

**SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA(*)
LOS PRIMEROS 10 CASOS DEL PARAGUAY**

**ADQUIRED INMUNODEFICIENCY SINDROME
THE FIRST 10 CASES OF PARAGUAY**

Dr. Adolfo Humberto Galeano Jiménez (**)

SUMMARY

From September 1986 to November 1989 were diagnosticated (confirmed) 10 cases of AIDS in the LACIMET of Paraguay. All those 10 cases were in males, 7 homosexual and 3 hemophilics, all then had travelled to Brasil ("via Brasil"). The signs and symptoms more frequently of hospitalization were fever, diarrhea, dyspnea, astenia and cough; with average of previous history of disease of 6,5 months, and lost of weight 11,5 Kg.

The presence of HIV virus was confirmed in the laboratory by the ELISA, IFI and Western Blot methods. In the hemogram study was found predominance of anemia, leucopenia with lymphopenia.

The period of hospitalization was of 2,5 months. The opportunistic diseases more frequent were candidiasis, sepsis to Gram (—), syphilis (serologic), pneumocystis carinii pneumoniae, estafilococemia and klebsiella. The treatments more frequent were with ketoconazol, cefotaxima, TMP—SMX and benzathine penicillin. The AZT was used in 1 case and didn't deserve special observation. The additional causes of hospitalization more frequent were hemophilia and pneumonias. The probable causes of death were very variable such as sudden death, dehydration, hemorrhage cerebral and others, and, the ten cases had died.

(*) Tesis presentada a la Facultad de Ciencias Médicas. 1989.

(**) Instructor de la Cátedra de Farmacología y Toxicología de la Facultad de Ciencias Médicas.

RESUMEN

Desde septiembre de 1986 hasta noviembre de 1989 fueron diagnosticados (confirmados) 10 casos de SIDA en el Paraguay, todos en el LACIMET. Los 10 casos fueron masculinos, 7 homosexuales y 3 hemofílicos, con antecedentes de haber viajado a Brasil ("vía Brasil") en todos los casos. Los signos y síntomas más frecuentes, al ingreso, fueron fiebre, diarrea, disnea, pérdida de peso y tos, con una historia previa en promedio de 6,5 meses, y, con pérdida de peso de 1,5 Kg. Las confirmaciones laboratoriales de la presencia del VIH se realizaron con los métodos ELISA, IFI y Western Blot. En el hemograma predominaron la leucopenia con linfopenia y anemia. El período de hospitalización fue de 2,5 meses. Las enfermedades oportunistas más frecuentes fueron candidiasis, sepsis a Gram (-), sífilis (szerológicamente), pneumocystic carinii, estafilococo y klebsiella. Los tratamientos incluyeron ketoconazol, cefotixima, TMP-SMX, penicilina benzantínica. La AZT fue usada en 1 caso y no mereció comentario especial. Las causas adicionales de ingreso más frecuentes fueron la hemofilia y neumopatías. Las causas probables de muertes fueron muy diversas, tales como muerte súbita, hemorragia cerebral, deshidratación, y, los 10 casos han muerto.

INTRODUCCION

El SIDA ingresó a la medicina como una centella maldita, sin ningún relámpago premonitor. Lo que podría llamarse la peste de los años 80, no podría presumirse siquiera en los años anteriores, en que nos ufanamos de haber logrado gran avance en el tratamiento de las infecciones más agresivas, severas y refractorias, con antibióticos cada vez más ampliados en sus espectros, incluso nos envanecíamos que la viruela fue borrada de la faz de la tierra y que la poliomieltis podría ser erradicada en el año 2.000.

Lo que pareció unas pequeñas perlas de sudor epidemiológico en el frío mapamundi pronto se convirtió en una gran mancha de tinta indeleble que cada vez invade más territorios sin presentar pasaportes ni respetar ideologías, y, su curso parece tener un itinerario aún incierto pues los vaticinios más certeros están fracasando hasta el momento.

Este trabajo pretende comunicar los primeros diez casos en el Paraguay, tratando de volcar al máximo las experiencias recogidas y rescatables para proyectar un mejor manejo en todos los niveles — del tema del SIDA—, ya sea en el abc de una enfermedad: la Historia Clínica, así como la Evolución dinámica del paciente, sin olvidar los aspectos del Diagnóstico Tratamiento de las enfermedades oportunistas, salpicadas con las vivencias y recomendaciones de expertos de países que comparten nuestra vecindad geográfica e indiosincrática, a los que pudimos alternar en reuniones recientes.

El tema es y será inagotable por mucho tiempo y si hemos puesto la piedra fundamental, poco nos importaría que en el futuro otros estudios sean lapidarios y se edifiquen sobre nuestro trabajo.

La primera publicación que mencionara una rara epidemia de cinco casos de Neumonía producida por un antropoprotazo parásito *Pneumocystis Carinii* en homosexuales previamente sanos, fue hecha por GOTTLIEB et al - de los Angeles — el 5 de junio de 1981 en el "Morbidity Mortality Weekly Report" (M.M.W.R.) (45) (59), lo que no significa que ya no existiera en 1978, según una revisión de SPIRA y Castro (19) explicando la razón de que al mes siguiente (julio, 1981) hayan sido reportados 15 pacientes afectados de Neumonía por *Pneumocystis Carinii* (NPC) y 26 pacientes en Sarcoma de Paposi (SK) de casos acumulativos en Nueva York y California (19), (también en homosexuales previamente sanos).

En el Paraguay, el primer caso apareció en setiembre de 1986, en un paciente hemofílico de 23 años de edad, quien había sido sometido a tratamiento transfusional de Factor VIII en Río de Janeiro, Brasil, siendo internado primeramente en el Hospital de Clínicas, de donde fue derivado para su diagnóstico confirmatorio al Instituto de Medicina Tropical, donde falleció un mes después (52).

