVC resultante de oclusión de la punta del catéter es local, pudiéndose utilizar terapia trombolítica con dosis de baja con uroquinasa, estreptoquinasa o plaminógeno tisular activado. Esto en la mayoría de las veces restaura la permeabilidad del catéter, siempre que el CVC está bien posicionado (10, 11).

El retiro del CVC forma parte del tratamiento. Sin embargo, algunos trabajos recomiendan no retirar el catéter si cumplen algunas de las siguientes condiciones: la punta distal del catéter está en la posición correcta (en la unión entre la vena cava superior y la aurícula derecha); el catéter sea funcional (buen reflujo sanguíneo); si la permanencia del mismo sea obligatorio o vital para el paciente; o no existe fiebre o cualquier dato que sugiera la presencia de infección (tromboflebitis); otros por el contrario favorecen la postura de retirar el catéter y además instaurar una terapia anticoagulante o fibrinolítica como opción terapéutica (1).

Referencias

1. Debourdeau P, Kassab Chahmi D, Le Ga G, Kriegl I, et al. Guidelines for the prevention and treatment of thrombosis associated with central venous catheters in patients with cancer: report from the working group. *Annals of Oncology* 2009; 20: 1459-71.
2. Boersma R, Jie K, Verbon A, Van Pampus E, Schouten H. Thrombotic and infectious complications of central venous catheters in patients with hematological malignancies. *Annals of Oncology* 2008;19: 433-42.
3. Frank DA, Meuse J, Hirsch D et al. The treatment and outcome of cancer patients with thromboses on central venous catheters. *J Thromb Thrombolysis* 2000; 10: 271-5.
4. Mustafa BO, Rathbun SW, Whitsett TL, Raskob GE. Sensitivity and specificity of ultrasonography in the diagnosis of upper extremity deep vein thrombosis: a systematic review. *Arch Intern Med* 2002; 162: 401-4.
5. Kovacs MJ, Kahn SR, Rodger M et al. A pilot study of central venous catheter survival in cancer patients using low molecular weight heparin (dalteparin) and warfarin without catheter removal for the treatment of upper extremity deep vein thrombosis (the catheter study). *J Thromb Haemost* 2007;5:1650-3

6. Luciani A, Clement O, Halimi P et al. Catheter-related upper extremity deep venous thrombosis in cancer patients: a prospective study based on Doppler US. *Radiology* 2001; 220: 655–60.
 7. Morazin F, Kriegel I, Asselain B, Falcou MC. Thrombose symptomatique sur cathé'ter veineux central de longue dure'e en oncologie: un score de risque pré'dictif? *Rev Med Intern* 2005; 26: 273–9.
 8. Sabeti S, Schillinger M, Mlekusch W et al. Treatment of subclavian-axillary vein thrombosis: long-term outcome of anticoagulation versus systemic thrombolysis. *Thromb Res* 2002; 108: 279–85.
 9. Akl EA, Kamath G, Yosucio VED, Kim SY, Barba M, Sperati F, Cook D, Schünemann H. Anticoagulation for thrombosis prophylaxis in cancer patients with central venous catheters. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD006468. DOI: 10.1002/14651858.CD006468.pub2.
 10. Ponc D, Irwin D, Haire WD et al. Recombinant tissue plasminogen activator (alteplase) for restoration of flow in occluded central venous access devices: a double-blind placebo-controlled trial—the Cardiovascular Thrombolytic to Open Occluded Lines (COOL) efficacy trial. *J Vasc Interv Radiol* 2001; 12:951–5.
 11. Monturo CA, Dickerson RN, Mullen JL. Efficacy of thrombolytic therapy for occlusion of long-term catheters. *J Parenter Enteral Nutr* 1990; 14:312–4
-
- Solicitud de Sobretiros:
Prof. Dr. Antonio Arbo
Investigación y Docencia
Instituto de Medicina Tropical
Asunción, Paraguay
antonio.arbo@imt.edu.py

Instrucciones para los autores

La Revista del **Instituto de Medicina Tropical**, de Asunción - Paraguay, acepta para su publicación trabajos referentes a la medicina y ciencias afines. La revista publica artículos originales, casos clínicos, artículos de revisión y cartas al editor, tanto en español como en inglés. Los trabajos enviados deberán ser inéditos. El Instituto de Medicina Tropical se reserva todos los derechos de programación, impresión o reproducción (copyright) total o parcial del material que reciba, dando en todo caso el crédito correspondiente a los autores del mismo. Si el autor desea volver a publicar lo ya aparecido en la Revista del Instituto de Medicina Tropical, requiere autorización previa por escrito del editor de Revista del Instituto de Medicina Tropical.

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

Presentación general

El manuscrito debe tener una portada indicando claramente el TÍTULO COMPLETO del artículo, los NOMBRES DE LOS AUTORES y sus AFILIACIONES (Nombre de la Universidad, Fundación, Instituto o Dependencia, Hospital, dirección completa de la misma y ciudad). También se debe incluir en la portada el nombre del autor a quien se deberá dirigir toda la correspondencia y su e-mail, si lo posee.

La primera página debe contener, un **resumen** del artículo, con un máximo de 200 palabras, y **4 a 6 palabras clave ordenadas alfabéticamente**. La segunda página debe contener un **Abstract** con un máximo de 200 palabras (en inglés) y 4 a 6 (**Keywords**) ordenadas alfabéticamente.

Todo el texto deberá estar escrito a doble espacio en papel tamaño carta y dejando por lo menos 2 cm de margen a los lados.

La impresión debe ser clara y el tamaño de la letra debe ser de 12 puntos (Times New Roman / Arial). La redacción del texto debe ser en voz PASIVA. Para abreviaturas, se debe utilizarla nomenclatura aprobada por la unión internacional de la respectiva disciplina.

