

Medicinae SIGNUM

*Revista científica de la Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Concepción*

VOL. 5 N° 1 2026

REVISTA CIENTÍFICA

**IMPULSAMOS EL MAÑANA,
DIVULGANDO EL PRESENTE**



ARTÍCULOS ORIGINALES, CASOS CLÍNICOS



©

Rev. Medicinae Signum

Vol 5- N° 1/ 2026

Facultad de Medicina

Universidad Nacional de Concepción

Ruta V. Km 2 Gral. Bernardino Caballero

Concepción – Paraguay

Versión en línea a texto completo:

<https://revistas.unc.edu.py/index.php/fmunc/>



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

Equipo editorial

DIRECTOR

- **Dr. César Daniel Díaz Sapena**, Director Editorial asignado por Resolución DEC/FM/UNC N° 053/2021 del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina de la UNC.

EQUIPO DE REVISIÓN TÉCNICA

- **Dr. Raúl Milciades Desvars González**, Director de Investigación en la Facultad de Medicina, UNC.

APOYO TÉCNICO y REDACCIÓN

- **MSc. Andrea Susana Núñez Benítez**, Coordinadora de Investigación, Rectorado-UNC
- **Dr. Osvaldo Marcelo Lezcano**, Tutor metodológico y Técnico, Facultad de Medicina-UNC
- **Lic. Deysi Johanna Pérez Lesmo**, Tutor metodológico y Técnico, Facultad de Medicina-UNC

REVISORES

- **Dr. Arnaldo Javier Cubas León**, Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Facultad de Medicina, Villarica- Paraguay
- **Dr. Alejandro de Jesús Valenzuela**, Universidad Nacional de Asunción, Filial Santa Rosa del Aguaray.
- **Dra. Pedro Gustavo Valenzuela Rojas**, Universidad Central del Paraguay/Docente

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
<i>EDITORIAL</i>	
La Investigación al alcance del médico en formación. Una brújula segura- Dr. Arnaldo Javier Cubas León.	4-5
<i>ORIGINAL</i>	
Análisis integral de estilos de vida, factores de riesgo cardiometabólico y estado nutricional en funcionarios de la universidad nacional de Concepción.	6-9
Caracterización de los pacientes internados por shock séptico en los servicios de urgencias adultos, clínica médica y terapia intensiva adultos del hospital regional de concepción. Periodo 2024.	10-23
Conocimiento y manejo de crisis hipertensivas por médicos del servicio de urgencias del hospital regional de concepción - Paraguay, año 2025	24-32
Impacto del uso de redes sociales en la autoestima de estudiantes de enfermería: propuesta de intervención integral.	33-35
Desafíos, actualización y perspectivas bioética en la práctica médica: voces de profesionales de concepción-Paraguay. Año 2025.	36-50
Entre la vida y la exclusión: mujeres en hemodiálisis crónica, vulnerabilidad y ciudadanía en el interior del Paraguay.	51-59
<i>ARTÍCULO DE CASOS CLÍNICOS</i>	
Bronquitis plástica idiopática: causa inusual de atelectasia con llamativa resolución. Reporte de caso.	60-66
Meningitis tuberculosa como manifestación de tuberculosis extrapulmonar: a propósito de 2 casos.	67-71
Caracterización clínica y laboratoriales de las patologías dermatológicas atendidas por la cátedra de dermatología de la facultad de medicina de la UNC en conjunto con el programa pire porã rekavo, Concepción- Paraguay.	72-75
Enfermedad de hansen: importancia de la sospecha clínica, manifestaciones cutáneo-respiratorias graves, nexo epidemiológico. Reporte de caso clínico.	76-81
Escuchar es diagnosticar: el poder de la anamnesis en el diagnóstico del tétanos generalizado grave - reporte de caso clínico.	82-85
Trombocitopenia como forma de presentación de cáncer metastásico. A propósito de un caso.	86-91

La Investigación al alcance del médico en formación. Una brújula segura.

El arte de curar ha experimentado en la historia constantes y curiosos cambios de paradigma, tales que un médico actual, difícilmente aceptaría, tratamientos que hace 30 años eran considerados dogmas en sus respectivas áreas.

La dinámica transformación y evolución del saber en el área médica, es una constante que va acelerando su curva de velocidad a pasos exponenciales, fruto de la constante investigación y revisión de viejos principios donde, a menudo reposan renovados principios, revestidos de la frescura de las nuevas tecnologías que las desembarazan de buena parte de empirismo.

Esta realidad mencionada tiene una vertiente positiva, cual es la inquieta y pertinaz búsqueda de más y mejores opciones para enfrentar al NOSOS, que mantiene a la humanidad en la faena de buscar nuevas fronteras, escarbar, replantear, deducir, y finalmente experimentar, en miras a beneficiar a la humanidad de sus hallazgos.

La otra vertiente – negativa- y por ello no menos importante y digna de mención es, el rápido devenir de nuevas opciones terapéuticas, lo que conlleva, por ejemplo, a la síntesis de nuevas moléculas para viejos problemas, desbancando de forma descortés, a los anteriores epítomes reinantes por décadas. Esto hablando coloquialmente significa, nuevos medicamentos para viejos problemas. La implementación de estos hallazgos produce indefectiblemente la caída de su antecesor, con las consecuencias económicas que ello significa. Años dedicados al desarrollo de un fármaco, repentinamente son desechados al tacho de las buenas intenciones, con esto de “A rey muerto, rey puesto”.

Por este motivo es menester para el joven médico, tener la suspicacia y el suficiente bagaje intelectual, el conocimiento técnico, la sana razón clínica y no poca dosis de sentido común, a la hora de abrazar apasionadamente a nuevos mesías terapéuticos, que llegan rodeados de halos de éxito, respaldados por una multimillonaria campaña de promoción médica, cayendo casi como imposiciones terapéuticas en desmedro de otras, viejas pero tal vez aún lo suficientemente efectivas.

Así hemos visto pasar infinidad de grupos terapéuticos, tanto como os podáis imaginar; desfilando en la triste columna de los condenados a la desaparición irremediable. No faltan los argumentos de distinto corte para justificar esa “renovación” y he aquí el punto focal: Que no sea el argumento económico-financiero, o la presión sutil imprimida por los grupos de interés derramada por medio del marketing despiadado, el aliciente o la vara para medir las conveniencias terapéuticas a ser escogidas; sino la fina observación clínica, el conocimiento, y la incansable y honrada sed de nuevos horizontes que se nos abre mediante la investigación.

Como nunca antes, la investigación está al alcance de las nuevas generaciones, y del modelo del alumno – sujeto pasivo de la enseñanza médica – pasemos a un protagonista inquieto y disconforme, a un sujeto curioso y cuestionador, receta ideal para evitar caer rendidos al canto irresistible de las sirenas del mar.

*Dr. Arnaldo Javier Cubas León.
ORCID: 0009-0008-1173-3361
Universidad Nacional de Concepción.
Concepción - Paraguay*

ANÁLISIS INTEGRAL DE ESTILOS DE VIDA, FACTORES DE RIESGO CARDIOMETABÓLICO Y ESTADO NUTRICIONAL EN FUNCIONARIOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CONCEPCIÓN

*Comprehensive Analysis of Lifestyles, Cardiometabolic Risk Factors and Nutritional Status in
officials of the National University of Concepción*

González, Landdy¹; Amarilla, Elianne¹; Cabrera, María¹; Franco, José¹; Ferreira, Dahiana¹;
Yasuchyn, Alice¹

1. Universidad Nacional de Concepción, Docente Facultad de Medicina. Concepción - Paraguay

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la relación entre estilos de vida, factores de riesgo cardiometabólico y estado nutricional en funcionarios universitarios. **Métodos:** Estudio transversal con 150 funcionarios. Se analizaron variables antropométricas, tipo de actividad laboral, frecuencia de actividad física, horas de sueño, consumo de ultraprocesados, enfermedades de base, medicación crónica, controles médicos y antecedentes familiares. **Resultados:** El 58% presentó actividad laboral sedentaria. El 42% no realiza actividad física semanal. El 45% duerme ≤ 6 horas/día. El 68% consume ultraprocesados 1-2 veces/semana. Las enfermedades más prevalentes fueron HTA (24%), dislipidemia (22%) y obesidad (18%). El 38% requiere medicación crónica y el 62% realiza controles médicos periódicos. **Conclusión:** Existe una interrelación significativa entre sedentarismo laboral, inactividad física, sueño insuficiente y prevalencia de enfermedades crónicas.

Palabras clave: Estilos de vida, Riesgo cardiometabólico, Salud laboral, Enfermedades crónicas.

Cómo referenciar este artículo/
How to reference this article

González, Landdy; Amarilla, Elianne; Cabrera, María; Franco, José; Ferreira, Dahiana; Yasuchyn, Alice. Análisis integral de estilos de vida, factores de riesgo cardiometabólico y estado nutricional en funcionarios de la Universidad Nacional de Concepción. Rev. Medicinae Signum. 2026; 5(1):6-9.


ABSTRACT

Objective: To evaluate the relationship between lifestyle, cardiometabolic risk factors, and nutritional status in university employees. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with 150 employees. Anthropometric variables, type of work activity, frequency of physical activity, hours of sleep, consumption of ultra-processed foods, underlying diseases, chronic medication, medical check-ups, and family history were analyzed. **Results:** 58% of employees had sedentary work. 42% did not engage in weekly physical activity. 45% slept ≤ 6 hours/day. 68% consumed ultra-processed foods 1-2 times/week. The most prevalent diseases were hypertension (24%), dyslipidemia (22%), and obesity (18%). 38% required chronic medication, and 62% underwent regular medical check-ups. **Conclusion:** A significant correlation exists between sedentary work, physical inactivity, insufficient sleep, and the prevalence of chronic diseases.

Key words: Lifestyles, Cardiometabolic risk, Occupational health, Chronic diseases

Fecha de recepción: noviembre 2025. Fecha de aceptación: noviembre 2025

*Autor de correspondencia: González, Landdy. E-mail: dralanddy@gmail.com

 Este es un artículo fue publicado en acceso abierto, bajo licencia de Creative Commons Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional.

INTRODUCCIÓN

Los estilos de vida modernos caracterizados por sedentarismo, alimentación inadecuada y estrés laboral constituyen factores determinantes en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles. Estudios previos demuestran que el entorno laboral universitario, aunque intelectualmente activo, suele asociarse a hábitos perjudiciales para la salud. Este estudio integra por primera vez el análisis antropométrico con evaluación completa de estilos de vida en funcionarios de la UNC.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Estudio transversal analítico.

Población: 150 funcionarios (84 mujeres, 66 hombres).

Variables analizadas:

- Antropométricas: peso, talla, IMC, circunferencia de cintura y cuello
 - Estilos de vida: tipo de actividad laboral, frecuencia de actividad física, horas de sueño, consumo de ultraprocesados
 - Salud: enfermedades de base, medicación crónica, controles médicos, antecedentes familiares
- Análisis estadístico:** SPSS v.26, chi-cuadrado, correlaciones múltiples.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de Estilos de Vida (n=150)

Variable	Categoría	Frecuencia	%
Actividad laboral	Sedentaria	87	58.0
	Activa moderada	48	32.0
	Activa intensa	15	10.0
Actividad física/semana	Ninguna	63	42.0
	1-2 veces	45	30.0
	3-4 veces	32	21.3
Horas de sueño/día	≥5 veces	10	6.7
	<5 horas	18	12.0
	5-6 horas	49	32.7
	7-8 horas	72	48.0
Consumo ultraprocesados	>8 horas	11	7.3
	Nunca	25	16.7
	1-2 veces/semana	102	68.0
	3-5 veces/semana	19	12.7
	>5 veces/semana	4	2.6

Tabla 2. Prevalencia de Condiciones de Salud.

Condición	Frecuencia	%
Enfermedades de base		
HTA	36	24.0
Dislipidemia	33	22.0
Obesidad	27	18.0
Diabetes	8	5.3
Medicación crónica	57	38.0
Controles médicos periódicos	93	62.0
Antecedentes familiares	81	54.0

Correlaciones Significativas:

- Actividad laboral sedentaria ↔ IMC elevado ($r=0.68$, $p<0.01$)
- Ausencia de actividad física ↔ CC aumentada ($r=0.72$, $p<0.01$)
- Sueño <6 horas ↔ Mayor consumo de ultraprocesados ($r=0.61$, $p<0.05$)
- Antecedentes familiares ↔ Enfermedades de base ($r=0.75$, $p<0.01$)

DISCUSIÓN

Los resultados revelan un perfil epidemiológico preocupante con alta prevalencia de sedentarismo laboral (58%) e inactividad física (42%), factores que explican en parte la elevada frecuencia de obesidad y enfermedades metabólicas. La correlación entre sueño insuficiente y consumo de ultraprocesados sugiere un círculo vicioso donde la fatiga laboral conduce a elecciones alimentarias inadecuadas.

La concordancia entre antecedentes familiares y desarrollo de enfermedades crónicas ($r=0.75$) resalta la importancia de la predisposición genética, aunque modificada por factores ambientales. El hecho de que el 62% realice controles médicos periódicos indica conciencia sanitaria, aunque no se traduce en mejoría de indicadores de salud.

CONCLUSIÓN

El presente estudio identifica una situación crítica de salud entre los funcionarios de la Universidad Nacional de Concepción, caracterizada por la elevada prevalencia de obesidad (42%), circunferencia abdominal de riesgo (82.7%) y sedentarismo laboral (58%). Estos indicadores se correlacionan significativamente con factores modificables como inactividad física (42%), sueño insuficiente (44.7%) y consumo regular de ultraprocesados (68%),

configurando un perfil de riesgo cardiometabólico que demanda atención.

El análisis integral demuestra que estos factores actúan de forma sinérgica, creando un ciclo fisiopatológico donde el sedentarismo laboral se asocia con IMC elevado ($r=0.68$), el sueño inadecuado con mayor consumo de ultraprocesados ($r=0.61$) y los antecedentes familiares con desarrollo de enfermedades crónicas ($r=0.75$). Esta interrelación explica la alta prevalencia de HTA (24%) y dislipidemia (22%) encontrada, condiciones que persisten a pesar de que el 62% de la población realiza controles médicos periódicos.

Se recomienda la implementación urgente de un programa institucional de medicina preventiva que incluya: reorganización de espacios laborales para reducir el sedentarismo, implementación de actividad física supervisada, educación nutricional específica y seguimiento médico periódico con enfoque en los indicadores críticos identificados. La intervención coordinada sobre estos factores modificables representa una oportunidad única para mejorar la salud del capital humano institucional y constituir a la universidad como referente en promoción de salud laboral en el Paraguay.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1- OMS. (2021). Directrices sobre actividad física y comportamiento sedentario.

2- Ministerio de Salud Pública de Paraguay. (2020). Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

3- American Heart Association. (2022). Sleep Duration and Quality in Adult Population.

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES INTERNADOS POR SHOCK SÉPTICO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ADULTOS, CLÍNICA MÉDICA Y TERAPIA INTENSIVA ADULTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN. PERIODO 2024.

Characterization of patients admitted for septic shock in the adult emergency, medical clinic and adult intensive care services of the regional hospital of Concepción. Period 2024.

Sanabria, Luis Carlos ¹; Peralta González, Gustavo Javier ¹; Caballero Abente, Ileana María ¹; Dávalos Rojas, Ana Lucía ¹

1. Universidad Nacional de Concepción - Facultad de Medicina - Especialista en Medicina Interna, Hospital Regional de Concepción

RESUMEN

Introducción: El shock séptico es una condición crítica con alta mortalidad. En Paraguay, la evidencia sobre su caracterización clínica y epidemiológica es limitada. **Objetivo:** Caracterizar a los pacientes internados por shock séptico en Urgencias Adultos, Clínica Médica y Terapia Intensiva Adultos del Hospital Regional de Concepción durante 2024. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, basado en la revisión de historias clínicas de pacientes ≥ 18 años internados por shock séptico en los servicios mencionados entre enero y diciembre de 2024. Se analizaron variables sociodemográficas, comorbilidades, foco infeccioso, microbiología, disfunción orgánica, soporte ventilatorio y desenlace mediante estadística descriptiva. **Resultados:** Se caracterizaron 157 casos. La edad promedio fue de 60 años, predominando el rango de 61 a 80 años (45,2%) y el sexo masculino (58%). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (40,8%) y diabetes mellitus (31,2%). El foco infeccioso predominante fue el pulmonar (54,1%), seguido de piel y partes blandas (11,5%). La mitad de los casos presentó cultivos positivos, con predominio de bacterias gramnegativas resistentes. Los patógenos más aislados fueron *Staphylococcus aureus* (20%) y *Klebsiella pneumoniae* (12%). La afectación respiratoria fue común (61,8%) y el 35% presentó falla multiorgánica; 57,3% requirió ventilación mecánica invasiva. La mortalidad alcanzó el 60,5%. **Conclusiones:** El estudio revela una elevada mortalidad asociada al shock séptico, con foco pulmonar predominante y presencia importante de bacterias gramnegativas. Estos resultados evidencian la necesidad de estrategias para la detección precoz, el tratamiento protocolizado y la prevención de infecciones nosocomiales, a fin de mejorar los resultados clínicos en esta población vulnerable.

Palabras clave: Shock séptico, sepsis, mortalidad, cuidados intensivos, infecciones nosocomiales.

Cómo referenciar este artículo/
How to reference this article

Sanabria, Luis Carlos; Peralta González, Gustavo Javier; Caballero Abente, Ileana María; Dávalos Rojas, Ana Lucía, Caracterización de los pacientes internados por shock séptico en los servicios de urgencias adultos, clínica médica y terapia intensiva adultos del Hospital Regional de Concepción. Periodo 2024. Rev. Medicinae Signum. 2026; 4(1):10-23.

ABSTRACT

Introduction: Septic shock is a critical condition with high mortality. In Paraguay, evidence regarding its clinical and epidemiological characteristics is limited. **Objective:** To characterize patients hospitalized for septic shock in the Adult Emergency Department, Internal Medicine Ward, and Adult Intensive Care Unit of the Concepción Regional Hospital during 2024. **Materials and Methods:** Observational, descriptive, retrospective, cross-sectional study based on a review of medical records of patients aged ≥ 18 years admitted for septic shock to the aforementioned services between January and December 2024. Sociodemographic variables, comorbidities, site of infection, microbiological findings, organ dysfunction, ventilatory support and outcomes were analyzed using descriptive statistics. **Results:** A total of 157 cases

were characterized. The mean age was 60 years, with the 61–80 age group predominating (45.2%), and with males accounting for 58% of cases. The most frequent comorbidities were hypertension (40.8%) and diabetes mellitus (31.2%). The predominant site of infection was pulmonary (54.1%), followed by skin and soft tissue infections (11.5%). Half of the cases had positive cultures, with a predominance of resistant gram-negative bacteria. The most frequently isolated pathogens were *Staphylococcus aureus* (20%) and *Klebsiella pneumoniae* (12%). Respiratory involvement was common (61.8%), and 35% presented multiple organ failure; 57.3% required invasive mechanical ventilation. Mortality reached 60.5%. **Conclusions:** This study reveals a high mortality rate associated with septic shock, with a predominant pulmonary focus and a relevant presence of gram-negative bacteria. These findings highlight the need for strategies aimed at early detection, standardized treatment and prevention of nosocomial infections to improve clinical outcomes in this vulnerable population.

Key words: Septic shock, sepsis, mortality, intensive care, nosocomial infections

INTRODUCCIÓN

El shock séptico es una de las principales causas de morbimortalidad en pacientes hospitalizados y representa un desafío significativo para los sistemas de salud a nivel global (1,2). Se define como una disfunción circulatoria, celular y metabólica secundaria a una infección, que lleva a un estado de hipoperfusión tisular y falla multiorgánica. A pesar de los avances en el manejo de la sepsis, la mortalidad asociada al shock séptico sigue siendo elevada, lo que subraya la importancia de un diagnóstico precoz y una intervención terapéutica adecuada. Además, la identificación de factores de riesgo y la implementación de protocolos estandarizados han demostrado mejorar el pronóstico de los pacientes, aunque persisten desafíos en su aplicación clínica (3-6).

El shock séptico es una condición de alta complejidad que

requiere un abordaje multidisciplinario, involucrando a especialistas en emergencias, medicina interna, infectología, cuidados intensivos y otras áreas afines. La identificación temprana de signos de disfunción orgánica, el inicio precoz de antibióticos y la optimización del soporte hemodinámico son pilares fundamentales en su tratamiento. Sin embargo, la variabilidad en la presentación clínica de los pacientes y la heterogeneidad en la respuesta a los tratamientos hacen que su manejo siga siendo un reto clínico de gran magnitud (4).

En estudios nacionales, mencionando el realizado por Montiel Jarolin et al (5) se menciona el aumento de resistencia a diferentes antimicrobianos con el aumento de tasa mortalidad por sepsis especialmente en las adquiridas de la comunidad.

En el contexto de nuestro hospital, se ha observado un aumento en la cantidad de casos de shock séptico, lo que genera una preocupación tanto en términos de pronóstico clínico como en el impacto sobre los recursos hospitalarios. Este incremento puede estar relacionado con múltiples factores. Sin embargo, a pesar de su relevancia clínica y epidemiológica, no se cuenta con estudios locales que caractericen adecuadamente a la población afectada, sus factores de riesgo, etiología, evolución clínica y desenlaces hospitalarios. Por lo tanto, este estudio busca caracterizar a los pacientes internados por shock séptico en estos servicios con el fin de identificar patrones epidemiológicos, clínicos y terapéuticos que permitan generar estrategias de manejo más eficientes y adaptadas a la realidad local.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Se incluyeron todos los pacientes de 18 años o más internados con diagnóstico médico de shock séptico en los servicios de Urgencias Adultos, Clínica Médica y Terapia Intensiva de Adultos del Hospital Regional de Concepción, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024.

La fuente de datos fueron las historias clínicas impresas y electrónicas, los registros de evolución en sala y los informes de laboratorio y microbiología. Se excluyeron los registros con información incompleta para las variables principales (comorbilidades, foco infeccioso, cultivos, soporte ventilatorio o desenlace hospitalario).

Las variables analizadas incluyeron:

- Datos sociodemográficos: edad (años, categorizada por rangos), sexo, procedencia (urbana/rural).
- Comorbilidades: hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, obesidad, enfermedad renal crónica, dislipidemia y otras comorbilidades consignadas.
- Características del cuadro infeccioso: foco de infección (pulmonar, piel y partes blandas, abdominal, urinario, ginecológico, hematógeno, mixto o no identificado).
- Microbiología: presencia de cultivos positivos (sí/no), tipo de microorganismo aislado y clasificación en grampositivos, gramnegativos y otros (incluyendo hongos).

- Disfunción orgánica: presencia de falla multiorgánica (sí/no), número de sistemas afectados y tipo de sistema comprometido (respiratorio, renal, cardiovascular, entre otros).
- Soporte terapéutico y desenlace: necesidad de ventilación mecánica invasiva (sí/no) y condición al alta (alta médica u óbito).

Los datos fueron organizados en una base para análisis descriptivo, expresando las variables categóricas en frecuencias absolutas y porcentajes, y las variables continuas en media y rango. Se exploraron asociaciones entre algunas variables clínicas (edad avanzada, presencia de comorbilidades, falla multiorgánica, ventilación mecánica) y el desenlace hospitalario, utilizando pruebas de significancia para variables categóricas, considerando un valor de $p < 0,05$ como criterio de significancia estadística.

En todo momento se resguardó la confidencialidad de los pacientes mediante la codificación de las historias clínicas y la supresión de datos identificatorios. El estudio se realizó conforme a los principios de la Declaración de Helsinki y a la normativa nacional vigente para investigaciones con seres humanos.

RESULTADOS

La distribución etaria de los pacientes reveló una marcada concentración en el grupo de 61 a 80 años, que representó el 45.2% de la muestra total (n=71). Por otro lado, los pacientes de entre 20 y 40 años sumaron 28 casos, correspondientes al 17.8% del total, mientras que los menores de 20 años fueron los menos representados, con apenas 3 casos (1.9%). La edad promedio de los pacientes fue de 60 años, con un rango entre los 19 y los 100 años.

Tabla 1. Distribución de pacientes por rangos de edad N= 157

Rango de edad	Nro. De pacientes	Porcentaje
Menor a 20 años	3	1.9%
20 – 40 años	28	17.8%
41 – 60 años	33	21.0%
61 – 80 años	71	45.2%
Mayor a 80 años	22	14.0%

De los 157 casos registrados, 91 (58%) fueron hombres y 61 (42%) mujeres; siendo 118 (75%) pacientes

provenían de áreas urbanas, mientras que solo 39 (25%) procedían de zonas rurales.

Tabla 2. Comorbilidades N=157

Comorbilidades	Nro. de pacientes	Porcentaje
Hipertensión Arterial	64	40.8%
Diabetes Mellitus	49	31.2%
EPOC	17	10.8%
Obesidad	14	8.9%
Enfermedad Renal Crónica (ERC)	13	8.3%
Dislipidemia	6	3.8%
Otras comorbilidades	11	7.0%
Sin comorbilidades	13	8.3%

La hipertensión arterial es la comorbilidad predominante con 64 pacientes (40,8%) seguido por la diabetes mellitus en un 31,2%; 13 (8,3%) de los pacientes negaron presentar comorbilidades conocidas. Se expresa la distribución de las comorbilidades en la siguiente tabla abajo.

Tabla 3. Foco infecciosos identificados N=157

Foco infeccioso	Nro. de pacientes	Porcentaje
Pulmonar	85	54.1%
Piel y Partes Blandas	18	11.5%
Abdominal	14	8.9%
Hematógeno	12	7.6%
Urinario	8	5.1%
Ginecológico	3	1.9%
Mixto	11	7.0%
No identificado	6	3.8%

De un total de 157 pacientes, el foco pulmonar fue el más frecuente, representando el 54.1% de los casos (85 pacientes). En segundo lugar, se encontró el foco de piel y partes blandas, presente en 11.5% de los pacientes (18 casos). Le siguen en importancia origen abdominal con 14 (8.9%) pacientes, hematógenas con un 7.6% (12 pacientes), 8% de los pacientes (8 casos) presentó infecciones de origen urinario; ginecológicos, aunque menos comunes, estuvieron presentes en 1.9% de los casos (3 pacientes). Finalmente, un 7% de los pacientes (11 casos) presentó focos mixtos, es decir, infecciones

combinadas que involucraron más de un sistema o localización anatómica.

De un total de 157 pacientes estudiados, el 50% (79 casos) presentó cultivos positivos. Entre los microorganismos aislados, *Staphylococcus aureus* fue el más frecuente, con un 20% de los casos positivos (16 pacientes). Le siguió en orden de frecuencia *Klebsiella pneumoniae*, presente en el 12% de los casos (10 pacientes). La *Pseudomona aeruginosa* se encontró en el 10% de los pacientes con cultivo positivo (8 casos), mientras que *Enterobacter spp.* fue identificado en el 8% de los casos (6 pacientes). Por otro lado, *Acinetobacter baumannii* se aisló en el 7% de los pacientes con cultivo positivo (6 casos). Un 5% de los pacientes (4 casos) presentó infecciones causadas por *Candida spp.*, lo cual refleja la presencia de infecciones fúngicas en cuadros clínicos graves o en contextos de inmunosupresión. Finalmente, el restante 38% (30 pacientes) correspondió a otros microorganismos menos frecuentes, entre los cuales se encontraron especies de *Streptococcus*, *Enterococcus* y diversos gérmenes no tan comúnmente asociados al shock séptico. Un 35,0% (n: 55) de los pacientes presentaron falla multiorgánica, de estos 90% (n:49) con afectación de uno o dos

sistemas y un 10% (n: 6) de tres o más sistemas.

Tabla 4. Falla multiorgánica. N= 157.