Nuestro país accedía al SIDA por un caso autóctono y de grupo de riesgo no sexual. Para ese entonces, ya se había creado una "Comisión Interinstitucional de Lucha contra el SIDA" (02/01/86), con la participación de representantes de diversos sectores de salud a objeto de encarar una lucha conjunta con intercambio permanente de recursos humanos y materiales, así pues fueron representados, además del Ministerio de Salud Pública, la Sanidad de las FFAA y la Policial, el Instituto de Previsión Social (IPS), Instituto de Investigaciones de Ciencias de la Salud (IICS), Cruz Roja Paraguaya, el Sector Privado, y el LACIMET (Laboratorio Central e Instituto de Medicina Tropical).

Entre 1986 y 1987 el I.I.C.S. realizó los primeros estudios serológicos con el método de ELISA en la Penitenciaría Nacional, Banco de Sangre del Hospital de Clínicas, "algunos homosexuales que acudían voluntariamente, hemofílicos y drogadictos inyectables", arrojando 11 resultados positivos, con reactivos ABBOT, los que posteriormente fueron nuevamente testados por el LACIMET con el método confirmatorio de Wester-Blot, resultando todos negativos (12) (52).

Entre 1986 y 1989 han sido hallados 12 casos de SIDA, 9 de los cuales han fallecido al presente (XII/89). Diez de los casos fueron tratados en el LACIMET. Los otros dos casos pertenecen al misterioso mundo de la medicina privada, donde la confidencialidad y el secreto profesional han tendido sobre los mismos - un manto de protección.

MATERIAL Y METODOS

Este estudio hubiera querido tener el carácter de multicéntrico, pero a la fecha del trabajo (Nov/89), seguía siendo el Instituto de Medicina Tropical el único centro de referencia para internación y tratamiento de los casos del SIDA. Las demás instituciones sanitarias — de distintos niveles de complejidad — del Gran Asunción y los principales Centros de Salud Regional del Interior, a pesar de poseer recursos humanos preparados, no contaban aún con el soporte laboratorial de diagnóstico específico del VIH en algunos casos y gérmenes oportunistas en otros, por lo que necesariamente los primeros 10 casos de SIDA fueron derivados al Instituto de Medicina Tropical, donde desempeñamos nuestra labor profesional desde su habilitación en octubre de 1983.

Hemos revisado todos los aspectos de la historia clínica para extraer el máximo de material utilizable, lo que fue sintetizado, y entregado para la alimentación de computadoras.

La investigación incluye a los primeros 10 pacientes que ingresaron al Instituto de Medicina Tropical, todos de sexo masculino, con estudios laboratoriales específicos que confirman el diagnóstico del SIDA, basándose inclusive en los criterios esbozados en la definición de casos. Se ha optado por utilizar computadoras — pese a la erogación que ello supone — para facilitar la evolución, corrección, confección e impresión del trabajo.

CASUÍSTICA

Los resúmenes de historias clínicas identificadas con el número de ficha e iniciales de los nombres y apellidos del paciente, fueron reconstruidas en base a una selección cronológica de los eventos más importantes de la evolución, se presentan a continuación.

CUADRO N° 1

Caso	Historia clínica	Inicial nombre	Edad (años)	Sexo	Raza	Nacionalidad
1	2304	S.C.	23	M	B	Paraguay
2	2681	F.P.R.	50	M	B	Brasil
3	2904	M.A.H.	36	M	B	Paraguay
4	2934	M.A.H.	34	M	B	Paraguay
5	2950	J.L.V.	33	M	B	Paraguay
6	3062	F.G.	27	M	B	Paraguay
7	3281	F.L.	33	M	B	Paraguay
8	4404	M.A.C.	35	M	B	Brasil
9	4619	R.R.	47	M	B	Paraguay
10	4701	J.J.R.	19	M	B	Paraguay

Comentarios

El análisis retrospectivo de las 10 historias clínicas de pacientes con SIDA internados en el LACIMET, nos deja numerosos datos y enseñanzas de la necesidad de protocolos prospectivos inmediatos para los nuevos casos a objeto de ampliar y profundizar en varios campos este vasto e inagotable tema.

Hasta la fecha de la elaboración de este trabajo (Nov/89) todos los casos de SIDA fueron en varones adultos, no observándose casos femeninos o pediátricos, pero recordando de que el primer caso descrito en nuestro país fue en 1986, hecho que establece el ingreso, ligeramente retardado del síndrome y atendiendo al prolongado período de incubación del mismo, es de esperar que aparezcan en los próximos años los primeros casos de transmisión heterosexual y perinatal.

La gran mayoría de los casos (8) pertenecían al área urbana — como se caracteriza la enfermedad— sin embargo atendiendo que los 2 casos que procedían del interior (zona rural) fueron hemofílicos, que recibieron hemoterapia en la capital, pueden considerarse que los 10 casos adquirieron el virus en el área urbana. Un hecho llamativo es que los 10 casos (7 homo-bisexuales y 3 hemofílicos) habían procedido o viajado al Brasil en algún momento, ya sea para prácticas sexuales o recibir tratamiento específico (factor VIII o crioprecipitado) lo que remarca la importancia de la llamada “vía Brasil” en el Cono Sur y en nuestro país, en la etiología del síndrome.