El artículo debe comprender las siguientes secciones:

- Introducción

- Materiales y métodos (el área de estudio debe ir incluida para estudios de campo)
- Resultados
- Discusión
- Conclusiones
- Agradecimientos
- Literatura citada
- Leyenda de las figuras
- Figuras
- Tablas

Después del título del artículo debe aparecer el nombre del autor o de los autores de la siguiente forma:

- a) Nombre y Apellido, (ejemplo: Juan Pérez),
- b) Si el autor quiere escribir dos apellidos estos deben estar unidos por un guión (ejemplo: Juan Lozano -Torres).

Cuando se citen otros trabajos dentro del texto, se seguirá el siguiente formato: Un autor: (López, 1995) o "...en el trabajo de López (1995)...".

Dos autores: (Andrade y Ruiz, 1992). Más de dos autores: (Rivas et al., 1993).

Más de una cita: (López, 1995; Andrade y Ruiz, 1992).

La presentación de la literatura citada se hará de la siguiente manera según Normas de Vancouver.

Libros

Andrade, G.; Ruíz, J.P. y Gómez, R. Biodiversidad, conservación y uso de recursos naturales. Primera edición. CEREC - Fundación Fiedrich Ebert de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia. 1992. págs 126.

Artículos en revistas

Augsburger, C.K. Seed dispersal of the tropical tree, *Platygodium elegans*, and the escape of its seedlings from fungal pathogens. *Journal of Ecology* 1983. 71: 759-771.

Libros editados

Rivas, L.I.; Chicharro, C. y Díaz, P. Sistemas de unión parásito-célula hospedadora en Trypanosomatidae. En: Rivas, L.I. y López, M.C. (eds.). Nuevas tendencias de parasitología molecular. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid, España. 1993. págs. 185-216.

Tamayo, M. (Trabajos de grado) Efecto de la perturbación de los bosques fragmentados sobre el comportamiento y tamaño de una comunidad de primates en el pie de montellanero. Trabajo de Grado. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. 1997

Gutierrez, H. Utilización del canto como característica filogenética en los cucaracheros (Troglodytidae: Aves). Tesis de Maestría. Universidad de Costa Rica, Costa Rica. 1990

Notas a pie de página

Evite el uso de notas a pie de página. La mayor parte de esta información puede ser incluida en el texto principal del artículo para el beneficio de lectores, editores e impresores.

Figuras y tablas

Las figuras no deben estar incluidas dentro del texto del artículo. Cada figura debe ir en una página aparte sin la correspondiente leyenda, pero con los ejes y señaladores claros y grandes. Se deben utilizar unidades de SI (Sistema Internacional de unidades).

Si se envían fotos, éstas deben ser en blanco y negro y de tamaño media carta o carta en papel de alto contraste. Cada figura debe llenar toda una página ya sea en sentido horizontal o vertical, dependiendo de su estructura. Coloque detrás de la página donde está la figura el número correspondiente de la misma en lápiz (por ej. Figura 3). Las figuras originales se envían únicamente cuando el artículo haya sido aceptado para su publicación, mientras tanto se deben enviar fotocopias claras. Incluya en una hoja aparte la leyenda de todas las figuras del artículo. Las tablas tampoco deben ser incluidas en el texto principal del manuscrito.

ARTÍCULOS DE OPINIÓN Y REVISIONES DE LIBROS

La revista acepta artículos de opinión sobre cualquier tema relacionado con las ciencias médicas y afines. Los artículos de opinión deben incluir portada y resumen en inglés y en español, siguiendo las mismas indicaciones que los artículos científicos.

Sin embargo, el texto debe ser continuo, sin secciones (en forma de ensayo), y no excederse en 10 páginas de longitud (sin

incluir portada y hojas de resumen). Si el artículo incluye figuras o tablas, éstas se deben elaborar y anexar de la misma manera que para los artículos científicos. Lo mismo se aplica para la literatura citada, notas de pie de página y ecuaciones. Si se envía la revisión de un libro, se debe incluir en la portada una reseña bibliográfica, utilizando el formato para citar libros de la revista (véase arriba). Las revisiones de libros no deben incluir resumen, pero sí un título.

Aplique las demás normas para escribir artículos de opinión en las revisiones de libros.

ENVÍO DE LOS ARTÍCULOS

Los artículos deberán ser enviados (1 copia en papel y un formato electrónico (CD, pen drive), incluyendo fotocopias de las figuras, ilustraciones o fotografías) a la siguiente dirección:

Departamento de Investigación y Docencia del Instituto de Medicina Tropical

Venezuela casi Florida. Instituto de Medicina Tropical. Asunción - Paraguay.

Tel: (+595 21) 292 654 Interno 2030

Departamento de Investigación y Docencia del Instituto de Medicina Tropical

O por correo electrónico a la dirección de e-mail: investigacion_docencia@imt.edu.py

A nombre del:

Prof. Dr. Antonio Arbo Sosa, Editor de la Revista del Instituto de Medicina Tropical.

Una vez el artículo sea aceptado para su publicación, el autor debe remitir a la oficina editorial los originales de figuras y fotos, así como una versión del artículo en procesador de palabra (Word 7.0 o superior).

Proceso de revisión: La primera revisión la realiza el editor para definir si el artículo corresponde a la línea editorial y cumple con los requisitos señalados en estas instrucciones. La segunda revisión la realizan dos árbitros independientes en calidad de revisores pares. La identidad de autores y revisores es confidencial.



Instituto de Medicina Tropical
Avda. Venezuela casi Florida
Tel/Fax: (+595 21) 292 654 – 292 164
Asunción – Paraguay
www.imt.edu.py