Falla multiorgánica	Nro. De pacientes	Porcentaje
Sí	55	35.0%
No	102	65.0%

El 60% de los pacientes requirió ventilación mecánica invasiva durante su estancia hospitalaria, especialmente aquellos con compromiso respiratorio grave o falla multiorgánica. De un total de 157 pacientes incluidos en el estudio, el desenlace clínico final como óbito fue en 95 pacientes (60.5%). En cuanto a alta médica se observó en 62 pacientes (39.5%).

DISCUSIÓN

En el presente estudio, la edad promedio de los internados por shock séptico fue de 60 años, con un rango entre 19 y 100 años. El grupo etario más frecuente fue el de 61 a 80 años (45%). Sumado al 14% de mayores de 80 años, la mayoría de los participantes superan los 60 años (59%). Este hallazgo refleja una población predominantemente adulta mayor, lo cual es consistente con estudios previos realizados en Paraguay y otros países latinoamericanos. Escobar-Salinas JS et al., en un estudio realizado en una

unidad de cuidados intensivos de adultos en un hospital terciario paraguayo, también observaron una alta cantidad de pacientes mayores de 60 años, asociando esta, a un mayor riesgo de mortalidad y falla multiorgánica (9). Estos resultados coinciden con tendencias globales, donde el envejecimiento poblacional y la acumulación de comorbilidades predisponen a una mayor incidencia de infecciones graves y evolución hacia formas más severas de sepsis (10). Estudios internacionales, como el de Soto Oviedo AM et al. en Colombia, han mostrado una edad promedio de 61.7 años en pacientes con diagnóstico de sepsis y shock séptico, con predominancia de adultos mayores en unidades de cuidados intensivos (16). Sin embargo, en este trabajo se observó un porcentaje ligeramente superior de pacientes mayores de 70 años, lo cual podría estar relacionado con características específicas de la población atendida en el Hospital Regional de Concepción.

Con respecto al género, el 58% de los pacientes fueron hombres y el 42% mujeres, lo cual coincide parcialmente con otros estudios realizados en Paraguay y Latinoamérica, donde también se ha observado predominancia masculina en cuadros de sepsis grave (9). Sin

embargo, este resultado contrasta con algunos estudios internacionales, como el realizado por Engsbro et al. en Dinamarca (26) o el publicado por Lardaro et al. en múltiples centros hospitalarios de Indiana (EE.UU.) (33), donde se reportó una mayor proporción de mujeres afectadas. Esta diferencia podría explicarse por factores socioculturales, diferencias en patrones de exposición a infecciones y posiblemente variaciones en la respuesta inmune según el sexo (34).

En cuanto a la procedencia, el 75% de los pacientes provenían de áreas urbanas, mientras que solo el 25% era de zonas rurales, lo cual refleja una distribución similar a la encontrada en otras series clínicas en hospitales terciarios de países en vías de desarrollo (11). Esto puede estar vinculado con el acceso desigual a servicios de salud primaria, mayor concentración poblacional urbana y una mayor exposición a fuentes infecciosas intrahospitalarias en entornos urbanos (12).

Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial (40.8%) y la diabetes mellitus (31.2%), seguidas por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y obesidad. Estos datos reflejan la alta carga de enfermedades crónicas en

nuestra población y su rol importante en la susceptibilidad a infecciones graves y en la evolución hacia formas más severas de shock séptico (19). La presencia de estas condiciones crónicas es conocida por predisponer a una respuesta inflamatoria exacerbada, alteraciones en la función inmunitaria y mayor riesgo de falla multiorgánica (13–15).

Un 15.3% de los pacientes no presentó comorbilidades conocidas, lo cual indica que el shock séptico puede desarrollarse en individuos aparentemente sanos, especialmente en contextos de infecciones adquiridas en la comunidad o procesos infecciosos agudos. Por otro lado, casi el 36% de los pacientes presentó dos o más comorbilidades, y estos casos mostraron mayor riesgo de mortalidad, lo cual coincide con lo reportado por Escobar-Salinas JS et al., quienes también encontraron que la presencia de múltiples condiciones crónicas se asociaba significativamente con mayor mortalidad en pacientes con shock séptico en unidades de cuidados intensivos en Paraguay (9).

El foco infeccioso más común fue el pulmonar (54.1%), seguido por piel y partes blandas (11.5%), abdominal (8.9%) y urinario (5.1%). Este patrón epidemiológico es

consistente con investigaciones previas en América Latina, incluyendo el estudio de Soto Oviedo AM et al. en Colombia, donde la neumonía también fue el principal origen de sepsis grave (16). La elevada incidencia de infecciones respiratorias puede explicarse por factores como la contaminación ambiental, altas tasas de tabaquismo y el bajo acceso a vacunas en ciertos grupos sociales (17).

Es relevante destacar que el 7% de los pacientes presentó infección mixta, lo cual complica el manejo antibiótico empírico y aumenta el riesgo de error terapéutico. En comparación con estudios previos, este porcentaje es considerable y sugiere la necesidad de protocolos de abordaje más amplios y dinámicos, considerando la posibilidad de coinfecciones o fuentes múltiples (18).

De los 157 pacientes, el 50% presentó cultivos positivos, con predominio de bacterias gramnegativas resistentes: *Klebsiella pneumoniae* (12%), *Pseudomonas aeruginosa* (10%) y *Acinetobacter baumannii* (7%). Estos organismos son reconocidos por su frecuencia en entornos hospitalarios, lo cual refleja una problemática creciente en nuestro medio (19).

La presencia de *Candida spp.* en un 5% de los pacientes también es

digna de mención, ya que sugiere una posible inmunosupresión subyacente o uso prolongado de antibióticos de amplio espectro. La presencia de estas infecciones fúngicas en pacientes críticamente enfermos refuerza la importancia de considerar profilaxis antifúngica selectiva en casos de sepsis persistente o no respondida a tratamiento antibacteriano inicial (20)

La afectación respiratoria fue la más frecuente (61.8%), seguida por compromiso renal (24.2%) y cardiovascular (11.5%). La disfunción respiratoria suele ser la más precoz en aparecer y es un marcador temprano de gravedad. Se encontró que casi el 35% de los pacientes desarrolló falla multiorgánica, principalmente en aquellos mayores de 70 años con múltiples comorbilidades.

Estos resultados coinciden con los reportados por Escobar-Salinas JS et al. en Paraguay, donde se demostró que la presencia de falla multiorgánica se asociaba fuertemente con mortalidad hospitalaria (9).

Más del 60% de los pacientes requirió ventilación mecánica invasiva, especialmente aquellos con insuficiencia respiratoria severa o falla multiorgánica. Este porcentaje es superior al reportado en algunos estudios nacionales e internacionales,

lo cual podría deberse a una mayor gravedad clínica en los casos atendidos en este hospital o a criterios más amplios de intubación en esta institución (23).

La necesidad de soporte ventilatorio se asoció significativamente con mayor mortalidad (72.2% de óbito en pacientes ventilados), lo cual refleja la gravedad de estos casos y la necesidad de optimizar el manejo inicial en urgencias para evitar la progresión a formas más graves de shock (24).

El desenlace final mostró un 60.5% de óbito y un 39.5% de altas médicas, con una diferencia significativa en favor de la mortalidad en pacientes mayores de 70 años, con falla multiorgánica y necesidad de ventilación mecánica. Este porcentaje de mortalidad es superior al reportado en otros estudios regionales, como el realizado por Soto Oviedo AM en Colombia, donde la mortalidad fue del 18.5% (16), y contrasta notablemente con series internacionales en centros de alto nivel donde se reportan tasas menores gracias a la detección temprana y manejo multidisciplinario (25).

CONCLUSIÓN

Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial, seguidas por la Diabetes Mellitus, EPOC, obesidad y la Enfermedad Renal Crónica. El foco infeccioso pulmonar fue el más común para el shock, seguido por piel y partes blandas, abdominales y urinarias. Sobre el microorganismo aislado en cultivos, la mitad de los cultivos fueron positivos, con predominio de gramnegativas: *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Acinetobacter baumannii*.

Al evaluar los sistemas o aparatos afectados, se halló que la afectación respiratoria fue la más frecuente, seguida por el compromiso renal y, en tercer lugar, la cardiovascular. Además, se determinó que la mayoría de los pacientes no desarrolló falla multiorgánica, mientras que un menor porcentaje (35%) sí la presentó; y que la mayoría la mayoría requirió ventilación mecánica invasiva, y el desenlace predominante fue el óbito.

En fin, la caracterización de pacientes con shock séptico en el Hospital Regional de Concepción (2024) reveló un perfil

predominantemente masculino, urbano y de edad avanzada. Las comorbilidades prevalentes fueron hipertensión y diabetes. El foco pulmonar fue el más común, con gramnegativas (*Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*) dominando los cultivos. La afectación respiratoria fue la principal, si bien la mayoría no desarrolló falla multiorgánica. Destaca la alta necesidad de ventilación mecánica invasiva y un elevado índice de óbito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. DGVS - MSPBS. DGVS - MSPBS. 2023. p. 1–8 Una de cada cinco muertes en el mundo está asociada a la sepsis. Disponible en: [https://om/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)32989-7/fulltext](https://om/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)32989-7/fulltext)
2. Guarino M, Perna B, Cesaro AE, Maritati M, Spampinato MD, Contini C, et al. 2023 Update on Sepsis and Septic Shock in Adult Patients: Management in the Emergency Department. *J Clin Med* [Internet]. mayo de 2023;12(9):1–23. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10179263/>
3. Kamath S, Hammad Altaq H, Abdo T. Management of Sepsis and Septic Shock: What Have We Learned in the Last Two Decades? *Microorganisms* [Internet]. septiembre de

- 2023;11(9):1–28. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37764075/>
4. Chiscano-Camón L, Plata-Menchaca E, Ruiz-Rodríguez JC, Ferrer R. Fisiopatología del shock séptico. *Medicina Intensiva (English Edition)* [Internet]. abril de 2022;46(1):1–13. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2173572724000080?via%3Dihub>
 5. Soto Oviedo AM, Pinzón Fernández MV, Londoño Arcila HF, Quintero Cuellar EA, Salazar Sánchez M, Calderón Franco CH. Epidemiología de la sepsis y choque séptico en una unidad de cuidado intensivo de Popayán, Cauca. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo* [Internet]. 2022;22(3):163–70. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-colombiana-cuidado-intensivo-101-articulo-epidemiologia-sepsis-choque-septico-una-S0122726221000835>
 6. Gómez-Gómez B, Sánchez-Luna J, Pérez-Beltrán C, Díaz-Greene E, Rodríguez-Weber F. Choque séptico. Lo que sabíamos y lo que debemos saber... *Med interna Mex* [Internet]. 2017;33(3):381–91. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000300381
 7. Montiel Jarolin D, Quintana R, Samudio M. Características clínicas y mortalidad en pacientes con sepsis intra y extra hospitalaria en un hospital de referencia en el periodo 2016–2017. *Revista científica ciencias de la salud* [Internet]. junio de 2022;4(1):54–62. Disponible en: https://www.upacifico.edu.py:8043/index.php/PublicacionesUP_Salud/article/view/256
 8. Escobar-Salinas JS, Ortíz-Torres SE, Villalba-Viana RM. Factores asociados a la mortalidad en pacientes con sepsis y choque séptico de la unidad de cuidados intensivos de adultos de un hospital de Paraguay. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna* [Internet]. 30 de septiembre de 2021;8(2):44–56. Disponible en: <https://www.revistaspmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/247>
 9. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med* [Internet]. 2017;43(3):304–77. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-017-4683-6>
 10. Valenzuela Sánchez F, Bohollo De Austria R, Monge García I, Gil Cano A. Shock séptico. *Med Intensiva* [Internet]. 2005;29(3):192–200. Disponible en: <https://medintensiva.org/es-shock-septico-articulo-13074192>
 11. Vera Carrasco O. SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO. *Cuad - Hosp Clín* [Internet]. 2019;60:61–71. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16

- 52-67762019000300010&lng=es.
12. Neira-Sánchez ER, Málaga G. Sepsis-3 y las nuevas definiciones, ¿es tiempo de abandonar SIRS? *Acta Med Peru* [Internet]. 2016;33(3):217–39. Disponible en: <https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/115>
 13. Vera-Carrasco O. CARACTERIZACIÓN DE LOS ASPECTOS ETIOLÓGICOS, FISIOPATOLÓGICOS, CLÍNICOS Y TERAPÉUTICOS DE LA SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO. *Cuad - Hosp Clín* [Internet]. 2023;64(2):66–77. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762023000200009&lng=es.
 14. Meyer NJ, Prescott HC. Sepsis and Septic Shock. *N Engl J Med* [Internet]. 5 de diciembre de 2024;391(22):2133–46. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/39774315>
 15. Redondo González A, Varela Patiño M, Álvares Manzanares J, Oliva Ramos JR, López Izquierdo R, Ramos Sánchez C, et al. Valoración de escalas de gravedad en pacientes incluidos en un código sepsis en un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Esq Quimioter* [Internet]. 2018;31(4):316–22. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6172688/>
 16. Gómez-Calderon KC, Serna-Trejos JS, Palacios-Martínez CA, Palacios-Moya D, Ocampo-Benavides CE. Evaluación de ítems de escalas qSOFA y SIRS para predicción de choque séptico en urgencias. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo* [Internet]. 2024;1–10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0122726224001101?via%3Dihub>
 17. Al Omar S, Alshraideh JA, Oweidat I, Al Qadire M, Khalaf A, Abu Sumaqa Y, et al. Mortality of patients with sepsis in intensive care units at tertiary hospitals in Jordan: Prospective cohort study. *Medicine* [Internet]. 2024;103(43):1–7. Disponible en: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2024/10250/mortality_of_patients_with_sepsis_in_intensive.89.aspx
 18. Ibáñez Franco EJ, Fretes Ovelar AMC, Duarte Arévalos LE, Giménez Vázquez FDJ, Olmedo Mercado EF, Figueredo Martínez HJ, et al. Caracterización de la sepsis en pacientes adultos del Hospital Nacional, Itauguá. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna* [Internet]. 2022;9(1):62–70. Disponible en: <https://www.revistaspmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/299>
 19. Escobar Salinas JS, Gómez Riveros ML, Ramírez Gómez T de J, Romero Flecha JR. Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con sepsis de la unidad de terapia intensiva adultos del

- Hospital Regional de Coronel Oviedo, Paraguay. Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna [Internet]. 2021;8(1):52–60. Disponible en: <https://www.revistaspmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/201>
20. Ginori Barrantes MM. Epidemiología de los pacientes con el diagnóstico de egreso de shock séptico del Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera" del 1 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2019 [Internet]. [Costa Rica]: Universidad de Costa Rica; 2019. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/statistics/items/790d7047-36bd-4d84-8665-f47f29fcf53a>
 21. Mandal L, Rijal G, Singh R, Tiwari B, Jahan F, Lama D, et al. Sepsis among Patients Admitted to the Intensive Care Unit of a Tertiary Care Centre. Journal of the Nepal Medical Association [Internet]. 1 de septiembre de 2023;61(265):691–4. Disponible en: <https://doi.org/10.31729/jnma.8275>
 22. Kwak GH, Madushani RWMA, Adhikari L, Yan AY, Rosenthal ES, Sebbane K, et al. Septic Shock Requiring Three Vasopressors: Patient Demographics and Outcomes. Crit Care Explor [Internet]. 8 de noviembre de 2024;6(11):1–9. Disponible en: [https://journals.lww.com/ccejournal/fulltext/2024/11000/septic_shock_requiring_three_vasopressors_patient.6.aspx](https://journals.lww.com/ccejournal/fulltext/2024/11000/septic_shock_requiring_three_vasopressors_patient_demographics_and_outcomes__patient.6.aspx)
 23. White KC, Chaba A, Meyer J, Ramanan M, Tabah A, Attokaran AG, et al. Rapid uptake of adjunctive corticosteroids for critically ill adults with septic shock following publication of ADRENAL trial. A multicenter, retrospective analysis of prescribing practices in Queensland Intensive Care Units. Anaesth Crit Care Pain Med [Internet]. 1 de diciembre de 2024;43(6):1–11. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S235255682400936?via%3Dihub>
 24. Hotchkiss RS, Moldawer LL, Opal SM, Reinhart K, Turnbull IR, Vincent JL. Sepsis and septic shock. Nat Rev Dis Primers [Internet]. 2016;2(1):1–21. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nrdp201645#citeas>
 25. Singer M, Deutschman CS, Seymour C, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). JAMA - Journal of the American Medical Association [Internet]. 2016;315(8):801–10. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2492881>
 26. Prescott HC, Angus DC. Enhancing recovery from sepsis: A review. JAMA - Journal of the American Medical Association [Internet]. 2018;319(1):62–75. Disponible en:

<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2667727>

27. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* [Internet]. 2008;36(3):953–63. Disponible en: https://journals.lww.com/ccmjournal/abstract/2008/03000/recommendations_for_end_of_life_care_in_the.41.asp.

CONOCIMIENTO Y MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVAS POR MÉDICOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN – PARAGUAY, AÑO 2025

Knowledge and management of hypertensive crises by doctors of the emergency service of the regional hospital of Concepción – Paraguay, 2025

Mendoza León, Jessica María Faustina¹; Caballero Abente, Ileana María¹; Dávalos Rojas, Ana Lucía¹

1. Universidad Nacional de Concepción - Facultad de Medicina - Especialista en Emergentología, Hospital Regional de Concepción - Especialista en Medicina Interna, Hospital Regional de Concepción.

RESUMEN

Introducción: Las crisis hipertensivas representan más de una cuarta parte de todas las consultas realizadas en los servicios de urgencias por elevación de las cifras de presión arterial. **Objetivo:** Determinar el conocimiento y manejo de crisis hipertensivas por médicos del servicio de urgencias del Hospital Regional de Concepción – Paraguay, año 2025. **Material y Métodos:** El tipo de estudio fue descriptivo, prospectivo, con enfoque cuantitativo, se incluyó a 22 médicos del servicio de urgencias, a quienes le realizaron una encuesta con un cuestionario semiestructurado con preguntas de opción múltiple en base a las variables de estudio. Los resultados se analizaron por estadística descriptiva en el sistema Excel y fueron representados en tablas y gráficos de frecuencias y porcentajes. **Resultados:** El 73% de los médicos encuestados tienen una edad comprendida entre 30 y 40 años, el 82% pertenece al sexo femenino, el 73% posee un nivel de instrucción de grado y el 77% cuenta con entre 1 a 5 años de experiencia en el servicio de urgencias. En cuanto al conocimiento sobre crisis hipertensivas, el 82% de los profesionales presentó un nivel alto, mientras que el 18% evidenció un nivel bajo. Respecto al manejo de dichas crisis, el 73% de los médicos demostró un manejo excelente y el 27% un manejo regular. **Conclusiones:** Los médicos del servicio de urgencias poseen un conocimiento alto y un manejo excelente sobre la crisis hipertensiva.

Palabras claves: hipertensión, presión arterial, servicio médico de urgencias.

*Cómo referenciar este artículo/
How to reference this article*


Cristaldo, Alex Villalba, Bienvenido; Acosta, David; Desvars, Raúl y Medina Samudio; Ma. Cristina. Caracterización clínica de recién nacidos con madres portadoras de VIH positivo – Servicio de Neonatología. Hospital Regional Concepción – Paraguay año 2019-2023. Rev. Medicinae Signum. 2026; 5(1):24-32.

ABSTRACT

Introduction: Hypertensive crises account for more than a quarter of all emergency department visits due to elevated blood pressure. **Objective:** To determine the knowledge and management of hypertensive crises among physicians in the emergency department of the Regional Hospital of Concepción, Paraguay, in 2025. **Materials and Methods:** This was a descriptive, prospective, quantitative study. Twenty-two emergency department physicians were included and completed a semi-structured questionnaire with multiple-choice questions based on the study variables. The results were analyzed using descriptive statistics in Excel and presented in tables and graphs of frequencies and percentages. **Results:** 73% of the physicians surveyed were between 30 and 40 years old, 82% were female, 73% had a university degree, and 77% had between 1 and 5 years of experience in the emergency department. Regarding knowledge of hypertensive crises, 82% of the professionals demonstrated a high level, while 18% showed a low level. With respect to the management of these crises, 73% of the physicians demonstrated excellent management and 27%

Fecha de recepción: noviembre 2025. Fecha de aceptación: noviembre 2025

*Autor de correspondencia: Mendoza León, Jessica María Faustina. E-mail: ieshi28@gmail.com

 Este es un artículo fue publicado en acceso abierto, bajo licencia de Creative Commons Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional.

demonstrated fair management. **Conclusions:** Emergency department physicians possess a high level of knowledge and excellent management of hypertensive crises.

Key words: hypertension, blood pressure, emergency medical services.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como propósito determinar el conocimiento y manejo de crisis hipertensivas por médicos del servicio de urgencias del Hospital Regional de Concepción – Paraguay, año 2025; tomando en cuenta que la crisis hipertensiva representa una de las complicaciones más usuales de la hipertensión arterial, la misma que constituye una de las afecciones crónicas más frecuentes no solo a nivel país, sino que también a nivel mundial, debido a que trata de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares; siendo esta una de las primeras causas de muerte (1).

Las crisis hipertensivas representan más de una cuarta parte de todas las consultas realizadas por elevación de las cifras de presión arterial. Este fenómeno representa un peligro inmediato, sabiendo que aproximadamente entre 1 y 2% de pacientes hipertensos desarrollará una crisis hipertensiva (2).

En este sentido la crisis hipertensiva es definida como; “una elevación aguda de la presión arterial (PA) superior a 180/120 milímetros de mercurio (mmHg), que puede derivar en la lesión de órganos diana. Cualquier alteración en los mecanismos de autorregulación de la presión arterial puede derivar a una crisis

hipertensiva”, es decir, que la crisis hipertensiva deriva a lesiones de órganos como el riñón y el corazón, así como del sistema nervioso periférico, sistema nervioso central y arterias periféricas (3).

La prevalencia de la hipertensión arterial en el mundo se ha estimado en 1.130 millones en 2015, con una prevalencia >150 millones en Europa central y oriental. Con el envejecimiento paulatino, el sedentarismo, el concomitante aumento de peso y obesidad en la población, se estima que este mal persistirá en aumento en todo el mundo, llegando a un ascenso aproximado de un 15 a 20% para el 2025, equivalente a 1.500 millones de personas (4).

La Hipertensión Arterial (HTA), es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia, alrededor del 26,6% de la población de 20 a 69 años de edad la padece y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. La misma constituye un factor de riesgo importante de las enfermedades cardiovasculares y renales, y cuya mortalidad por esta complicación ha ido en incremento sostenido en las últimas décadas (5).

Un conocimiento alto y buen manejo de crisis hipertensiva en un área de

urgencias debe cubrir como mínimo una evaluación inicial para descartar las falsas urgencias hipertensivas, ya que al evaluar a un paciente se debe confirmar si se trata de una verdadera crisis hipertensiva y no de una falsa, así mismo se debe corroborar si es una urgencia hipertensiva o una emergencia hipertensiva, con la finalidad de poder iniciar un tratamiento acorde a su estado de salud (6).

Por lo tanto, en el presente estudio, se busca evaluar conocimientos de los médicos dentro del servicio como una forma importante de establecer un buen manejo de primera línea de la crisis hipertensiva en urgencias.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, cuantitativo buscando determinar el nivel de conocimiento y manejo clínico de crisis hipertensiva en el servicio de urgencias del Hospital Regional de Concepción.

Población: el universo de estudio estuvo constituido por los 22 médicos del servicio de urgencias del Hospital Regional de Concepción en sus diferentes turnos que accedieron a participar del estudio. Se excluyen residentes rotantes del servicio y todo profesional que se haya negado a participar.

Tamaño de muestra: la muestra consiste en los 22 profesionales activos en el servicio de urgencias utilizando el muestreo censal por el número reducido del universo de estudio.

Variables analizadas: En la recolección de datos se utilizó como instrumento un cuestionario donde, primeramente, se recolectó los siguientes datos sociodemográficos: edad (Cuantitativa, continua), procedencia (Nominal, cualitativa), sexo (cualitativa, nominal), nivel de instrucción (Grado, postgrado) al momento del estudio.

Para el análisis de los objetivos de nuestro trabajo se elaboró un cuestionario con ítems de completamiento y opción múltiple basado en el contenido hallado en un cuestionario empleado en el estudio realizado por Madelyne Bolaño en el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo, Esmeraldas – Ecuador, año 2023 (10). Dicho instrumento fue analizado y aprobado por expertos en metodología y en urgencias médicas. Todas las variables fueron tratadas como ordinales en el análisis.

Para evaluación de nivel de conocimiento se empleó una escala de Likert de la siguiente manera (conocimiento alto, conocimiento medio y conocimiento bajo), según respuestas de los profesionales al cuestionario de conocimiento; 9 a 10 ítems correctos (conocimiento alto), 6 a 8 ítems correctos (conocimiento medio), menos de 6 ítems correctos (conocimiento bajo).

Para la variable manejo, se utilizó la siguiente escala de Likert: 5 a 6 ítems correctos (manejo excelente), 3 a 4 ítems correctos (manejo regular) y menos de 3 ítems (mal manejo).

Gestión de muestra: Los datos fueron obtenidos a través de un instrumento mencionado más arriba, posteriormente la información recolectada, fue procesada en una planilla de Microsoft Excel 2021 y analizados estadísticamente. Se empleó estadística descriptiva, con medida de resumen según distribución, tabla de frecuencia y gráficos para facilitar el análisis.

Aspectos éticos:

Se respetaron los principios básicos de la Bioética:

1. Principio de respeto a las personas.

2. Principio de la beneficencia, se aseguró que el protocolo proporcione los conocimientos válidos y generalizables; además se llevaron al máximo los beneficios y al mínimo los riesgos.

3. Principio de justicia, pues no se sacó provecho de los sujetos vulnerables, minoritarios ni dependientes. Se respetó la confidencialidad de los datos personales.

Este estudio se llevó a cabo según las normas de buena práctica clínica y siguiendo las normas internacionales y nacionales que regulan la Investigación Biomédica, especialmente la Declaración de Helsinki y la Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigación Biomédica, así como al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 y Ley 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos personales y Garantía de los Derechos Digitales. La información obtenida se utilizó exclusivamente para los

finés específicos del estudio, asegurando el anonimato de los sujetos y la confidencialidad de los datos, los cuales no estarán accesibles a personas ajenas al estudio. El personal participó de forma voluntaria tras firmar el consentimiento informado.

RESULTADOS

En el estudio realizado participaron el total de médicos de guardia del servicio de urgencias del Hospital Regional de Concepción de los cuales 82% son del sexo femenino (n: 18) y 18% del sexo masculino. El 73% tienen una edad comprendida entre 30 a 40 años, siendo la mediana de la edad 35.6 años, con una edad mínima de 28 años y máxima de 42 años.

Tabla 1. Distribución porcentual de datos sociolaborales de médicos del servicio de urgencias del Hospital Regional de Concepción – Paraguay, año 2025.

N=22

Edad (años)	Frecuencia(n)	Porcentaje (%)
20 – 29	2	9%
30 – 40	16	73%
>40	4	18%
Sexo		
Masculino	4	18%
Femenino	18	82%
Nivel de instrucción		
Grado	16	73%
Posgrado	6	27%
Años de experiencia		
1 – 5 años	17	77%
6 – 10 años	5	23%

De la muestra estudiada encontramos que 27% completaron un

posgrado y 73% obtuvieron el título de grado antes del ingreso al servicio.

El 82% de los médicos conoce la definición correcta de hipertensión arterial mientras 77% maneja los criterios clínicos y valores de cifras tensionales que definen la crisis hipertensiva.