La analítica de los 7 casos homosexuales releva que: 2 eran casados — separados (1 brasilero y 1 paraguayo), 1 era bisexual (brasileño) y 1 tuvo una concubina inicial y luego se volvió homosexual, resultando pues que 4/7 (57%) fueron realmente bisexuales bien definidos, quedando la duda sobre el estado de sus contactos femeninos y eventuales descendencias sobre lo que no se indagó en profundidad debido a faltas de protocolos dirigidos, urgencias en los casos, carencia de relación más profunda con el paciente y resistencia del paciente a aportar los datos, sugiriendo que deben ser manejados por equipos multidisciplinarios que incluyan sicólogos, siquiátras, visitadores sociales, etc..

El hecho anteriormente citado también hace presuponer que casos femeninos (y pediátricos) pudieran ya existir, pero los subregistros, falta de notificación, reservas de los casos privados y tal vez la consulta a centros extranjeros pudieran ocultarlos. En ese sentido una mejor comunicación profesional y mayor cobertura oficial develaría tal “silencio epidemiológico”.

De los 10 casos, 2 fueron importados (ambos brasileros, 1 de los EUA y 1 del Brasil), de los 8 restantes que son autóctonos: 1 vivía en zona fronteriza con

el Brasil (Ciudad del Este) con fluida vinculación internacional, y 2 (ambos homosexuales) habían viajado, además al Brasil, a la Argentina y Venezuela, países de numerosos casos de SIDA en el continente. Se podría concluir de que en los 10 casos fueron pues importados por lo menos el VIH.

La profesión fue variable y tal vez enfocando como fuente de ingreso, se puede deducir que 4 (2 hemofílicos agricultores y 2 homo-sexuales, carpintero y escultor santero) tenían escasos ingresos económicos y su entorno era relativamente carenciado, en tanto que los 6 restantes sí pudieron acceder a buen confort de vida, incluyendo viajes autosolventados. Por el momento el detalle profesional no es significativo como elemento esencial.

En cuanto a los centros de consulta o remisión primaria: 5 procedieron de centros privados, 2 del Hospital de Clínicas, 1 del Juan Max Boettner y 2 concurren personalmente al LACIMET, de ello se debe rescatar que ningún centro médico puede estar exento de la posibilidad de consulta de un caso de SIDA, sea como sospecha del mismo, enfermedad intercurrente o indicadora, accidentes o problemas pediátricos (como encefalitis por ejemplo, que pueden ser causados por VIH), lo que obliga a un urgente y continuado plan de entrenamiento del personal médico y paramédico de todas las instituciones médicas, laboratoriales y públicas y privadas, por el peligro que entrañan los riesgos de bioseguridad.

En nuestro país, el factor racial no es un elemento de clasificación, por lo que no se destaca como factor analítico. En cuanto a la edad promedio de 33,7 años, revela que sigue los lineamientos mundiales y representa una pérdida importante en la pirámide etaria, donde el elemento humano se halla en pleno período, de productividad, maduración y proyección social, lo que se llama la mortalidad prematura antes de los 65 años o "años de vida potencial perdidos" (AVPP) (Bol. Epid.). Se puede destacar que los 3 casos hemofílicos fueron menores de 30 años, en cambio los homobisexuales fueron mayores de 30 años.

Al ingreso, los signos más importantes fueron la fiebre, diarrea, disnea, astenia y tos de evolución crónica, promedio 6,5 meses, con gran pérdida de peso (promedio 11,5 Kg.), pero esto puede ser más breve o pasar desapercibido si no se realiza un interrogatorio dirigido, al cual si se suma el estado de los pacientes al ingreso que fueron catalogados como regular (6), malo (2) o, grave (2), y aun cuando algunos presentan síntomas o signos agudos epidemiológicamente en un hombre joven — debe hacer presencia la sospecha del SIDA. Tres de ellos tenían diagnóstico conocido de hemofia, lo que indirectamente fue un elemento de sospecha fundamental.

Es importante acotar que los signos agudos como disnea o cianosis impresionaron más como "grave" en tanto que los desnutridos o muy asténicos fueron catalogados como "malo", lo que no es muy claro, pero refleja una necesidad de semántica prospectiva.

El diagnóstico adicional realmente era el "diagnóstico inicial" en otras instituciones, pero al ser remitidos con pruebas de VIH (+) o sospecha, pasaban a esa categoría, por lo que es importante destacar que 6 casos fueron pulmonares crónicos muy afectados (lo que no suele ser muy frecuente en la TBC o micosis respiratoriamente hablando o neoplasias más frecuentes en nuestro país), y 3 impresionaron por su anemia, que a veces se relaciona con leucosis, parasitosis o neoplasias en nuestro país. Así pues no está demás pensar en SIDA ante casos de hombres jóvenes con cuadros pulmonares o anémicos crónicos.

En cuanto a los días de enfermedad, considerando desde el inicio del primer signo o síntoma hasta el óbito o la confección de este trabajo (Nov/89), se ha tenido un promedio de 9 meses, con grandes variaciones de 1,5 meses a 25 meses (ambos homosexuales), que si se hurga en las causas, probablemente se refieran a ocultamiento de datos o tratamiento profiláctico anti VIH o contra agentes oportunistas, pero es un intento de explicación no obtenidos por la historia (ambos procedían de familias pudientes), en tanto que los días de internación intrahospitalaria fue de 75 días, pero hubo 2 casos tan breves de 6 a 14 días y otro tan prolongado como 6 meses, pero 1 caso reinternado suma 11 meses a la fecha (homosexual con buen nivel cultural y socioeconómico, que ha recibido AZT y tratamiento profiláctico anti *Pneumocystis* y *Toxoplasmosis*, además de cuidados generales), lo que puede representar un estímulo a la tarea educadora poshospitalaria.