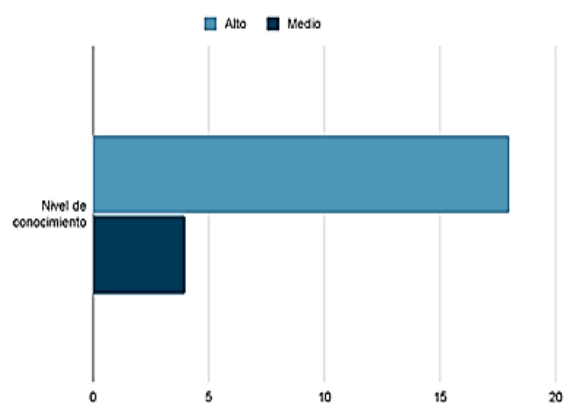
Ítem evaluado	Conoce (n)	No conoce (n)
Definición correcta de hipertensión arterial	18 (82%)	4 (18%)
Definición de crisis hipertensiva	17 (77%)	5 (23%)
Clasificación de crisis hipertensiva	19 (86%)	3 (14%)
Características de urgencia hipertensiva	16 (73%)	6 (27%)
Características de emergencia hipertensiva	15 (68%)	7 (32%)
Diferencia entre urgencia y emergencia hipertensiva	20 (91%)	2 (9%)
Signos y síntomas de urgencia hipertensiva	14 (64%)	8 (36%)
Signos y síntomas de emergencia hipertensiva	16 (73%)	6 (27%)
Diagnóstico de crisis hipertensiva	21 (96%)	1 (4%)
Tratamiento adecuado de crisis hipertensiva	18 (82%)	4 (18%)

Un porcentaje alto (86%) refirieron conocer la clasificación de crisis

hipertensiva, mostrando que 73% conoce las características de la urgencia hipertensiva y 68% identificó correctamente las de la emergencia hipertensiva, 91% conoce la diferencia entre la urgencia y emergencia hipertensiva.

En cuanto a evaluación clínica, 64% reconoció los signos y síntomas de la urgencia hipertensiva, 73% identificó los signos y síntomas de la emergencia hipertensiva. Así, 96% indicó correctamente que el diagnóstico, y 82% respondió adecuadamente que el tratamiento de la crisis hipertensiva.

Gráfico 1. Nivel de conocimientos sobre crisis hipertensivas en el servicio de urgencias del Hospital Regional de Concepción – Paraguay, año 2025.



El 82% de los profesionales presentó un alto conocimiento sobre la crisis hipertensiva, 18% medio conocimiento.

Discriminando según nivel de educación, encontramos que el 100% n:6 de los participantes con posgrado respondieron adecuadamente los puntos encontrados en el cuestionario, comparando con los que obtuvieron el

título de grado (n:16) en la que 75% (n: 12) de los mismos presentaron conocimiento alto y 25% (n: 4) conocimiento medio.

Tabla 3. Nivel de conocimiento de crisis hipertensivas según nivel de educación. N= 22

Nivel de Conocimiento	Posgrado	Grado	Total
Bajo	0	0	0
Medio	0	4 (25%)	4 (18%)
Alto	6 (100%)	12 (75%)	18 (82%)
Total	6 (100%)	16 (100%)	22 (100%)

DISCUSIÓN

En el presente estudio, se observó que el 73% de los médicos participantes tienen una edad comprendida entre 30 a 40 años de edad con una mediana 35 años. El sexo femenino fue predominante en este estudio con 82% del total. En cuanto al nivel educativo, 73% posee formación universitaria de grado y 77% con 1 a 5 años de experiencia en el servicio de urgencias; estos resultados concuerdan con el reporte de García, Y. et al. (2009) y de Santalla, A. et al. (2021), donde en el primero encontraron que el 58% de los médicos de urgencias tenían entre 30 y 40 años y el 62% eran del sexo femenino; y en el segundo donde los resultados se reportaron un predominó del sexo femenino (69,23%). aunque presentó discrepancias en el grupo etario predominante que fue de 20 a 22 años (43,58%). (7, 8).

En relación a el conocimiento de médicos sobre crisis hipertensivas en el servicio de urgencias; el 82% de los médicos pudieron definir correctamente el concepto hipertensión arterial, conoce definición (77%) y conoce la clasificación (86%) de crisis hipertensiva, 73% conoce las características de la urgencia hipertensiva, 68% identificó correctamente las características de la emergencia hipertensiva, 91% conoce la diferencia entre la urgencia y emergencia hipertensiva, 64% reconoció los signos y síntomas de la urgencia hipertensiva, 73% identificó los signos y síntomas de la emergencia hipertensiva, 96% indicó correctamente el diagnóstico, y 82% respondió adecuadamente que el tratamiento de la crisis hipertensiva.

El 71,79% logro definir correctamente la emergencia hipertensiva e indicar la complicación más identificada (84,61%). El 84,61% identificó que el objetivo del tratamiento inicial es reducir de forma rápida y parcial (no la corrección completa) la tensión arterial hasta niveles seguros. Los estudiantes de las ciencias médicas muestran un nivel de conocimiento óptimo sobre el manejo de las (EH) (8).

Respecto al manejo de crisis hipertensivas, los datos reflejan que el 91% de los médicos maneja la prioridad entre urgencias y emergencia hipertensiva, 86% maneja el diagnóstico complementario, 82% maneja el diagnóstico laboratorio, 77% maneja los fármacos vía oral de

primera elección en crisis hipertensiva, 73% refiere manejo de la crisis hipertensiva en UCI según el caso, 68% maneja los fármacos intravenosos de elección en crisis hipertensiva.

Otro estudio realizado por Peña, V. y Ruiz, M. (2020), evidenció que la mayoría de encuestados eran del género femenino con un 58%, con un grupo de edad predominante de 20 a 29 años en un 79.25%, en relación con la actitud que presentaron fue Buena en un 96.23%, el nivel de conocimiento fue alto en un 51%, y las prácticas favorables predominaron en un 90.57%. De los 53 médicos encuestados la mayoría presentó un nivel de conocimiento alto en relación a definición, etiología, estadios y factores de riesgo de la HTA, las actitudes que mostraron fueron buenas con respecto a las afirmaciones populares y creencias debido a la idiosincrasia en relación a este tema, y de acuerdo a las prácticas fueron favorables en el manejo y tratamiento del paciente hipertenso (9).

En cuanto a nivel educacional presentado por participantes, encontramos que los médicos que han culminado posgrados poseen mejor conocimiento y, por ende, mejor manejo de crisis hipertensivas comparado con los que terminaron el grado que presentaron conocimientos medios en su mayoría; esto si la muestra no sería representativa por la diferencia de cantidad de participantes pero logramos llegar a la conclusión que el conocimiento y manejo son mejores en

médicos que realizaron y continuaron sus estudios terciarios.

CONCLUSIONES

La presente investigación permitió determinar el conocimiento y manejo de crisis hipertensivas por médicos del servicio de urgencias del Hospital Regional de Concepción – Paraguay, año 2025.

Permitió caracterizar adecuadamente el perfil sociolaboral de los médicos del servicio de urgencias, revelando una predominancia de profesionales jóvenes, en su mayoría mujeres, con formación de grado y experiencia reciente en el área. Este contexto contribuye a comprender el enfoque actual en la atención de crisis hipertensivas.

En cuanto al conocimiento sobre las crisis hipertensivas, los resultados evidencian que la mayoría de los profesionales poseen una comprensión sólida sobre la definición, clasificación y diferencias clínicas entre urgencia y emergencia hipertensiva. Asimismo, demuestran dominio en la identificación de signos y síntomas característicos, así como en el proceso diagnóstico y terapéutico.

Respecto al manejo clínico, se constató que los médicos aplican criterios adecuados para establecer prioridades entre urgencias y emergencias hipertensivas. Además, se observa un manejo acertado tanto de las pruebas complementarias como del uso de tratamientos farmacológicos por vía oral e intravenosa, incluyendo la

derivación a unidades de cuidados intensivos cuando el caso lo amerita.

Se concluye que los médicos del servicio de urgencias poseen un conocimiento alto y un manejo excelente sobre la crisis hipertensiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Rioboó E, García E, Grupo de HTA, SAMFyC, Miembros de la SAHTA. Actualización de las crisis hipertensivas. 1–15. Sitio en internet. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1899/1/94T00078.pdf>.
- 2- Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018; 39(33): 3021–104. Sitio en internet. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30165516/.10.1093/eurheartj/ehy339>.
- 3- Fernández M, Palazuelos V, Macías B, de Castro F. Manejo de la hipertensión arterial en Urgencias. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* [Internet]. 2015 nov 1, 11(90):5371–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541215003029>.
- 4- Ibáñez E, et. al. Caracterización clínica de las crisis hipertensivas en pacientes adultos hospitalizados en el Hospital Nacional de Itauguá en 2021. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int.* vol.9 no.1 Asunción, 2022. Sitio en internet. Disponible en: <https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2022.09.01.101>.
- 5- Varon. Hypertensive crises: recognition and management. *The internet Journal of Anesthesiology* 1997. Vol11.
- 6- Sobrino J, Doménech M, Morales A, Coca A. Crisis Hipertensiva: urgencia y emergencia hipertensiva. *Medwave*, 2016; 16:1–11. Sitio en internet. Disponible en: <https://www.medwave.cl/medios/medwave/SupplCard/PDF/medwave-2016-6612.pdf>.
- 7- García Alonso Y, Góngora R, Serrano M. Relación entre variables clínico-epidemiológicas y emergencia hipertensiva. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2009.
- 8- Santalla Corrales A, Pantoja Fernández C, Sánchez Capote HR. Nivel de conocimientos de estudiantes de las Ciencias Médicas sobre el manejo de la emergencia hipertensiva. *Revista Científica Estudiantil HolCien*. 22 de diciembre de 2021;2(3):e187.
- 9- Peña, V., Ruiz M. Conocimiento, actitudes y prácticas de Médicos Generales y Médicos Internos sobre el manejo de la Hipertensión Arterial en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en Mayo-Junio 2020. Jinotepe, 2020. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/16670/1/Pe%C3%B1a%202020.pdf>.
- 10- Bolaño Yépez, M. X. (2023). Manejo de Crisis Hipertensivas en el área de Emergencia del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo. Tesis de posgrado. Disponible en: <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/9c939994-2fc3-4992-91b5-4f22ed49eabb/content>.
- 11- Pellicer García, B et al (2020) Manejo de crisis hipertensivas en los servicios de urgencias. *Revista Sanitaria de Investigación*. Marzo,2020. Disponible en: Manejo de la crisis hipertensivas en los servicios de urgencias.
- 12- American College of Emergency Physicians (2025) Clinical Policy: A Critical Issue in the Outpatient Management of Adult Patients

- Presenting to the Emergency Department With Asymptomatic Elevated Blood Pressure. *Annals of Emergency Medicine*. July 2025. Disponible en: Clinical Policy: A Critical Issue in the Outpatient Management of Adult Patients Presenting to the Emergency Department With Asymptomatic Elevated Blood Pressure: Approved by the ACEP Board of Directors January 22, 2025 – ScienceDirect.
- 13- Akhetuamhen, A; Bibbins K et al (2024) Missed Opportunities to Diagnose and Treat Asymptomatic Hypertension in Emergency Departments in the United States, 2016-2019. *The Journal of Emergency Medicine* Vol 66 Issue 5. May 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2024.01.006>.
- 14- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2023). Hipertensión arterial: enemigo silencioso que puede prevenirse. <https://portal.mspbs.gov.py/hipertension-arterial-enemigo-silencioso-que-puede-prevenirse/>.
- 15- Molina D, Robles W, Ruiz M, Carreño K. Manejo integral de pacientes con emergencia hipertensiva. *Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias* [Internet]. 2019;3(2):342–57. Available from: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/343/357>.
- 16- Castaño A, González L. Crisis hipertensiva. Manejo en Urgencias. *Asociación Española de Pediatría* [Internet]. 2020;1:183–96.
- 17- American College of Cardiology. (2017). Guía para la prevención, detección, evaluación y manejo de la hipertensión arterial en adultos. *Journal of the American College of Cardiology*, 70(6), 1–44.
- 18- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., et al. (2018). Guías ESC/ESH 2018 para el manejo de la hipertensión arterial: Grupo de trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Europea de Hipertensión. *Journal of Hypertension*, 36(10), 1953–2041.
- 19- Nakalema, I., Kaddumukasa, M., Nakibuuka, J., Okello, E., Sajatovic, M., & Katabira, E. (2019). Prevalencia, patrones y factores asociados con las crisis hipertensivas en el departamento de emergencias del hospital Mulago: un estudio transversal. *African Health Sciences*, 19(1), 1757–1767.
- 20- Muiesan, M., Salvetti, M., Amadoro, V., Di Somma, S., Perlini, S., Semplicini, A., et al. (2015). Actualización sobre emergencias y urgencias hipertensivas. *Journal of Cardiovascular Medicine* (Hagerstown), 16(5), 372–382.

IMPACTO DEL USO DE REDES SOCIALES EN LA AUTOESTIMA DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN INTEGRAL.

Impact of Social Media Use on the Self-Esteem of Nursing Students: Proposal for a Comprehensive Intervention.

Paniagua Maciel, Zully María¹

1. Universidad Nacional de Concepción, Docente Facultad de Medicina. Concepción - Paraguay

RESUMEN

El presente artículo analiza la relación entre el uso de redes sociales y la autoestima en estudiantes de enfermería de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de Concepción, Paraguay. Se aplicó un enfoque cuantitativo, transversal y correlacional, utilizando la Escala de Autoestima de Rosenberg y un cuestionario sobre uso de redes sociales. Los resultados revelaron una correlación negativa entre el uso prolongado de redes sociales y los niveles de autoestima, indicando la necesidad de estrategias institucionales para promover un uso digital saludable. Se propone un modelo de intervención integral basada en talleres de concienciación, campañas de salud digital y fortalecimiento del apoyo psicológico, con el fin de contribuir al bienestar emocional y la formación integral de los futuros profesionales de enfermería.

Palabras clave: Redes sociales, Autoestima, Estudiantes de Enfermería, salud mental.

*Cómo referenciar este artículo/
How to reference this article*

Paniagua Maciel, Zully María. Impacto del uso de redes sociales en la autoestima de estudiantes de enfermería: propuesta de intervención integral. Rev. Medicinae Signum. 2026; 5(1):33-35.

ABSTRACT

This study analyzes the relationship between social media use and self-esteem among nursing students at the Faculty of Nursing and Midwifery in Concepción, Paraguay. A quantitative, cross-sectional, and correlational design was applied using the Rosenberg Self-Esteem Scale and

a questionnaire on social media habits. Results showed a negative correlation between prolonged social media use and self-esteem levels, highlighting the need for institutional strategies to promote healthy digital habits. An integrated intervention model is proposed, including awareness workshops, digital health campaigns, and enhanced psychological support to foster emotional well-being and holistic professional development.

Key words: Social media, Self Concept, Students, Nursing, Mental health.


INTRODUCCIÓN

Las redes sociales se han convertido en un elemento central de la vida cotidiana, especialmente entre jóvenes universitarios. Si bien facilitan la comunicación y el aprendizaje colaborativo, su uso excesivo puede asociarse con problemas de autoestima,

ansiedad y bienestar emocional. En el ámbito de la enfermería, donde el equilibrio psicológico es fundamental para el desempeño profesional, comprender esta relación es clave para implementar estrategias preventivas y de intervención efectivas. El presente estudio busca analizar dicha relación y

Fecha de recepción: noviembre 2025. Fecha de aceptación: noviembre 2025

*Autor de correspondencia: Paniagua, Zully. E-mail: zuma.pama@gmail.com

 Este es un artículo fue publicado en acceso abierto, bajo licencia de Creative Commons Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional.

ofrecer una propuesta práctica basada en evidencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio adoptó un enfoque cuantitativo, transversal y correlacional. La población estuvo compuesta por estudiantes de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de Concepción, con una muestra representativa de 100 participantes seleccionados aleatoriamente. Se aplicaron dos instrumentos: (1) la Escala de Autoestima de Rosenberg, que evalúa el nivel de autoestima en una escala de 10 ítems; y (2) un cuestionario estructurado sobre hábitos de uso de redes sociales, tiempo de conexión y percepción de bienestar. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva y correlacional, utilizando coeficientes de Pearson para determinar la relación entre las variables.

RESULTADOS

Tabla 2. Tiempo de uso de redes sociales

Categoría	Porcentaje
<1 hora	10
1-2 horas	25
2-4 horas	40
>4 horas	25

Tabla 2. Tiempo de uso de redes sociales

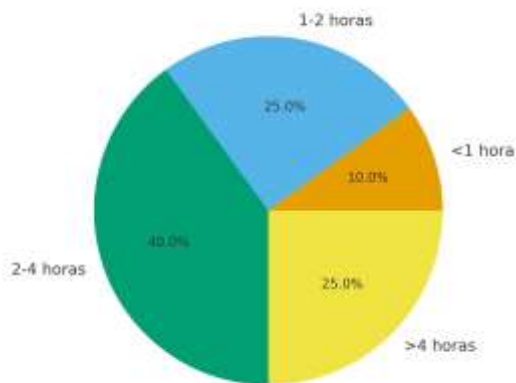


Tabla 3. Frecuencia de uso por tiempo del día

Periodo del día	Porcentaje
Mañana	20
Tarde	35
Noche	45

Tabla 3. Frecuencia de uso por tiempo del día

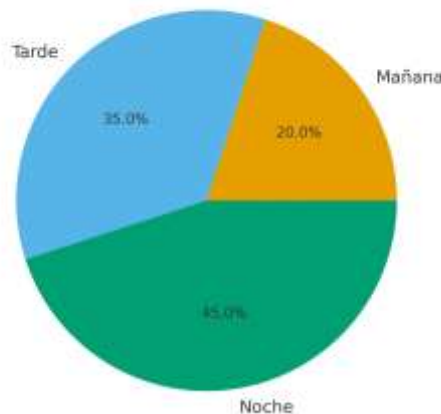
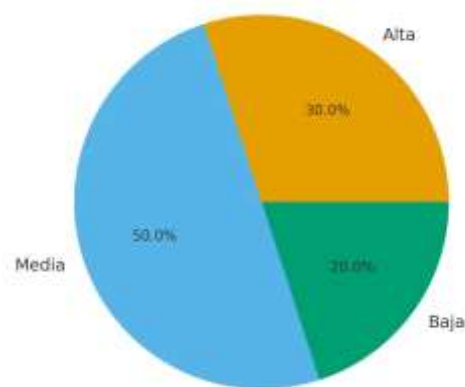


Tabla 5. Escala de Autoestima de Rosenberg.

Nivel de autoestima	Porcentaje
Alta	30
Media	50
Baja	20

Tabla 5. Escala de Autoestima de Rosenberg



El análisis correlacional mostró una relación negativa significativa ($r = -0.58$, $p < 0.05$) entre el tiempo de uso y los niveles de autoestima, indicando que a mayor tiempo de uso, menores niveles de autoestima.

DISCUSIÓN

Los resultados confirman una correlación negativa entre el tiempo de uso de redes sociales y los niveles de autoestima. Los estudiantes que pasan más de cuatro horas diarias en redes muestran niveles significativamente más bajos de autoestima. Estos hallazgos coinciden con estudios previos que vinculan la comparación social y la dependencia digital con la baja percepción personal. Es necesario implementar intervenciones institucionales orientadas a promover un uso consciente y saludable de las plataformas digitales.

CONCLUSIÓN

El uso excesivo de redes sociales tiene un impacto negativo significativo

sobre la autoestima de los estudiantes de enfermería. Se recomienda aplicar programas integrales de bienestar digital que incluyan educación emocional, acompañamiento psicológico y políticas institucionales sobre uso responsable de tecnologías. La intervención propuesta busca fortalecer la salud mental y el desempeño académico de los futuros profesionales de enfermería. A nivel institucional, se recomienda la inclusión de módulos sobre bienestar digital en la formación académica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1- Díaz Gandasegui V. Redes sociales y educación. *Rev Comun Educ.* 2011;5(2):45–56.
- 2- Moral M, Fernández M. Impacto del uso de redes sociales en la salud mental juvenil. *Rev Psicol Univ.* 2019;12(3):123–34.
- 3- Echeburúa E. Adicción a las nuevas tecnologías. *Psicología Conductual.* 2012;20(3):489–505.
- 4- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre salud mental. Ginebra: OMS; 2022.
- 5- Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton University Press; 1965.

DESAFÍOS, ACTUALIZACIÓN Y PERSPECTIVAS BIOÉTICA EN LA PRÁCTICA MÉDICA: VOCES DE PROFESIONALES DE CONCEPCIÓN-PARAGUAY. AÑO 2025.

Challenges, updates and perspectives Bioethics in medical practice: Voices of Professionals from Concepción-Paraguay. Year 2025

Torres Bordón, Alejandro Miguel; Vera Wood, Ana María; Medina Samudio, Maria Cristina ¹

1. Universidad Nacional de Concepción, Docente Facultad de Medicina. Concepción - Paraguay

RESUMEN

Se entiende por Bioética, al estudio de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y atención de la salud, donde la conducta es examinada a la luz de principios y valores humanos; dicho término, aparece efectivamente al vocabulario científico a principios de 1971, publicado en el libro de Potter, titulado Bioethics: Bridge to the Future. El presente artículo explora las perspectivas de profesionales médicos, acerca de los desafíos, actualización, consejos para futuros profesionales, impacto de la tecnología y rol de los comités de bioética; puntos nodales muy importantes en la salud pública. La metodología tiene un enfoque cualitativo-descriptivo, una población constituida por 27 profesionales médicos de instituciones públicas y privadas, la muestra no probabilística por conveniencia. Se aplicó entrevistas semiestructuradas para la recolección de datos. En cada entrevista se registró el nombre del profesional, sus años de experiencia en la práctica médica y su especialidad. El análisis de las entrevistas reveló una percepción general sobre la escasa información y actualización en las áreas de bioética y ética médica de los profesionales que formaron parte de la muestra. El estudio destaca la necesidad de fortalecer la formación continua y la discusión bioética en el ámbito médico, considerando los rápidos avances tecnológicos y la creciente complejidad de los dilemas éticos que impactan de manera significativa en la salud. No obstante, coinciden en destacar el valor fundamental de estas disciplinas tanto en la formación de estudiantes de medicina como en su aplicación práctica en el ejercicio profesional

Palabras clave: Bioética, desafíos, perspectivas, actualización.

*Cómo referenciar este artículo/
How to reference this article*

Torres Bordón, Alejandro Miguel; Vera Wood, Ana María; Medina Samudio, Maria Cristina. Desafíos, actualización y perspectivas bioética en la práctica médica: voces de profesionales de concepción-Paraguay. Año 2025. Rev. Medicinae Signum. 2026; 5(1):36-50.

ABSTRACT

Bioethics is understood as the study of human conduct in the area of life sciences and healthcare, where conduct is examined in light of human principles and values. The term effectively entered the scientific vocabulary in early 1971, published in Potter's book, Bioethics: Bridge to the Future. This article explores the perspectives of medical professionals regarding the challenges, updates, advice for future professionals, the impact of technology, and the role of bioethics committees—key points of great importance in public health. The methodology employs a qualitative-descriptive approach. The population consisted of 27 medical professionals from public and private institutions, and the sample was non-probabilistic and selected using convenience sampling. Semi-structured interviews were used for data collection. In each interview, the professional's name, years of experience in medical practice, and specialty were recorded. The analysis of the interviews revealed a general perception of limited information and up-to-date knowledge in the areas of bioethics and medical ethics among the professionals who participated in the sample. The study highlights the need to strengthen continuing education and bioethical discussion within the medical field, considering the rapid technological advances and the increasing complexity of ethical dilemmas that significantly impact health. Nevertheless, they agree on the fundamental value of these disciplines both in the training of medical students and in their practical application in professional practice.

Key words: Bioethics, challenges, perspectives, updates.

Fecha de recepción: noviembre 2025. Fecha de aceptación: noviembre 2025

*Autor de correspondencia Torres, Alejandro. e-mail: alejandrotorres80@hotmail.com



Este es un artículo fue publicado en acceso abierto, bajo licencia de Creative Commons Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional.

INTRODUCCIÓN

El surgimiento de la Bioética como disciplina científica tiene sus raíces en la situación política, económica y social de un mundo globalizado que emerge luego de la segunda guerra mundial, como también de la evolución impetuosa de la Revolución Técnico Científica.

Esta disciplina ha despertado en todas las personas una gran motivación, convenciéndose de que no se debe dar un paso sin que esto implique una toma de decisiones y la creación de una conciencia crítica ante la necesidad de respetar la vida en todas sus manifestaciones.

Es así que, la Bioética en la medicina moderna es fundamental para guiar las decisiones en situaciones éticamente complejas, promoviendo la reflexión crítica y la toma de decisiones informadas y fundamentadas en la ciencia. Su enfoque enfatiza cuestiones como: el final de la vida, la experimentación con seres humanos, la tecnología médica y la genética, buscando proteger la dignidad y autonomía de las personas.

Además, la medicina, como disciplina centrada en el cuidado de la vida y la salud humana, está intrínsecamente ligada a principios éticos que orientan el actuar profesional. Por tanto, la práctica médica no puede reducirse únicamente al conocimiento técnico y científico, sino que requiere de una profunda reflexión sobre las implicancias morales de cada decisión clínica. En efecto, la ética médica y la bioética se han consolidado como campos fundamentales en la formación y el ejercicio profesional, especialmente en contextos donde los avances tecnológicos, la diversidad cultural y los nuevos

modelos de atención sanitaria plantean escenarios cada vez más complejos.

Este trabajo tuvo como objetivo general explorar las perspectivas de profesionales médicos de la ciudad de Concepción sobre desafíos éticos, los objetivos específicos responden a: indagar sobre la actualización en bioética, señalar los consejos emitidos para futuros profesionales, indicar el impacto de la tecnología en el ejercicio médico y por últimos establecer el rol de los comités de ética en las instituciones de salud.

La recolección de datos fue realizada por estudiantes del 5to año de la carrera de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Concepción. Año 2025, en el marco de la cátedra de Bioética y Ética Médica.

Investigaciones previas dan cuenta, del valor de abordar el tema de la bioética tanto en el campo de profesionales como de estudiantes del área de la medicina, al respecto el artículo original: Ética médica y bioética en el desarrollo del proceso de formación de los estudiantes de medicina en el Ecuador, autora Dra. Johanna Nathali Delgado Ferrín-Docente Universidad Estatal de Milagro-UNEMI-Ecuador, año 2024, el propósito del artículo fue analizar la ética médica y la bioética en la formación de los estudiantes de medicina en Ecuador, resaltando su importancia para abordar los dilemas éticos en la práctica médica. La obtención de resultados se basó en una revisión bibliográfica sobre un estudio propuesto por Veliz donde destaca la importancia de la enseñanza de la Bioética en la Facultad de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, se encontraron varias deficiencias en la formación ética. Aunque todos los encuestados consideran crucial la enseñanza de la bioética, la mayoría no ha recibido capacitación formal en este campo, y la

asignatura ocupa una posición marginal en el currículo, representando solo el 1,89% del total de las materias del programa. Los resultados indican que los estudiantes reconocen la necesidad de una formación más sólida en ética médica, el enfoque sigue siendo principalmente teórico y limitado, lo que impacta negativamente en su capacidad para aplicar los principios bioéticos en la práctica. Se concluye que es fundamental revisar y fortalecer los currículos académicos, integrando la bioética de manera transversal y promoviendo métodos de enseñanza más interactivos y prácticos para asegurar que los futuros médicos estén mejor preparados para enfrentar los desafíos éticos en la atención sanitaria.

Otra investigación, titulada: La enseñanza de la bioética, autor: Alcides Chaux de la Carrera de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad del Norte, Paraguay. Año 2022. Este trabajo señala que, la enseñanza de la bioética es fundamental para promover discusiones respetuosas sobre derechos humanos y teorías éticas, con el objetivo de mejorar la calidad de vida. En este contexto, se identifican tres enfoques pedagógicos principales: programas basados en materias, en alumnos y en preguntas, cada uno con sus propias ventajas y desafíos. Programas basados en materias: Este enfoque se centra en la enseñanza de contenidos específicos de la bioética, estructurados en asignaturas. Es el método más tradicional y se prefiere en muchos casos debido a razones económicas, la escasez de docentes y los grupos grandes de alumnos. Los programas basados en materias permiten una planificación más rígida y estructurada, facilitando la evaluación de conocimientos a través de exámenes y pruebas estandarizadas. Programas basados en alumnos: En este enfoque, se priorizan las necesidades, intereses y metas

individuales de cada alumno. La planificación se realiza en colaboración entre alumnos y docentes, permitiendo un aprendizaje más autodirigido. Los alumnos especifican las actividades de aprendizaje según sus propios intereses y necesidades, adquiriendo conocimientos y habilidades a través de sus propios esfuerzos. Programas basados en preguntas: Este modelo se enfoca en el aprendizaje a través de actividades reales y la resolución de problemas. Está diseñado para abordar problemas sociales e individuales, utilizando una metodología de aprendizaje basado en problemas. Este enfoque es altamente flexible y se adapta a las necesidades y habilidades de cada alumno, eliminando los límites entre clases y asignaturas. Planificación educativa: La planificación del proceso educativo es crucial y debe comenzar con la definición de metas y objetivos claros. La meta establece la dirección del proceso educativo, mientras que los objetivos de aprendizaje definen el fin esperado. Estos objetivos deben ser específicos, alcanzables, y adecuados para las necesidades de la sociedad. Además, deben estar clasificados de fácil a difícil y de simple a complejo. Métodos de enseñanza: Entre los métodos de enseñanza más eficaces se encuentran los estudios de caso y el uso de herramientas audiovisuales. El método de estudio de caso permite a los alumnos analizar y debatir problemas reales, desarrollando habilidades para la resolución de problemas y la toma de decisiones. Las herramientas audiovisuales, que van desde una simple pizarra hasta presentaciones de video, mejoran la comunicación y la calidad del aprendizaje. Evaluación: La evaluación es una fase crítica del proceso educativo. Su propósito es determinar si se han cumplido los objetivos y metas del programa, y medir las conductas esperadas

adquiridas. La evaluación debe ser neutral, válida, coherente, versátil y continua. Métodos como el Examen Clínico Estructurado Objetivamente (ECO) son especialmente útiles en la educación médica, permitiendo la evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes de manera separada y combinada. Conclusión: La enseñanza de la bioética debe ser práctica y adaptada a las necesidades sociales y éticas. La educación en bioética representa un enfoque humanista que requiere el uso de diversos métodos y herramientas educativas para ser eficaz. Además, debe incluir actividades que desarrollen habilidades comunicativas y fomenten el aprendizaje basado en el alumno. La evaluación continua y neutral es esencial para garantizar la efectividad del proceso educativo.

A lo largo de la historia reciente y con especial fuerza durante la pandemia del COVID 19, se evidenció la importancia de equilibrar el conocimiento científico con una sólida formación humanista. Así, cada decisión médica se transforma en un acto ético, donde se deben considerar los valores, las creencias y la dignidad de cada ser humano. En este sentido, la bioética y ética médica no solo invita a pensar en lo correcto, sino también en cómo actuar de manera justa y compasiva en un mundo que, muchas veces prioriza la técnica y la eficiencia sobre la humanidad. En palabras de Chau (2022), quien sostiene que la práctica de la medicina en la era moderna está plagada de desafíos sin precedentes en prácticamente todas las culturas y sociedades. Estos desafíos se centran en el aumento de las disparidades entre las necesidades legítimas de los pacientes, los

recursos disponibles para satisfacer esas necesidades, la creciente dependencia de las fuerzas del mercado para transformar los sistemas de atención de salud, y la tentación de que los médicos abandonen su compromiso tradicional con la primacía de los intereses de los pacientes.

METODOLOGIA

El diseño del estudio fue cualitativo descriptivo. La metodología aplicada, basada en las orientaciones de Hernández Sampieri (2018), presenta el enfoque cualitativo como una vía de investigación que busca comprender y profundizar fenómenos desde la perspectiva de los participantes en su ambiente natural. La población estuvo conformada por profesionales médicos con un mínimo de cinco años de experiencia, que ejercen la profesión en instituciones públicas y privadas de la ciudad de Concepción, en distintas especialidades (clínica médica, pediatría, traumatología, cirugía, medicina familiar, oftalmología, entre otras). El instrumento de recolección de datos fue una entrevista semiestructurada con cinco preguntas abiertas, aplicadas por estudiantes de quinto año de Medicina, previa explicación del propósito del estudio y resguardo del anonimato y la confidencialidad.

Para el análisis de la información se utilizó un enfoque de análisis temático de naturaleza inductiva, orientado a identificar patrones de significado compartidos en las narrativas de los profesionales. Las

entrevistas fueron transcritas de manera literal y se realizó una lectura repetida para familiarizarse con el contenido. Posteriormente se efectuó una codificación abierta de los fragmentos relevantes, agrupando los códigos en categorías iniciales y, finalmente, en temas que respondieran a los objetivos del estudio (desafíos éticos, actualización en bioética, consejos a futuros profesionales, impacto de la tecnología y rol de los comités de ética). El proceso de codificación y agrupamiento fue realizado por el equipo de investigación; las discrepancias en la asignación de códigos o en la delimitación de los temas se discutieron hasta llegar a consensos.

Se consideró que se alcanzó un grado aceptable de saturación temática cuando las nuevas entrevistas no aportaban códigos o significados sustantivamente diferentes a los ya identificados.

RESULTADOS

En este apartado se presentan las respuestas de los profesionales organizados por cada pregunta. A los distintos profesionales médicos, se les planteó las mismas interrogantes.

1. ¿Cuál es su mayor desafío ético como profesional médico?

Entrevistado 1: Creo que el desafío ético que estoy observando muy frecuentemente dentro de mi práctica diaria es el hecho de que estamos dentro de una profesión muy humanista que requiere de ponernos en el

lugar de nuestros pacientes todo el tiempo sin hacer daño. Sin embargo, muchas veces nuestras intervenciones pueden estar alterando ciertos ambientes, sea un ambiente familiar, un ambiente social respecto a los tratamientos, sean tratamientos psicológicos, tratamientos dentro de la conducta o tratamientos farmacológicos y el hecho de poner una línea muy delgadita entre lo que debo hacer para que el paciente esté bien, para que la familia entienda que los tratamientos son importantes y también el hecho de no dañar cierto relacionamiento que mi paciente pueda estar teniendo o no alterar su funcionalidad o intentar mantener esa discreción respecto a que está pasando por una situación de salud mental difícil en ese momento y que quiere conservar en secreto y que muchas veces mi práctica profesional puede estar alterando el deseo del paciente de poder continuar con su vida de forma normal, sin que nadie lo sepa. Y también el hecho de involucrarme emocionalmente con el paciente.

Entrevistado 2: Realmente hacerle llegar la salud de nuevo al paciente y no hacer daño como nuestra regla principal. Primero hacer el bien y no dañar.

Entrevistado 3: Y en cirugía no hay mucho desafío. En trauma, sí. Se utiliza mucho la ética en trauma o en medicina de cirugía. Si nosotros nos ponemos a pensar en el contexto de qué es lo que tenemos que hacerle a un paciente y qué es lo que otros hacen. En ese sentido, sí. La ética como cirujano, nosotros tenemos que definir y

decir que si vamos a tratar a un paciente para cobrarle dinero o vamos a tratar a un paciente por lo que tiene que hacerse ese paciente. Ese es el primer desafío ético, al menos en la mayoría de los que hacen cirugía. Y lo que nosotros nos damos cuenta no es el caso. Muchos colegas utilizan la cirugía o la medicina como forma de ganar plata. Y lo ideal sería que vos al paciente le ofrezcas todas las opciones disponibles para un tipo de tratamiento que el paciente elija. Luego tienes que decirle, darle las opciones a él y que él elija cuál es la opción que él considera más adecuada para él. O sea, la ética en este caso sería, en cirugía por lo menos, presentarle correctamente al paciente lo que son las opciones para él y no mentirle y orientarle hacia opciones que serían más costosas o que serían para reeditarlas más para él. En el ámbito público por supuesto que es más sencillo porque ahí nosotros tenemos los mismos manejos entre todos. Entonces es más sencillo, no hay tantas competencias ni hay tantos problemas éticos porque sería más bien que todos tengamos el mismo manejo y nada más.

Entrevistado 4: Mi mayor desafío ético como profesional médico es cuando se presenta un paciente con estado de salud delicado, de escasos recursos que necesita atención en centros de mayor complejidad y lo que corresponde es informar al paciente y familiares sobre la gravedad del estado actual del mismo. Teniendo en cuenta además que los familiares se niegan al traslado por la falta de recursos a los que se van a enfrentar lejos de sus hogares.

Entrevistado 5: Uno de los mayores desafíos éticos es cuando un paciente decide no continuar con las intervenciones médicas, incluso sabiendo que una cirugía podría ayudarlo, el paciente te dice que prefiere descansar a que se le opere.

Entrevistado 6: El mayor desafío que tengo teniendo en cuenta mi especialidad son los constantes pedidos de los pacientes para alterar los resultados para poder acceder a plazas ya sea para la carrera de policía o militares y también embarazadas que piden poder alterar la edad gestacional que tienen por algún motivo. Me han ofrecido incluso dinero por eso, pero yo como médico sé que eso no corresponde.

Entrevistado 7: Creo que mi mayor desafío ético es tratar de dar la mejor atención a los pacientes, pero en muchas situaciones se complica porque no tenemos los equipos necesarios o falta medicamento que el estado no puede proveer y el paciente no puede costear, entonces eso dificulta poder dar lo mejor al paciente, pero siempre trato de dar lo mejor con lo que tengo.

Entrevistado 8: En realidad, como profesional médico, a estas alturas desafíos éticos ya no tengo; sí como cabeza de esta institución. Pero, en general, los médicos lo que deben respetar fundamentalmente son los derechos del paciente, la privacidad y los deseos del mismo, porque al final eso es lo que prevalece: los deseos del paciente. Si quiere y tiene ganas de ser tratado y curarse, el médico puede brindarle toda la atención con calidad y calidez. Pero si el paciente es consciente de la enfermedad que tiene y no

quiere tratarse, entonces hay que respetar su decisión y dejar que la enfermedad evolucione.

Entrevistado 9: El mayor desafío es siempre responder a las necesidades de los pacientes que acuden al consultorio. Las decisiones y las recomendaciones deben ser en beneficio del paciente, no por una comodidad del médico. Siempre hay que priorizar al paciente como un todo.

Entrevistado 10: Uno de los mayores desafíos éticos que enfrento es tomar decisiones médicas con recursos limitados. Muchas veces no contamos con los medicamentos, equipos o especialistas necesarios, y eso me obliga a priorizar, decidir a quién se le puede brindar cierto tratamiento y a quién no, lo cual es muy doloroso y moralmente complejo. No debería ser así, pero en la práctica, la escasez nos obliga a tomar decisiones que afectan vidas.

Entrevistado 11: Mi mayor desafío ético como profesional reside en la toma de decisiones en ciertos puntos al momento de instaurar el tratamiento a seguir, ya existen muchas circunstancias médicas todos los días en la que nosotros como médicos debemos dejar decidir al paciente con respecto a su terapéutica, que equilibre el respeto por la autonomía del paciente y el no hacer daño. Mucha más en situaciones clínicas complejas. Como profesionales siempre buscamos lo mejor para el paciente, aunque en ciertos momentos y situaciones clínicas de mal pronóstico debemos informar sobre el cuadro en sí, sobre los beneficios y riesgos del tratamiento, aceptar

las decisiones del paciente y a veces de familiares debido a que el paciente por cuestiones médicas, ya sea por su estado deteriorado, de conciencia no tenga la capacidad de decisión.

Ante la siguiente pregunta, la cual fue:

2. ¿Cómo se mantiene actualizado sobre los procesos en Bioética y Ética Médica?

Entrevistado 1: Bioética y ética no, o sea, yo no me actualizo en eso. Personalmente yo me manejo con lo que aprendí ya, lo que conozco sobre ética médica desde la facultad y desde ahí, o sea, no es que me actualice en bioética. Nosotros no nos actualizamos en bioética. Más bien sería conocer lo que son las normas, los manejos normales y legalmente correctos.

Entrevistado 2: El médico siempre tiene que estar capacitándose. El que estudia medicina tiene que entender que nosotros queremos estudiar toda la vida, sobre todo si queremos crecer, y estar acorde a los otros. Porque las cosas van cambiando. Es dinámico. Porque nosotros tenemos que también tener esa empatía. Y aparte de tener la empatía, tenemos que conocer también. Yo no puedo buscar lo que yo no sé.

Entrevistado 3: Realmente muy poco campo parece que tenemos en cuanto a eso. Yo personalmente para la ética trato de alimentar mi espíritu como persona y como espiritualidad que tenemos, porque somos un trino, somos persona, mente y espíritu. Siempre trato de tener en cuenta a mi paciente así también, en esas dimensiones.

Así tengo en cuenta su ética, no hacerle daño a ninguna de esas tres partes de la persona.

Entrevistado 4: Regularmente asisto a seminarios o talleres sobre bioética, también que constantemente se lanzan artículos sobre el tema, más aún después de la pandemia del covid-19, también las guías de organismos internacionales como el de la OMS, la OPS y también las guías nacionales escritas por los comités de ética del país.

Entrevistado 5: Me mantengo actualizado en los desarrollos de Bioética y Ética Médica principalmente a través de artículos en línea de las diferentes plataformas virtuales. Además, trato de poner en práctica los principios éticos en la atención de pacientes para poder cosechar buenos hábitos en el día a día.

Entrevistado 6: Principalmente a través de Internet. Es un medio de acceso rápido y práctico que me permite estar al tanto de los avances y debates en el ámbito ético de la medicina.

Entrevistado 7: En cuanto a mi área me mantengo informado, especialmente con el uso de la inteligencia artificial para los diagnósticos imagenológicos, leyendo artículos de la sociedad española de radiología y guías americanas.

Entrevistado 8: Trato siempre de leer revistas médicas o artículos referentes a la ética médica, pienso que es fundamental no quedarse estancado especialmente en estos temas que son muy importantes para nosotros que somos la primera línea con los pacientes.

Entrevistado 9: Realmente muy poco campo parece que tenemos en cuanto a eso. Yo personalmente para la ética lo realizo a través del autoconocimiento.

Entrevistado 10: En realidad, nosotros en ese sentido, comparando con otros países, estamos bastante atrasados, porque no tenemos la infraestructura ni la inversión en salud que tienen los países del primer mundo. En este momento, desde el punto de vista bioético, hemos solucionado recién los problemas de trasplantes o de otro tema relacionado con la medicina moderna, como es el embarazo in vitro, que hace algunos años recién tuvimos. Estamos recién en eso. Al contrario, los países del primer mundo están en otra cosa. Por ejemplo, los europeos desde hace 20 años que están hablando de la eutanasia, y nosotros hasta ahora ni siquiera lo mencionamos. En ese sentido, por ejemplo, estamos lejos de los países del primer mundo.

Entrevistado 11: Lo poco que leo es lo que yo encuentro en páginas científicas que hablan de bioética.

La siguiente pregunta, consultó:

¿Qué consejo les daría a los futuros profesionales de la salud sobre la importancia de la Ética en su práctica?

Entrevistado 1: Que la ética es vital para poder ejercer de la mejor manera la práctica médica teniendo en cuenta que estamos nosotros en una carrera muy humanista donde lo que debemos hacer siempre es ayudar y no dañar, *primum non nocere*. Entonces tener en cuenta siempre que la ética como una bandera dentro de nuestras

prácticas profesionales para de esa manera buscar hacer el menor daño.

Entrevistado 2: Les diría que en cada paso que den con respecto a sus pacientes se encuentra la ética profesional, por lo que no es opcional, diariamente es esencial brindar un cuidado digno, respetuoso y justo a los pacientes. Todos los días aparecen circunstancias con dilemas éticos. Y tener en cuenta que las habilidades y conocimientos salvan vidas, pero la ética da sentido y el toque de humanidad a cada decisión médica.

Entrevistado 4: Mi consejo a los futuros profesionales de salud es que practiquen siempre los principios de bioética y ética médica en todos los ámbitos de la salud ya que así lograrán desarrollar actitudes que van a fortalecer la relación médico-paciente para llegar a una atención integral de los mismos.

Entrevistado 5: Les diría que los médicos no somos dioses. A menudo enfrentamos decisiones sumamente complejas sobre la salud de nuestros pacientes, y es en esos momentos cuando comprendemos la verdadera importancia de la ética médica, importancia que, lamentablemente, no le atribuimos siendo alumnos universitarios.

Entrevistado 7: Siempre debemos tener en cuenta que la bioética y las problemáticas que aborda, están presente en prácticamente todas las decisiones que tomamos como médicos, es algo que no podemos obviar, su importancia resulta fundamental para el buen abordaje de la profesión en cada momento y con más razón en las circunstancias críticas.

Entrevistado 8: Hay una frase que decía un docente de medicina con quien yo tuve el privilegio de trabajar, que es el profesor Miguel Ángel Martínez Yaryes, un gran cirujano, y siempre me decía en las cirugías: "Nunca le hagas al paciente lo que no vas a permitir que te hagan a vos." Es decir, trata al paciente como te tratarías a vos. Si se utiliza esa frase en general, el resultado siempre es bueno.

Entrevistado 9: Siempre, en la práctica médica, hay que priorizar la ética, ver al paciente como un ser humano con necesidades y debilidades, y la conducta tiene que basarse siempre en la ciencia, en lo que uno pueda darle en beneficio del paciente.

Ante la pregunta sobre qué consejo darían a los futuros profesionales de la salud sobre la importancia de la Ética en su práctica, los entrevistados convergen en destacar su carácter fundamental e ineludible en todo ejercicio profesional.

Un entrevistado (Entrevistado 1) enfatiza que la ética es vital para el ejercicio óptimo de la medicina, recordando la naturaleza humanista de la profesión y el principio fundamental de "primero no dañar" (*primum non nocere*). Sugiere mantener la ética como un estandarte en la práctica profesional para minimizar el daño.

Otro profesional (Entrevistado 2) subraya la presencia constante de la ética profesional en cada interacción con los pacientes,

considerándola no como una opción sino como un elemento esencial diario para brindar cuidados dignos, respetuosos y justos. Advierte sobre la aparición cotidiana de dilemas éticos y resalta que, si bien las habilidades y el conocimiento salvan vidas, la ética aporta sentido y humanidad a cada decisión médica.

Un tercer entrevistado (Entrevistado 9) aconseja a los futuros profesionales practicar siempre los principios de bioética y ética médica en todos los ámbitos de la salud. Argumenta que esta práctica conducirá al desarrollo de actitudes que fortalecerán la relación médico-paciente, facilitando una atención integral.

Finalmente, un cuarto entrevistado (Entrevistado 4) ofrece una perspectiva reflexiva, recordando que los médicos no son omnipotentes. Destaca que es en los momentos de decisiones complejas sobre la salud de los pacientes cuando se comprende la verdadera importancia de la ética médica, una relevancia que a menudo no se dimensiona durante la formación universitaria.

Concluyendo este apartado, los que corresponde a esta interrogante, los consejos para los futuros profesionales de la salud convergen en la centralidad de la ética en toda práctica médica. La ética se presenta como un pilar fundamental para una atención humanitaria, justa y respetuosa: que en palabras de Delgado Ferrín (2024) la

bioética debe ser transversal en el curriculum educativo con métodos de enseñanza interactivos y prácticos que garanticen una mejor preparación de estudiantes y profesionales ante los desafíos éticos en la atención primaria de salud.

Sobre la siguiente pregunta:

¿Cómo cree que la tecnología está cambiando el panorama ético en la medicina?

Entrevistado 1: Gracias a la tecnología ha habido cambios enormes con respecto al diagnóstico, tratamiento, incluso pronóstico, pero también plantea ciertos desafíos como ser el acceso a los datos clínicos, la equidad en el acceso y los límites del uso de la inteligencia artificial en decisiones clínicas.

Entrevistado 2: El panorama ético ha cambiado mucho desde que se introdujo la tecnología en la medicina, teniendo su pro y contra a la vez, si bien ha fortalecido en muchos aspectos a la medicina, también se ha deshumanizado la práctica médica enfatizando el aspecto técnico.

Entrevistado 4: Considero una herramienta muy útil, pero para el que sabe utilizar, poder conectarnos con pacientes que no tienen medios para llegar a nosotros es una de la mayor ventaja que yo veo pero hay que tener cuidado porque también nos podría favorecer a cometer errores porque nos quita la relación médico paciente que es demasiado importante.

Entrevistado 5: Nos está brindando oportunidades de tratamiento o de soporte de casos para los que antes no había mucho

que ofrecer, para poder manejar equilibradamente el aspecto humanitario de los pacientes haciendo un adecuado uso de las nuevas tecnologías.

Para esto se complementan el aprendizaje que hemos extraído en nuestra constante formación, las actualizaciones y las retroalimentaciones frutos todos de la experiencia.

Entrevistado 6: Lastimosamente, la tecnología, así como trae muchas cosas que son muy buenas para la medicina, quita una cosa que es la esencia de la medicina: la calidez. Con mucha tecnología se facilita el trabajo del médico, pero hace que se pierda la calidez con el paciente.

Entrevistado 7: Esto está acortando o sustituyendo el tiempo de relación médico-paciente en muchos casos. Se salta la semiología y se prioriza la tecnología. Sin embargo, la tecnología es de muchísima ayuda para la medicina. Hay cosas que no se hacían anteriormente y si pueden ser realizadas.

Ultima consulta realizada:

¿Cuál es su opinión sobre el papel de los Comités de Ética en los Hospitales y Centros de salud?

Entrevistado 1: Los comités de ética son fundamentales en todos los centros asistenciales de salud, aparte de ser un apoyo clave en las decisiones difíciles, muchas veces nos atravesamos con situaciones que confrontan con el pensar de los pacientes y sus familiares, lo ideal sería que siempre tanto las decisiones médicas y la de los pacientes vayan al unísono, pero no siempre

es posible ello. De ahí que es imperante la presencia de dichos comités para promover la reflexión ética, proteger el derecho de los pacientes y de los profesionales, y asegurar que la práctica médica respete los principios fundamentales.

Entrevistado 2: Considero que los comités de Ética en los Hospitales y Centros de Salud son muy necesarios y deberían ser implementados con más fuerza en nuestros centros asistenciales para poder participar en las decisiones médicas que puedan afectar la Ética y la integridad profesional.

Entrevistado 3: Estamos todavía flojos especialmente en nuestros hospitales regionales donde faltan los comités, veo que es una falencia que falta mejorar porque es muy necesario en todos los hospitales.

Entrevistado 4: Son muy importantes, podríamos decir fundamentales, pero tenemos aún mucho que mejorar porque yo sé que los comités están bien estructurados en los grandes hospitales de referencia, pero hay demasiados hospitales que no cuentan aún con esto entonces son falencias que debemos ir mejorando con los años.

Entrevistado 5: Desde mi punto de vista los comités de ética son absolutamente necesarios en los centros de atención médica ya de cierta complejidad, incluso un comité de ética a nivel regional para que no se creen ideas dispersas y podamos tener un organismo que represente y vele por esos principios. Es importante que consideremos la existencia de los comités de ética debido ya que cada vez y con más frecuencia nos enfrentamos a cuestiones que escapan de

nuestro alcance y por ello las decisiones puedan parecer contrarias a los avances médicos, estos son los casos en los que debemos avalarnos en una instancia superior.

Entrevistado 6: Sería buenísimo si funcionarán. Lastimosamente, no funcionan.

Entrevistado 7: Sí deberían de tenerlos, deberían de estar bien conformados y que marquen todo tipo de conducta, ya sea de tratamiento o de investigación; estos tienen que pasar por un comité de ética para ser aprobados.

DISCUSION

En relación a la primera interrogante realizada a los profesionales de salud entrevistados, las respuestas abordan de manera directa y con una perspectiva basada en la experiencia, la cuestión de los desafíos éticos en el ejercicio profesional, particularmente desde la especialidad de cada uno. La distinción inicial entre las especialidades es reveladora, sugiriendo una percepción de menor complejidad ética en algunas especialidades, particularmente en la cirugía electiva en comparación con las urgencias y las decisiones críticas inherentes al trauma. Sin embargo, el punto central de la reflexión ética emerge al plantear la dicotomía entre tratar a un paciente por su necesidad médica versus hacerlo con la motivación principal del lucro económico. Este se presenta como el "primer desafío ético" para muchos profesionales médicos, una preocupación que surge de la observación de colegas que priorizan la

ganancia financiera sobre el bienestar del paciente.

En este contexto, algunos médicos destacan la importancia de la transparencia y la autonomía del paciente. Consideran fundamental ofrecer al paciente todas las opciones de tratamiento disponibles, informándole de manera clara y veraz para que puedan tomar una decisión informada y acorde a sus propias necesidades y valores. La manipulación de la información o la orientación hacia opciones más costosas en beneficio del profesional se señala como una falta ética grave.

La mención del ámbito público introduce un contraste interesante, en este se percibe un menor grado de conflicto ético en este entorno debido a la homogeneidad de los protocolos y la ausencia de la competencia económica directa entre profesionales. Esto sugiere que el sistema en sí mismo puede influir en la prevalencia de ciertos dilemas éticos.

En consiguiente, ante la pregunta sobre cómo se mantienen actualizados en los conocimientos de Bioética y Ética Médica, se identifican diversas perspectivas entre los entrevistados. Entre el grupo de entrevistados (Entrevistado 1) manifiesta no priorizar la actualización formal en estos campos. Su práctica se basa principalmente en el conocimiento adquirido durante su formación inicial y en la comprensión de las normas y manejos legales vigentes.

En contraste, otro entrevistado (Entrevistado 2) subraya la importancia de la capacitación continua para el crecimiento profesional y

para mantenerse al día con la naturaleza dinámica de la medicina. Destaca la necesidad de conocer para poder brindar una atención empática y adecuada.

Una perspectiva diferente (Entrevistado 3) enfoca la ética desde una dimensión más personal y espiritual, buscando alimentar el espíritu como guía para una práctica que considere las múltiples dimensiones del paciente (persona, mente y espíritu) y evite causar daño en cualquiera de ellas.

Por otro lado, algunos profesionales (Entrevistado 4 y 5) demuestran una actitud proactiva hacia la actualización. Utilizan diversas estrategias como la asistencia regular a seminarios y talleres, la lectura constante de artículos en línea y publicaciones recientes (especialmente a raíz de la pandemia), y la revisión de guías de organismos internacionales (OMS, OPS) y nacionales (comités de ética). Además, uno de ellos (Entrevistado 5) enfatiza la aplicación práctica de los principios éticos como una forma continua de aprendizaje y desarrollo de buenos hábitos en la atención diaria.

En resumen, las respuestas revelan un espectro de enfoques hacia la actualización en Bioética y Ética Médica, que van desde la confianza en la formación inicial y el conocimiento normativo, pasando por la priorización del desarrollo personal y espiritual, hasta la búsqueda activa y constante de nueva información a través de diversas fuentes y la aplicación práctica de los principios éticos en el ejercicio de la profesión médica.

Considerando las respuestas emitidas en las dos preguntas antes mencionadas, es pertinente recordar lo expresado por Chaux (2022), quién sostiene que la práctica de la medicina en la era moderna presenta desafíos en todas las culturas y sociedades, en indicadores que visibilizan las necesidades legítimas de los pacientes, en relación a los recursos disponibles para satisfacer las necesidades.