De los 10 casos, 9 han fallecido: 8 de los cuales en LACIMET con todo el tratamiento intensivo al alcance y 1 en su domicilio con atención de profesionales de la sala de LACIMET, pero su condición fue siempre decadente. No sirve para objetivar la influencia de la internación o del tratamiento domiciliario en el desarrollo de las complicaciones.

Referente a las infecciones oportunistas más frecuentes: la candidiasis (80%) fue la más frecuente, el *Pneumocystis carinii* se halló en 3 casos (sujetándose a la definición que contempla imagen pulmonar difusa intersticial) y la tuberculosis en 2 casos, sin embargo, hallazgos de serología mostraron sífilis en 5 casos, gérmenes G (—) diversos en 4 casos, *Klebsiella Neumoniae* y estafilococos coagulasa negativa en 3 casos, histoplasmosis 2 casos y Sarcoma de Kaposi, toxoplasmosis, isosporidiasis, criptococosis con estrogiloidiasis en 1 caso cada uno, mostrando el amplio espectro de complicaciones (21 tipos diferentes en solo 10 pacientes y actuando con un criterio selectivo estricto), lo que obliga a una amplia gama de terapéutica que incluyeron cefalosporinas (cefazolina, cefotaxima, ceftriazone, ceftazidina), cloranfenicol, metronidazol, ticarcilina, gentamicina, carbenicilina, ciprofloxacina, flucloxacilina, ketoconazol y anfotericina B, isoniacida, etambutol, rifampicina, SMX—TMP, pentamidina, tiabendazol y penicilina benzatínica — por citar a los más frecuentes— lo que sumado a transfusiones, crioprecipitados, factor VIII, etc., encarecen extraordinariamente el tratamiento y establece la necesi-

dad de prever la creación de los llamados Bancos de provisión de medicamentos —basados en futuras estimaciones de casos— y solventados con aporte oficial y comunitario a través de campañas destinadas a la obtención de fondos.

La evolución clínica en sala aporta datos de interés desde el momento que el 90% (9 casos) presentaron 7 signos evidenciables y de gran valor en la clínica del SIDA: fiebre, pérdida de peso, diarrea, disnea, tos, anorexia y astenia (esta última en los 10 casos), a los que se sumaron escalofríos (5) y lesiones mucocutáneas en 6 casos, lo que nos enseña de la rica semiología del paciente sidoso. Una mención especial a los signos y síntomas psicológicos que requirieron tratamiento específico: depresión (4 casos tratados con amitriptilina), insomnio en 2 casos, tratados con flunitrazepam y 1 caso de agresividad que recibió bromazepam. Los 2 casos con cefalea estaban asociados a meningitis en 1 caso y desconocida en el otro caso.

Laboratorialmente hablando, 9 pacientes presentaron anemia normocítica: 5 normocrómicos y 4 hipocrómicos, 1 caso homosexual sorprendentemente ingresó con valores hematimétricos normales.

Referente a los leucocitos, la media hallada fue casi normal 4994 cel/mm³, debido a casos de sepsis que elevaron considerablemente en algunos pacientes, sin embargo 3 pacientes tuvieron valores medios entre 5000 y 7500 cel/mm³, así también los neutrófilos se mantuvieron muy ligeramente aumentados 76%, pero los linfocitos no pasaron de 16%.

La eritrosedimentación fue siempre acelerada pero raramente pasó a 100 mm en la 2da. hora, siendo pues muy importante retener este dato por el momento.

El estudio de plaquetas no fue sistemático y el valor se mantuvo en la media casi normal, sin embargo aisladamente hubo valores de derrumbe en los casos terminales.

Radiológicamente 6 casos presentaron imágenes francamente patológicas, con un patrón difuso de infiltrado generalmente bilaterales y con predominio de las bases propias de las neumonitis, pero con 2 casos de lesiones baciliares — francas y 1 caso con derrame y paquipleuritis debido a gérmenes piógenos, fueron necesarios complementar con estudios seriados de esputo y tal vez se deba recurrir a tomografías y fibrohoscopías más frecuentes —a pesar de las reservas de los colegas— para tomas biópsicas, por ejemplo, que podrían confirmar fehacientemente las etiologías o protozoos.

CONCLUSIONES

1) El SIDA es una pandemia que ha ingresado al Paraguay en 1986 y todo hace presumir que ya será endémico por mucho tiempo.

- 2) El ingreso de la infección por VIH y el SIDA en el Paraguay fue relativamente tardío, por lo que es de esperar que el número de casos aumente paulatinamente y considerablemente en el próximo decenio.
- 3) Los casos comprendieron a varones homosexuales en 70% y hemofílicos 30%, lo que los configuran como los dos grupos de alto riesgo en el Paraguay.
- 4) El hecho anteriormente mencionado ubica epidemiológicamente al Paraguay en el "Patrón tipo I".
- 5) Hasta el presente no se han tenido conocimiento oficial de casos femeninos, pediátricos o en drogadictos.
- 6) Las profesiones de los pacientes fueron muy diversas y poco afines, por lo que no aportaron datos de interés.
- 7) La faja etaria comprendió de 19 a 50 años, con un promedio de 33,7 años, siendo el grupo mayoritario (70%) el comprendido entre los 23 a 36 años.
- 8) Los tres casos de SIDA con hemofilia se observó en menores de 30 años.
- 9) Los 7 casos de SIDA en varones homobisexuales se observó en edad mayor a 30 años.
- 10) De los 7 casos de SIDA en homosexuales, 4 tuvieron conducta bisexual lo que sugiere la posibilidad de contagio a parejas femeninas no identificadas y eventualmente niños infectados.
- 11) En cuanto al estado civil, 3 casos fueron separados (2 excasados y 1 exconcubinado).
- 12) De los 10 casos, 8 fueron autóctonos, es decir, en nativos o nacidos en Paraguay y 2 casos importados: ambos brasileños.
- 13) Los 8 casos autóctonos habían estado o viajado al Brasil, los hemofílicos para recibir hemoderivados y los homosexuales para contactos sexuales.
- 14) Los 2 casos importados fueron brasileños: uno procedente del Brasil y otro de los E.U.A.
- 15) Las 2 citas precedentes incriminan fuertemente la llamada "vía Brasil" como vía de ingreso del VIH al Paraguay.
- 16) La mayoría de los casos (80%) fueron de origen o residencia urbana.
- 17) Sólo 2 casos (20%) fueron de origen o residencia rural y ambos fueron hemofílicos.
- 18) De los 8 casos urbanos: 7 fueron homosexuales y sólo 1 caso hemofílico.
- 19) La mitad de los casos fueron remitidos al LACIMET desde centros hospitalarios privados de alto costo, de los que se deduce que el primer contacto