En relación a la tercera interrogante realizada, las respuestas analizadas convergen en un punto crucial: la adopción de beneficios tecnológicos en la práctica médica debe ser gestionada sin menoscabo de los principios éticos ni la calidad de la atención al paciente. Se establece así la necesidad de un manejo equilibrado y estratégico. La tecnología, al ser una herramienta activa, requiere una complementación sólida con el factor humano. Esto implica priorizar la formación continua del profesional, la actualización de conocimientos basada en la evidencia y un mecanismo constante de retroalimentación de la experiencia clínica. En síntesis, el objetivo fundamental es asegurar que la innovación tecnológica se configure como un catalizador al servicio de una práctica médica más humana, efectiva y responsable. En relación a la última interrogante realizada, que referencia sobre los Comités de Ética, se puede destacar que, la gran mayoría de los entrevistados (Entrevistados 1, 2, 4, 5, 7) coinciden en que los Comités de Ética son fundamentales, necesarios, muy importantes y absolutamente necesarios en

los centros de salud y en particular en la ciudad de Concepción, Capital departamental.

Los Comités de Ética, se constituyen en apoyo en decisiones difíciles, las respuestas destacan su rol como apoyo clave en decisiones difíciles (Entrevistado 1) y en situaciones que confrontan el pensar de pacientes y familiares, como también para la protección de derechos y principios, se subraya de este modo su función para proteger el derecho de los pacientes y de los profesionales y asegurar que la práctica médica respete los principios fundamentales (Entrevistado 1).

Se recalca de parte de todos los profesionales médicos entrevistados, la importancia fundamental de los Comités de Ética, al tiempo que iluminan desafíos éticos concretos que enfrentan los profesionales de la salud en su práctica diaria. Estos desafíos, que incluyen el respeto a la autonomía del paciente, la priorización de su bienestar y la difícil toma de decisiones en contextos de recursos limitados, resaltan aún más la necesidad de contar con Comités de Ética resistentes y operativos. Por otra parte, estos comités podrían ofrecer un espacio para la reflexión, la deliberación y la formulación de recomendaciones que ayuden a los profesionales a navegar estas complejidades éticas, asegurando que la atención médica se brinde de manera justa, respetuosa y en línea con los principios éticos fundamentales, incluso en circunstancias adversas. La implementación efectiva y la superación de las falencias identificadas se

vuelven aún más cruciales a la luz de estos desafíos éticos inherentes a la práctica médica.

En suma, la opinión generalizada es que los Comités de Ética desempeñan un papel crucial en el ámbito de la salud, brindando apoyo en la toma de decisiones éticamente complejas, protegiendo los derechos de los involucrados y asegurando la adherencia a principios fundamentales. Sin embargo, se identifican importantes desafíos y falencias en su implementación, especialmente en hospitales regionales (Instituciones de salud de Concepción), lo que sugiere una necesidad de fortalecer y expandir su presencia y funcionamiento.

CONCLUSIONES

Las respuestas de los entrevistados revelan una perspectiva profunda y basada en la experiencia sobre los desafíos éticos que enfrentan los profesionales de la salud. Se destaca que la percepción de la complejidad ética varía según la especialidad, siendo la cirugía electiva menos compleja que la urgencia y el trauma. El beneficio económico emerge como el "primer desafío ético", planteando un conflicto directo con el bienestar del paciente. En este sentido, la transparencia y la autonomía del paciente son fundamentales, enfatizando la importancia de ofrecer información clara y veraz para decisiones informadas, evitando la manipulación o la orientación hacia tratamientos más costosos.

En cuanto a la actualización en Bioética y Ética Médica, se observa un espectro de

enfoques, desde la confianza en la formación inicial y el conocimiento normativo, hasta la búsqueda activa de información a través de seminarios, lectura de artículos y guías internacionales. Algunos profesionales incluso integran una dimensión personal y espiritual en su práctica ética. Esta diversidad subraya la necesidad de una capacitación continua para una atención empática y adecuada.

Los consejos para futuros profesionales de la salud convergen en la centralidad e ineludibilidad de la ética y la bioética en toda la práctica médica, pues, se presentan como pilares fundamentales para una atención humanitaria, justa y respetuosa, trascendiendo el conocimiento técnico y las habilidades clínicas.

Finalmente, se reconoce el papel crucial de los Comités de Ética como apoyo en decisiones difíciles, protección de derechos y garantía del cumplimiento de principios fundamentales. Sin embargo, se identifican desafíos en su implementación, especialmente en hospitales regionales, lo que resalta la necesidad de fortalecer y expandir su funcionamiento para navegar la complejidad ética inherente a la práctica médica moderna.

"La bioética no es simplemente una disciplina de dilemas, sino también una forma de mirar el mundo y la vida humana desde una perspectiva moral."

- Tom L. Beauchamp, filósofo y uno de los principales autores en Bioética.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Cely Galindo G. Gen-Ética. Donde la vida y la ética se articulan. (2000) El mundo de los transgénicos. Primera edición. 3R Editores, Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- 2- Chaux, Alcides. (2020) La enseñanza de la bioética. Carrera de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad del Norte, Paraguay. <https://orcid.org/0000-0002-5824-9867>.
- 3- Delgado, J. y Falconi, A. (2024). Ética médica y bioética en el desarrollo del proceso de formación de los estudiantes de medicina en el Ecuador. *Reincisol*, 3(6), pp. 5973-5984.
- 4- [https://doi.org/10.59282/reincisol.V3\(6\)5973-5984](https://doi.org/10.59282/reincisol.V3(6)5973-5984).
- 5- Hernández Sampieri et al, (2018) Metodología de la investigación científica. Mac Graw Hill.
- 6- La enseñanza de la bioética. (2022). *Revista Uninorte De Medicina Y Ciencias De La Salud*, 11(2), 191-209. <https://revistas.uninorte.edu.py/index.php/medicina/article/view/v11n2a1>.
- 7- Llano Escobar A. (2017) ¿Qué es Bioética? Primera edición. 3R Editores, Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- 8- Potter, Van R. (1971). *Bioethics: Bridge to the Future*.

ENTRE LA VIDA Y LA EXCLUSIÓN: MUJERES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA, VULNERABILIDAD Y CIUDADANÍA EN EL INTERIOR DEL PARAGUAY

Between Life and Exclusion: Vulnerability and Citizenship among Women Undergoing Chronic Hemodialysis in Rural Paraguay

Desvars, Raúl; Cuéllar, Néstor ¹
Alcaraz, Alondra;; Recalde, Leandro ²
Schupp, Elena ³

1. Universidad Nacional de Concepción, Docente Facultad de Medicina. Concepción – Paraguay
2. Universidad Nacional de Concepción, Alumnos Facultad de Medicina. Concepción – Paraguay
3. Facultad de Medicina. Hospital Regional de Concepción.

RESUMEN

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un desafío sanitario global y un indicador de desigualdad social, especialmente en contextos rurales del Paraguay. Este estudio cualitativo analiza las experiencias de mujeres en hemodiálisis crónica, explorando cómo la enfermedad se vincula con procesos de vulnerabilidad social, dependencia económica, ciudadanía sanitaria y ejercicio de derechos humanos. Desde un enfoque fenomenológico, se realizaron entrevistas semiestructuradas a cinco mujeres en tratamiento en un centro regional del departamento de Concepción. El análisis de los relatos permitió identificar cuatro ejes principales: la dependencia funcional y económica generada por la pérdida de autonomía; la vulnerabilidad emocional y la percepción de abandono institucional; la familia como principal soporte frente a la fragilidad del Estado; y la espiritualidad como recurso simbólico para afrontar el sufrimiento y mantener la esperanza. Los hallazgos evidencian que la ERC en mujeres del interior paraguayo trasciende la dimensión biomédica y refleja profundas inequidades estructurales relacionadas con el género, la pobreza y la ubicación geográfica. La noción de ciudadanía sanitaria se muestra debilitada, dado que el acceso a tratamientos y servicios depende más de redes familiares y comunitarias que de políticas públicas efectivas. Se concluye que estas mujeres viven entre la vida y la exclusión, en un contexto que exige estrategias integrales y sensibles al género que garanticen equidad, acompañamiento y reconocimiento pleno de sus derechos.

Palabras clave: Enfermedad renal crónica, mujeres, vulnerabilidad, ciudadanía, derechos humanos.

*Cómo referenciar este artículo/
How to reference this article*

*Desvars, Raúl; Cuéllar, Néstor; Alcaraz, Alondra; Recalde, Leandro; Schupp, Elena.
Entre la vida y la exclusión: mujeres en hemodiálisis crónica, vulnerabilidad y
ciudadanía en el interior del Paraguay. Rev. Medicinae Signum. 2026; 5(1):51-
59.*

ABSTRACT

Chronic kidney disease (CKD) constitutes a global public health challenge and a key indicator of social inequality, particularly in rural contexts of Paraguay. This qualitative study analyzes the experiences of women undergoing chronic hemodialysis, exploring how the disease is intertwined with processes of social vulnerability, economic dependence, health citizenship, and the exercise of human rights. Using a phenomenological approach, semi-structured interviews were conducted with five women receiving treatment at a regional center in the Department of Concepción. The analysis of their narratives revealed four main themes: functional and economic dependence resulting from the loss of autonomy; emotional vulnerability and the perception of institutional abandonment; the family as the primary source of support amid state fragility; and spirituality as a symbolic resource to cope with suffering and sustain hope. The findings show that CKD among women in Paraguay's interior transcends the biomedical dimension and reflects deep structural inequalities linked to gender, poverty, and geographic location. The notion of health citizenship appears weakened, as access to treatment and services depends more on family and community networks than on effective public policies. It is concluded that these women live between life and exclusion, within a

Fecha de recepción: noviembre 2025. Fecha de aceptación: noviembre 2025

*Autor de correspondencia Desvars, Raúl. E-mail: rauldesvars@unc.edu.py



Este es un artículo fue publicado en acceso abierto, bajo licencia de Creative Commons Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional.

context that demands comprehensive, gender-sensitive strategies to ensure equity, support, and full recognition of their rights

Key words: Chronic kidney disease, women, vulnerability, citizenship, human rights.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) representa uno de los principales desafíos sanitarios a nivel mundial, con una prevalencia estimada de casi el 10% de la población global (Musso et al., 2024). Esta afección, caracterizada por la pérdida progresiva e irreversible de la función renal, no solo constituye un problema médico, sino también social y político, al profundizar desigualdades estructurales y revelar las limitaciones de los Estados para garantizar los derechos económicos, sociales y culturales de sus ciudadanos. En los contextos rurales y empobrecidos, como el interior del Paraguay, la ERC adquiere una dimensión crítica que expone la fragilidad institucional y la desigual distribución de los recursos sanitarios.

Diversos estudios coinciden en que las mujeres experimentan una carga desproporcionada de la enfermedad. Aunque presentan mayor prevalencia que los hombres, tienen menor acceso a terapias sustitutivas y, cuando logran ingresar al sistema, enfrentan peores desenlaces clínicos y psicosociales (García et al., 2022). Esta brecha responde a la interacción de factores biológicos, determinantes sociales y desigualdades de género, como la pobreza, la escasa cobertura de seguridad social y los roles de cuidado que restringen su

autonomía (Tong et al., 2022). En América Latina, esta problemática se ha intensificado con el incremento sostenido de muertes prematuras y años de vida perdidos por ERC, especialmente en mujeres (Dávila-Cervantes & Agudelo-Botero, 2024). En Paraguay, la limitada infraestructura de salud, la distancia a los centros de diálisis y la falta de apoyo institucional generan situaciones de exclusión que obligan a muchas pacientes a desplazarse hacia otras regiones o incluso hacia Brasil en busca de atención (Pereira & Carvalho, n.d.). En este marco, estudiar la ERC desde la perspectiva de las mujeres del interior paraguayo permite trascender el enfoque biomédico y situar la enfermedad como un marcador de inequidad estructural. La investigación se justifica por la necesidad de visibilizar las experiencias de mujeres que viven entre la vida y la exclusión, enfrentando no solo el deterioro físico, sino también la precariedad económica, la falta de acompañamiento institucional y la fragilidad del Estado como garante del derecho a la salud. Pese al crecimiento de los servicios de diálisis en el país, persisten desigualdades territoriales y de género que condicionan la calidad de vida y el ejercicio de la ciudadanía sanitaria.

Desde un punto de vista teórico, la ERC en mujeres rurales puede comprenderse en la intersección entre vulnerabilidad social,

género y ciudadanía sanitaria. La vulnerabilidad, según Castel (2004), implica una posición intermedia entre la integración y la exclusión, donde los individuos carecen de garantías económicas e institucionales para sostener su autonomía. En el caso de las mujeres en hemodiálisis, esta condición se manifiesta en la dependencia económica, el aislamiento emocional y la desprotección estatal. El enfoque de género en salud (Butler, 2006; Lagarde, 2015) contribuye a comprender cómo los mandatos culturales de cuidado y sacrificio limitan el acceso y la toma de decisiones sobre la salud, reforzando su invisibilidad en las políticas públicas. Finalmente, la noción de ciudadanía sanitaria (Fleury, 2018) señala el derecho a participar y acceder equitativamente a servicios de salud de calidad; sin embargo, en el contexto paraguayo esta ciudadanía se ve restringida por las brechas territoriales y la debilidad institucional.

Desde esta perspectiva, la ERC en mujeres del interior paraguayo debe entenderse como una experiencia situada entre la biología y la estructura social, entre la enfermedad y la exclusión. Analizar sus vivencias permite evidenciar las desigualdades que atraviesan su cotidianidad, pero también rescatar sus estrategias de afrontamiento —familia, espiritualidad, resiliencia— que las sostienen frente a la adversidad. Este estudio busca aportar conocimiento para la construcción de políticas públicas sensibles al género y al territorio, que promuevan el

acceso equitativo a la salud y reconozcan plenamente los derechos y la dignidad de las mujeres con enfermedades crónicas.

METODOLOGIA

Se desarrolló un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico y perspectiva sociológica, orientado a comprender las experiencias vividas de mujeres en situación de vulnerabilidad sometidas a tratamiento de hemodiálisis. La muestra estuvo conformada por cinco participantes seleccionadas mediante muestreo intencional en un centro regional del departamento de Concepción. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas en profundidad, grabadas y posteriormente transcritas de manera textual, garantizando la confidencialidad y el consentimiento informado de las participantes. El análisis de la información se llevó a cabo mediante el enfoque de análisis temático, identificando unidades de sentido relacionadas con categorías emergentes tales como vulnerabilidad social, ciudadanía en salud, derechos humanos, dependencia y resiliencia comunitaria. El proceso analítico se desarrolló de manera iterativa, articulando los relatos individuales con marcos teóricos de la sociología de la salud y los estudios de género, a fin de interpretar los significados atribuidos por las participantes a su experiencia vital dentro del contexto sanitario.

Criterios de inclusión

Las participantes fueron seleccionadas de acuerdo con los siguientes criterios:

Ser mujeres adultas (mayores de 18 años) diagnosticadas con enfermedad renal crónica (ERC) en estadio avanzado y en tratamiento regular de hemodiálisis en el centro regional del departamento de Concepción.

Contar con una permanencia mínima de seis meses en el programa de hemodiálisis, a fin de garantizar una experiencia consolidada en el proceso terapéutico.

Residir en comunidades rurales o periurbanas del departamento, para reflejar las condiciones del interior del país.

Aceptar voluntariamente participar en el estudio, luego de recibir información clara sobre sus objetivos y firmar el consentimiento informado.

Poseer la capacidad de comunicación suficiente para expresar sus vivencias y percepciones durante la entrevista.

Criterios de exclusión

Se excluyeron de la investigación:

Mujeres en tratamiento de diálisis peritoneal o con menos de seis meses de hemodiálisis.

Pacientes con deterioro cognitivo, alteraciones psiquiátricas graves o limitaciones físicas que impidieran la comunicación efectiva durante la entrevista.

Participantes que se encontraban hospitalizadas o en condición clínica inestable al momento de la recolección de datos.

Mujeres que no otorgaron su consentimiento informado o que decidieron retirarse voluntariamente del estudio

Aspectos Éticos: el trabajo cumplió con los principios de ética, el respeto a la persona, la beneficencia y justicia.

RESULTADOS

El análisis realizado permitió identificar cuatro ejes centrales que reflejan la compleja intersección entre la enfermedad renal crónica (ERC) y las condiciones de vulnerabilidad social en mujeres del interior del Paraguay. Estos ejes evidencian cómo factores socioeconómicos, culturales, educativos y de acceso a los servicios de salud no solo afectan la aparición y evolución de la enfermedad, sino también la experiencia cotidiana de quienes la padecen. Asimismo, revelan la manera en que estas mujeres enfrentan barreras estructurales, estrategias de afrontamiento y redes de apoyo comunitarias, poniendo de manifiesto la necesidad de abordar la ERC desde un enfoque integral que considere tanto la dimensión clínica como la social y cultural del contexto local:

Tabla 1. Ejes centrales de la experiencia de mujeres en hemodiálisis crónica.

Eje central	Descripción	Ejemplo textual	Relevancia teórica
Dependencia funcional y económica	Pérdida de autonomía que genera dependencia de familiares y transporte sanitario	“Ya no puedo ni limpiar sola, necesito que alguien me acompañe”	Evidencia vulnerabilidad estructural y desigualdad territorial
Vulnerabilidad emocional y ausencia de apoyo institucional	Tristeza, desesperanza y síntomas depresivos ante la falta de acompañamiento psicosocial	“A veces solo lloro, no quiero hacer nada, pero igual vengo”	Muestra déficit de políticas públicas integrales de cuidado
Familia como soporte ante la fragilidad estatal	Redes familiares que reemplazan al Estado en provisión de cuidado y traslado	“Sin mis hijos no podría hacer esto, ellos me traen y me	Indica la centralidad de la familia y la brecha institucional
Espiritualidad como recurso de resiliencia	La fe y la espiritualidad sostienen la esperanza y mitigan la vulnerabilidad emocional	“Dios me da la fuerza, leo la Biblia cada vez que me siento débil”	Estrategia de afrontamiento simbólico frente a la precariedad

La interpretación de los hallazgos evidencia que la enfermedad renal crónica (ERC) en mujeres rurales del Paraguay no puede abordarse únicamente desde un enfoque biomédico. La dependencia funcional y económica demuestra cómo la pérdida de autonomía transforma radicalmente la vida cotidiana de las pacientes, condicionando su movilidad, participación en actividades comunitarias y capacidad para tomar decisiones sobre su propia salud. Esta dependencia trasciende lo individual y refleja inequidades estructurales: insuficiencia de infraestructura sanitaria, barreras territoriales y ausencia de políticas públicas que faciliten la accesibilidad y la autonomía de las personas en tratamiento. El eje de vulnerabilidad emocional y ausencia de apoyo institucional muestra que el sufrimiento de estas mujeres se extiende más allá del plano físico. La carencia de acompañamiento psicosocial y la percepción de abandono institucional generan estrés, ansiedad y depresión, afectando directamente la calidad de vida y reforzando las desigualdades existentes.

La familia como soporte subraya la centralidad de las redes afectivas frente a la fragilidad del Estado. La provisión de cuidados y transporte recae casi por completo en los familiares, evidenciando la incapacidad de las instituciones para garantizar derechos fundamentales y resaltando la feminización del cuidado,

donde los roles tradicionales de género se vuelven decisivos para la supervivencia diaria de las pacientes. Finalmente, la espiritualidad como recurso de resiliencia funciona como un mecanismo simbólico de afrontamiento que permite sostener la esperanza, la dignidad y la fortaleza emocional frente a la adversidad. Aunque estas estrategias son significativas, también evidencian la necesidad de que el Estado complemente la protección familiar con programas integrales que contemplen apoyo emocional, social y sanitario. De esta manera, estos hallazgos confirman que la ERC en mujeres rurales del Paraguay es un marcador de vulnerabilidad estructural, donde la interacción de factores sociales, culturales y de género determina la experiencia de la enfermedad. Al mismo tiempo, la resiliencia individual, la cohesión familiar y los recursos espirituales emergen como elementos fundamentales que evidencian la notable capacidad de resistencia de estas mujeres frente a sistemas de salud insuficientes y a desigualdades sociales, económicas y territoriales persistentes. Estas dimensiones no solo reflejan estrategias de afrontamiento personal, sino también formas de solidaridad y apoyo comunitario que permiten amortiguar los efectos de la vulnerabilidad, mantener la cohesión familiar y sostener la identidad cultural en contextos adversos. Además, ponen de relieve cómo las prácticas espirituales y los vínculos afectivos se

convierten en herramientas significativas para enfrentar los desafíos cotidianos asociados a la enfermedad y a la exclusión social. En conjunto, estos elementos constituyen un marco conceptual sólido y pertinente para la planificación de políticas públicas sensibles al género y al territorio, orientadas a garantizar el acceso equitativo a servicios de salud, fortalecer la inclusión social, promover la participación comunitaria y atender de manera integral las necesidades específicas de las mujeres que habitan en zonas rurales y periféricas del país.

Tabla 2. Conexión de los hallazgos con literatura regional y global.

Tema / Eje	Referencia	Contribución teórica
Vulnerabilidad social	Musso et al., 2024	Propone SOVI como complemento a KDIGO; los factores sociales son tan relevantes como los biomédicos.
Género y acceso desigual a terapias	Tong et al., 2022; Vergara-Pérez et al., 2024	Mujeres enfrentan menor acceso a fistulas, estigmas y discriminación institucionalizada.

Tema / Eje	Referencia	Contribución teórica
Carga diferenciada en América Latina	Dávila-Cervantes & Agudelo-Botero, 2024	Mortalidad prematura y años de vida perdidos son mayores en mujeres, aun con mejoras macroeconómicas.
Movilidad transfronteriza	Pereira & Carvalho, n.d.	Dependencia de servicios extranjeros evidencia insuficiencia del sistema nacional.
Desigualdad global y local	García et al., 2022	Mujeres pobres y con menor educación asumen más riesgos en donación de órganos, en contraste con hombres que tienen mayor acceso a tratamientos.

La interpretación de estos hallazgos evidencia que la experiencia de la ERC en mujeres rurales paraguayas trasciende lo puramente biomédico. La integración de factores sociales y culturales con la biología de la enfermedad muestra cómo la pérdida de autonomía, la vulnerabilidad emocional y la

necesidad de apoyo familiar y espiritual reflejan un Estado ausente, incapaz de garantizar derechos plenos y acceso equitativo a la salud, debilitando la ciudadanía sanitaria. En el plano de género, la evidencia regional y global indica que las mujeres enfrentan barreras persistentes para acceder a terapias sustitutivas, sufren estigmas asociados a roles de cuidado y tienen menor representación en los sistemas de atención y en estudios clínicos. Esta desigualdad se refleja también en América Latina, donde el progreso macroeconómico no se traduce automáticamente en justicia sanitaria para grupos específicos.

Las dinámicas transfronterizas, como la dependencia de servicios brasileños, muestran cómo las fallas del sistema nacional obligan a las mujeres a movilizarse para asegurar su tratamiento, reproduciendo ciclos de vulnerabilidad y dependencia. Al mismo tiempo, la resiliencia, el soporte familiar y la espiritualidad constituyen estrategias de afrontamiento y resistencia que permiten sostener la vida y la dignidad frente a la adversidad. De esta manera, los hallazgos sugieren que la ERC en mujeres del interior paraguayas es un marcador de inequidad estructural, donde lo biológico, social y cultural se entrelazan, y donde las políticas públicas deben orientarse hacia modelos integrales, sensibles al género y capaces de reducir desigualdades persistentes.

CONCLUSIONES

La enfermedad renal crónica (ERC) en mujeres del interior paraguayo constituye un problema complejo que trasciende lo biomédico, configurándose como un desafío de salud pública y una cuestión de justicia social. Los hallazgos muestran que la enfermedad no solo afecta la salud física, sino que se entrelaza con determinantes sociales, roles de género y desigualdades territoriales, evidenciando que el género, el lugar de residencia y la vulnerabilidad socioeconómica son factores decisivos en la trayectoria de la atención y en la calidad de vida de las pacientes.

En términos de ciudadanía sanitaria, las mujeres en hemodiálisis enfrentan un acceso limitado a servicios de salud, condicionado por barreras estructurales, inequidades territoriales y mandatos culturales que asignan a las mujeres roles de cuidado que restringen su autonomía y capacidad de decisión. Esta situación refleja un Estado ausente, donde la provisión de cuidados recae principalmente en la familia y en estrategias de resiliencia individual y comunitaria, incluyendo la espiritualidad como recurso simbólico frente a la adversidad.

Desde la perspectiva de políticas públicas, los hallazgos subrayan la necesidad de que el Estado no solo financie la terapia de reemplazo renal, sino que implemente programas integrales que incluyan apoyo psicosocial, acompañamiento familiar, acceso equitativo a tecnologías médicas y

mecanismos de reducción de desigualdades estructurales. La evidencia regional y global refuerza que estas intervenciones deben ser sensibles al género y contextualizadas territorialmente, considerando que el progreso macroeconómico no garantiza automáticamente justicia sanitaria ni igualdad en el acceso a servicios.

Asimismo, la ERC interpela la construcción de un modelo sanitario inclusivo, equitativo y democrático, que reconozca la salud como un derecho humano universal y que se articule con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La experiencia de estas mujeres funciona como un espejo de las desigualdades locales y globales, evidenciando la necesidad de politizar la enfermedad, entendiendo que cada diagnóstico y cada trayectoria de tratamiento refleja inequidades estructurales, oportunidades de resistencia y posibilidades de transformación social.

En síntesis, transformar las narrativas de estas mujeres en insumos para la acción pública implica reconocer la ERC como un síntoma de exclusión, pero también como una oportunidad para diseñar sistemas de salud más justos, inclusivos y equitativos, capaces de garantizar dignidad, autonomía y derechos plenos para la población femenina rural.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Butler, J. (2006). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity* (10th anniversary ed.). Routledge.
2. Castel, R. (2004). *Las metamorfosis de la cuestión social: Una crónica del salariado*. Paidós.
3. Dávila-Cervantes, C. A., & Agudelo-Botero, M. (2024). Revealing the burden of chronic kidney disease in Mexican women, 1990-2021. *BMC Nephrology*, 25(1), 346. <https://doi.org/10.1186/s12882-024-03797-3>
4. Fleury, S. (2018). *Ciudadanía e saúde: Perspectivas sobre direitos, políticas e práticas*. Editora Fiocruz.
5. García, G. G., Iyengar, A., Kaze, F., Kierans, C., Padilla-Altamira, C., & Luyckx, V. A. (2022). Sex and gender differences in chronic kidney disease and access to care around the globe. *Seminars in Nephrology*, 42(2), 101–113. <https://doi.org/10.1016/j.semnephrol.2022.04.001>
6. Lagarde, M. (2015). *Género y salud: Perspectivas y enfoques en la investigación y la política pública*. CEPAL.
7. Musso, C. G., Ricardo, A. C., Aroca-Martinez, G., & Chaparro, M. (2024). Chronic kidney disease (CKD) classification for low-resource settings: Taking into account patients' social vulnerability. *Revista Colombiana de Nefrología*, 11(3 SE-Discussion Article). <https://doi.org/10.22265/acnef.11.3.939>
8. Pereira, E., & Carvalho, M. de. (n.d.). Migração pendular e saúde: perfil de paraguaios em tratamento dialítico em município de fronteira internacional. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 11(SE-Artigos Originais), e3942. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.2022.e3942>
9. Tong, A., Evangelidis, N., Kurnikowski, A., Lewandowski, M., Bretschneider, P., Oberbauer, R., Baumgart, A., Scholes-Robertson, N., Stamm, T., Carrero, J. J., Pecoits-Filho, R., & Hecking, M. (2022). Nephrologists' perspectives on gender disparities in CKD and dialysis. *Kidney International Reports*, 7(3), 424–435. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2021.10.022>
10. Vergara-Pérez, H., Pérez Alba, A., Baliño, P., Rius Peris, A., & Reque, J. (2024). Is there gender disparity in vascular access for hemodialysis with new percutaneous systems? A systematic review. *Kidney and Dialysis*, 4(3), 163–171. <https://doi.org/10.3390/kidneydial4030014>

BRONQUITIS PLÁSTICA IDIOPÁTICA: CAUSA INUSUAL DE ATELECTASIA CON LLAMATIVA RESOLUCIÓN. REPORTE DE CASO.

*Idiopathic plastic bronchitis: an unusual cause of atelectasis with remarkable resolution.
Case report*

Cristaldo Ramírez, Alex Miguel; Villalba Salinas, Ariel; Barboza Acosta, Neida ¹
Rolón Ruiz Díaz, Lilian; Wolscham Mareco, Rodrigo ²
Zeballos Torres Hernán Adalberto ³
Desvars, Raúl; Ramírez, Blanca ⁴

1. Universidad Nacional de Concepción, Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.
2. Hospital Regional de Concepción, Médico Especialista en Neumología.
3. Hospital Regional de Concepción, Médico Especialista en Medicina Interna.
4. Universidad Nacional de Concepción, Docente Facultad de Medicina. Concepción - Paraguay

RESUMEN

La bronquitis plástica es una enfermedad pulmonar infrecuente caracterizada por la formación de moldes bronquiales que obstruyen la vía aérea. Se presentó el caso de un hombre de 47 años con disnea súbita y tos productiva, hallándose atelectasia izquierda y derrame pleural bilateral. Posterior a una toracocentesis complicada con neumotórax, el paciente expulsó espontáneamente un molde bronquial, confirmando el diagnóstico. El cultivo de esputo aisló *Acinetobacter* sp. y recibió tratamiento con antibióticos, corticoides inhalados, y fisioterapia respiratoria. Evolucionó favorablemente con resolución clínica y radiográfica. Este caso resalta la complejidad diagnóstica y el valor terapéutico de la expectoración espontánea del molde, aportando al conocimiento sobre una entidad poco frecuente

Palabras clave: Bronquitis plástica, atelectasia pulmonar, molde bronquial.

*Cómo referenciar este artículo/
How to reference this article*

Cristaldo Ramírez, Alex Miguel; Villalba Salinas, Ariel; Barboza Acosta, Neida; Rolón Ruiz Díaz, Lilian; Wolscham Mareco, Rodrigo; Zeballos Torres, Hernán Adalberto; Desvars, Raúl; Ramírez, Blanca. Bronquitis plástica idiopática: causa inusual de atelectasia con llamativa resolución. Reporte de caso. Rev. Medicinae Signum. 2026; 5(1):60-66.

ABSTRACT

Plastic bronchitis is an uncommon pulmonary disease characterized by the formation of bronchial casts that obstruct the airways. We report the case of a 47-year-old man who presented with sudden-onset dyspnea and productive cough, in whom left-sided atelectasis and bilateral pleural effusion were identified. Following a thoracentesis complicated by pneumothorax, the patient spontaneously expectorated a bronchial cast, confirming the diagnosis. Sputum culture isolated *Acinetobacter* sp., and he received treatment with antibiotics, inhaled corticosteroids, and respiratory physiotherapy. The patient evolved favorably, achieving both clinical and radiographic resolution. This case highlights the diagnostic complexity and therapeutic value of spontaneous cast expectoration, contributing to the understanding of this rare condition.

Key words: Plastic bronchitis, pulmonary atelectasis, bronchial cast.

INTRODUCCIÓN

La bronquitis plástica es una enfermedad pulmonar rara caracterizada por la formación de moldes bronquiales que obstruyen parcial o totalmente la vía aérea,

compuestos por fibrina, mucina y células inflamatorias (1). Se clasifica en tipo I (inflamatorio) y tipo II (acelular), este último asociado a cardiopatías congénitas y alteraciones linfáticas (2,3). Clínicamente se

Fecha de recepción: noviembre 2025. Fecha de aceptación noviembre: 2025

*Autor de correspondencia **Cristaldo, Alex.** email: cristaldoalex1993@gmail.com



Este es un artículo fue publicado en acceso abierto, bajo licencia de Creative Commons Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional.

manifiesta con tos, disnea, sibilancias y atelectasias recurrentes (4). Aunque predomina en la edad pediátrica, también puede observarse en adultos con enfermedades respiratorias o sin causa identificable. Dada su baja frecuencia y el desafío diagnóstico que representa, la comunicación de casos contribuye al reconocimiento temprano y manejo adecuado de esta entidad (5,8,9).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 47 años, procedente de zona rural, que trabaja como obrero de la construcción. Es bebedor social y exfumador, hipertenso con tratamiento irregular, niega otras patologías. Presenta cuadro de tos productiva de larga evolución y disnea de inicio brusco que progresa rápidamente hasta el reposo. En la exploración física, el paciente se encontraba taquipneico, hipoxémico con requerimiento de oxigenoterapia suplementaria. A la auscultación hipoventilación en bases pulmonares. En radiografía de tórax presento opacificación y pérdida de volumen en el hemitórax izquierdo compatible con consolidación basal izquierda. (Figura 1)

La ecografía pleural informó derrame pleural bilateral. Se realizó toracocentesis diagnóstica del lado izquierdo sin éxito que derivó a un neumotórax Grado II (Figura 2) con posterior colocación de tubo de drenaje pleural, debitando 500 cc de líquido sero hemático. La tomografía computarizada (TAC) de tórax evidencio colapso pulmonar

izquierdo, cardiomegalia y leve derrame pericárdico (Figura 3). Durante la internación presentó una crisis de tos tipo vómica expulsando un molde simulando su árbol bronquial en tamaño real (Figura 4), similares casos fueron reportados recientemente (6,7,9).

Inicialmente se consideraron diagnósticos diferenciales de atelectasia obstructiva secundaria a cuerpo extraño o proceso infeccioso, los cuales fueron descartados tras la expectoración del molde. El cultivo de esputo aisló *Acinetobacter* sp. Los análisis de laboratorio mostraron leucocitosis leve, sin otros hallazgos relevantes. Recibió tratamiento con antibióticos, corticoides inhalados, oxigenoterapia y fisioterapia respiratoria, con evolución favorable y resolución clínica y radiográfica en el control.

En la tabla 1 se resume la cronología de eventos clínicos, diagnósticos y terapéuticos del caso.



Figura 1. Radiografía de tórax de ingreso que muestra opacificación y pérdida de volumen en el hemitórax izquierdo, con desplazamiento mediastínico homolateral,

hallazgos compatibles con atelectasia pulmonar izquierda.



Figura 2. Radiografía de tórax posterior a la toracocentesis que muestra hiperclaridad y colapso pulmonar izquierdo, compatibles con neumotórax iatrogénico grado II.

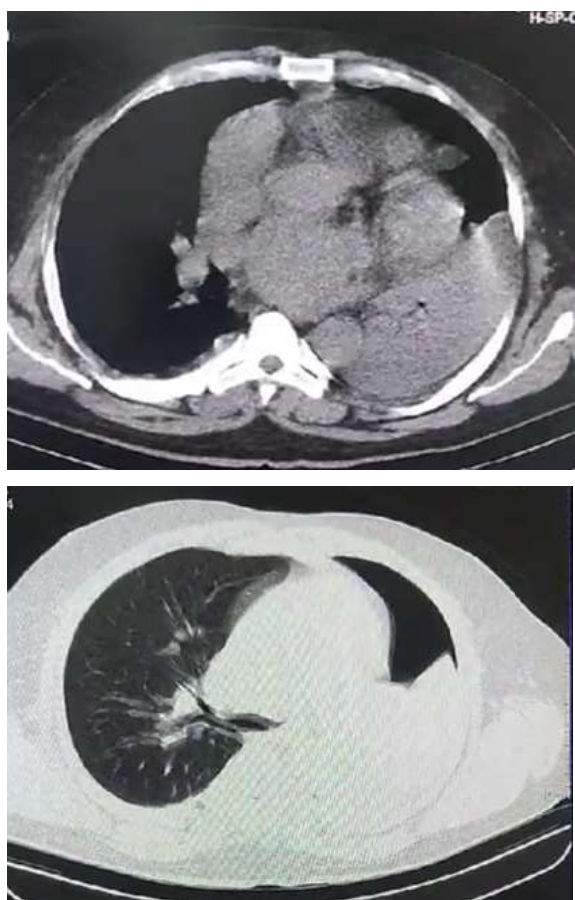
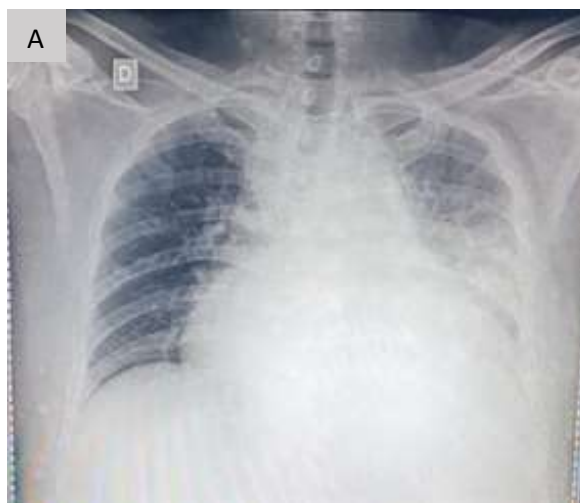


Figura 3: Tomografía axial computarizada de tórax en ventanas mediastínica (izquierda) y pulmonar (derecha). Colapso pulmonar.

pulmonar izquierdo, cardiomegalia y leve derrame pericárdico.



Figura 4. Molde bronquial expectorado espontáneamente, de aspecto tubular y ramificado, con morfología que reproduce el árbol bronquial izquierdo. El material presenta consistencia mucosa-fibrinosa, característica de los moldes observados en la bronquitis plástica.



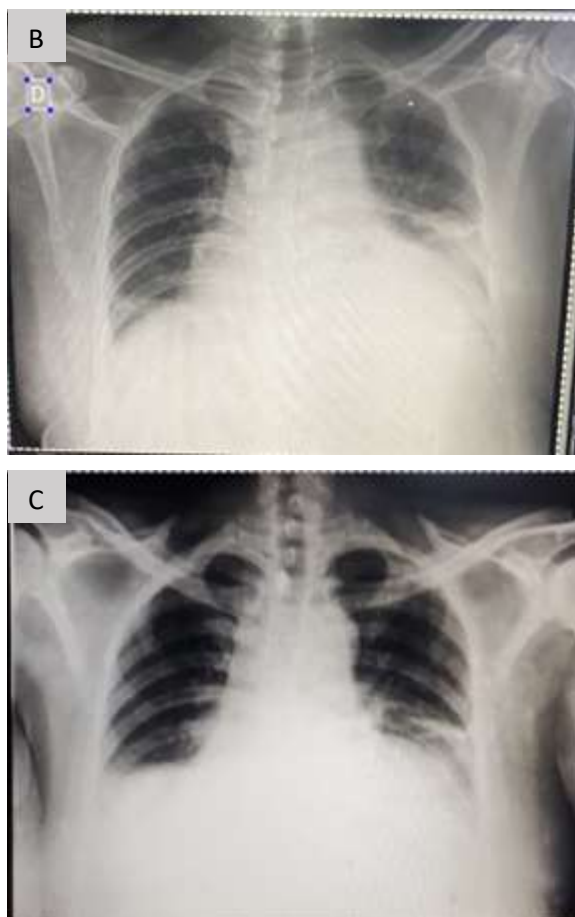


Figura 5. Serie radiográfica de tórax que muestra la evolución del cuadro. A) Control inmediato posterior a la expectoración: reexpansión parcial del pulmón izquierdo. B) Control intermedio: mejoría progresiva de la ventilación. C) Control al día 16 de internación, previo al alta: reexpansión completa del pulmón izquierdo y restitución de la anatomía torácica normal.

Tabla 1. Cronología de eventos clínicos, diagnósticos y terapéuticos del caso.

Día	Evento clínico principal
0	Inicio súbito de disnea y tos productiva. Consulta al hospital.
1	Radiografía: atelectasia izquierda. Ecografía: derrame pleural bilateral.

Día Evento clínico principal

2	Toracocentesis diagnóstica izquierda sin éxito. Complicación: neumotórax grado II. Colocación de tubo de drenaje (500 ml líquido serohemático).
3-4	TAC: colapso pulmonar izquierdo, cardiomegalia leve, derrame pericárdico. Inicio de antibióticos y corticoides inhalados.
6	Episodio de tos tipo vómica con expulsión espontánea del molde bronquial. Confirmación diagnóstica.
7-15	Mejoría progresiva clínica y radiográfica. Retiro de Tubo de Drenaje pleural Fisioterapia respiratoria diaria.
16	Radiografía de control: reexpansión completa del pulmón izquierdo. Alta hospitalaria.
+90	Seguimiento ambulatorio: sin días recurrencias.

Aspectos Éticos: el trabajo cumplió con los principios de ética, el respeto a la persona, la beneficencia y justicia.

DISCUSION

La bronquitis plástica es una entidad infrecuente que representa un desafío diagnóstico y terapéutico. En la mayoría de los casos reportados, el diagnóstico se confirma mediante fibrobroncoscopia, que permite la visualización directa y extracción de los moldes bronquiales (1,3,6,7,9). En contraste, el presente caso evidenció una

resolución espontánea con expectoración del molde, evento excepcional descrito solo de forma anecdótica en la literatura (8,10). En este caso, la bronquitis plástica se clasificó como idiopática debido a que, a partir de la evaluación consignada, no se identificó una enfermedad de base claramente asociada, como cardiopatía congénita, enfermedad linfática o patología pulmonar estructural grave, que son las causas secundarias más descritas en la literatura. Si bien se aisló *Acinetobacter* sp. en el cultivo de esputo y el paciente presentaba antecedentes de tabaquismo y tos crónica, estos elementos se interpretaron como parte del contexto infeccioso y del daño inflamatorio broncopulmonar concomitante, sin evidencia concluyente de un vínculo causal directo con la formación del molde bronquial. Esta incertidumbre etiológica justifica la denominación de bronquitis plástica idiopática en el presente reporte, reconociendo la necesidad de mayor investigación sobre los mecanismos subyacentes en adultos.

Para contextualizar este hallazgo, se presenta a continuación una revisión comparativa de casos recientes de bronquitis plástica en adultos reportados en la literatura. Tabla 2

Tabla 2. Casos comparativos recientes de bronquitis plástica en adultos (2016–2025).

Autor	Edad/Sexo	Causa asociada	Manejo	Evolución
Méndez-Abad et al., 2015 (2)	43/M	Idiopática	Broncoscopia + esteroides	Recidiva leve

Autor	Edad/Sexo	Causa asociada	Manejo	Evolución
Blanco Pérez et al., 2017 (4)	55/M	Silicosis	Heparina + broncoscopia	Mejoría parcial
Ntiamao h et al., 2021 (9)	48/F	Linfangiectasia	Fibrinolíticos	Recurrente
Murashit a et al., 2023 (8)	60/M	Postinfecciosa	Esteroides sistémicos	Resolución completa
Caso actual	47/M	Idiopática	Tratamiento conservador	Resolución completa

Edad expresada en años, M (masculino), F (femenino)

El proceso diagnóstico se vio limitado por la ausencia de broncoscopia, lo que impidió una confirmación endoscópica directa y la caracterización histológica del molde. Además, la toracocentesis inicial fue infructuosa y derivó en un neumotórax iatrogénico, lo que retrasó la resolución diagnóstica. Pese a ello, la expectoración espontánea del molde permitió confirmar el diagnóstico y resolver el cuadro clínico de manera no invasiva.

Lecciones clínicas aprendidas:

1. Considerar la bronquitis plástica ante atelectasias inexplicadas, especialmente en ausencia de masa o cuerpo extraño.
2. La expectoración espontánea del molde puede tener valor diagnóstico y terapéutico.
3. La disponibilidad de broncoscopia permite confirmar el diagnóstico y evitar complicaciones.

Una limitación importante del caso es la ausencia de broncoscopia diagnóstica y de estudio histopatológico del molde bronquial.

La falta de visualización endoscópica directa de la vía aérea y de análisis microscópico de la pieza expulsada impidió confirmar con mayor precisión la extensión de las lesiones, la composición del molde y la posible presencia de lesiones subyacentes. En consecuencia, el diagnóstico se apoyó fundamentalmente en la presentación clínica, los hallazgos radiológicos y la expulsión espontánea del molde con morfología compatible con el árbol bronquial izquierdo, lo cual debe tenerse en cuenta al interpretar y extrapolar los hallazgos de este reporte.

CONCLUSIONES

La bronquitis plástica idiopática constituye una causa excepcional de atelectasia pulmonar. De manera fortuita, la expectoración espontánea del molde permitió confirmar el diagnóstico y resolver el cuadro clínico. Este desenlace poco habitual resalta la importancia de considerar el diagnóstico de esta entidad nosológica y subraya la necesidad de disponer de recursos endoscópicos para su identificación y manejo oportunos. La comunicación de casos como este contribuye a ampliar el conocimiento clínico sobre una patología tan infrecuente como impredecible.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sosa Ferrari S, Mejía Reyes G, Tabora L, Zaldívar G, Rodríguez J. Bronquitis plástica. Caso clínico interesante. *Respirar*. 2024;16(2):177–182. doi:10.55720/respirar.16.2.8
2. Méndez Abad P, Delgado Pecellín I, González Valencia JP. Bronquitis plástica idiopática como causa infrecuente de atelectasia pulmonar masiva recurrente. *Arch Bronconeumol*. 2015;51(1):46–47. doi:10.1016/j.arbres.2013.12.004
3. Pérez Cateriano V, Pasco Ulloa JC. Bronquitis plástica como causa de obstrucción del tubo orotraqueal: a propósito de un caso. *Horiz Med*. 2016;16(4):72–74. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe>
4. Blanco Pérez JJ, Arnalich Montiel V, Guerra Vales JL. Bronquitis plástica en un paciente con silicosis. *Arch Bronconeumol*. 2017;53(9):516. doi:10.1016/j.arbres.2017.02.012
5. Coen M, Daniel L, Serratrice J. An adult case of plastic bronchitis: a rare and multifactorial disease. *J Thorac Dis*. 2018;10(1):E16–E19. doi:10.21037/jtd.2017.12.02
6. Adult Plastic Bronchitis: A Rare Cause for Chronic Productive Cough. *Ann Thorac Surg Short Rep*. 2024;(S2772-9931(24)00114-1). Disponible en: [https://www.annalsthoracicsurgeryshortrep.org/article/S2772-9931\(24\)001141/fulltext](https://www.annalsthoracicsurgeryshortrep.org/article/S2772-9931(24)001141/fulltext)
7. All This Thready Material Is Not Gauze: A Case of Plastic Bronchitis. *Chest*. 2023;(S0012-3692(23)04045-X). Disponible en:

-
- [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(23\)04045-X/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(23)04045-X/fulltext)
8. Murashita M, Oyasu T, Kodate A, Matsuura Y, Sadamoto Y, Endo A, et al. A case of plastic bronchitis with a remarkable response to steroids. *Respir Med Case Rep.* 2023;43:101850. doi:10.1016/j.rmcr.2023.101850. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/369952288_A_case_of_plastic_bronchitis_with_remarkable_response_to_steroids
 9. Ntiamoah P, Mukhopadhyay S, Ghosh S, Mehta AC. Recycling plastic: diagnosis and management of plastic bronchitis among adults. *Eur Respir Rev.* 2021;30(161):210096. doi:10.1183/16000617.0096-2021. Disponible en: <https://publications.ersnet.org/content/errev/30/161/210096.full.pdf>
 10. Hatzidakis A, Arvanitaki A, Matthaiou N, et al. Retrograde Selective Embolization of Thoracic Duct Side Branches in the Management of Plastic Bronchitis Following Fontan Procedure. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2025;48:1667-1669. doi:10.1007/s00270-025-04165-w. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00270-025-04165-w.pdf>

MENINGITIS TUBERCULOSA COMO MANIFESTACIÓN DE TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR: A PROPÓSITO DE 2 CASOS.

*Tuberculous meningitis as a manifestation of extrapulmonary tuberculosis:
a report of 2 cases*

Caballero Abente, Ileana María, Mendez Villalba, Cecilia María, El Haj Ortiz, Fátima Imad ¹

1. Universidad Nacional de Concepción, Especialista en Medicina Interna, Hospital Regional de Concepción.

RESUMEN

La meningitis tuberculosa es una de las manifestaciones menos frecuentes, pero más graves de la tuberculosis extrapulmonar, con altas tasas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial actualmente. Se presenta con manifestaciones inespecíficas siendo dificultoso su tratamiento temprano, su diagnóstico se realiza a través de la clínica y el estudio de líquido cefalorraquídeo. Se presentan 2 casos clínicos que acuden al Centro Médico Nacional - Hospital Nacional por antecedentes de fiebre y deterioro del estado de la conciencia.

Palabras clave: Meningitis tuberculosa, tuberculosis extrapulmonar, líquido cefalorraquídeo

*Cómo referenciar este artículo/
How to reference this article*

Caballero Abente, Ileana María; Mendez Villalba, Cecilia María; El Haj Ortiz, Fátima Imad. Meningitis tuberculosa como manifestación de tuberculosis extrapulmonar: a propósito de 2 casos. Rev. Medicinae Signum. 2026; 5(1):67-71.

ABSTRACT

Tuberculous meningitis is one of the less frequent but most serious manifestations of extrapulmonary tuberculosis, with high morbidity and mortality rates worldwide. It presents with nonspecific manifestations, making early treatment difficult; diagnosis is made through clinical examination and cerebrospinal fluid analysis. We present two clinical cases who came to the National Medical Center - National Hospital with a history of fever and altered mental status.

Key words: Tuberculous meningitis, extrapulmonary tuberculosis, cerebrospinal fluid

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa producida por *Mycobacterium tuberculosis* que es conocida principalmente por su afectación predominantemente pulmonar.

Hasta el año pasado se habían constatado 8,2 millones de personas diagnosticadas a nivel mundial de las cuales 324.000 eran de América con cifras en progresivo ascenso, en el 2023 obtuvo el primer puesto de

enfermedad infecciosas prevalentes a nivel mundial. (1)

La tuberculosis extrapulmonar se presenta secundaria a una diseminación hematogena de un foco pulmonar primario y puede afectar varios sistemas incluyendo el linfático, nervioso central, abdominal, las mismas se presentan con más frecuencia en pacientes inmunodeprimidos. (2,3)

Entre estas la meningitis tuberculosa se ha encontrado en 1-2% y se considera actualmente como una de las presentaciones más graves; sus manifestaciones clínicas son

Fecha de recepción: noviembre 2025. Fecha de aceptación: noviembre 2025

*Autor de correspondencia Abente, Ileana. e-mail: ileana2612@gmail.com



Este es un artículo fue publicado en acceso abierto, bajo licencia de Creative Commons Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional.

inespecíficas que se presenta desde cefalea a deterioro repentino del estado de la conciencia. Su diagnóstico se realiza a través de la clínica y se confirma con laboratorios, específicamente con la toma de líquido cefalorraquídeo. (4,6)

Se presentan dos casos que acudieron al Hospital Nacional de Itaugua, de ambos sexos, que acuden al servicio de urgencias por fiebre y deterioro del estado de conciencia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Caso clínico 1: Paciente masculino de 51 años, hipertenso en tratamiento con losartán sin otras patologías de base, cuenta con cuadro de 22 días de evolución de fiebre graduada vespertina, pérdida de peso de más de 5 kg, 12 horas antes del ingreso presenta deterioro del estado de la conciencia volviéndose confuso. Refiere antecedente de internación anterior recibió antibioticoterapia que no sabe referir por 15 días. Al ingreso paciente se encuentra confuso con glasgow 14/15, pupilas iguales simétricas reactivas a la luz, sin déficit aparente, febril con picos de 38 grados, sin otras particularidades al examen físico.

Se realizan estudios complementarios incluyendo radiografía de tórax, ecocardiograma, ecografía abdominal y tomografía de cráneo que retornan sin particularidades.

Con focos descartados, se decide punción lumbar en sospecha de meningoencefalitis y se inicia posterior a procedimiento tratamiento antibiótico con ceftriaxona y

vancomicina cubriendo foco, retorna PL con hipoglucorraquia, hiperproteíorraquia con celularidad a predominio mononucleares dicha muestra se envía para estudio para baciloscopia y geneexpert que retornan positivos para M tuberculosis y se inicia corticoides y HRZE cubriendo foco meníngeo de manera dirigida.

Posteriormente presenta deterioro brusco de estado de conciencia llegando a puntaje 8 según escala de Glasgow por lo que se procedió a intubación orotraqueal y es trasladado al servicio de reanimación de urgencias adultos donde requirió internación por 2 semanas durante las cuales sufrió de complicaciones propias de hospitalización. Paciente es dado de alta con glasgow basal de 10 sobre 15, y secuelas neurológicas adjudicados en parte a foco infeccioso y otros factores relacionados a estadía en cuidados intensivos con dependencia total de cuidado por familiares.

Caso clínico 2: Paciente femenino de 51 años, no portadora de patologías de base, acude por cuadro de 9 días de evolución de cefalea de inicio insidioso biparietal que no cede con analgésicos comunes, al cuadro se agrega sensación febril sin predominio de horario que cedía con el consumo de antipiréticos orales 2 días antes del ingreso se agrega vómitos precedidos de náuseas de contenido alimentario sin estrías de sangre y mareos persistentes por lo que acude a nuestro centro.

Tabla 1. Resultado LCR caso 1 y caso 2.

	Caso 1	Caso 2
Proteínas	350	287
Glucosa	9	14
Leucocitos	1400	214
Mononucleares	80%	60%
Polimorfonucleares	20%	30%
Genexpert	positivo para M. tuberculosis No posee resistencia a Rifampicina	positivo para M. tuberculosis posee resistencia indeterminada a Rifampicina

Tabla 1-2: Características citológicas y citoquímicas de LCR.

Ingresó confuso G 14/15, sin déficit ni signos meníngeos ni rigidez de nuca. Se realizó tac de cráneo simple donde se constató lesiones ni sangrado por lo que se decide realizar punción lumbar que retorna con hipoglucorraquia, hiperproteíorraquia celularidad a predominio mononucleares. Se inicia cobertura antibiótica empírica previo a punción cubriendo foco meníngeo en sospecha de una meningoencefalitis. Se envía muestra estudio molecular para geneexpert que retorna positivo para M. tuberculosis con sensibilidad indeterminada a Rifampicina por lo que se inició tratamiento dirigido con corticoides y HRZE. Paciente mantiene mismo estado de conciencia durante internación y es dada de alta posterior sin secuelas neurológicas al completar tratamiento con plan de continuar HRZE durante 12 meses con controles con el servicio de infectología y neurología.

Tabla 2. Línea de tiempo de los dos casos.