o consulta o internación de un paciente con SIDA puede efectuarse en cualquier hospital que no sea LACIMET.

20) Sólo 2 casos concurren a consultar directamente al LACIMET.

21) Los signos y síntomas clínicos más frecuentes que motivaron la consulta fueron: fiebre (60%), diarrea (50%), astenia (40%), tos (30%) y pérdida de peso (20%).

22) Todos los paciente ingresaron al LACIMET con el diagnóstico de SIDA (100%).

23) El diagnóstico de ingreso adicional de mayor jerarquía fue la hemofilia (30%), que constituye de por sí un grupo de alto riesgo.

24) En 6 casos (60%) el diagnóstico adicional comprendió neumopatías.

25) Todos los pacientes ingresaron con gran afectación del estado general por lo que se utilizaron sólo tres términos para describirlos: "regular" (60%), "malo" (20%) y "grave" (20%).

26) La historia de la enfermedad previa a la hospitalización tuvo una media de 6,5 meses por paciente.

27) El tiempo promedio de hospitalización fue de 2,5 meses.

28) El tiempo promedio de enfermedad (inicio de los primeros signos o síntomas hasta el óbito o finalización de este trabajo) es de 9 meses.

29) La pérdida de peso promedio —previo al ingreso al LACIMET— fue de 11,5 Kg. por paciente.

30) Al interrogatorio todos los pacientes homosexuales negaron sistemáticamente haber padecido cofactores tales como úlceras genitales, uretritis, etc.

31) La serología demostró que en 5 casos homosexuales (50%) existía o existió la sífilis como cofactor.

32) La hepatitis B en estado de portador asintomático fue comprobado serológicamente en un caso homobisexual.

33) Las enfermedades oportunistas más comunes fueron Candidiasis en todas las localizaciones (80%), gérmenes G(—) (50%), neumonía a *Pneumocystis Carinii* (30%), giardiasis (30%), tuberculosis (20%), histoplasmosis (20%).

34) Las enfermedades oportunistas menos frecuentes fueron *Toxoplasmosis* (10%), *Sarcoma de Kaposi* (10%), *Estrogiloidiasis* (10%).

35) Según la clasificación del SIDA de la C.D.C. (Atlanta, Georgia) y la OMS, los casos paraguayos pertenecieron al Grupo IV, Subgrupo "C", Categrías "1 y 2" y al Subgrupo "D".

36) El 100%) de los casos de SIDA fueron confirmados con estudios serológicos indirectos para la detección del VIH, con el ELISA, IFI y el Western Blot.

37) Los estudios para la detección del VIH fueron realizados en el LACIMET.

38) A la fecha los centros de referencia laboratoriales para el diagnóstico del VIH son el LACIMET y el I.I.C.S.

39) El Centro de Referencia para la hospitalización de los casos de SIDA sigue siendo solamente el LACIMET.

40) El 60% de los pacientes presentaron lesiones pulmonares verificables radiológicamente, lo que jerarquiza su valor auxiliar.

41) En 9 pacientes (90%) se encontraron valores hematimétricos compatibles con anemia normocítica.

42) De los 9 casos con anemia normocítica, 5 fueron normocrómicas y 4 hipocrómicas.

43) Los signos y síntomas clínicos intrahospitalarios más frecuentes fueron: astenia (100%), fiebre, pérdida de peso, diarrea, disnea, tos y anorexia (todos 90% cada uno), las lesiones mucocutáneas, disfagia, escalofríos y palidez en 60% de los casos.

44) Las reacciones psicológicas observadas fueron: depresión (40%), insomnio (20%), y agresividad (10%).

45) El sarcoma de Kaposi fue observado en un solo caso (homosexual).

46) Los antibióticos más utilizados fueron el Ketoconazol, SMX-TMP, cefalosporinas, metronidazol y la triple terapia antibacilar (isoniacida-rifampicina-etambutol).

47) El AZT fue indicado en un solo caso (homosexual sobreviviente e internado actualmente el LACIMET) por lo que no permite aún deducir datos sobre prolongación de vida o disminución de infecciones oportunistas.

48) De los 10 pacientes, 9 han fallecido (90% de mortalidad) en un lapso de tiempo promedio de 9 meses.

49) Las causas probables de muerte fueron tan variadas, que dependieron de la patología subyacente básicamente.

50) No se han encontrado aún casos de SIDA con enfermedades infecciosas o tropicales locoregionales, tales como chagas, leishmania, paludismo, paracoccidiomycosis y otras que puedan dar perfil propio a la enfermedad en la región.

51) Los estudios de seroprevalencia indican que existen 30 portadores asintomáticos de VIH conocidos.

52) Los portadores asintomáticos más numerosos son los homobisexuales.

53) El grupo de portadores asintomáticos más numerosos son los homobisexuales.

53) El grupo de portadores asintomáticos del VIH en el Paraguay comprenden: homobisexuales, hemofílicos, drogadictos y prostitutas, con algunos carentes de datos.

RECOMENDACIONES

1) Promulgar una Ley que regule las donaciones pagadas de sangre, condicionando a un riguroso screening o tamizaje previo.

2) Estimular la autotransfusión para las intervenciones programadas.

3) Empezar un riguroso programa educativo a nivel nacional, utilizando la prensa oral, escrita y televisiva en su máxima expresión y con mensajes elaborados acorde a las más modernas técnicas mundiales de influenciar a las masas.

4) Utilizar en los programas educativos a personas de gran popularidad, no precisamente de solvencia académica, para captar mejor la atención del público.

5) Estimular la creación de clubes o sindicatos y organizaciones afines entre los homosexuales y prostitutas a fin de que sus líderes, como en otros países, logren entregarles información básica.

6) Propender el uso del preservativo en todos los contactos ocasionales o desconocidos, exigiendo que los homosexuales, prostitutas y moteles cuenten con tal elemento en todo momento.

7) Habilitar líneas telefónicas en base a voluntariado, previamente adiestrado y responsablemente identificado, para evacuar las preguntas o dudas anónimas.

8) El anonimato de los casos deben restringirse a la prensa, pero no a la comunidad médica y paramédica, por razones de bioseguridad estricta.

9) Exigir que todo paquete de sangre o hemoderivado a transfundirse tenga un certificado de ELISA negativo, aun en zonas rurales, para lo cual debe operarse con una red de laboratorios de tamizaje.

10) Establecer un programa de entrenamiento continuado, sobre todos los aspectos del SIDA, para nivel médico, paramédico y público en general, en los principales centros hospitalarios del país a efecto de estimular la educación con efecto de "bola de nieve"

11) Concientizar a los médicos en general de que el SIDA no es una enfermedad sólo para infectólogos, sino que puede estar presente en cualquier paciente quirúrgico, obstétrico, pediátrico o siquiátrico por citar algunas especialidades.

12) Realizar un censo seguro y continuo de los homosexuales, prostitutas, drogadictos y hemofílicos a los efectos de someterlos a control por consultorios de ETS y VIH en forma periódica.

13) Reforzar el apoyo educativo o instituciones, como FUNDAHOMO, PUAFE, CEPEP, Cruz Roja y otras, para mayor coordinación y mejor cobertura laboratorial.

14) Utilizar la experiencia de drogadictos recuperados para penetrar en el submundo del vicio para entregar información y apoyo con jeringas o agujas desechables.

15) Se debe recordar que la prevención de la enfermedad es un problema médico que supera las barreras religiosas o ético-legales porque presupone reconocer situaciones socioculturales aberrantes.

16) Crear un banco nacional de medicamentos: encargado de calcular, obtener y regular la administración de medicamentos para los casos internados o ambulatorios.

17) Confeccionar protocolos uniformes de historias clínicas, para todos los centros hospitalarios del país, para facilitar el manejo coordinado de los pacientes, así como el estudio prospectivo de los mismos en futuros trabajos.

BIBLIOGRAFIA

1. ADLER, M. W. ABC of AIDS: development of the epidemic. *British Medical Journal* 294: 1083-1085, Apr., 1987.
2. AMBRONA, M. Et. al. SIDA 2a. ed.: Bs. As. EUDEBA. 1988, 188p.
3. BARRETO CORREA, Lima (ed.) AIDS - SIDA. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Rio de Janeiro, Ed. Médica e Científica (Medsa). 1986. 159 p.
4. BERKLEY, Seth et al. Surveillance for AIDS in Uganda. *Current Science* 3 (3): 79-85, Set. 16, 1988.
5. Brasil. Ministerio de Saude. Recomendações para presença e controle da infecção pelo Virus HIV (SIDA-AIDS). Brasília Centro de Documentação. 1987, p. 8.
6. Ministerio de Saúde - Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS) - Divisão Nacional de Controle de DST - SIDA/AIDS (Brasília). Criterios para utilização da zidovudine. Oct., 1987, p. 10.
7. Ministerio da Saúde - Secretaria nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS) - Divisão Nacional de Controle de DST-SIDA/AIDS (Brasília). Previsão das necessidades de medicamentos para tratamento de pacientes com SIDA/AIDS no periodo de Agosto de 1987 e Agosto de 1988. (Brasília), Agosto 1988, p. 12.
8. BRITTEN, Anthony F. H. —Hacia una transfusión de sangre sin riesgos. *Salud Mundial*, Marzo 1988. p. 22 - 24.
9. BRIVET, F. et al. Lesiones pancreáticas en el SIDA *LANCET* 12 (1): 66, 1988. (Ed. Esp.).
10. BOUCHER, Ch. A. B., et al. Antibody response to a synthetic peptide covering a LAV-1/HTLV-IIIIB neutralization epitope and disease progression. *Current Science* 3 (2): 71-76, Nov. 15, 1988.
11. BUTTO, S. et al. Simultaneous seropositivity to HIV-1 and HIV2 in Italian drug abusers. *AID* 2 (2): 130-140, 1988 (letters).
12. CABELLO, M. A. et al. Estudio de la seroprevalencia de la infección por HIV (Virus de la inmunodeficiencia humana) en el Paraguay. *Anales Fac. Ciencias Médicas (Asunción)* 19(1-2): 301-311, 1987.
13. CAHN, P. et al. Análisis de 33 casos de SIDA en la Argentina. *Medicina (Bs. As.)* 47(1): 1-11, 1987.
14. COCKERELL, C. J. et al. Angiomatosis epidérmica: un trastorno vascular defrenado en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida o complejo relacionado con el SIDA. *Lancet* 12 (2): 80-82, 1988. Ed. Esp.
15. COLEBUNDERS, R. et al. Short communication acute HIV illness following blood transfusion in three African Children. *Gower Academic J.* 2(2): 125-139, Nov. 12, 1987.

16. DANIELS, V. G. SIDA, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. México, D. F. El Manual Moderno. 1987, 146 p.
17. DANZINGER, R. Formas de comportamiento. Salud Mundial. Mar. 1988, p. 13.
18. DESMET, P. et al. The value of cryptococcal serum antigen screening among HIV-positive AIDS patients in Kinshasa, Zaire. *Current Sciences* 3 (2): 77-78, Nov. 15, 1988.
19. DE VITA, V. T. SIDA, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención. Barcelona. Salvat. 1986.
20. DOUGLAS, D. R. et al. The toxicity of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-Related complex. *New England J. Med.* 317(4): 192-197, Jul, 23, 1987.
21. ELL. P. J. et al. Técnicas de imagen en las lesiones cerebrales de la infección por VIH. *Lancet* 2(1): 65-67, 1987. Ed. Esp. (cartas).
22. Epidemiología, manifestaciones clínicas y factores pronósticos de la infección pediátrica por VIH; estudio multicéntrico Italiano. *Lancet* 14(3): 154-156, 1988. Ed. Esp.
23. EPSTEIN, D. Transmisión de informaciones por satélite. Salud Mundial Mar. 1988, p. 15.
24. EVANS, D. I. K. El VIH y la ley. *Lancet* 12(1): 66-67, 1988. Ed. Esp.
25. EVERETT KOOP, C. SIDA: Informe del Director de Sanidad de los EE.UU acerca del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.. *Arch. Argentinos Dermat* 34(6): 393-406, Nov-Dic. 1986.
26. FARTHING, C. F. A colour atlas of AIDS and HIV Disease. 2a. Ed. England, Wolfe Med. Publ. 1988.p. 6-31.
27. FERNANDEZ-CRUZ, E. et al. Increased synthesis and production of prostaglandin E2 by monocytes from drug addicts with AIDS. *Current Science* 3(2): 91-96, 1989.
28. FISCHL, M. A. et al. The efficacy of azidothymidine (ATZ) the treatment of patients with AIDS and AIDS-Related complex. *N. England J. Med.* 317(4): 185-191, Jul. 23, 1987.
29. GALLO, R. En busca de una vacuna. Salud Mundial Mar. 1988, P.9.
30. GOLD, J. W. M. Infectious complications in patients with HIV infection. *Gower Academic J.* 2(5): 327-334, Feb. 22, 1988.
31. GUERRA DE MACEDO RODRIGUEZ, L. Pesquisa biomédica en seres humanos. Proyecto de pesquisa clínica *Bo. Epidemiológico* (1(12) 1988.
32. HAVERRKOS, H. W. diagnóstico y tratamiento del SIDA en los EE.UU. *Bol Of Sanit Panam.* 106 (6): 512 Jun. 1989.
33. HO, D. et al. Recombinant human interferon alfa-A suppresses HTL-III replication in vitro. *Lancet* 3(3): 602-604, March. 16, 1985.

34. HOLMBERG, S. D. et al. Prior herpes simplex virus type 2 infection as a risk factor for HIV infection. *JAMA* 259(7): 10048-1050, Feb. 19, 1988.
35. Información farmacológica. Azidotimidina: primer medicamento aprobado para tratar el SIDA (EE.UU.) FDA- Consumer. *Bol' Of. Sanit. Panam.* 103(4): 393-401, 1987.
36. IVO-DOS-SANTOS, J. et al. Procedimiento sencillo para obtener grandes cantidades de antígenos del VIH para serodiagnóstico. *SIDA, Bol. Of. Sanit. Panam.* 105(5-6): 568-574, 1988.
37. KINCHIGTON, D. et. al. Short communication comparison of antigen capture assays against HIV -1 in avaluatin antiviral compounds. *Current Science* 3(2): 101-104, Oct. - Dic. 1988.
38. KROWN, S.E. AIDS - asociated Kaposis sarcoma pathogenesis, clinical course and treatment. *Gower Academic Journals* 2(2): 71-80, Feb. 8, 1988.
39. LANGMUIR, A. D. Se ha exagerado los pronósticos sobre el SIDA. *SIDA, Bol. Of. Sanit. Panam.* 105(5-6): 623-628, 1988.
40. LELIE, P. N. et al. Evaluación de tres ensayos de 2a. generación y tres ensayos confirmatorios para detectar la presencia de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana. Amsterdam (Países Bajos). Tercera Conferencia Internacional sobre el SIDA 1-6 Jun. 1987.
41. MANN, J. M. Para un reto mundial. *Salud Mundial*, Marzo 1988, p: 4-8.
42. MARTINEZ A., C. et al. Consecuencias inmunológicos de infección por VIH: la ventaja de poseer una baja capacidad de respuesta plantea dudas sobre el desarrollo de la vacuna. *Lancet* 13(1): 35-38, 1988. Ed. Esp.
43. MATTHEWS, R. et al. Candida y SIDA: evidencia de anticuerpos protectores. *Lancet* 13(6): 390, 1988. Ed. Esp.
44. MOSS, A. R. et al. Natural history of HIV infection. *Current Science* 3(2): 55-61, Jun. 5, 1988.
45. NAJERA MORRONDO, R. SIDA: Un problema de salud pública. Madrid, Ed. Díaz de Santos. 1987.
46. NAJERA MORRONDÓ, R. y HERRERA, M. Biología del virus del SIDA, Mar. 1988, p.: 10-11.
47. NELSON, J. A. et al. Detección del virus de inmunodeficiencia humana en el epitelio intestinal de pacientes con síntomas gastrointestinales. *Lancet* 12(6): 371-374, 1988. Ed. Esp.
48. NGUGI, E. La labor de consejo. *Salud Mundial*, Marzo 1988, p. 14.
49. OKWARE, S.I. La lucha contra el SIDA en Uganda. *Salud Mundial*, Marzo 1988, p: 21.
50. O.M.S. (Organización Mundial de la Salud). La situación del SIDA en las Américas, 1988. *Bol. Epidemiológico* 9(4), 1988, 16 p.

51. O.M.S./O.P.S. (Organización Mundial de la Salud/Oficina Panamericana de la Salud). SIDA: Perfil de una epidemia. Washington, D.C. Publicación Científica 514, 1989.
52. Oficina Panamericana de la Salud (O.P.S.) (Boletín) SIDA, Número especial. Primera Teleconferencia Panamericana sobre el SIDA. 105(5-6): 688-736, 1988.
53. Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.) Aspectos clínicos, laboratoriales, educativos y psicológicos del SIDA. Primer Simposio Nacional sobre el SIDA. San Bernardino 9-10 Nov. 1988. (Mimeografiado).
54. ORHOLM, M. et al. Suppression of p24 antigen in sera from HIV-infected individuals with low-dose alfa-interferon and zidovudine: a pilot study. *Current Science* 3(2): 397-400, 1989.
55. PECKHAM, C. S. et al. Transmisión madre-hijo de la infección por VIH: Estudio cooperativo europeo. *Lancet* 14(3): 149-153, 1989. Ed. Esp.
56. PEDERSEN, C. et al. Temporal relation of antigenaemia and loss of antibodies to core antigens to development of clinical disease in HIV infection. *British Med. J.* 295: 547-549, Sept. 5, 1987.
57. PIOT, P. y COLEBUNDERS, R. Síntomas Clínicos. *Salud Mundial*, Mar. 1988, p: 25-26.
58. POMPIDOU, A. La lucha contra el SIDA en Francia. *Salud Mundial*, Mar. 1988, p: 19-20
59. Population Reports. Serie 1 N° 5, Abr. 1987.
60. RAJ, S. V., et al. Immunological variables as predictors of prognosis in patients with kaposi's sarcoma and the acquired immunodeficiency syndrome. *Cancer Research* 46:417-425, Jan 1986.
61. RAMIREZ BOETTER, C. M. Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) En: Enfermedades Infecciosas y Tropicales en el Paraguay. Asunción, EFACIM. p: 805-827.
62. RANKI, A. et al. T-cell response towards HIV in infected individual with and without zidvudine therapy, an in HIV-exposed sexual partners. *Currents Sciences* 3(2): 63-69, Nov. 22, 1988.
63. REID, E. Las mujeres y el SIDA. *Salud Mundial*, Marzo 1988, pp: 28-29.
64. REZZA, G. et al. The natural history of HIV infection in intravenous drug users: risk of disease progression in a Cohort of seroconverters. *Current Science* 3(2): 87-90, Nov. 31, 1987.
65. SANDSTROM, E. F. and KAPLAN, J. C. Antiviral therapy in AIDS. Clinical Pharmacological properties an therapeutic. Experience to date. *Drugs* 34: 372-390, 1987 (Review article).
66. RICHAMAN, D. D. et al. The toxicity of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. *New Eng. J. M ed* 317(4): 192-197, Jul 23, 1987.

67. TOVO, P. A. et al. Epidemiología. Manifestaciones clínicas y factores pronósticos de la infección pediátrica por VIH. *Lancet* 14(3) 180-182, 1989. Ed. Esp.
68. TOVO, P. A. et al. Transmisión vertical del VIH. *Lancet* 14(3): 180-182, 1989. Ed. Esp.
69. SCHOLLE, C.S. SIDA: Aspectos sociales, jurídicos y éticos de la "tercera epidemia". *SIDA. Bol. Of. Sanit Panam* 105(5-6): 587-604, 1988.
70. SCHULZ, T.F. Et. al. Discriminación serológica entre VIH-1 y VIH-2. *Lancet* 13 (6): 409, 1988. Ed. Esp.
71. SEPULVEDA AMOR, J. et al. Prevención de la transmisión sanguínea del VIH. *SIDA. Bol. Of. Sanit. Panam.* 105(5-6): 605-614, 1988.
72. WILLIAMS, I. et al. Pocket picture guides AIDS. New York, Lippincott, 1989. 113 p.
73. WILLIAMS, F. et al. AIDS. Philadelphia, J. B. Lippincott. 1989. p. 1-38.
74. WOLF, F. et al. Efecto of zidovudine on serum HIV antigen levels in symptom free subject. *Lancet* 12(4): 373-376, 1988.
75. World Health Organization (W.H.O.) - Pan American Health Organization (P.A.H.O.). Second Pan American Confress of AIDS, República Dominicana. 11-13, 1 Nov. 1989. 77 p.
76. YAMAMOTO, J. K. et al. Human Alpha - and Beta Interferon but not Gamma in supress the in vitro replication of LAV, HTLV - II and ARV-2. *Journal of Interferon Research* 6:143-152, 1986.
77. YOULE, M. et al. AIDS, Therapeutics in HIV Disease. Edinburgh, Churchill Livingtone. 1988. 162 p.
78. YOUNG, L. S. Aspectos tratables de la infección por virus de inmunodeficiencia humana. *Lancet* 12(5): 311-314, 1988. Ed. Esp.