Momento clínico	Caso 1 (masculino, 51 años)	Caso 2 (femenino, 51 años)
Inicio de síntomas	de 22 días de fiebre vespertina, pérdida de peso >5 kg.	9 días de cefalea biparietal que no cede con analgésicos.
Próximo al ingreso	12 h antes: deterioro del estado de conciencia (confusión).	2 días antes: vómitos, náuseas y mareos persistentes.
Ingreso hospitalario	Ingresó confuso (Glasgow 14/15), febril (38 °C), sin déficit focal.	Ingresó confusa (Glasgow 14/15), sin signos meníngeos ni rigidez de nuca.
Estudios iniciales de imagen	Rx de tórax, ecocardiograma, eco abdominal y TAC de cráneo sin hallazgos relevantes.	TAC de cráneo sin lesiones ni sangrado.
Punción lumbar y LCR	PL por sospecha de meningoencefalitis → hipoglucorraquia, hiperproteíorraquia, pleocitosis mononuclear; baciloscopia y GeneXpert positivos para M. tuberculosis sin resistencia a rifampicina.	PL → hipoglucorraquia, hiperproteíorraquia, pleocitosis mononuclear; GeneXpert positivo para M. tuberculosis con resistencia a rifampicina indeterminada.
Conducta inicial	Inicio de ceftriaxona + vancomicina tras PL; luego corticoides y esquema HRZE dirigido al foco meníngeo.	Inicio de antibióticos empíricos previo a PL por sospecha de meningoencefalitis; tras resultado, corticoides y HRZE con plan de 12 meses.
Evolución y desenlace	Deterioro brusco a Glasgow 8/15 → intubación y 2 semanas en reanimación; alta con Glasgow 10/15 y secuelas neurológicas, dependencia total de cuidado.	Mantiene Glasgow 14/15 durante la internación; alta sin secuelas neurológicas, con seguimiento en infectología y neurología.

DISCUSIONES

La meningitis tuberculosa continúa siendo una de las patologías con complicaciones graves que posee actualmente dificultades en su diagnóstico temprano y por ende en su tratamiento. (1) La clínica inespecífica que presenta como náuseas, vómitos con cefalea de tiempo variable de 1 semana a 1 mes, deterioro del estado de conciencia, y convulsiones además de síntomas propios de la tuberculosis como diaforesis nocturna, fiebre prolongada y pérdida inexplicable de peso. Encontramos que ambos pacientes presentaron el deterioro del estado de conciencia brusco asociado a cefalea, pero solo el primer caso expuesto afirmaba tener historia de 1 mes de los síntomas, siendo la cefalea y náuseas con vómitos previo el deterioro la clínica del segundo caso. (2,3,4)

Lecciones clave

- En adultos con fiebre, cefalea y alteración del estado de conciencia, la meningitis tuberculosa debe considerarse entre los diagnósticos diferenciales, aun en ausencia de signos meníngeos clásicos.
- Los estudios de imagen (TAC de cráneo, radiografía de tórax) pueden ser normales en fases iniciales; el análisis de líquido cefalorraquídeo y las pruebas moleculares (GeneXpert) son fundamentales para el diagnóstico.
- La evolución prolongada y el deterioro neurológico avanzado, como en el caso 1, se asocian a mayor riesgo de secuelas neurológicas y dependencia funcional.
- El inicio temprano de corticoides y tratamiento antibacilar dirigido, como en el

caso 2, se vincula con mejores desenlaces clínicos y menor carga de secuelas.

- La ausencia de lesión pulmonar primaria no excluye la tuberculosis como etiología; es necesario mantener un alto índice de sospecha de formas extrapulmonares en contextos endémicos.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

CONCLUSIONES

Ninguno de los dos pacientes presentó lesión pulmonar primaria como la descrita en diversos estudios. El diagnóstico precoz y esencial se basa en el estudio de líquido cefalorraquídeo a través de su analítica o el estudio molecular donde se encuentran que ambos casos presentaban hipoglucoorraquia con celularidad a predominio de mononucleares con estudio molecular positivo. La tomografía axial computarizada no presentó hallazgos imagenológicos de importancia. Los pilares de tratamiento siguen siendo antibacilares y corticoides, el uso de antibacilares se extiende hasta 12 meses, aunque sigue siendo controversia el esquema a utilizar por el poco paso por la barrera hematoencefálica, no poseemos datos sobre el seguimiento del tratamiento de los pacientes después del alta. (6,7)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Global tuberculosis report 2024. World Health Organization (Internet) Mencionado 23 de junio de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global->

- tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024
2. Hernandez, A. Quintana, A. Quintanar, M. Álvarez, P. et al. Tuberculosis extrapulmonar: un problema de salud pública. *Cir. cir.* vol.91 no.1 Ciudad de México ene./feb. 2023. 01 de septiembre de 2021 [citado 23 de junio de 2025] *Cir Cir.* 2023;91(1):131-138 Disponible en: https://www.cirugiaycirujanos.com/frame_esp.php?id=814
 3. Rodríguez Diego, Zapata Alejandra, Molina Florencia, Pemuolo Griselda, Burbano Johnny, Correa Laydi. Tuberculosis meníngea: reporte de casos años 2005-2017. *Rev. chil. infectol.* [Internet]. 2021 Jun [citado 2025 Jun 26] ; 38(3): 410-416. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071610182021000300410&lng=es.http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182021000300410.
 4. García Linares D, Cosios Sarmiento AG, López Arévalo BP, Muñoz Romero JM, Urdiales Herrera JE, Carrión Granda CA. Meningitis Tuberculosa en Paciente Masculino sin Comorbilidades. Reporte de Caso. *Ciencia Latina* [Internet]. 1 de marzo de 2024 [citado 27 de junio de 2025];8(1):5332-41. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9872>
 5. Bogado-Saucedo CN, Montiel-Jaroli D, Garcete Espínola JS, Centurión González AI. Características clínico-epidemiológicas de la meningitis tuberculosa en pacientes internados en el Servicio de Clínica Médica del Centro Médico Nacional en el periodo 2015 – 2023. *Rev. Nac. (Itauguá)* [Internet]. 4 de octubre de 2024 [citado 23 de junio de 2025];16(3):110-9. Disponible en: <https://revistadelnacional.com.py/index.php/inicio/article/view/203>
 6. Sagamuste JV, Romero A,. Reporte de caso: Tuberculosis meníngea. *Revista Médica de Costa Rica* Vol. 84, Núm. 627 (2019): Enero-Junio [citado 27 de junio de 2025]2019;84:34-39 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2019/rmc19627g.pdf>
 7. González S. Edna, García A. Camila, Ortiz P. María Gabriela, Sánchez Pérez Erick. Tuberculosis del sistema nervioso central. *Acta Neurol Colomb.* [Internet]. 2021 May [cited 2025 June 26] ; 37(1 Suppl 1): 81-89. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482021000200081&lng=en. Epub May 22, 2021. <https://doi.org/10.22379/24224022338>

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y LABORATORIALES DE LAS PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS ATENDIDAS POR LA CÁTEDRA DE DERMATOLOGÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNC EN CONJUNTO CON EL PROGRAMA PIRE PORÃ REKAVO, CONCEPCIÓN- PARAGUAY

Clinical and Laboratory Characterization of Dermatological Pathologies Managed by the Department of Dermatology of the Faculty of Medicine of the National University of Concepción (UNC) in Conjunction with the "Pire Porã Rekavo" Program, Concepción – Paraguay

Gorostiaga, Graciela¹;González, Landdy².

1. Universidad Nacional de Concepción, Docente Facultad de Medicina, Cátedra Dermatología, Programa Pire Porã Rekavo, Sociedad Paraguaya de Dermatología, Concepción-Paraguay
2. Universidad Nacional de Concepción, Docente Facultad de Medicina, Concepción-Paraguay

RESUMEN

Introducción: Las patologías dermatológicas son frecuentes y pueden pasar desapercibidas en contextos con acceso limitado a especialistas. El programa *Pire Porã Rekavo*, en articulación con la Cátedra de Dermatología de la Facultad de Medicina de la UNC, busca acercar atención dermatológica y procedimientos diagnósticos y terapéuticos a la población de Concepción. **Objetivo:** Caracterizar las patologías dermatológicas atendidas en el marco del programa, describiendo sus características clínicas y laboratoriales. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, basado en los registros de pacientes atendidos en el Hospital Escuela de la UNC Medicina y el Hospital Regional de Concepción. Se consignaron diagnósticos dermatológicos, procedimientos realizados (cirugías menores, crioterapia) y estudios complementarios (biopsias, micología, PCR para lepra, leishmaniosis y paracoccidoides). **Resultados:** Se atendieron 572 pacientes, en quienes se identificó una amplia variedad de dermatosis infecciosas, inflamatorias y neoplásicas. Se diagnosticaron tres casos de lepra, se realizaron 43 procedimientos quirúrgicos y ocho sesiones de crioterapia. Se obtuvieron 43 biopsias de piel, 14 muestras para micología y seis muestras de linfa. Los estudios moleculares permitieron confirmar infecciones específicas y se documentaron infecciones por *Staphylococcus aureus*, *Candida spp.*, hifas hialinas tabicadas y *Malassezia spp.*, así como diversas lesiones benignas y malignas en anatomía patológica. **Conclusión:** El programa *Pire Porã Rekavo* facilitó la detección y el manejo de múltiples patologías dermatológicas en la comunidad de Concepción, incluyendo casos de lepra y lesiones neoplásicas, y constituye además una plataforma formativa para los estudiantes de Dermatología y un modelo de extensión universitaria aplicada a la salud cutánea.

Palabras claves: Dermatología, Extensión universitaria, Lepra, Anatomía Patológica, biopsia

*Cómo referenciar este artículo/
How to reference this article*


Gorostiaga, Graciela; González, Landdy. Caracterización clínica y laboratoriales de las patologías dermatológicas atendidas por la cátedra de dermatología de la facultad de medicina de la UNC en conjunto con el programa pire porã rekavo, Concepción- Paraguay. Rev. Medicinae Signum. 2026; 5(1):72-75.

ABSTRACT

Introduction: Dermatological diseases are common and may go underdiagnosed in settings with limited access to specialist care. The Pire Porã Rekavo program, in collaboration with the Dermatology Department of the Faculty of Medicine at the National University of Concepción, aims to provide specialized dermatological care and diagnostic and therapeutic procedures to the population of Concepción. **Objective:** To characterize the dermatological conditions

Fecha de recepción: noviembre 2025. Fecha de aceptación: noviembre 2025

*Autor de correspondencia: González, Landdy. email: dralanddy@gmail.com

 Este es un artículo fue publicado en acceso abierto, bajo licencia de Creative Commons Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional.

managed within the program, describing their clinical and laboratory features. **Materials and methods:** We conducted an observational, descriptive, cross-sectional study based on records of patients seen at the UNC Teaching Hospital and the Concepción Regional Hospital. For each patient, dermatological diagnoses, procedures (minor surgery, cryotherapy) and complementary tests (skin biopsies, mycological studies, and PCR for leprosy, leishmaniasis and paracoccidioides) were recorded. **Results:** A total of 572 patients were attended, in whom a wide spectrum of infectious, inflammatory and neoplastic skin diseases was identified. Three patients were diagnosed with leprosy. Forty-three surgical procedures and eight cryotherapy sessions were performed. Forty-three skin biopsies, 14 mycological samples and six lymph samples were obtained. Molecular tests confirmed specific infections, and *Staphylococcus aureus*, *Candida* spp., septate hyaline hyphae and *Malassezia* spp. were documented, together with various benign and malignant lesions on histopathology. **Conclusion:** The Pire Porã Rekavo program enabled the detection and management of multiple dermatological conditions in the community of Concepción, including leprosy and neoplastic lesions. It also represents a valuable training platform for dermatology students and a model of university outreach applied to skin health.

Key words: Dermatology, University extension, Leprosy, Pathology, Biopsy

INTRODUCCIÓN

Las patologías dermatológicas representan un desafío para los servicios de salud, especialmente en áreas donde el acceso a atención especializada es limitado. El programa Pire Porã Rekavo, en conjunto con la Cátedra de Dermatología de la Facultad de Medicina de la UNC y la Sociedad Paraguaya de Dermatología, busca acercar atención dermatológica especializada a la población de Concepción mediante intervenciones clínicas, toma de muestras para estudios de laboratorio y procedimientos terapéuticos.

Este estudio se realiza para caracterizar las patologías dermatológicas atendidas, su perfil clínico y los hallazgos laboratoriales asociados, con el objetivo de documentar la carga de enfermedad y la efectividad de las intervenciones realizadas, además de fortalecer la formación y extensión universitaria.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, basado en el registro de los pacientes atendidos por el programa *Pire Porã Rekavo* en conjunto con la Cátedra de Dermatología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Concepción y la Sociedad Paraguaya de Dermatología. La atención se llevó a cabo en el Servicio del Hospital Escuela de la UNC Medicina y en el Hospital Regional de Concepción, durante el período de ejecución del programa.

Se incluyeron todos los pacientes atendidos por el programa, sin restricción por edad ni sexo, que contaban con registro clínico en las planillas del servicio. Para cada consulta se consignaron los datos clínicos relevantes y el diagnóstico dermatológico presuntivo o definitivo,

basado en la evaluación realizada por dermatólogos de la cátedra.

Según el criterio clínico, en un subgrupo de pacientes se realizaron procedimientos diagnósticos y terapéuticos: biopsias de piel para estudio anatomopatológico, tomas de muestras para estudios micológicos directos y de cultivo, muestras de linfa para estudios específicos, así como procedimientos quirúrgicos y crioterapia de lesiones seleccionadas. En casos indicados se solicitaron estudios moleculares (PCR) para lepra, leishmaniosis y paracoccidioides, siguiendo los protocolos diagnósticos vigentes.

Para el análisis se clasificaron las patologías en dermatosis infecciosas, lesiones neoplásicas y otras enfermedades dermatológicas inflamatorias o pigmentarias, de acuerdo con el diagnóstico clínico y los hallazgos de laboratorio. Se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas, organizando la información en tablas y figuras según tipo de patología y procedimiento efectuado.

El estudio se llevó a cabo respetando la confidencialidad de los datos de los pacientes y los principios éticos de la Declaración de Helsinki, utilizando únicamente registros anonimizados para el análisis.

RESULTADOS

Se atendieron un total de 572 usuarios. De estos, 3 pacientes fueron

diagnosticados con lepra. Se realizaron 43 procedimientos quirúrgicos y 8 sesiones de crioterapia. Se obtuvieron 43 muestras para biopsia, 14 para estudios micológicos y 6 para análisis de linfa. Los estudios moleculares incluyeron PCR para lepra, leishmaniosis y paracoccidioides, cada uno positivo en un paciente.

Se detectaron infecciones por *Staphylococcus aureus* y lesiones en piel positivas a *Candida* spp, hifas hialinas tabicadas y *Malassezia* spp. Los hallazgos en anatomía patológica incluyeron carcinoma basocelular sólido en paciente femenino de 69 años, fibrohistocitoma o dermatofibroma en paciente femenino de 68 años, carcinoma basoescamoso ulcerado en paciente masculino de 64 años, nevus sebáceo de Jadassohn en paciente femenino de 53 años, nevus melanocítico intradérmico en paciente femenino de 25 años y esclerodermia localizada en paciente femenino de 63 años. Además de casos de dermatitis atópica, vitíligo, alopecia areata, acné y hemangiomas.

DISCUSIÓN

Los resultados evidencian la diversidad de patologías dermatológicas en la población atendida de la ciudad de Concepción y destacan la importancia de la detección temprana de infecciones y lesiones neoplásicas mediante biopsia, estudios micológicos y PCR. La colaboración entre la Cátedra de Dermatología y el programa Pire Porã Rekavo permitió ampliar el acceso a atención especializada,

lo cual es crucial para la prevención de complicaciones y la educación en salud de la comunidad.

La identificación de *Staphylococcus aureus* y *Candida spp* refuerza la necesidad de vigilancia de infecciones cutáneas y micóticas, mientras que los hallazgos de anatomía patológica demuestran la variedad de lesiones neoplásicas presentes en la población. La intervención temprana mediante procedimientos quirúrgicos y crioterapia contribuye significativamente a la resolución de lesiones y a la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

CONCLUSIÓN

El programa Pire Porã Rekavo en colaboración con la Cátedra de Dermatología de la Facultad de Medicina de la UNC permitió la atención integral de 572 pacientes, identificando múltiples patologías dermatológicas y realizando procedimientos terapéuticos y diagnósticos de relevancia. Estos hallazgos subrayan la importancia de los programas de extensión universitaria en la formación académica y la atención especializada, así como su papel en la mejora de la salud dermatológica en la población de Concepción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1- World Health Organization. *Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of leprosy*. Geneva: WHO; 2018.

- 2- Pan American Health Organization. *Guideline for the Treatment of Leishmaniasis in the Americas. Second Edition*. Washington, DC: PAHO; 2022.
- 3- International Agency for Research on Cancer. *WHO Classification of Skin Tumours. WHO Classification of Tumours, 4th Edition, Vol. 11*. Lyon: IARC; 2018.

ENFERMEDAD DE HANSEN: IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA CLÍNICA, MANIFESTACIONES CUTÁNEO-RESPIRATORIAS GRAVES, NEXO EPIDEMIOLÓGICO. REPORTE DE CASO CLINICO

Hansen's disease: importance of clinical suspicion, severe cutaneous-respiratory manifestations, epidemiological link. Clinical case report.

**Bareiro Arguello, Librada; Gómez Calonga Fabio; Cristaldo Ramírez. Alex Miguel ¹
Ramírez De Rivas, María Alessandra ²
Desvars, Raúl; Ramírez, Blanca ³**

1. Universidad Nacional de Concepción, Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina. Hospital Regional de Concepción; Concepción - Paraguay.
2. Hospital Regional de Concepción, Jefatura - Unidad de Terapia Intensiva Adultos
3. Universidad Nacional de Concepción, Docente Facultad de Medicina. Concepción - Paraguay

RESUMEN

La lepra es una infección crónica causada por *Mycobacterium leprae* que compromete principalmente la piel y los nervios periféricos, pudiendo generar discapacidad progresiva si no se diagnostica y trata oportunamente. Aunque su incidencia mundial ha disminuido, persiste en regiones endémicas y continúa asociada a importantes complicaciones. En Paraguay se registran alrededor de 300 casos nuevos por año, con predominio de formas multibacilares (85 %) (4). Se presenta el caso de un paciente masculino de 58 años que acudió por un cuadro respiratorio inespecífico, identificándose durante la evaluación lesiones mucocutáneas compatibles con enfermedad de Hansen. La anamnesis reveló contacto estrecho con un familiar con tratamiento incompleto. Según los criterios diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud (3), se estableció el diagnóstico clínico y se inició terapia específica. Este caso destaca la importancia de la sospecha clínica temprana y de la evaluación dermatoneurológica sistemática en áreas endémicas, especialmente ante presentaciones atípicas. A pesar del manejo instaurado, el paciente evolucionó desfavorablemente y falleció por complicaciones respiratorias e infecciosas durante la hospitalización.

Palabras clave: Enfermedad de Hansen, lesiones cutáneas, diagnóstico clínico.

*Cómo referenciar este artículo/
How to reference this article*

Bareiro Arguello, Librada; Gómez Calonga Fabio; Cristaldo Ramírez. Alex Miguel; Ramírez De Rivas, María Alessandra; Desvars, Raúl; Ramírez, Blanca. Enfermedad de Hansen: importancia de la sospecha clínica, manifestaciones cutáneo-respiratorias graves, nexo epidemiológico. Reporte de caso clínico. Rev. Medicinae Signum. 2026; 5(1):76-81.


ABSTRACT

Leprosy is a chronic infection caused by *Mycobacterium leprae* that primarily affects the skin and peripheral nerves, potentially leading to progressive disability if not diagnosed and treated promptly. Although its global incidence has declined, it persists in endemic regions and remains associated with significant complications. In Paraguay, approximately 300 new cases are reported annually, with a predominance of multibacillary forms (85%) (4). We report the case of a 58-year-old male patient who presented with a nonspecific respiratory condition, in whom mucocutaneous lesions compatible with Hansen's disease were identified during evaluation. Anamnesis revealed close contact with a family member with incomplete treatment. According to the diagnostic criteria of the World Health Organization (3), a clinical diagnosis was established and specific therapy was initiated. This case highlights the importance of early clinical suspicion and systematic dermatoneurological assessment in endemic areas, particularly in atypical presentations. Despite the treatment provided, the patient evolved unfavorably and died due to respiratory and infectious complications during hospitalization.

Key words: Hansen's disease, skin lesions, clinical diagnosis.

Fecha de recepción: noviembre 2025. Fecha de aceptación noviembre: 2025

*Autor de correspondencia Bareiro, Librada. e-mail: bareirolibrada21@gmail.com

 Este es un artículo fue publicado en acceso abierto, bajo licencia de Creative Commons Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional.

INTRODUCCIÓN

La lepra, o enfermedad de Hansen, es una infección crónica causada por *Mycobacterium leprae*, un bacilo ácido-alcohol resistente de crecimiento lento que afecta principalmente la piel y los nervios periféricos, además de la mucosa respiratoria y los ojos (1,2). Aunque su transmisibilidad es baja, la falta de tratamiento oportuno puede originar neuropatías que provocan deformidades, discapacidades y estigmatización social (3). La OMS ha señalado una persistencia de casos nuevos a nivel global, especialmente en regiones endémicas (9). En Paraguay, la carga de enfermedad se ha mantenido estable en la última década (5). Su expresión clínica depende de la respuesta inmunitaria del huésped y suele incluir lesiones cutáneas hipoestésicas, madarosis, alteraciones tróficas, pérdida de sensibilidad y engrosamiento de nervios periféricos.

El diagnóstico es esencialmente clínico-semiológico, siguiendo los criterios de la OMS: lesiones cutáneas con alteración de la sensibilidad, engrosamiento de nervios periféricos o demostración de bacilos ácido-alcohol resistentes en frotis o biopsia (3). Esto permite iniciar tratamiento incluso con baciloscopia negativa, especialmente en áreas endémicas.

Aunque siguen existiendo zonas con transmisión activa, el principal desafío continúa siendo el reconocimiento oportuno de sus manifestaciones, pues las

presentaciones atípicas o confusas pueden retrasar el diagnóstico y aumentar el riesgo de secuelas (4,8).

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los familiares del paciente para la utilización de la información clínica y las imágenes con fines académicos y de publicación, garantizando en todo momento el anonimato y la confidencialidad de los datos. El presente reporte se elaboró conforme a los principios de la Declaración de Helsinki y a las normativas institucionales vigentes para investigaciones con seres humanos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 58 años, procedente de Vallemí - Concepción, ex trabajador de calera, ex tabaquista y ex etilista de larga data. Hipertenso en tratamiento con enalapril 20 mg/día y con antecedente de glaucoma en ojo izquierdo. Negó otras comorbilidades.

Consultó inicialmente en el centro de salud de su localidad por dificultad respiratoria de un mes de evolución, de inicio insidioso en principio a moderados esfuerzos y luego en reposo. Se acompañó de tos húmeda con expectoración amarillenta, estrias hemáticas. Fue internado en dicho centro por 21 días, presentando empeoramiento progresivo y edema en miembro inferior derecho hasta la rodilla, con signos inflamatorios locales. Ante la persistencia de

disnea, hemoptisis y mala evolución, fue derivado al Hospital Regional de Concepción.

Al ingreso en Clínica Médica se encontraba lúcido y orientado (Glasgow 15/15), taquipneico, con murmullo vesicular conservado en vértices, disminuido en bases y crepitantes bibasales. Saturación de oxígeno de 92–93 % con cánula nasal a 5 L/min. Durante los primeros días presentó deterioro respiratorio progresivo pese a oxigenoterapia convencional, por lo que se indicó oxígeno de alto flujo (30 L/min) con mejoría parcial. Posteriormente desarrolló hipoxemia refractaria y aumento del trabajo respiratorio, motivo por el cual fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIA).

En UCIA requirió intubación orotraqueal e inicio de ventilación mecánica invasiva bajo modalidad protectora, con soporte hemodinámico y antibioticoterapia empírica, luego dirigida. Durante la evaluación integral se observaron hallazgos dermatológicos y neurológicos característicos de enfermedad de Hansen: pérdida bilateral de la cola de las cejas (madarosis), lesiones eritemato-hipopigmentadas granulomatosas en región frontal e interciliar Figura 1 y 2, lesiones necróticas indoloras en las falanges distales Figura 3, 4 y 5, engrosamiento de nervios periféricos (cubital y peroneo común) e hipoestesia cutánea. Además, presentaba edema de miembro inferior derecho, glaucoma en ojo izquierdo.

Ante estos hallazgos, se amplió la anamnesis y los familiares refirieron contacto prolongado con un familiar diagnosticado de lepra sin tratamiento completo. Los laboratorios mostraron leucocitosis moderada (11 000–13 000/mm³), función renal y hepática conservadas y gasometrías compatibles con alcalosis respiratoria compensada. El cultivo de secreción bronquial evidenció *Klebsiella pneumoniae* sensible a Carbapenem. La tomografía de tórax mostró infiltrados bilaterales en vidrio deslustrado compatibles con proceso inflamatorio infeccioso.

Se realizó baciloscopia y biopsia cutánea, negativas para bacilos ácido-alcohol resistentes, pero ante los hallazgos clínicos y epidemiológicos se inició tratamiento para lepra multibacilar. Sus diagnósticos fueron Enfermedad de Hansen multibacilar, insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica por distrés severo, neumonía intrahospitalaria por *Klebsiella pneumoniae*, celulitis en miembro inferior derecho, hipertensión arterial crónica y exposición a biomasa. Se administró rifampicina 300 mg mensual, clofazimina 100 mg y dapsona 50 mg diarias, junto con antibioticoterapia dirigida y soporte ventilatorio invasivo. Pese al manejo multidisciplinario, el paciente evolucionó desfavorablemente, con distrés respiratorio persistente y deterioro hemodinámico progresivo, falleciendo durante la internación por complicaciones infecciosas. En la Figura 6 se resume la cronología del caso clínico.



Figura 3, 4 y 5. Lesiones necróticas indoloras en: falanges distales de los dedos medio y anular (mano derecha), alteraciones tróficas ungueales y pérdida de sensibilidad local.

FIGURA 6. CRONOLOGÍA DE EVENTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DEL CASO



Figura 6. Cronología de eventos clínicos, diagnósticos terapéuticos del caso.

DISCUSION

El diagnóstico se estableció en una fase avanzada, con insuficiencia respiratoria aguda y compromiso sistémico. La falta de sospecha clínica inicial y de recursos diagnósticos especializados retrasó la confirmación etiológica. La coinfección pulmonar por *Klebsiella pneumoniae* complicó la interpretación de los hallazgos; sin embargo, el conjunto clínico y epidemiológico fue concluyente para el diagnóstico de lepra multibacilar. “La

efectividad de la poliquimioterapia continúa respaldada por evidencia reciente (10).

Autor / Año	Presentación clínica	Tipo de lepra	Confirmación diagnóstica	Evolución
Santos et al., 2023 (1)	Neuropatía extensa y lesiones cutáneas difusas	Multibacilar	Baciloscopia positiva	Mejoría con poliquimioterapia completa
de Aranzábal et al., 2021 (8)	Lepra lepromatosa con compromiso ocular	Multibacilar	Biopsia confirmatoria	Recuperación parcial
Li et al., 2024 (2)	Lepra multibacilar avanzada con respuesta inmunitaria alterada	Multibacilar	Baciloscopia y PCR positivas	Evolución favorable con tratamiento prolongado
Re Domínguez et al., 2024 (Paraguay) (6)	Lepra en fase tardía con diagnóstico clínico	Multibacilar	Baciloscopia negativa	Alta con tratamiento ambulatorio
Caso actual (Vallemí, 2025)	Compromiso respiratorio severo y lesiones cutáneo-neurológicas	Multibacilar	Diagnóstico clínico y epidemiológico (baciloscopia negativa)	Fallecimiento por distrés y sepsis

En este caso, la sospecha inicial se centró en una neumonía grave con insuficiencia respiratoria, pero la presencia de madarosis bilateral, lesiones cutáneas infiltradas e hipopigmentadas, lesiones necróticas indoloras en las extremidades, hipoestesia y engrosamiento de nervios periféricos, sumada al antecedente de contacto familiar con enfermedad de Hansen de tratamiento incompleto, orientaron fuertemente hacia el diagnóstico de lepra multibacilar. Aun cuando la baciloscopia y la biopsia cutánea resultaron negativas, la integración de los criterios clínicos y epidemiológicos permitió

establecer un diagnóstico sindrómico consistente con las recomendaciones de la OMS para contextos endémicos, en los cuales el peso de la clínica puede ser determinante ante estudios bacteriológicos no concluyentes.

Lecciones clínicas aprendidas:

1. La lepra puede manifestarse con síntomas respiratorios graves que retrasan su reconocimiento.
 2. La sospecha clínica y la exploración dermatoneurológica son claves en zonas endémicas.
 3. El contacto familiar sin tratamiento completo debe motivar búsqueda activa y profilaxis.
 4. La formación médica continua en lepra sigue siendo esencial, incluso en contextos de aparente eliminación.
- No se dispone de información sistematizada sobre la perspectiva del paciente o de sus familiares respecto al proceso diagnóstico y terapéutico, lo que constituye una limitación del presente reporte.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Hansen sigue siendo un reto diagnóstico y de salud pública. Este caso demuestra la importancia de mantener la sospecha clínica ante presentaciones inusuales y de fortalecer la formación médica en enfermedades infecciosas crónicas. El abordaje integral y el diagnóstico precoz son claves para prevenir complicaciones, reducir secuelas y avanzar hacia la eliminación definitiva de la lepra.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Santos DF, et al. Leprosy neuropathy. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1304131.doi:10.3389/fmed.2023.1304131. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2023.1304131/full>
- 2- Li X, et al. Leprosy: treatment and immune response. *Front Immunol*. 2024;15:1298749.doi:10.3389/fimmu.2024.1298749. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2024.1298749/full>
- 3- Barghavi V, et al. Neuromuscular manifestations in leprosy. *Curr Treat Options Neurol*. 2025;27:28. doi:10.1007/s11940-025-00839-5. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11940-025-00839-5>
- 4- World Health Organization. Leprosy fact sheet. 2025. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leprosy>
- 5- DGVS-MSPBS. Anuario de Lepra en Paraguay 2019–2022. Ministerio de Salud; 2023. Disponible en: https://dgvs.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2023/08/14082023_ANUARIO-LEPRA-PY-2019-2022.pdf
- 6- Re Domínguez ML, Aldama OM. Lepra en un centro de referencia. *Rev Nac Itauguá*. 2024;16(3):1–13. Disponible en: <https://www.revistadelnacional.com.py/index.php/inicio/article/download/181/131/229>
- 7- MSPBS. Lepra: notificaciones dentro de lo esperado. 2025. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/portal/34044>
- 8- de Aranzábal J, et al. Actualización en lepra. *Actas Dermosifiliogr*. 2021;112(10):897–907. doi:10.1016/j.ad.2021.10.022. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-lepra-puesta-al-dia-definicion-articulo-S0001731021004220>
- 9- WHO. Global leprosy update 2023. *Wkly Epidemiol Rec*. 2024;99(37):501–21. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/378895>
- 10- Montezuma T, et al. Multidrug therapy effectiveness in leprosy. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1139304. doi:10.3389/fmed.2023.1139304. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2023.1139304/full>

ESCUCHAR ES DIAGNOSTICAR: EL PODER DE LA ANAMNESIS EN EL DIAGNÓSTICO DEL TÉTANOS GENERALIZADO GRAVE – REPORTE DE CASO CLÍNICO

Listening is diagnosing: the power of anamnesis in the diagnosis of severe generalized tetanus – clinical case report

Díaz López, Auxiliadora María Liz; Gomez Lugo, Sandino Manuel; Cristaldo Ramírez, Alex Miguel¹
Ramírez de Rivas, María Alessandra²
Desvars, Raúl; Ramírez, Blanca³

1. Universidad Nacional de Concepción, Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina. Hospital Regional de Concepción.
2. Hospital Regional de Concepción, Jefatura – Unidad de Terapia Intensiva Adultos
3. Universidad Nacional de Concepción, Docente Facultad de Medicina. Concepción - Paraguay

RESUMEN

El tétanos es una enfermedad neuromuscular aguda causada por *Clostridium tetani* y caracterizada por rigidez muscular, espasmos generalizados y disfunción autonómica. A pesar de ser prevenible mediante vacunación, continúa presentándose en pacientes con heridas mal tratadas o sin esquema profiláctico completo. El diagnóstico sigue siendo esencialmente clínico, basado en signos característicos y en una anamnesis dirigida orientada a la identificación de puerta de entrada y ausencia de inmunización (1). Se reporta el caso de una mujer de 52 años con diabetes mellitus tipo 2 mal controlada y vacunación incompleta, quien ingresa en estado crítico a UTI con rigidez generalizada, espasmos inducidos por estímulos mínimos e insuficiencia respiratoria aguda. Durante el proceso de intubación presentó paro cardiorrespiratorio revertido con RCP avanzada. Se identificó como puerta de entrada una herida punzante en pie derecho mal cicatrizada. El reconocimiento clínico precoz permitió instaurar manejo intensivo específico. Este caso destaca el papel decisivo de la anamnesis en diagnósticos que dependen de la sospecha clínica temprana, demostrando que escuchar también es diagnosticar.

Palabras clave: Tétanos generalizado grave, anamnesis, inmunización.

*Cómo referenciar este artículo/
How to reference this article*

Díaz López, Auxiliadora María Liz; Gomez Lugo, Sandino Manuel; Cristaldo Ramírez, Alex Miguel; Ramírez de Rivas, María Alessandra; Desvars, Raúl; Ramírez, Blanca. Escuchar es diagnosticar: el poder de la anamnesis en el diagnóstico del tétanos generalizado grave – reporte de caso clínico. Rev. Medicinae Signum. 2026; 5(1):82-85.

ABSTRACT

Tetanus is an acute neuromuscular disease caused by *Clostridium tetani*, characterized by muscle rigidity, generalized spasms, and autonomic dysfunction. Despite being preventable through vaccination, it still appears in patients with untreated wounds or incomplete immunization schemes. Diagnosis remains primarily clinical, supported by targeted anamnesis and identification of risk factors. We present the case of a 52-year-old woman with uncontrolled type 2 diabetes and incomplete vaccination who was admitted to ICU in critical condition with generalized rigidity, stimulus-triggered spasms and acute respiratory failure. The patient experienced a cardiorespiratory arrest during intubation, resuscitated successfully with advanced CPR. A puncture wound on her right foot was found as the probable entry site. Early clinical recognition allowed rapid application of specific management. This case reinforces the essential role of history taking in diseases where diagnosis relies on clinical suspicion—demonstrating that listening is diagnosing.

Key words: Severe generalized tetanus, anamnesis, immunization.

5Fecha de recepción: noviembre 2025. Fecha de aceptación: noviembre 2025.

*Autor de correspondencia Díaz, Auxiliadora. E-mail: malizdiazlo@gmail.com



Este es un artículo fue publicado en acceso abierto, bajo licencia de Creative Commons Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional.

INTRODUCCIÓN

El tétanos es una enfermedad infecciosa grave causada por la neurotoxina tetanospasmina, la cual inhibe neurotransmisores inhibitorios y provoca hiperexcitabilidad neuromuscular manifestada como trismus, rigidez axial, espasmos y disfunción autonómica (3). Aunque ha disminuido globalmente, aún es potencialmente mortal en personas no vacunadas o con heridas contaminadas sin profilaxis (1,4).

La forma generalizada es la más frecuente y la de mayor letalidad, y puede alcanzar mortalidades superiores al 50% sin acceso a cuidados intensivos (5). No existen estudios confirmatorios específicos, por lo que el diagnóstico depende de la clínica asociada a una anamnesis orientada para identificar puerta de entrada y ausencia vacunal (6).

Este caso resalta cómo la entrevista médica puede ser determinante para confirmar de manera temprana una enfermedad letal pero reversible con intervención oportuna.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente femenina de 52 años, residente en zona rural, con diabetes mellitus tipo 2 mal controlada y vacunación incompleta, ingresó a UTI con cuadro clínico compatible con tétanos generalizado. Durante la anamnesis se identificó herida punzante en pie derecho, ocurrida semanas antes, sin profilaxis antitetánica (4,7). Presentó rigidez generalizada, espasmos dolorosos

por estímulos mínimos y progresión a insuficiencia respiratoria.

En la admisión: FR 32 rpm, rigidez torácica y diafragmática, diaforesis, moteado cutáneo y compromiso ventilatorio severo. Durante intubación desarrolló paro cardiorrespiratorio (1 min) reanimado con RCP avanzada, adrenalina y atropina.

Recibió inmunoglobulina tetánica humana (500 mg IM), toxoide tetánico, antibioticoterapia secuenciada con cefotaxima y metronidazol, instalación de vía venosa central, sonda nasogástrica, ventilación mecánica, analgesia-sedación (midazolam + fentanilo) y vigilancia continua.

Se observaron contracturas tónico-clónicas, “rigidez en tablón”, fenómeno en navaja, hirsutismo no hormonal, postura equino-varo, dedos en garra. Presentó rabdomiólisis (CPK ↑), posible miocarditis o síndrome de Takotsubo (8) e injuria renal aguda. Evolución crítica pero favorable tras 20 días de UTI, luego alta a sala y egreso definitivo.

Diagnósticos clínicos actuales:

1. Tétanos generalizado grave con insuficiencia respiratoria aguda
2. Rabdomiólisis secundaria
3. Injuria renal aguda
4. Paro cardiorrespiratorio recuperado
5. Posible miocarditis o síndrome de estrés tipo Takotsubo
6. Infección localizada en pie derecho como puerta de entrada

La paciente permaneció 20 días en UTI con buena evolución clínica, tras lo cual fue

trasladada a sala de Clínica Médica, donde continuó su recuperación durante 10 días adicionales hasta su alta hospitalaria.



Figura 1: Lesión infecciosa en el pie izquierdo, puerta de entrada del Clostridium tetani.



Figura 2 y 3: Paciente en decúbito supino con rigidez y postura en postura equino-

varo por espasmos de tétanos generalizado grave.

Aspectos Éticos: el trabajo cumplió con los principios de ética, el respeto a la persona, la beneficencia y justicia.

DISCUSION

Este caso evidencia que la anamnesis dirigida es clave en el diagnóstico precoz del tétanos, una enfermedad sin pruebas confirmatorias. La identificación de una herida punzante mínima y la ausencia de vacunación permitieron interpretar rápidamente los espasmos y la rigidez como tétanos generalizado grave, iniciando tratamiento inmediato. Así, se refuerza que escuchar y orientar adecuadamente la historia clínica puede ser determinante para salvar vidas.

Autor	Presentación	Manejo base	Evolución
Thwaites et al. 2006	Generalizado o grave	Inmunoglobulina antitetánica + Asistencia respiratoria Mecánica + Antibióticos	Recuperación
Afshar et al. 2011	Post-trauma contaminado	Inmunoglobulina antitetánica + sedación	Buena evolución
CDC 2021	Múltiples casos sin vacunación	Manejo clínico urgente	Variable
Presente caso (2025)	Puerta de entrada en pie + Insuficiencia respiratoria aguda	Inmunoglobulina antitetánica + Asistencia respiratoria Mecánica + Reanimación Cardiopulmonar	Crítico controlado

Lecciones clínicas:

1. La anamnesis puede convertirse en el primer y, a veces, único pilar diagnóstico en etapas tempranas.
2. La ausencia de vacunación y la presencia de heridas aparentemente insignificantes deben interpretarse como signos tempranos de alarma y vigilancia clínica estrecha.
3. Espasmos desencadenados por estímulos mínimos deben considerarse tétanos hasta demostrar lo contrario.
4. Un tratamiento instaurado de forma oportuna puede modificar el pronóstico en cuestión de minutos.

CONCLUSIONES

Este caso demuestra que escuchar es diagnosticar. La identificación de una herida mínima y la falta de vacunación permitió diagnóstico precoz e inicio terapéutico inmediato. La anamnesis y el examen físico siguen siendo herramientas superiores incluso frente a alta disponibilidad tecnológica cuando el cuadro es clínico.

Fortalecer habilidades de entrevista médica salva vidas.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. **Tetanus vaccines – Position paper.** *Weekly Epidemiol Rec.* 2017.

2. Farrar JJ, Yen LM, Cook T, et al. **Tetanus.** *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2000.
3. Centers for Disease Control and Prevention. **Tetanus Surveillance.** *MMWR.* 2011.
4. Thwaites CL, Yen LM, Loan HT. **Factors associated with mortality in tetanus.** *Lancet.* 2006.
5. Afshar M, Raju M, Ansell D. **Tetanus after disasters.** *Ann Intern Med.* 2011.
6. Public Health England. **Tetanus Guidance.** UK Gov. 2021.
7. Nandhini J et al. **Clinical features and management.** *Int J Contemp Pediatr.* 2020.
8. Plotkin SA. **Plotkin's Vaccines.** 8th ed. Elsevier; 2021.
9. Afshar M et al. **Narrative review: tetanus.** *Ann Intern Med.* 2011.
10. Patel S, Nagrale A, Singh R, et al. **Generalized Tetanus: Clinical presentation, complications and intensive care challenges – A case series and review.** *Journal of Critical Care Medicine.* 2022;47(3):185-192.

TROMBOCITOPENIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE CÁNCER METASTÁSICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.***Thrombocytopenia as a presentation of metastatic cancer. A case report.***Cecilia María Méndez Villalba, María Ileana Caballero Abente ¹

1. Universidad Nacional de Itapúa, Facultad de medicina; Residencia en medicina interna.

RESUMEN

La trombocitopenia en el adulto mayor puede obedecer a múltiples causas, dentro de ellas las neoplasias son una causa frecuente en este grupo etario. Se presenta el caso de un adulto mayor portador de hiperplasia prostática de larga data que acude al servicio de urgencias del Centro Médico Nacional de Itauguá por hematuria macroscópica, dentro del análisis de rutina se encontró como dato de valor una bicitopenia, a expensas de anemia y trombocitopenia. El diagnóstico se realizó por punción aspiración medular en la cual se encontraron células compatibles con Neoplasia prostática de alto grado en médula ósea causante de las alteraciones hemáticas.

Palabras clave: Trombocitopenia; neoplasias de la próstata; médula ósea; metástasis de la neoplasia; síndromes paraneoplásicos.

*Cómo referenciar este artículo/
How to reference this article*

*Cecilia María Méndez Villalba; María Ileana Caballero Abente.
Trombocitopenia como forma de presentación de cáncer metastásico. A
propósito de un caso. Rev. Medicinae Signum. 2026; 5(1):86-91.*

ABSTRACT

Thrombocytopenia in older adults can be due to multiple causes, with neoplasia being a common cause in this age group. We present the case of an older adult with long-standing prostatic hyperplasia who arrived to the emergency department of the National Medical Center in Itauguá with hematuria. Routine blood tests revealed bicytopenia, both anemia and thrombocytopenia. The diagnosis was made by bone marrow aspiration, which revealed cells compatible with high-grade prostatic neoplasia causing the hematologic abnormalities.

Key words: thrombocytopenia; prostatic neoplasms; bone marrow; neoplasm metastasis; paraneoplastic syndromes.

INTRODUCCIÓN

La trombocitopenia en el adulto mayor puede obedecer a múltiples causas, siendo las más comunes patologías autoinmunes, radioterapia, fármacos quimioterápicos, neoplasias hematológicas las causas más frecuentes en el grupo etario. (1)

En el varón adulto mayor de 50 años una de las neoplasias más frecuentes después del cáncer pulmonar es el cáncer de próstata,

una neoplasia con capacidad de ocasionar metástasis a órganos distantes siendo los más frecuentes huesos, ganglios linfáticos, pulmón, hígado y sistema nervioso central. (2)

Se trata de una neoplasia que no presenta sintomatología en etapas tempranas por lo que se detecta en estadios avanzados en la mayoría de los casos. El dosaje de PSA como método de tamizaje puede detectarlo en

Fecha de recepción: noviembre 2025. Fecha de aceptación noviembre: 2025

*Autor de correspondencia Méndez, Cecilia. E-mail: ceciliamiyo@hotmail.com



Este es un artículo fue publicado en acceso abierto, bajo licencia de Creative Commons Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional.

estadios tempranos con la posibilidad de brindar un tratamiento adecuado y evitar su progresión. (3)

Describir el caso de un adulto mayor que presenta trombocitopenia como forma inicial de manifestación de un carcinoma de próstata pobremente diferenciado con metástasis a médula ósea, y discutir los principales elementos clínico-hematológicos e imagenológicos que orientan el diagnóstico en este contexto.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino de 75 años de edad procedente de J. A. Saldívar acude al servicio de urgencias por cuadro de 3 meses de evolución de micciones de coloración sanguinolenta que aparecen de forma intermitente y se acompañan de dolor en hipogastrio, refiere haber perdido aproximadamente 8 kg durante el último mes. En las últimas 24 horas presentó mareos y decaimiento del estado general posterior a salida de orina de coloración roja rutilante por lo cual es traído por familiares. Antecedentes patológicos personales: Refiere antecedente de hiperplasia prostática, sin tratamiento ni seguimiento desde hace 4 años.

Signos vitales al ingreso: FC 78 PA 120/80 MMHG T 36.2°C SAT 94%

Al examen físico llamaba la atención palidez marcada de piel y mucosas. Resto del examen físico no mostró particularidades.

Paciente ingresa a sala de clínica médica lúcido, eupneico sin oxígeno suplementario, normotenso, afebril, se instala sonda vesical

para cuantificación de diuresis, la misma resultó dificultosa con posterior salida de orina de coloración rojo rutilante. Se solicita evaluación por el servicio de urología quienes solicitan ecografía renovesicoprostática e indican lavado vesical hasta aclaramiento de diuresis.

Laboratorios al ingreso: hb: 4.9 hto 15 vcm 87 hcm 30 glóbulos blancos 6260 n 45% 1 42% plaq 21000 pcr 3.60 fosfatasa alcalina 2900 urea 69 cr 1.27 k: 5.3 coagulograma normal. Se solicitaron marcadores tumorales de los cuales retornó un PSA de 1329.

Se transfundió 2 concentrados de glóbulos rojos y 1 pool de plaquetas en el servicio de urgencias. Se realizó ecografía renovesicoprostática que mostró una próstata aumentada de tamaño con un volumen de 62 g. 56x44x47 de diámetro. Se solicitó resonancia magnética de pelvis en donde se evidenciaron focos de infiltración ósea y medular. (figura 1)



Figura 1: RMN de pelvis en donde se observan focos osteolíticos en sacro e infiltración en médula lumbar.

Con todos los hallazgos se planteó biopsia prostática para definir fenotipo neoplásico,

sin embargo, se posterga por plaquetopenia persistente refractaria a trasfusiones. Se solicitó interconsulta con el servicio de hematología quienes plantean diagnóstico de Trombopenia Inmune secundaria a infiltración de médula ósea por neoplasia prostática de alto grado. En dicho contexto se toma muestra de Punción aspiración de médula ósea y se inicia corticoides (Prednisona) a razón 2 mg/kilopeso. Se observó mejoría notable de plaquetopenia durante la internación. Ascenso de plaquetas a 124.000. La anatomía patológica de la PAMO retornó médula ósea hipocelular con células atípicas correspondientes a carcinoma de próstata pobremente diferenciado. (figura 2)

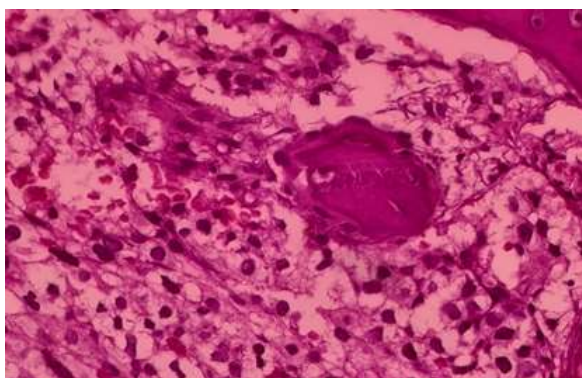


Figura 2: Imagen de pieza de anatomía patológica en donde se observa infiltración de médula ósea por células prostáticas con marcada atipia.

El paciente fue sometido a biopsia prostática para estadificación y fue derivado al INCAN para seguimiento ambulatorio. Al alta presentó cifras de plaquetas superior a 100.000 y ausencia de hematuria.

El paciente consulta por hematuria macroscópica de tres meses de evolución, dolor hipogástrico y pérdida de peso de

aproximadamente 8 kg en el último mes, a lo que se suma, en las últimas 24 horas, mareos y marcado decaimiento. Al ingreso se constata palidez intensa y, en el laboratorio, anemia severa (Hb 4,9 g/dL) asociada a trombocitopenia marcada (21.000/ μ L), con leucocitos en rango normal y coagulograma sin alteraciones. Esta combinación de bicitopenia, hemorragia urinaria y síndrome constitucional obliga a plantear, además del sangrado crónico, diagnósticos como infiltración o aplasia medular, síndromes mielodisplásicos, trombocitopenia inmune y coagulopatías de consumo.

La presencia de fosfatasa alcalina muy elevada (2.900 U/L), un PSA extremadamente alto (1.329 ng/mL) y una próstata aumentada de tamaño en la ecografía orientan fuertemente hacia una neoplasia prostática avanzada. La resonancia magnética de pelvis muestra focos de infiltración ósea y medular, hallazgo que apoya la hipótesis de metástasis con compromiso de médula ósea como causa estructural de la bicitopenia. Ante la persistencia de la trombocitopenia a pesar del soporte transfusional y en ausencia de alteraciones significativas de la coagulación, se refuerza la necesidad de descartar infiltración medular neoplásica mediante punción aspiración de médula ósea.

El estudio de médula ósea evidencia hipocelularidad con células atípicas compatibles con carcinoma de próstata pobremente diferenciado, confirmando el diagnóstico de cáncer de próstata

metastásico con afectación medular. La mejoría progresiva del recuento plaquetario tras el inicio de prednisona a 2 mg/kg/día, junto con la resolución de la hematuria, sugiere además un componente de trombocitopenia inmune secundaria en el contexto de enfermedad neoplásica avanzada. En conjunto, la integración de datos clínicos, bioquímicos, imagenológicos y anatomopatológicos permite concluir que la trombocitopenia fue la forma de presentación de un carcinoma de próstata pobremente diferenciado con metástasis a médula ósea y probable síndrome paraneoplásico asociado (7, 8).

Diagnóstico final.

Carcinoma de próstata pobremente diferenciado con metástasis a médula ósea.

Tabla 1. Línea de tiempo.

Momento	Hechos clínicos principales	Estudios / Conducta
≈ 3 meses antes del ingreso	Inicio de hematuria intermitente con dolor hipogástrico.	Sin estudios registrados.
≈ 1 mes antes	Pérdida de peso de aproximadamente 8 kg.	Sin controles previos documentados.
Día 0 – ingreso	Adulto mayor con hematuria roja rutilante, mareos y decaimiento; palidez marcada.	Laboratorio: bicitopenia (Hb 4,9 g/dL, plaquetas 21.000/μL), FA 2.900 U/L, PSA 1.329 ng/mL; sonda vesical, lavado vesical, transfusiones.

Momento	Hechos clínicos principales	Estudios / Conducta
Internación	Persistencia de trombocitopenia; se sospecha neoplasia prostática metastásica con compromiso medular.	Ecografía y RM de pelvis con infiltración ósea/medular; se realiza punción aspiración de médula ósea e inicia prednisona 2 mg/kg/día con ascenso de plaquetas.
Alta	Mejoría clínica, sin hematuria, plaquetas >100.000/μL.	PAMO: carcinoma de próstata pobremente diferenciado con metástasis a médula ósea; biopsia prostática y derivación a INCAN para seguimiento.

Aspectos Éticos: el trabajo cumplió con los principios de ética, el respeto a la persona, la beneficencia y justicia.

DISCUSION

La trombocitopenia secundaria neoplasias sólidas ya sea como parte de un síndrome paraneoplásico o como fenómeno secundario a invasión de la médula ósea es un hallazgo poco habitual (5)

En el contexto de una activación de citoquinas inflamatorias se utiliza corticoterapia a dosis alta como terapéutica inicial, asimismo se describe terapia inmunosupresora e incluso esplenectomía

sin embargo el tratamiento definitivo es tratar la causa subyacente. (6)

En el caso reportado se optó por usar Prednisona a dosis de 2 mg/kg dosis única diaria por un periodo de 5 días. Se observó un aumento significativo en el número de plaquetas durante el curso de tratamiento.

CONCLUSIONES

El cáncer de próstata se caracteriza por metástasis temprana a hueso, la afectación de la médula ósea por infiltración tumoral puede dar lugar a aplasia medular secundaria, asimismo puede ocasionar trombopenia inmune como fenómeno paraneoplásico. La detección temprana e inicio de tratamiento ya sea quirúrgico o quimioterápico retrasa la progresión al carcinoma metastásico.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

RECOMENDACIONES

El estudio de un paciente adulto mayor con trombocitopenia incluye analítica sanguínea y punción aspiración de médula ósea.

La resonancia magnética es una técnica útil para evaluar lesiones osteolíticas en el contexto de secundarismo óseo de un cáncer de próstata. En el contexto de una Trombopenia inmune como causa de un síndrome paraneoplásico un curso corto de corticoides es una opción viable de tratamiento. Los métodos de tamizaje dosaje de PSA y tacto rectal en todo paciente varón mayor de 50 años permite detectar y tratar

de forma temprana las neoplasias prostáticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Córdova-Pluma VH, Vega-López CA, Ortega-Chavarría MJ. Trombocitopenia inmunitaria primaria. *Med Int Mex.* 2020;36(5):660-669. [Internet]. 2018 Sep [cited 2024 Sep 15]; . Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95753>
- 2- Carroll PH, Mohler JL. NCCN guidelines updates: Prostate cancer and prostate cancer early detection. In: *JNCCN Journal of the National Comprehensive Cancer Network.* Harborside Press; 2018. p. 620–3.
- 3- F.J. Brenes Bermúdez, A. Alcántara Montero, ¿Detección precoz o cribado en la prevención del cáncer de próstata?, *SEMERGEN - Medicina de Familia*, Volume 43, Issue 2, 2017, Pages 100-108, ISSN 1138-3593, disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2016.01.014>.
- 4- García-Perdomo Herney Andrés, Zapata-Copete James Alejandro, Sánchez Adalberto. Una mirada global y actualizada del cáncer de próstata. *rev.fac.med.* 66(3): 429-437 [Internet]. 2018 Sep [cited 2024 Sep 15]; . Available

from:<https://doi.org/10.15446/revf-acmed.v66n3.65770>..

<https://doi.org/10.1186/s13256-021-02843-0>.

- 5- Alice, D., Darzé, C., Cunha Darzé, A., Gil-Santana, L., de Oliveira, P., Dourado, C., Santana Do Rosário, M., Santos, L., Alvarenga, F., Batista, J. C., & Filho, O. (2019). Púrpura Trombocitopênica Imune Secundária à Neoplasia Metastática de Próstata Immune Thrombocytopenic Purpura Secondary to Metastatic Prostate Cancer.

www.revistacientifica.hospitalsantaizabel.org.br

- 6- Schwartz KA, Slichter SJ, Haker LA. Immunemediated platelet destruction and thrombocytopenia in patients with solid tumours. *BJH*. 1982;51;17-24. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2141.1982.tb07285.x>

- 7- Nieder C, Haukland E, Pawinski A, Dalhaug A. Anaemia and thrombocytopenia in patients with prostate cancer and bone metastases. *BMC Cancer*. 2010;10:284.

- 8- doi:10.1186/1471-2407-10-284.

Disponibile en:
<https://doi.org/10.1186/1471-2407-10-284>

- 9- da Silva MACN, Manhães VPR, Gasparotto Júnior L, Tsukumo DML, Lalli CA. Pancytopenia as an initial manifestation of prostate cancer: a case report. *J Med Case Rep*. 2021;15:247.

- 10- doi:10.1186/s13256-021-02843-

0. Disponibile en: