

REVISTA UNIBE

DE

CIENCIA Y CULTURA

**EL SIDA
y sus manifestaciones
en la cavidad bucal.**

**Actualización sobre
neoplasia tiroidea**

**Integración de la República Dominicana
al Acuerdo de Libre Comercio de
América del Norte.**

**Caña de azúcar en la
República Dominicana.**

**La Televisión, la violencia
y los niños**

**El internet y su incorporación
al sector de la salud.**



Abraham J. Hazoury
Rector

Dr. Gustavo Batista V.
Vicerrector Ejecutivo

José Ignacio Pacheco
Vicerrector Académico

Rosi Escoto de Matos
Vicerrectora Administrativa

REVISTA UNIBE DE CIENCIA Y CULTURA

VOL. 7, Nos. 1, 2 y 3 ENERO-DICIEMBRE 1995

Esta es una publicación cuatrimestral de la Universidad Iberoamericana que aparecen en abril, agosto y diciembre de cada año.

Las opiniones aquí expresadas son responsabilidad exclusiva de los autores y no necesariamente reflejan los puntos de vista de UNIBE.

Inscrito en la Secretaría de Estado de Interior y Policía, con el número 5970 del 22 de mayo de 1989.

Oficina Editorial y suscripciones:

Revista UNIBE de Ciencia y Cultura

Av. Francia 129
Santo Domingo,
República Dominicana.
Teléfono (809) 689-4111
Fax: (809) 686-5821

Suscripción:

Anual:	Rep. Dom.	<i>Exterior</i> RDS90.00 US\$20.00
Núm. suelto:	RDS35.00	US\$ 8.00

COMITE DE INVESTIGACIONES Y PUBLICACIONES (CIP):

Dr. José I. Pacheco
Dr. Rubén Darío Pimentel
Lic. Josefyn Calderón Troncoso
Dis. Grecia Rivera
Lic. Santiago Núñez

Diagramación
Gerardo Germán

CONTENIDO**EDITORIAL**

- El tabaco cuesta más de lo que usted cree 5

INVESTIGACIONES

- Opiniones de un grupo de expertos sobre la factibilidad de integración de la República Dominicana al Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte
Kishi Toshio e Ilonka Carbucía Pérez 7
- Pacientes diagnosticados y tratados endodónticamente por resorción dentinaria interna en la clínica de UNIBE en el período mayo-diciembre de 1996
Millet-López LJ y Fiallo de los Santos D. 17
- Significado clínico y pronóstico de la tuberculosis pulmonar en pacientes asistidos en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier
Forouzandeh Shahraki S y Mousavizadegan N. 21
- Incidencia de neoplasias de tiroides y su localización anatómica por gammagrafía. Análisis de una población de 2309 pacientes
Rodríguez-Ortega IA *et al.* 25
- Frecuencia del hábito tabáquico entre estudiantes adolescentes de la educación secundaria institucional de la zona urbana del municipio de La Romana
Abréu M, Jiménez Y, Pimentel RD, Félix-Félix E. 31
- Incidencia de aborto en el Hospital Rosa Duarte de Elías Piña
Forouzandeh Shahraki S y Mousavizadegan N. 39
- Características epidemiológicas de enfermedades anorrectales en pacientes de un consultorio privado de la ciudad de Santo Domingo
Gerso-Rosales IE, Pimentel RD, García D, Pimentel E. 43
- Hábito de fumar en estudiantes de la Universidad Autónoma de Santo Domingo
Peña-Feliz M *et al.* 49

ARTICULOS INVITADOS

- La televisión, la violencia y los niños
Barbuscía I 53
- Lo que usted necesita saber sobre la aspirina
De Oro J. 57
- El Internet y su incorporación al sector de la salud
Linger C, Spinelli H y Iriart C. 61

REVISIONES

- El SIDA y sus manifestaciones en la cavidad bucal 69
- Factibilidad de integración de la República Dominicana en el acuerdo de libre comercio de América del Norte
Kishi Toshio e Ilonka Carbucía Pérez 79
- Algunas consideraciones sobre la privatización
Susan Yocasta Esparillat Cruz 89
- Actualización sobre neoplasia tiroidea
Rodríguez-Ortega, *et al.* 93
- La atención primaria de salud y el desarrollo
Pimentel RD y Uribe, RU. 101
- Actualización del tratamiento endodóntico por resorción dentinaria interna
Leopoldo Jorge Millet López y Daysi Fiallo De los Santos 107

ARTE Y LITERATURA

- Cada hijo me costó una muela: mitos y realidades
Leopoldo J. Millet 113
- Las malas compañías I
Rubén Darío Pimentel 115

RESEÑA

- Libros 117

EDITORIAL

El tabaco cuesta más de lo que usted cree

El 31 de mayo del presente año, se celebró una vez más el "Día mundial sin tabaco". A pesar de la importancia que representa esta fecha para la salud de la población dominicana, la misma pasó desapercibida en todo el territorio nacional. Este solo hecho, junto a los ya conocidos debates protagonizados en el Congreso Nacional, donde, en más de una ocasión, se ha rechazado un proyecto de ley que contempla, entre otras cosas, la regulación del suministro y publicidad del tabaco; nos hacen pensar que, lamentablemente, muchos de los luchadores por la salud y bienestar de la población han bajado la guardia.

Mientras tanto el consumo de tabaco se ha propagado a todos los rincones del país. Lo que impulsa la propagación de esta epidemia no es un virus, un gen o un desastre natural; es una actividad humana que responde a una fuerza económica: el afán de lucro. Este afán de lucro da más prioridad a la prosperidad de algunas empresas que a la vida de cientos de miles de personas. Procura enriquecer a unos pocos a un costo neto para la nación que, con el correr de los años, se expresa en cientos de miles de millones de pesos y miles de vidas.

El afán de lucro es lo que lleva a las compañías tabacaleras de todo el territorio a buscar nuevos mercados en áreas turísticas, en el deporte, en las mujeres, y a oponerse a toda medida que tienda a reducir el consumo en áreas ya establecidas. Las compañías tabacaleras tratan de formar nuevas generaciones de fumadores adictos, aumentar el consumo entre los fumadores, convencer a las personas que consuman tabaco en formas tradicionales; de que consuman productos elaborados, y persuadir a las mujeres de que se "liberen" de las ataduras culturales, y fumen.

Sin embargo, la lucha contra otros peligros para la salud nos ha enseñado que podemos actuar sobre el medio ambiente para que no propicie una enfermedad, sino que ayude a combatirla. El gobierno tiene amplios poderes para influir en el medio económico

que estimula el consumo de tabaco y cambiarlo. Tiene a su disposición diversas medidas económicas para frenar y revertir el aumento del consumo de tabaco.

Puede reformular su política de impuestos sobre el tabaco, cambiar la reglamentación de sus derivados, y ofrecer opciones económicas para los productores de tabaco. Asimismo, puede asignar una parte de los ingresos que obtiene de la venta de tabaco y los impuestos conexos, a investigaciones relativas a otros cultivos que ofrezcan a los productores nuevas fuentes de ingresos y alimentos para mejorar la salud, en vez de destruirla.

La experiencia adquirida en estos últimos años ha demostrado que existen medidas eficaces que se pueden tomar y hacer cumplir para reducir el consumo de tabaco. Las medidas económicas, en particular, tales como el aumento de los impuestos sobre el tabaco (por cada 10 por ciento de aumento del precio real del tabaco, "hechos los ajustes correspondientes a la inflación", el consumo disminuirá entre el 2 y el 8%), han dado algunas de las victorias más impresionantes hasta la fecha en el campo de la salud pública. Es hora de aprovechar esa experiencia para beneficio de toda la población e incluso de otras naciones que posiblemente las tomaría de ejemplo.

Tenemos los medios y la oportunidad de controlar esta epidemia. La esperanza y la calidad de la vida mejorarán en la medida en que tengamos éxito. Se salvarán miles de vidas y se ahorrarán miles de millones de pesos. En un momento en que el país necesita recurrir a todos sus medios para tantos proyectos meritorios, dirigir tanta energía humana al lucro de unos pocos y la miseria de muchos, es contrario a la ética. Con la reducción de los incentivos económicos que alimentan la epidemia, esperamos que algunos de los recursos que la industria tabacalera usa actualmente se reorienten hacia iniciativas que beneficien a la población.



INVESTIGACIONES

Opiniones de un grupo de expertos sobre la factibilidad de integración de la República Dominicana al Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte*

Kishi Toshio e Ilonka Carbuccia Pérez**

RESUMEN

Se obtuvo las opiniones de un grupo de expertos (economistas, comerciantes, empresarios, etc.) sobre la factibilidad de integración de la República Dominicana al Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte, a través de un estudio prospectivo llevado a cabo en la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana.

En total fueron entrevistados 40 profesionales. La mayoría de los entrevistados consideran que el sector comunicaciones, comercio, inversión extranjera y hoteles, bares y restaurantes son beneficiados. Los sectores más perjudicados son el sector agrícola y la industria según su opinión.

Sectores como el transporte, el mercado de capitales y los problemas del medio ambiente, se fomentarán mediante la integración económica y el libre comercio, así como el sector financiero y el de las comunicaciones, altamente competitivos en la República Dominicana.

La mayoría de las personas seleccionan tres vías para ingresar al ALCAN: Libre comercio con CARICOM, libre comercio con mercado común centroamericano y negociar con la Asociación de Estados del Caribe.

Finalmente los entrevistados opinan que aunque la integración parece ser una medida positiva esta integración no es factible.

Palabras claves: integración, libre comercio, ALCAN, CARICOM, República Dominicana.

INTRODUCCIÓN

Movimiento hacia la integración regional

Después de la Segunda Guerra Mundial, varias grandes iniciativas que captaron la atención del hombre, se han implementado y mejorado. La primera fue el Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio (GATT), firmado en 1947 y al cual más de 90 países, incluyendo a la República Dominicana, ahora pertenecen. Esta organización provee un marco dentro del cual las negociaciones internacionales llamadas "Rondas" se realizan aranceles y otros obstáculos para el comercio; proporciona también un mecanismo consultivo que puede ser invocado por los gobiernos que procuran proteger sus intereses comerciales. El actual régimen de comercio internacional está regido, principalmente por las reglas concertadas a nivel multilateral en el seno del GATT. Recientemente, como parte de los Acuerdos de la Ronda Uruguay del GATT se determinó la formación de la Organización Mundial de Comercio (OMC), la cual velará por fiel cumplimiento de las reglas establecidas por los países para gobernar sus relaciones comerciales.

Una integración y coordinación más estrecha al nivel regional

* Tesis de grado para optar por el título de licenciado en Diplomacia y Servicios Internacionales, Universidad Católica Santo Domingo (U.C.S.D.).

** Sustentantes.

está teniendo efecto en la Comunidad Europea. Desde su nacimiento, la Comunidad Europea ha crecido hasta alcanzar doce miembros y tiene una lista larga de países en Europa que procuran ser admitidos. A través del fomento de comercio e inversión entre sus miembros, ha impulsado los niveles europeos de ingresos y vida al primer rango³². Hay un auge de interés entre los países de América Latina en hacer que sus economías crezcan, descartando las políticas fracasadas del nacionalismo económico, sustitución de importaciones, control gubernamental de sectores económicos claves y el mal manejo económico de tasas de cambio. La integración regional dirigida al libre comercio se acelera en el cono sur con el Pacto Andino, el Mercado Común de Centroamérica, y los países de Comunidad del Caribe (CARICOM).

Antecedentes del Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte (ALCAN)

La idea de formalizar un acuerdo entre Estados Unidos y México comienza a concretizarse en junio de 1990 cuando los presidentes George Bush de los Estados Unidos y Salinas de Gortari de México instruyen a sus respectivos ministros de comercio exterior, a emprender la labor preparatoria administrativa y de negociaciones³³.

Canadá, país que ya había formado en 1989 un tratado

bilateral de libre comercio con los Estados Unidos, se unió a las conversaciones en junio de 1991, iniciándose las negociaciones formales entre los tres países en ese período.

Contenido del ALCAN

El ALCAN establece la aplicación, en los tres países involucrados, de las normas definidas en el GATT, según las cuales en una zona de libre comercio, todos los aranceles son eliminados al cabo de un período de transición.

El primero de enero de 1994, fecha en la cual el Tratado entró en vigor, quedaron exentos de derechos de importación más de 50 por ciento de las exportaciones a México de bienes industriales y agrícolas norteamericanos. Los derechos arancelarios serán eliminados en un 100 por ciento al cabo de diez años.

Los aranceles serán reducidos de manera progresiva para los vehículos de motor y sus repuestos, siempre y cuando se compruebe que estos han sido producidos en los Estados Unidos en por lo menos 62.5 por ciento.

El intercambio de servicios y la inversión son ampliamente liberalizados, adquiriendo las empresas financieras norteamericanas, de telecomunicaciones y de transporte la posibilidad de instalarse sin restricción de ningún tipo en territorio mexicano.

Por medio del acuerdo, se abre igualmente el mercado mexicano a los productos agrícolas provenientes de Norteamérica. Asimismo, las cuotas existentes en el mercado de textiles y confección de ropa serán progresivamente eliminadas.

De la misma manera, se encuentran contempladas en el acuerdo, reglas estrictas de protección a la propiedad intelectual, patentes y marcas de fábrica.

El ALCAN establece finalmente algunas normas de conducta vinculadas a la protección del medio ambiente.

La inserción en los mercados regionales de libre comercio es una cuestión de estructuras productivas relacionadas con estrategias de políticas económicas

En los países y territorios de las naciones-islas del Caribe, la actividad económica principal, si no exclusiva, se relaciona con la exportación de bienes y servicios. Una gran parte de países tienen al sector turismo como actividad de primer rango a partir de los ingresos que producen en general, de su capacidad de empleo y del porcentaje que representa con el Producto Interno Bruto (PIB). En aquellos países que, por su superficie y población, tienen la capacidad de desarrollar una agricultura y una industria para el mercado interno, también han prevalecido históricamente, por lo común, los sectores de venta de bienes y servicios al exterior. Estos últimos son hoy por hoy, llamados tradicionales debido al surgimiento de actividades nuevas, sobre todo del sector terciario, orientadas igualmente hacia el mercado internacional.

La República Dominicana es el típico ejemplo, en donde el turismo, las zonas francas industriales, las remesas de los dominicanos que viven en el extranjero y la agricultura de

exportación adquieren un peso cada vez mayor en relación a la agricultura y la industria para el consumo interno. El sector financiero nacional y las construcciones de infraestructura tienden asimismo a ponerse al servicio de esas actividades para incentivar o favorecer los ya mencionados sectores.

La política económica que se ha estado aplicando en la República Dominicana desde los comienzos de los '80, promueve la expansión de los sectores generadores de divisas, colocándolos en el plano de sectores estratégicos y dinamizadores del tren económico y relegando a un segundo plano el papel de la producción para el consumo interno. De esta forma, el desarrollo social y económico integral es relegado al plano del olvido.

La mayoría de los países del Caribe tienen que importar, si no todos sus bienes de consumo, una gran parte de ellos. La República Dominicana, tradicionalmente agroexportadora, ha intentado promover en los '70, una industria de bienes de consumo destinados al mercado interno. Diversos bienes de consumo importados pudieron ser sustituidos, pero los medios de producción y las materias primas continuaron siendo traídos del exterior.

Dicho fenómeno ha estado relacionado históricamente a que la República Dominicana no ha propiciado el desarrollo de una industria de medios de producción y equipos, lo que, a su vez, ha limitado su mercado interno y ha restringido su independencia económica. Tampoco se ha acelerado una articulación agricultura-industria que cree las posibilidades de que el país sea abastecido internamente de manera amplia en su consumo productivo.

Este proceso se ha seguido profundizando durante estos últimos años con la liberación del comercio exterior y la falta de protección planificada en la industria nacional.

En el presente estudio, hemos seleccionado el ALCAN o NAFTA, por ser el esfuerzo más importante que en pro de la integración económica y el libre comercio han realizado la mayoría de los países del continente Americano, connotando con ello el auge actual de los mercados regionales, y el rechazo progresivo y sistemático al aislamiento. Ratificado a finales de noviembre 1993 por la Cámara de Representantes de los Estados Unidos, creó una zona de libre comercio a partir del primero de enero de 1994 incluyendo a México, Estados Unidos de América y Canadá, y sienta las bases para las futuras relaciones comerciales de Estados Unidos con América Latina y el Caribe.

El Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte (ALCAN), ya dijimos, es considerado como el acuerdo de comercio más avanzado que jamás haya sido negociado. La meta final de las negociaciones era producir un acuerdo que fuese mucho más completo que un acuerdo tradicional de libre comercio, el cual simplemente elimina los aranceles entre los países. El resultado: un acuerdo que abarca comercio, servicios e inversión.

Los objetivos del ALCAN son crear el mercado libre más grande del mundo, con 363 millones de personas y un producto interno bruto de 6 trillones de dólares; eliminar los aranceles y barreras no arancelarias al comercio entre los países participantes, permitiéndoles promover un crecimiento económico mutuamente

beneficioso; hacer del mercado de América del Norte un mercado competitivo a nivel mundial, y asegurar que se consideren de manera adecuada los asuntos ambientales relacionados con el comercio.

El ALCAN ha sido ideado y construido teniendo en cuenta los intereses y beneficios a largo plazo. Esencialmente la meta es la creación de un área de libre comercio, donde los países miembros fundadores puedan prosperar no sólo a través del libre comercio, sino también a través de su habilidad para competir mundialmente.

Al tener un mayor alcance que cualquier otro acuerdo comercial existente, el ALCAN claramente ha ganado "status". Los signatarios del ALCAN se han comprometido firmemente con una mayor liberalización del comercio internacional, y la conclusión exitosa de la Ronda de Uruguay y del GATT. El ALCAN crea un área que estará preparada para entrar al competitivo mundo del siglo XXI.

Es evidente que los esfuerzos realizados por los países del Continente Americano en favor de un sistema comercial libre y recíproco se han acelerado en los últimos años. Lamentablemente, una minoría de dichos países ha optado por mantenerse "aislada": Cuba, Haití y la República Dominicana.

Cuba necesita pasar por un período de transición hacia un régimen democrático antes de pretender encaminarse por las sendas del liberalismo económico, o de cualquier otra índole.

Haití enfrenta en la actualidad una aguda crisis socio-política. Así, estos dos países pueden o deben ser excusados de mantenerse ausentes de la carrera hacia la integración comercial que se ha iniciado en el Continente.

República Dominicana, sin embargo, no tiene a su disposición argumentos válidos que impidan su integración o al menos que justifiquen su aislamiento¹⁴.

Es tiempo ya de que la República Dominicana pase del plano teórico al práctico inmediato en materia de apertura, integración comercial y liberalización. No debe atenderse a aquellos defensores del proteccionismo que sugieren una estrategia simultánea de integración comercial con todos los países y bloques del Continente que sólo nos llevaría a integración ninguna y al mantenimiento de dicha práctica. El plan de acción debe estar definido hacia un bloque en particular del cual puedan obtenerse ventajas recíprocas y en el cual las decisiones surgidas de las discusiones puedan ser puestas en práctica bilateralmente: una opción es la República Dominicana como miembro consignatario del NAFTA. Para analizar el potencial de esta integración desde nuestra perspectiva, una primera interrogante sería cuál es el rol del comercio en facilitar el logro de los objetivos económicos nacionales; luego, hay que desviar nuestra atención a los modos en que una zona de libre comercio podría facilitar o impedir la contribución del comercio a dichos objetivos, recordando que los objetivos económicos de países como el nuestro son los de alcanzar niveles de vida más altos y tasas reales de crecimiento económico más elevadas, aunque estos no sean sino medios para alcanzar otros fines, y que en realidad los objetivos económicos son muchos más complejos. Aun así, la mayoría de los otros objetivos son una función de las políticas internas económicas

y de otra índole y se ven, tal vez, poco afectados por las oportunidades comerciales.

JUSTIFICACIÓN Y MOTIVACIÓN

A partir de la última década, cambios radicales en el sector externo de los países han estado empujando hacia una reconceptualización de dos relaciones o vínculos cruciales presentes en el proceso de desarrollo. Por un lado, aquel que se refiere a la relación fundamental que existe entre innovación tecnológica, de organización y de capacidad productiva y el desempeño competitivo; por otro lado, el relacionado con los círculos virtuosos, pero también viciosos, que funcionan entre las diferentes formas de integración regional como medio para la inserción internacional y el logro de la competitividad a nivel mundial.

Estos nexos entre innovación, competitividad e inserción en espacios económicos ampliados están dando paso, al mismo tiempo, a nuevas técnicas de empresas y Estados. Dichas técnicas han aparecido como respuesta a un conjunto más general de nuevas realidades económicas internacionales, entre las cuales pueden distinguirse: 1) el surgimiento, formación o aparición de poderosos grupos regionales en el ámbito de una economía mundial en extremo competitiva y transnacional, y 2) la importancia de mercados internacionales administrados que demarcan el contexto de las relaciones económicas tanto a nivel internacional como a nivel de empresas y dentro de éstas en sus intercambios a nivel mundial.

La novedad y la complejidad de estas realidades internacionales han traído consigo una radical redefinición de las nociones económicas clásicas sobre los requerimientos del desarrollo en términos de competitividad y eficiencia, que hoy día parecen depender más de la innovación organizativa que de los indicadores residuales de costo y precio. Aquellas innovaciones dependerán en primer lugar, de los mecanismos organizativos que utilicen las empresas para responder favorablemente a las condiciones de un mercado fluctuante y de una tecnología en constante desarrollo. Asimismo, existe también una relación con las organizaciones que involucran vínculos de cooperación entre empresas así como entre ellas y los mercados financieros, los centros de creación de conocimiento productivo, entre otros. Por último, la competitividad depende de la interacción entre los sectores público y privado y del aspecto cualitativo de la gestión en ambos.

Lo expuesto anteriormente nos guía hacia una definición lato sensu de la competitividad, que puede presentarse como la habilidad que tiene una economía relativamente abierta de administrar con éxito y defender su inserción activa en los mercados mundiales y, al mismo tiempo de mejorar de manera significativa los estándares de vida de su población.

El Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte es una iniciativa ambiciosa que pretende establecer un mercado combinado de 363 millones de personas con un Producto Interno Bruto (PIB) superior a los 6.5 millones de millones de dólares. Podría ser también el primer paso hacia un proyecto de mayor envergadura: el establecimiento de un área de libre comercio que abarque a todo

el Hemisferio Occidental. ¿Hasta que grado servirá el ALCAN / NAFTA como modelo para los tratados comerciales futuros en la región? ¿Habrá otros países latinoamericanos que entren en Acuerdos de Libre Comercio (ALC) con Estados Unidos, en los mismos términos, en esencia, que México y Canadá, o serán obligados a aceptar disciplinas y obligaciones adicionales?

El ALCAN puede ser no simplemente el modelo para futuros tratados de libre comercio, sino de hecho el vehículo para negociaciones subsecuentes, en el caso de que existiera una cláusula de adhesión. El propósito de este mecanismo sería definir las condiciones y procedimientos por medio de los cuales nuestro país, y otras naciones de la región, podrían incorporarse al ALCAN. La ventaja de esto sería el poder participar en un esquema ya existente, en vez de negociar acuerdos separados con los Estados Unidos. Este enfoque evitaría la principal desventaja de áreas de libre comercio traslapadas, en donde los beneficios de la liberalización del comercio se limitarían a grupos específicos de países.

¿Qué posibilidades tiene o tendrá la República Dominicana de participar en dicho mercado, o dicho de otro modo, de ingresar como miembro de pleno derecho al Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte?

Las respuestas a esas interrogantes constituyen actualmente, el tema fundamental de la política económica doméstica e internacional de nuestro país. La República Dominicana no puede permanecer aislada de las corrientes integracionistas, las cuales procuran ampliar los mercados, impulsar el empleo, desarrollar nuevas fuentes de producción, elevar el nivel de los procesos tecnológicos, y mejorar las condiciones de vida de sus nacionales. Por consiguiente, se trata de un reto de enorme trascendencia para un país isla, con una especie de "tradición del aislamiento", y forzado al progreso en gran medida por recursos de capital y tecnológicos externos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trata de un estudio prospectivo y descriptivo de corte transversal que tiene como propósito analizar la factibilidad de integración de la economía de la República Dominicana al Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte.

Ubicación

El estudio tendrá una fase descriptiva, la cual aportará la sustentación teórica de la factibilidad de integración y una fase operativa, dirigida a profesionales (economistas, comerciantes, empresarios, otros), de la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana, para obtener sus opiniones acerca de la factibilidad de integración. Esta última fase se ejecutará en la primera semana de abril de 1997 (Ver anexo XII.1. - Cronograma).

Población y muestra

La población objeto de estudio estará integrada por los

profesionales representantes de los diversos sectores de la vida económica nacional. La muestra a la cual se dirigirá la investigación estará representada por un total de cuarenta personas expertas en el tema.

Criterios de inclusión

Se incluirán aquellas personas que para el momento del estudio cumplan con los siguientes requisitos:

- Ser economista, empresario u otro profesional ligado al sector económico.
- Cooperar voluntariamente.
- Ser conocedor del tema.

Instrumento de recolección de la información

La recolección de la información se hará a través de un formulario integrado por 11 preguntas abiertas y cerradas. Este formulario fue elaborado por los sustentantes y otros colaboradores y tiene como fuente de origen informaciones procedentes de un estudio sobre la estrategia de integración económica de la República Dominicana, publicado en marzo de 1994.

El formulario contiene además de los datos personales, informaciones relacionadas con la integración económica de la República Dominicana al Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte, tales como: ¿Cuál sería el impacto general de la integración? ¿Cuál sería el efecto de la integración? (Ver anexo XII.2.- Cuestionario).

Técnica de recolección de la información

El formulario se administrará, a todos los participantes en el estudio, en forma de autocuestionario, durante la primera semana de abril de 1997 y estará supervisado por los investigadores.

Plan de tabulación

Los datos obtenidos en la investigación, serán sometidos a revisión y procesamiento de tabulación, para lo cual se utilizarán programas de computadoras varios, tales como: SPSS, EPI-INFO y SIGMA.

La información obtenida, una vez tabulada y depurada, se discutirá y se analizará para su presentación final.

Análisis de los datos

Los datos obtenidos en el estudio se presentarán en frecuencia simple y las variables que sean susceptibles de comparación serán analizadas mediante la prueba del chi-cuadrado, considerándose de significación estadística una $p < 0.05$.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

De un total de 40 personas entrevistadas donde se obtuvo respuesta de diferentes profesionales ligados al sector económico del país, la mayoría de los cuales (23) son economistas (si no están fallecidos) (Ver Cuadro I.).

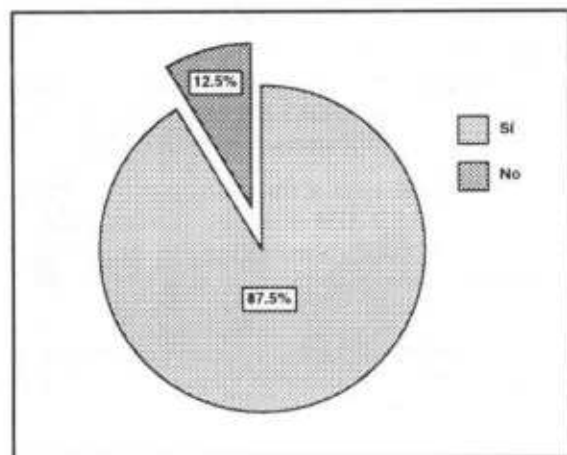
Cuadro I. Distribución de personas entrevistadas según profesión. Santo Domingo, 1997.

Profesión*	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empresario	10	19.2
Economista	23	44.2
Profesor universitaria	3	5.8
Importador	2	3.9
Comerciante	1	1.9
Otros	11	21.2
No contestado	2	3.9

* 12 del total entrevistados tenían dos profesiones.

En el gráfico 1 se distribuyen las personas entrevistadas de acuerdo a si están o no de acuerdo con la integración al Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte. Se observa que la mayoría (87.5 %) está de acuerdo.

Gráfico 1. Distribución de personas entrevistadas según respuestas. Santo Domingo, 1997.



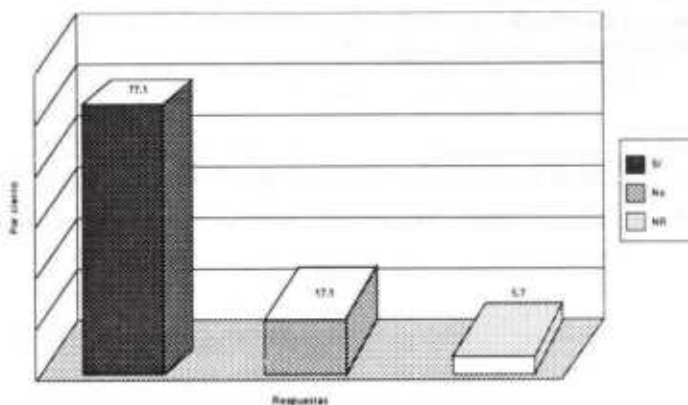
Comentarios sobre profesionales que no están de acuerdo con la integración de la República Dominicana:

El NAFTA es un acuerdo que ha tenido problemas entre los socios (posición del Canadá ante la ley Helms-Burton). México se queja por el impedimento de ingreso de los camioneros a territorio de los Estados Unidos, y los norteamericanos objetan los problemas ambientales mexicanos, los salarios bajos y el trabajo de menores. El Presidente norteamericano Bill Clinton ha tenido inconvenientes para que el Congreso apruebe las negociaciones del ingreso de Chile al NAFTA.

Para la República Dominicana es difícil en estos momentos plantearse esto. La situación política del área del Caribe es estable, pero por otros motivos perdemos capacidad de negociación. Lo lógico en estos momentos sería profundizar las reformas estructurales para poder incorporar competitivamente en el proceso del Área de Libre Comercio de las Américas (ALCA 2005). La República Dominicana no posee procesos productivos competitivos, que tardarán años en desarrollarse. Asimismo, se necesitan una serie de cambios profundos de política económica en lo que concierne a los aranceles, el régimen tributario y el régimen fiscal.

A pesar de que un 87.5 por ciento de los entrevistados respondieron afirmativamente a la pregunta ¿Está de acuerdo con la integración de la República Dominicana al Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte (ALCAN / NAFTA)? cuando se evaluó sobre la factibilidad de esa integración la opinión favorable disminuyó a 77.1 %, es decir, 10.4 por ciento (Ver Gráfico 2.).

Gráfico 2. Distribución de personas que están de acuerdo con la integración de la República Dominicana al Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte (ALCAN / NAFTA) y lo considera factible. Santo Domingo, 1997.



Comentarios sobre la factibilidad de la integración de la República Dominicana al Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte (ALCAN / NAFTA):

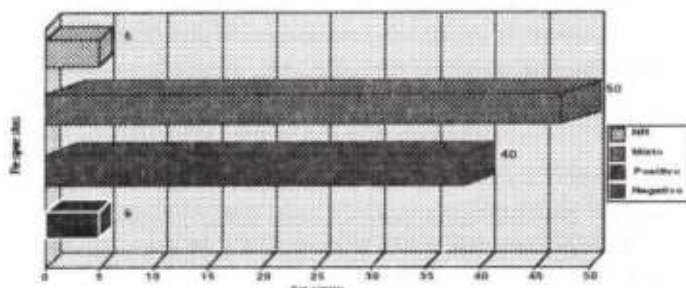
La factibilidad de estos acuerdos depende del grado de beneficio que de ellos se obtenga, y para determinar esto es necesario conocer el volumen de comercio entre los países, tamaño de los mercados involucrados, entre otros factores, de forma tal que brinden la información necesaria para llevar a cabo las negociaciones pertinentes, siempre bajo el criterio de que el incremento del comercio, después de los acuerdos, sea mayor que las "desviaciones" de comercio para que haya un beneficio social y económico global en los mismos.

Este proceso integracionista podría ser factible sólo bajo ciertas condiciones. Nuestro país no tiene la madurez económica necesaria para entrar en el Tratado de Libre Comercio con los

Estados Unidos, México y Canadá. Los Estados Unidos no negociarían con los países pequeños como la República Dominicana, sólo con países grandes o con bloques económicos. El ALCA 2005 parece ser el proyecto de integración más factible para la República Dominicana.

Con relación al impacto de la integración económica para la República Dominicana, existen diferentes opiniones como se muestra.

Gráfico 3. Relación de las opiniones dadas por las personas entrevistadas sobre el impacto de la integración económica para la República Dominicana. Santo Domingo, 1997.



Cuadro II. Distribución de los entrevistados según su opinión acerca del efecto de la integración económica para la República Dominicana. Santo Domingo, 1997.

Sector	Beneficiado		Perjudicado	
	N	(%)	N	(%)
Sector azucarero	23	(8.3)	13	(10.5)
Sector agroindustrial	23	(8.3)	13	(10.5)
Sector agrícola	14	(5.0)	25	(20.2)
Sector financiero	27	(9.7)	9	(7.3)
Comunicaciones	32	(11.5)	4	(3.2)
Comercio	36	(13.0)	1	(0.8)
Inversión extranjera	35	(12.6)	0	(0.0)
Sector fiscal	18	(6.5)	18	(14.5)
Industria	12	(4.3)	27	(21.8)
Manufactura	22	(7.9)	14	(11.3)
Hoteles, bares y restaurantes	36	(13.0)	0	(0.0)
Otros			4	

La mayoría de los entrevistados consideran que el sector comunicaciones, comercio, inversión extranjera y hoteles, bares y restaurantes son beneficiados. Los sectores más perjudicados son el sector agrícola y la industria.

Comentarios sobre el efecto de la integración:

El hecho de que unos sectores sean beneficiados y otros perjudicados es algo fundamentado esencialmente en apreciaciones generales.

Sectores como el transporte, el mercado de capitales y los problemas del medio ambiente, se fomentarían mediante la integración económica y el libre comercio; así como el sector financiero y el de las comunicaciones, altamente competitivos en la República Dominicana.

Cuadro III. Distribución de los entrevistados según su opinión acerca de los procedimientos ideales para ingresar al ALCAN. Santo Domingo, 1997.

Procedimiento	Frecuencia	(%)
Sola	6	(7.6)
Negociar con Cuba	4	(5.1)
Negociar junto a Haití	4	(5.1)
Negociar con el Pacto Andino	3	(3.8)
Negociar con MERCOSUR	5	(6.3)
Libre Comercio con CARICOM	20	(25.3)
Libre Comercio con Mercado Común de Centroamérica	21	(26.6)
Negociar con la Asociación de Estados del Caribe	13	(16.5)
Otros	3	(3.8)

La mayoría de las personas entrevistadas seleccionaron tres vías para ingresar al ALCAN: 1. Libre Comercio con CARICOM; 2. Libre Comercio con Mercado Común de Centroamérica; 3. Negociar con la Asociación de Estados del Caribe.

Varias opciones parecerían ser la mejor vía de ingreso de la República Dominicana al ALCAN: la estrategia debería ser, en primer lugar, de negociaciones directas y a través de CARICOM y del Mercado Común Centroamericano simultáneamente. Esto permitiría aprovechar el proceso que más rápidamente avance, según LAS RELACIONES POLÍTICAS DE LOS ESTADOS UNIDOS CON LOS PAÍSES CENTROAMERICANOS y del Caribe.

Otra posibilidad sería a través del ALCA 2005, previa admisión en el CARICOM y en el Mercado Común de Centroamérica (MCCA), formando así un gran bloque que negociaría su admisión al NAFTA.

Cuadro IV. Distribución de los entrevistados según su opinión acerca de las medidas que deberían tomarse como condición para participar en el Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte. Santo Domingo, 1997.

Medidas	Frecuencia	(%)
Eliminar restricciones directas a las importaciones	26	(15.6)
Internacionalizar las restricciones fitosanitarias	23	(13.8)
Neutralizar los impuestos internos	11	(6.6)
Adoptar un sistema internacional de valoración aduanera	32	(19.2)
Adoptar nueva ley de inversión extranjera	16	(9.6)
Modificar el nivel del arancel	33	(19.8)
Eliminar la factura consular	19	(11.4)
Otros	7	(4.2)

La mayoría está de acuerdo en que las medidas que deberían tomarse como condición para participar son las siguientes:

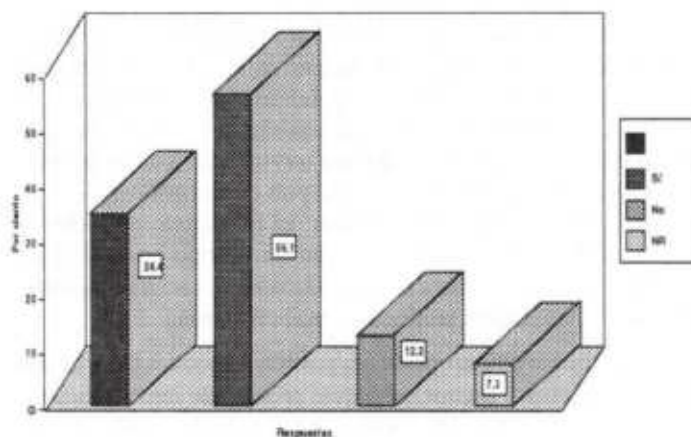
1. Modificar el nivel del arancel y
2. Adoptar un sistema internacional de valoración aduanera.

· La condición más importante considera la reestructuración y modernización del sistema productivo, así como de las instituciones y todos los demás sectores, de forma que estén aptos para la apertura desde el punto de vista de economías pequeñas.

· Por otro lado, eliminación de las barreras arancelarias (arancel cero) y no arancelarias (permisos, licencias y cuotas), crear un marco legal sobre propiedad intelectual, eliminación de los obstáculos técnicos al comercio y creación de una ley de competencia, promover los sectores generadores de divisas, establecer sistemas de protección a las industrias nacionales e incentivar la producción agrícola.

· Asimismo, iniciar una urgente reestructuración del aparato productivo nacional para hacerlo más eficiente y competitivo, reorganización estructural del Estado dominicano, proveer educación y salud, lo que engendraría una mano de obra nacional más competitiva; terminar la reforma monetaria, la reforma de las políticas de comercio exterior y la reforma fiscal, desarrollar la tecnología e incentivar a los productores de bienes de exportación eliminando las restricciones y los impuestos que los penalizan.

Gráfica 4. Fecha de integración al ALCAN según la opinión de los entrevistados. Santo Domingo, 1997.



La mayor parte de los entrevistados considera que el proceso integracionista debe llevarse a cabo de manera progresiva en un período de tiempo que oscila entre cinco a diez años.

CONCLUSIÓN

1. La mayoría (87.5%) de los entrevistados está de acuerdo con integración al Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte (ALCAN / NAFTA).
2. Más de tres cuartas partes (77.1) considera que la integración al Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte (ALCAN / NAFTA) es factible.

3. Hay un porcentaje elevado (40%) de respuestas que apoyan la integración económica para la República Dominicana desde el punto de impacto positivo. Sin embargo, la mitad de los entrevistados dan respuestas que expresan cierto grado de escepticismo, dado que dejan entrever una dualidad del impacto que puede ser similar (entre positivo y negativo) unido a un 10 por ciento cuyas opiniones acerca del impacto son negativas o sin respuesta respectivamente.
4. Según la opinión de los entrevistados la mayoría de los sectores involucrados se beneficiarían excepto el sector agrícola y la industria.
5. El libre comercio con CARICOM, el libre comercio con Mercado Común de Centroamérica y negociar con la Asociación de Estados del Caribe fueron los tres procedimientos ideales dados por las personas entrevistadas mediante los cuales la República Dominicana podría ingresarse al Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte (ALCAN / NAFTA).
6. Las medidas que deberían tomarse como condición para participar en el Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte (ALCAN / NAFTA) dadas por los encuestados son múltiples y asociadas, aunque puntualizan la no neutralización de los impuestos internos dentro de estas medidas.
7. La mayoría de las personas consideran un período entre cinco a diez años en el cual podría efectuarse la integración, lo que implica cierto grado de duda con relación a la factibilidad de esa integración.

Por último, según estos resultados obtenidos de los profesionales relacionados con el sector económico de la República Dominicana, parece ser que aunque consideran una medida positiva esta integración no la consideran factible.

RECOMENDACIONES

La integración económica del continente americano, y en particular de América Latina y el Caribe, ha sido un tema central de reflexión regional. Ese interés es en parte real y en parte un recurso del discurso. El interés auténtico se deriva de las múltiples raíces comunes que unen a los países de la zona y la convicción de que la geografía y el porvenir les tiene deparado un destino compartido. El aspecto discursivo es producto de las dificultades que se enfrentan en la búsqueda de formas de organización social y política que permitan el desarrollo de la región. Las mutaciones del entorno económico mundial permiten inferir que las sociedades que se excluyan de ese proceso experimentarán dificultades significativas para su desarrollo y el bienestar de sus agentes económicos y sociales. Las dificultades surgirán del carácter cada vez más interdependiente de las relaciones entre los países - y de los mecanismos de condicionalidad que imponen las naciones más avanzadas de diferentes formas y marcos distintos - y que en ocasiones hacen pensar que los conceptos de soberanía y reciprocidad entre Estados requieren aún tratamientos especiales y diferenciados con características preferenciales para los países en desarrollo. Los conceptos que se utilizan más para describir en

síntesis las profundas modificaciones que se están observando en el mundo son dos: globalización y profundización de las diferencias. Con respecto a la globalización, con esta palabra se hace referencia al proceso mediante el cual los extraordinarios avances en la tecnología, las comunicaciones, las relaciones sociales y los procesos productivos internacionales acercan al mundo y lo hacen más pequeño en algún sentido. Sin embargo, implícitamente el concepto de "globalización" también se refiere a la existencia de diversos fenómenos supranacionales, que están cambiando nuestra manera de producir, pensar y coexistir. De esos fenómenos los principales son:

- Rápido desarrollo de la tecnología, que transforma las comunicaciones, los transportes y los procesos productivos entre otros.

- Debilitamiento de las ideologías, que ha acercado concepciones y posiciones sobre formas de gobierno y de organización económica.

- Surgimiento de una preocupación creciente en materia ecológica, que empieza a influir en los procesos de producción, a configurar puntos de vista comunes y también a crear fricciones internacionales.

- Reactivación de diversos nacionalismos, quizá como una reacción natural frente al propio fenómeno de "globalización".

- Acelerada internacionalización de los procesos de producción, que no distinguen ubicación o nacionalidad para implantar procesos y criterios.

- Creciente integración de los procesos de producción, que se da en grado distinto y con características diversas.

Esos fenómenos son signos de este tiempo. A partir de su consideración deben indagarse las causas, la naturaleza y perspectivas del debate sobre el ingreso de la República Dominicana al ALCAN o a cualquier otro megabloque económico. Ya sea en el momento mismo de las negociaciones, o como paso previo que las faciliten, la República Dominicana tendría que tomar una serie de medidas sin las cuales este acuerdo no sería factible. Es recomendable que estas medidas sean tomadas lo más pronto posible, con el propósito de ir preparando el camino para estas negociaciones y para ir acostumbrando al sector público y privado de nuestro país a operar dentro de un ambiente de acuerdos internacionales de libre comercio. Estas medidas son primero, la modificación de nivel del arancel; segundo, la adopción de un sistema internacional de valoración aduanera; tercero, la eliminación de restricciones directas a las importaciones; cuarto, la "internacionalización" de las restricciones fitosanitarias; quinto, la eliminación de la factura consular; sexto, la adopción de la nueva ley de inversión extranjera; séptimo, la neutralización de los impuestos internos.

Por otro lado, nada lograría el país abriéndose mercado en Norteamérica si sus empresarios no estuviesen dotados de competitividad internacional. Esto no solo se logra a través de una adecuada política macroeconómica, un tipo de cambio competitivo y una apertura comercial. Lo anterior implica, entre otras cosas,

mayor eficiencia y capacidad administrativa.

Estas siete medidas ya sugeridas se exigen de manera más estricta en el ALCAN que en cualquier otro esquema regional. Los abogados que redactaron el ALCAN fueron extremadamente minuciosos en los detalles sobre cómo "arancelizar" las restricciones cuantitativas; cómo "internacionalizar" las reglamentaciones fitosanitarias; cómo "neutralizar" los tributos internos y cómo valorizar las importaciones.

Todo lo expresado anteriormente indica claramente que los caminos dominicanos hacia el ALCAN hoy día no se visualizan con claridad. El país debe actuar sin cerrar ninguno de ellos, pues todavía no se sabe cuál será el más expedito, o el más conveniente. Su condición de país aislado le provee, precisamente, de un margen de maniobra prácticamente único y definitivamente privilegiado. Debe aprovechar esa condición para explorar todas las avenidas. Las que hoy lucen más probables y realistas son una negociación con el CARICOM, una negociación junto con Centroamérica o el advenimiento del Área de Libre Comercio de Las Américas (ALCA 2005), pero eso bien podría cambiar.

Pero no importa la ruta que resulte ser la más conveniente, nuestro país desde ahora deberá iniciar una discusión sobre las medidas aquí enumeradas, a fin de ponerlas en ejecución en un futuro inmediato, pues son imprescindibles para cualquiera de las opciones potenciales. Lo que sí parece claro es que la invitación a participar en el ALCAN no llegará hasta después del año 2000 y que la etapa intermedia estará representada por la paridad.

A la vista de estas evoluciones, para el año 2000 las perspectivas dominicanas de participar en un ALCAN ampliado serán muy diferentes. En otras palabras, los formuladores de políticas en República Dominicana tendrán que evaluar y decidir en qué medida un ALCAN ampliado servirá principalmente como un foro para mejorar las opciones del país de competir en pobreza con otros países menos privilegiados del hemisferio occidental y de Asia, o bien si se planteará como un destino atractivo para exportaciones agroindustriales y de otros bienes no tradicionales, surgidas de actividades productivas más eficientes.

Para que la última opción sea posible, República Dominicana necesitará primero, asumir un amplio proceso de reestructuración sectorial y de formación de capital humano. Este proceso requiere involucrar la activa presencia de los actores productivos del país, así como estrategias explícitas sobre mercadeo e inversión extranjera para el mercado norteamericano y relaciones más estrechas con intereses europeos. Estos últimos pudieran visualizar a República Dominicana como una atractiva base alternativa para penetrar el mercado norteamericano desde un ALCAN ampliado, tal como han hecho las empresas norteamericanas al utilizar a Irlanda como base de penetración del mercado europeo.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro más profundo agradecimiento a la Lic. Florencia Marín y al Dr. Rubén Darío Pimentel por sus sabios

conceptos y por la asesoría que nos ofrecieron en todo momento.

REFERENCIAS

1. Rocha VM. NAFTA: "Hacia un régimen hemisférico de libre comercio." Fundación Economía y Desarrollo, Inc. *Listín Diario*, Sábado económico, Santo Domingo (República Dominicana): Sábado 3 de octubre de 1992. p. 6D.
2. Ramia JS y Born J. "El acuerdo de libre comercio de América del Norte". Hoy, Balance económico. Santo Domingo (República Dominicana): No. 183, lunes 31 de agosto de 1992.
3. Vega B. y Despradel C. *Estudio sobre la estrategia de integración económica de la República Dominicana*, Santo Domingo (Rep. Dom.): 1994.
4. Bamrud J. "Uniting forces: the integration of the hemisphere". *Latin Trade* 1996; 4(3): 2A - 15A.
5. Bonetti A. "Competitividad, políticas de promoción de exportaciones e integración hemisférica". Seminario "ALCA" 2005: Convergencia empresarial hacia Belo Horizonte. Santo Domingo, 10 de marzo de 1997. Santo Domingo (República Dominicana), 1997.
6. Vega B. Integración económica y reforma tributaria. *La revista económica* 1994; 1 (2): 10.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez H. "Integración comercial". *La revista económica* 1994; 1 (6): 19 - 20.
2. Andere E y Kessel G. *México y el tratado trilateral de libre comercio: impacto sectorial*, Ciudad de México: McGraw-Hill/Interamericana de México 1992: 4-6.
3. Banco Central de la República Dominicana. *Boletín Trimestral*, 1996; L (4,5 y 6).
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): Naciones Unidas. *Centroamérica: evolución de la integración económica durante 1994 y avances en los primeros meses de 1995*, 1995 Sept.: LC/MEX/L.283.
5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): Naciones Unidas. *Informe de la reunión extraordinaria de consulta del comité de cooperación económica del Istmo centroamericano (CCE)*, 1994 Apr.: LC/MEX/ CCE/L.421.
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): Naciones Unidas. *La integración centroamericana frente a múltiples compromisos de negociación comercial*, 1995 Sept.: LC/MEX/L.233.
7. Fernández SG. El impulso de la integración económica en la década de los noventa En: González S. *Temas de Organización Económica Internacional*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, 1993: 220-233.
8. Hutchinson GA y Schumacher U. "NAFTA's threat to Central American and Caribbean Basin Exports: A revealed comparative advantage approach". *Journal of Interamerican Studies and World Affairs* . 1994; 36(1): 127-148.
9. Inter-American Development (IDB), Economic Commission for Latin America and The Caribbean (ECLAC), *Trade Liberalization in the Western Hemisphere*, Washington, D.C.: 1995.
10. Lustig N, Bosworth BP y Lawrence RZ, eds. *North American Free Trade: Assessing the impact*. Washington, D.C.: The Brookings Institution 1992.
11. Leycegui B, Robson WBP y Stein SD, eds. *Trading punches: trade remedy law and disputes under NAFTA*, Washington, D.C.: North American Committee 1995.
12. Murga EM. ¿Por dónde empezar la integración? *La revista económica*. 1995; 1 (26): 10 - 11.
13. Poitras G y Robinson R. The politics of NAFTA in Mexico. *Journal of Interamerican Studies and World Affairs*. 1994; 36(1): 1-30.
14. Saborío S. *Reto a la apertura libre comercio en las Américas*. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana de México, S.A. 1994: 169 - 186.
15. Vaitos C. Opciones dominicanas en tiempos de globalización e integración, Santo Domingo (Rep.Dom.) *Amigo del Hogar* 1994.
16. Yerxa R. *La administración Clinton y el NAFTA*. Fundación Economía y Desarrollo, Inc. *Listín Diario*, Sábado económico, Santo Domingo (República Dominicana): Sábado 6 de noviembre de 1993. p. 6D.

Pacientes diagnosticados y tratados endodónticamente por resorción dentinaria interna en la clínica de UNIBE en el período mayo-diciembre de 1996*

Leopoldo Jorge Millet López**, Daysi Fiallo de los Santos***

RESUMEN

La presente investigación tiene como propósito presentar la técnica de resorción dentinaria interna en el diagnóstico endodóntico de los pacientes que demandan atención en la clínica Odontológica de la Universidad Iberoamericana (UNIBE), Santo Domingo, República Dominicana.

Durante el período mayo-diciembre de 1996 se realizaron 338 endodoncias, de las cuales sólo tres se diagnosticaron por resorción dentinaria interna. Estos pacientes estuvieron asociados a traumatismos como factor más importante. Los dientes anteriores, particularmente los superiores, fueron los sometidos más a menudo a traumatismos y los que con mayor frecuencia sufrieron esfuerzos laterales excesivos en la oclusión.

Por último se demostró que el hidróxido de calcio realmente funciona para estimular la lesión y rellenar el defecto causado por la resorción dentinaria interna.

Palabras claves: Resorción dentinaria interna, endodoncia, clínica odontológica UNIBE.

INTRODUCCIÓN

La razón que motiva a realizar este trabajo es la importancia de llevar a cabo un buen diagnóstico para posteriormente proceder a su tratamiento adecuado.

La resorción interna y la resorción cemento dentinaria externa, son situaciones que pueden atribuirse a errores de diagnóstico o fallos en la técnica operatoria, pero que también se producen como consecuencia a distancia de un traumatismo.

La resorción dentinaria interna es un proceso no bien conocido, que se caracteriza por una reabsorción de dentina en sentido centrífugo que puede llegar a destruir toda la pared dentinaria alcanzando el cemento o más raramente el esmalte.

El aumento de los accidentes automovilísticos, en el uso de motocicletas y los deportes de contacto corporal (boxeo, karate, yudo, etc.), han proporcionado un incremento en el índice de patologías pulpares debidas a traumatismos. Estos traumatismos pueden ser de varios tipos, pero el que en este trabajo nos vamos a centrar es el traumatismo o impacto que ha provocado la resorción

dentinaria interna (RDI). También la RDI puede ser producida por una yatrogenia, como por ejemplo una perforación en el uso desmedido de instrumentos endodónticos o taladros, uso de agentes blanqueadores activados por calor, la aplicación de fuerzas desmedidas en algunos tratamientos ortodónticos, así como dientes sometidos a sobreoclusión.

El examen radiográfico es indispensable en el diagnóstico y tratamiento de los traumatismos dentales, como también para verificar el proceso del tratamiento endodóntico y no producir yatrogenias, y en el caso que se produjeran poder resolverlos.

En este trabajo se expondrán los casos que por RDI se diagnosticaron y trataron endodónticamente por el sustentante y otros estudiantes en la Clínica de UNIBE en el período mayo-diciembre de 1996.

Planteamiento del problema

Un traumatismo en la forma de un golpe accidental o la preparación traumática de cavidades puede ser considerado como el mecanismo que desencadena la resorción dentinaria interna.

El hecho clínico observado consiste en que una vez transcurridas las primeras semanas el diente cambia de color; y radiográficamente el área metaplásica de la pulpa se observa

* Tesis de grado de Odontología, Universidad Iberoamericana (UNIBE).

** Odontólogo egresado de UNIBE.

*** Profesora de UNIBE.

agrandada, produciéndose entonces la destrucción de la dentina.

La importancia de un correcto diagnóstico radiográfico estriba en que si la resorción está limitada a las paredes de la dentina sin llegar al periodonto, la pulpectomía total elimina la causa del trastorno, deteniendo el proceso destructivo.

Cuando la pulpa y el periodonto se encuentran a través del cemento, se acelera la resorción radicular y disminuyen apreciablemente las posibilidades de salvar el diente.

Cuando en la visión radiográfica la cámara pulpar o el conducto radicular aparecen ensanchados en una parte de su recorrido, y con la forma típica de una ampolla o balón de bordes regulares y redondeados, podemos pensar en la existencia de una resorción dentinaria interna. Si los bordes de la zona de resorción son irregulares, y en el interior de la misma se aprecian con distinta radiopacidad las paredes del conducto, podemos pensar en una resorción cemento-dentinaria externa.

El diagnóstico radiográfico resulta con frecuencia muy problemático. La historia clínica minuciosa contribuye, en algunos casos, a despejar las dudas.

OBJETIVOS

Los objetivos del presente trabajo de investigación, se clasifican en generales y específicos.

Generales

En primer lugar, saber interpretar la correcta sintomatología.

En segundo lugar el examen clínico (radiográfico nos ayudará a realizar el diagnóstico y desarrollar un correcto tratamiento).

En la RDI el tratamiento inmediato es la endodoncia, por lo tanto el objetivo de ésta será una correcta preparación biomecánica y la obturación de conductos, creando una incomunicación entre el ápice y el conducto, para impedir el paso de gérmenes, exudado, toxinas y alérgenos en un sentido y en otro.

Demostrar que con un buen diagnóstico y un correcto tratamiento, el trastorno de la RDI puede ser reducido y solucionado. Parándose así el progresivo deterioro que ocurre en, o alrededor, del diente.

MATERIAL Y MÉTODO

Este trabajo de estudio prospectivo se ha basa en los datos obtenidos de los diferentes libros de endodoncia que se encuentran enumerados en las referencias bibliográficas; y de los resultados obtenidos de los tratamientos endodónticos realizados a los pacientes asistidos y diagnosticados por resorción dentinaria interna en la Clínica de UNIBE en el período mayo-diciembre de 1996.

Durante el período mayo-diciembre de 1996 se realizaron en UNIBE un total de 338 endodoncias, de las cuales sólo tres se

diagnosticaron por resorción dentinaria interna. Dos de estos casos fueron tratados por el sustentante, y un tercer caso por la estudiante, hoy en día Doctor en Odontología, Damaris Santos.

A estos pacientes antes de proceder con el tratamiento, se les llenó una ficha de endodoncia ya confeccionada por el Departamento de Endodoncia de la Universidad UNIBE, y que se ha considerado como de extraordinaria ayuda para nuestro diagnóstico final.

Cuestionario

Como anteriormente se dijo, la ficha utilizada fue la elaborada por el departamento de Endodoncia de la Clínica Dental de UNIBE, que a continuación detallamos.

En primer lugar, nombre del estudiante práctica clínica que está cursando y fecha de apertura de ficha. A continuación los datos generales del paciente (nombre, edad, sexo, dirección, teléfono, diente a tratar y número de ficha).

El primer paso es preguntar al paciente sobre sus antecedentes generales y anotar si sufre alguna enfermedad y si está bajo tratamiento médico. Después se le menciona si un médico le ha dicho que sufre, o ha sufrido de alguna enfermedad; y si es alérgico a algún medicamento o alimento.

Después de estas preguntas introductorias sobre la historia clínica del paciente, comienza la consulta y a continuación se trabaja con la sintomatología, parte clave para la elaboración del correcto tratamiento.

Aquí la anamnesis tiene una importancia fundamental porque contribuye a reconstruir la evolución del proceso mórbido. No siempre puede confiarse en la historia de los antecedentes del caso, pues hay pacientes que exageran y tergiversan la sintomatología dolorosa, creyendo que de esta manera se les atenderá en seguida. Los antecedentes son de vital importancia sobre todo si son por traumatismos ya que son una de las causas de RDI, y nos interesa saber la etiología del problema. A continuación de estas preguntas se hacen comprobaciones clínicas para saber con más exactitud los síntomas. Éstas se realizan en la zona sobre apical con una palpación y sobre el diente con percusión. Después se hacen otras pruebas como el test eléctrico, frío y calor, y por último la prueba cavitaria, si es necesaria.

La segunda parte de vital importancia es el examen radiográfico. La radiografía constituye, en endodoncia, un elemento de extraordinario valor diagnóstico, una ayuda de fundamental importancia para el desarrollo de la técnica operatoria y un medio irremplazable para controlar en la práctica, la evolución histopatológica de los tratamientos endodónticos. En el examen radiográfico observamos la cámara pulpar, el conducto radicular, número de conductos, espacio periodontal y zona apical y periapical.

Una vez obtenidos todos los datos necesarios, se diagnostica y se planifica el tratamiento, con una secuencia que será controlada y supervisada por el odontólogo asignado al estudiante durante todo el tratamiento, y quien lo evaluará, reconociendo así el resultado del tratamiento. (Ver ficha en Anexo).

Primer Caso Clínico: R.B.

Al momento de llenar la ficha de endodoncia el paciente no sufría de ninguna enfermedad ni estaba bajo tratamiento médico, tampoco sufría de ninguna alergia.

El motivo de la consulta fue por el cambio de coloración del diente, no recordaba ningún accidente ocurrido, o motivo por el cual el diente ha cambiado de color. Sintomatológicamente sólo sufre en forma leve a la palpación sobreapical. La prueba del test eléctrico dio nula, es decir, sin vitalidad. Al examen radiográfico observamos claramente una zona radiolúcida en forma de ampolla con bordes delimitados a nivel del 1/3 superior del conducto que nos revela la presencia de reabsorción dentinaria interna. En la zona apical apreciamos una zona radiolúcida de un milímetro y el espacio periodontal ensanchado.

Se diagnosticó una necrosis, y el tratamiento fue sobre pulpa muerta. La secuencia del tratamiento se realizó como se muestra en la ficha que se adjunta.

Segundo Caso Clínico: C.M.

Como se observa en la ficha que a continuación adjuntamos, esta señora no tiene ningún antecedente general y tampoco sufre de ninguna enfermedad, no es alérgica a ningún medicamento, ni alimento, y tampoco a los anestésicos.



Foto 1,2. Paciente C.M. Se observa el diente central superior derecho de color rosado, tanto vestibular como palatino.



Fotos 3, 4. Paciente R. de la C. Se observa claramente el cambio de coloración del diente número nueve, central superior izquierdo, respecto a los dientes vecinos, adquiriendo un color rosado oscuro tanto vestibular como palatino.

El paciente fue remitido por el área de cirugía al área de endodoncia para una evaluación. Al ser observado el cambio de coloración del diente número ocho (ver foto 1,2). Sus antecedentes señalan que hace seis años sufrió un leve golpe y que poco a poco el diente ha ido cambiando de coloración. Al test eléctrico la prueba dio negativa, confirmándose así la no vitalidad del diente.

En el examen radiográfico observamos una amplia radiolucidez a lo largo de todo el conducto, confirmando una RDI, también en la zona periapical observamos una zona radiolúcida; pero lo más significativo del caso es que el ápice está abierto, lo cual nos reduce las posibilidades de éxito. Se diagnostica una necrosis, y el tratamiento será sobre pulpa muerta.

La secuencia del tratamiento es como se indica en la ficha adjunta. Al tener el ápice abierto nuestro primer objetivo es lograr un cierre de éste, empleando hidróxido de calcio para estimular la lesión ósea y rellenar el defecto. El hidróxido de calcio fue reemplazado cada 21 días y fue radiográficamente controlado hasta obtener un cierre considerado del ápice. Una vez obtenidos los resultados pertinentes, se obturó con sealapex y gutapercha. El seguimiento y control radiográfico de este caso es muy importante por la gravedad de la patología, y lo cercano que estuvo la reabsorción de llegar al periodonto.

Significado clínico y pronóstico de la tuberculosis pulmonar en pacientes asistidos en hospital Salvador B. Gautier

Sasan Forouzandeh Shahraki*, Neda Mousavizadegan*

RESUMEN

Mediante un estudio observacional descriptivo transversal se realizó una investigación en 32 pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 20 y 80 años que acudieron al hospital Salvador B. Gautier de Santo Domingo en un periodo de tiempo de enero-junio de 1995, con el objetivo de determinar el significado clínico y pronóstico de la tuberculosis. Observar los datos clínicos y hematológicos, así como la relación existente entre éstos. Donde los principales hallazgos fueron:

Aparición gradual de fatiga, en un 100 por ciento de los casos; anorexia, pérdida de pesos en 87.5 por ciento de los casos; fiebre intermitente y poco intensa en un 56.25 por ciento.

Palabras claves: tuberculosis pulmonar, zona rural, infecciones.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis puede afectar cualquier aparato o sistema, pero el pulmón es el sitio ordinario de la lesión primaria y el principal órgano afectado. Sin embargo, cerca de la mitad de los pacientes con enfermedad extrapulmonar las lesiones pulmonares originales no se pueden discernir clínicamente o por radiografía^{1,2}.

La tuberculosis es una infección crónica que puede durar toda la vida, y que es producida por dos especies de microbacterias: *M. Tuberculosis* y rara vez por *M. Bovis*. Casi siempre comienza por inhalación de material infeccioso, y con menos frecuencia por ingestión o por inoculación cutánea. Además esta enfermedad está asociada al nivel de nutrición de las familias.

La morbilidad y mortalidad asociadas con infección primaria, varían según la edad, aunque por lo regular es benigna en niños de mayor edad y adultos, pone en peligro la vida cuando ocurre en lactantes.

Las complicaciones de la infección primaria son: pleuresía con derrame, enfermedad miliar, meningitis, enfermedad ósea y articular e infección primaria progresiva^{6,7}.

En el primer caso, hay aparición gradual de fatiga, anorexia, pérdida de peso y otras molestias vagas.

Después aparece fiebre intermitente y poco intensa que por lo común ocurre junto con la sudación excesiva durante la noche hemoptisis y dolor pleurítico^{5,8}.

Muchos casos de tuberculosis pulmonar en el adulto antes se descubrían por radiografías sistemáticas de tórax en personas asintomáticas^{9,10}.

El propósito de este estudio es determinar los problemas de la tuberculosis y establecer la situación real de los grupos potencialmente afectados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, descriptivo transversal a partir de una colección prospectiva de información, el cual fue ubicado en el Hospital Salvador B. Gautier de Santo Domingo, R. D. en un período de tiempo comprendido entre enero-junio de 1995.

El estudio fue realizado en 32 pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas de 20 a 80 años que durante el tiempo señalado acudieron al centro hospitalario, y que en su motivo de consulta

*Médicos generales, Universidad Tecnológica de Santiago (UTESA).

presentaron signos y síntomas propios de procesos TB.

Los procedimientos realizados fueron: selección de la población a estudiar; evaluación clínica, desarrollo de los procedimientos técnicos; seguimiento de la evolución clínica y hematológica, y su relación existente entre ambos y los análisis de los datos.

El cuadro 1 muestra la población global de estudio de los pacientes con TB según sexo y número de casos por mes, y se observa que en los asistidos predomina el sexo masculino (22 pacientes, 68.75%), en relación al femenino con (10 pacientes, 31.25%).

Cuadro 1. Incidencia de TB según sexo

MESES	FEM.	%	MASC.	%	TOTAL	%
Enero	4	40	4	18.18	8	25
Febrero	0	0	4	18.18	4	12.5
Marzo	1	10	0	0	1	3.12
Abril	1	10	6	27.3	7	21.9
Mayo	4	40	5	22.73	9	28.1
Junio	0	0	3	13.64	3	9.4
	10	31.25	22	68.75	32	100

El mes en que mayor número de TB se admitieron correspondió a mayo con 9 casos, para un 28.1 por ciento, seguido el mes de enero, con 8 casos para un 25 por ciento respectivamente.

En cuadro 2 del grupo de edad con más casos fue el de 40 y 49 años, con 10 casos (31.25%) y en caso de estado civil 11 casos (34.3%) unión libre, seguido de solteros 10 casos (31.25%).

Cuadro 1. Incidencia de TB según grupos de edades

GRUPO EDADES	NO	%	ESTADO CIVIL	NO.	%
20-29	5	15.63	CASADO(A)	6	18.75
30-39	8	25	SOLTERO(A)	10	31.25
40-49	10	31.25	VIUDO(A)	1	3.12
50-59	5	15.63	DIVORCIADO(A)	4	12.5
60-69	3	9.37	UNION LIBRE	11	34.37
70-79	1	3.15	TOTAL	32	

En cuadro 3 de los 32 casos de TB, 28 correspondieron al Pulmonary TB (87.5) y 2 casos Renal TB (6.25%), (cuadro 3).

Cuadro 3. Incidencia de TB según paciente con TBP

	NO	%
PULMONARY TB	28	87.5
RENAL TB	2	6.25
CNS TB	1	3.12
MILIARY TB	1	3.12
TOTAL	32	

En cuadro 4 de los sintomáticos respiratorios 9.38 por ciento habían vacunados con BCG y 90.62 por ciento no se le aplicó (cuadro 4).

Cuadro 1. Incidencia de TB según vacunados con BCG y grado de escolaridad

GRADO DE ESCOLARIDAD	NO.	%
NINGUNO	20	62.5
PRIMARIA	12	37.5
SECUNDARIA	0	0
OTROS	0	0
TOTAL	32	100

VACUNADOS	3	9.38
NO VACUNADOS	29	90.62
TOTAL	32	100

En cuadro 5 se encuentran los hallazgos clínicos en pacientes con TBP, relacionando el dato clínico con el número de pacientes, de los cuales se informa su presencia, en donde fatiga presentó en un 100 por ciento de los casos, anorexia, pérdida de peso en 87.5 por ciento de los casos.

Cuadro 5. Hallazgos clínicos en pacientes con TBP

DATOS CLÍNICOS	NO. PACIENTES	%
APARICIÓN GRADUAL DE FATIGA	32	100
PÉRDIDA DE PESO	28	87.5
ANOREXIA	28	87.5
FIEBRE INTERMITENTE	18	56.25
SUDACIÓN EXCESIVA EN LA NOCHE	20	62.5
TOS PRODUCTIVA	11	34.37
HEMOPTISIS	9	28.12
MIALGIA	5	15.63
DOLOR PLEURÍTICO	14	43.75
SINTOMÁTICOS	0	0

DISCUSIÓN

En este estudio se comprobó que mientras más desfavorables son las condiciones socio-económicas, mayores serán los factores predisponentes para la presentación de casos de TB, y también el pulmón es el sitio ordinario de la lesión primaria y el principal órgano afectado (87.5%).

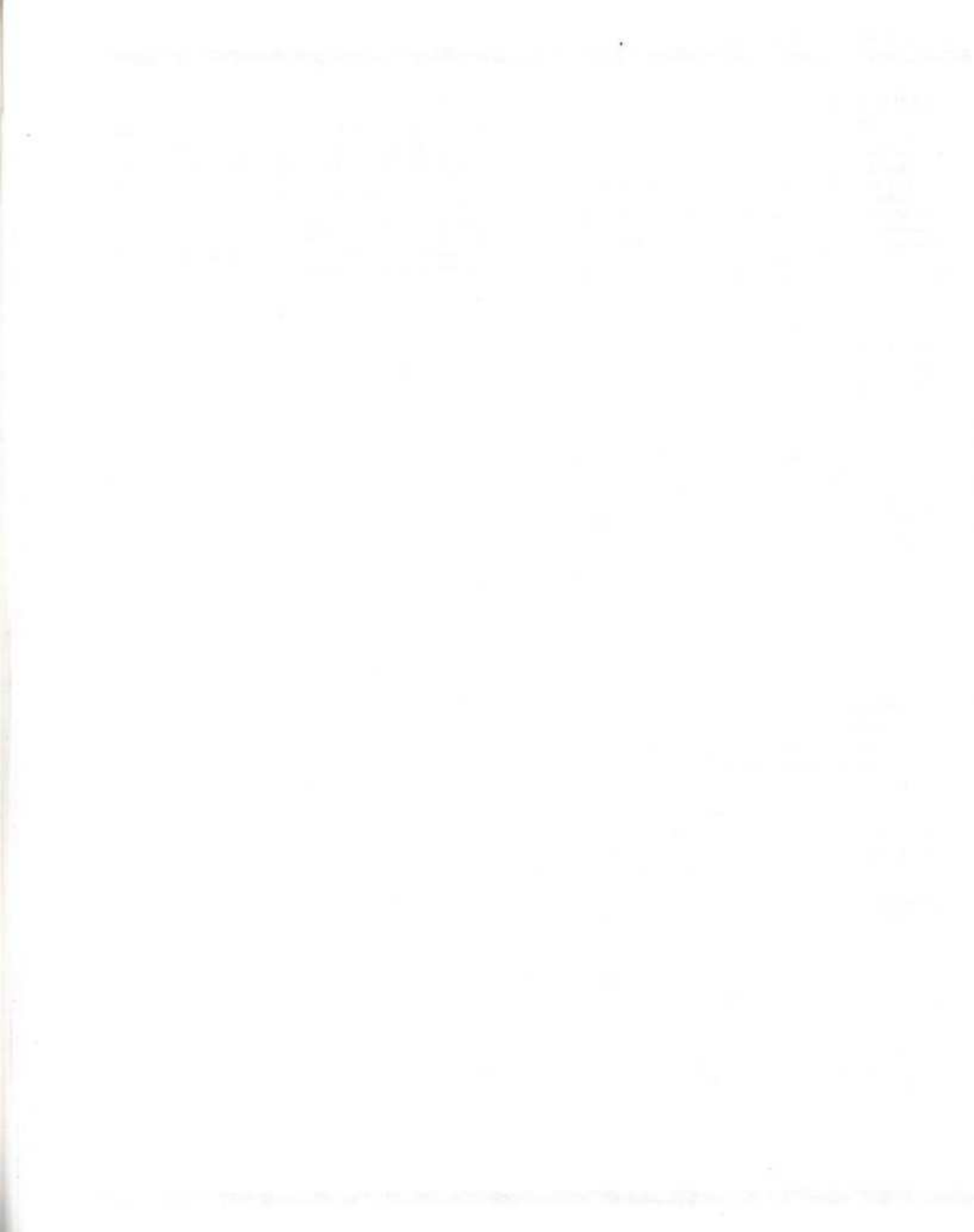
Los resultados adquiridos confirman lo planteado por otras investigaciones en el sentido de que la incidencia de TB tiene relación con las condiciones socio-económicas y prevalencia en el sexo masculino con (68.75%).

Es evidente que la tuberculosis pulmonar gana cada vez más terreno, sobre todo en grupos poblaciones condicionados a la existencia de un medio social inadecuado y la falta de un sistema de salud que cubra las necesidades de la población. Esto es más crítico por la deficiente educación sanitaria y el desconocimiento del problema actual de esta enfermedad, así como de las medidas pertinentes para evitarla y combatirla.

Por tanto, es necesario tratar de crear las condiciones para mejorar el sistema de vida de la población y ejecutar un programa nacional de control de la TB, con una educación sanitaria y metodología adecuada a los grupos poblaciones.

REFERENCIAS

1. Harrison. Tratado de medicina interna. México: Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1983: 573.
2. Ernest-J MD. Manual de microbiología médica, 8a. ed. México: Manual Moderno, S.A., 1979: 327.
3. OMS. Evaluación de las recomendaciones formuladas por los grupos de expertos de la OMS en tuberculosis; 1974, 28(10): 487-494.
4. Vélez L. Linfadenitis intratorácica, falla respiratoria y muerte por tuberculosis; Medellín: Iatreia, 1990; 2(1): 78-83.
5. Programa Nacional de Control de Tuberculosis, SESPAS: Manual de Normas y Procedimientos, Santo Domingo, 1984: 25.
6. Venezuela-P MD, Yanez A, Rojas MD. Análisis de las notificaciones por tuberculosis en Chile, 1971-1975; Oficina Sanitaria Panamericana 1978; 85(2): 128-134.
7. Piña Matos RM, Montero-La Paz IM. Prevalencia de tuberculosis pulmonar en Las Yayas, RD, Tesis, Universidad Autónoma de Santo Domingo, 1986.
8. Cabrera-Santana FR, Alcántara-Pimentel ID, Beltré-Ramírez NN. Tuberculosis pulmonar. Incidencia en el Hospital Salvador B. Gautier, Tesis, Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo, 1982.
9. Koch R. Vencer la tuberculosis, ahora y para siempre, Unión Internacional Contra la Tuberculosis, OMS; 1982.
10. Barrera M, Arciniegas A, Guerrero F. Prevalencia de tuberculosis pulmonar entre los sintomáticos respiratorios que consultan por 1ra. vez, Colombia: Oficina Sanitaria Panamericana, 1979; 87(6): 512-21.



Incidencia de neoplasia de tiroides y su localización anatómica por gammagrafía. Análisis de una población de 2309 paciente

Ilonka Angélica Rodríguez Ortega*, Diego de Parada Davalos*, Francisco Rivera**, Rubén Darío Pimentel**

RESUMEN

Durante el período comprendido de julio de 1995 a enero de 1996 se llevó a cabo un estudio retrospectivo con los pacientes portadores de patología nodular del tiroides a los que se les realizó punción aspirativa con aguja fina en el Instituto de Diabetes Endocrinología y Nutrición (INDEN), Santo Domingo, República Dominicana.

Los resultados de la presente investigación muestran un elevado índice de casos neoplásicos en los pacientes con patología nodular del tiroides. Se obtuvo información de 2309 pacientes, encontrándose un predominio franco del sexo femenino (95.1%), la edad promedio fue de 38 años; la neoplasia más frecuentemente observada fueron los adenomas (94.8%) seguidos por los carcinomas y tumores de células de Hurthle (5.2%). Hubo predominio del lóbulo derecho (55.2%), también hubo predominio del tercio inferior derecho (152 casos) contra 142 sobre el izquierdo.

Palabras claves: incidencia, gammagrafía, tiroides, neoplasias, INDEN.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el interés por los tumores tiroideos parece no estar proporcionado a su significación clínica. Como todos sabemos, el comportamiento del cáncer y de las neoplasias en general, tiene todavía muchas interrogantes sin resolver.

En el estudio de las neoplasias de tiroides se ha avanzado bastante desde la introducción de exámenes citológicos por aspiración de la glándula. Aún así esto es sólo una manera (quizás la mejor) de aproximarse al diagnóstico de una neoplasia en una glándula en la que múltiples desordenes se presentan de la misma manera.

Es por ello que es necesario seguir aportando datos que sirvan como un apoyo más, como es la localización del nódulo de glándula.

MATERIAL Y MÉTODO

Además de corroborar con los datos ya conocidos acerca del comportamiento de las neoplasias del tiroides, se conoce algo nuevo, útil y un parámetro orientativo más que es la localización más común de la neoplasia en la glándula.

Durante el período comprendido de julio de 1995 a enero del 1996 se llevó a cabo un estudio analítico retrospectivo revisando las historias clínicas de 2309 pacientes con patología nodular del tiroides a los que se les realizó Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAAF).

El universo del estudio comprendió pacientes de ambos sexos y cualquier edad que se presentaron en la consulta del Instituto de Diabetes Endocrinología y Nutrición (INDEN) por primera vez o referidos de otros centros durante el período comprendido entre octubre de 1987 y diciembre de 1995.

Se recogió la información a través de una hoja de datos elaborados y llenada por los investigadores, posteriormente se procedió a establecer una base de datos con las variables de los 2309 casos. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, características gammagráficas del nódulo (único o múltiple, captación y localización del nódulo), y resultados del estudio citológico de la punción. Se discriminaron aquellos casos en los que no estaban registrados datos vitales para realizar este estudio como la ausencia del reporte citológico de la punción o que no tuviese datos sobre el estudio gammagráfico.

Tanto las punciones para citología como las gammagrafías fueron realizadas por personal médico del INDEN. El gammógrafo utilizado fue un Siemens modelo ZLC del año 1983, usaron los isótopos I-131 vía oral y Tc-99 vía parenteral.

* Médicos agregados de la Universidad Iberoamérica (UNIBE).

** Profesor de UNIBE

Esta información fue analizada por frecuencia simple y algunas variables susceptibles a comparaciones fueron analizadas por el método de las desviaciones cuadráticas, considerándose de significación estadística a un $P < 0.05$.

Se realizaron combinaciones con las diferentes variables de los casos neoplásicos y se realizaron con la localización de las distintas neoplasias registradas.

RESULTADOS

De la totalidad de 2309 casos estudiados, 596 (25.81%) resultaron neoplasias, y 1151 (49.85%) resultaron ser bocios. El restante 24.34 por ciento se distribuyó entre quistes, tiroiditis y casos indeterminados (cuadro 1).

CUADRO 1. DISTRIBUCION DE CASOS REGISTRADOS

CASOS	NO.	(%)
Bocios	1151	49.85
Neoplasias	596	25.81
Casos indeterminados*	489	21.18
Tiroiditis	43	1.86
Quistes	30	1.30
Total	2309	100.00

Predominó el sexo femenino con 2197 casos (95.1%). En cuanto a la edad, entre los 21 y 60 años se presentaron el 82.28 por ciento de los pacientes. (Cuadro 2).

CUADRO 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN GRUPOS ETARIOS Y SEXO

GRUPOS ETARIOS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
(Años)						
0-10	1		7		8	0.34
11-20	5		122		127	5.50
21-30	15		377		392	16.90
31-40	28		559		587	25.40
41-50	20		527		547	23.68
51-60	26		360		386	16.70
61-70	13		179		192	8.30
71-80	3		50		53	2.29
>80	1		16		17	0.73
Total	112	(4.85)	2197	(95.15)	2309	100.00
Edad promedio	44		35		35	

De la totalidad de los casos neoplásicos (596) predominó el sexo femenino con 573 casos (96.14%) en una proporción 24.9:1. El 71 por ciento de las neoplasias se presentaron entre los 21 y 50 años. (cuadro 3)

CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN DE LAS NEOPLASIAS SEGÚN GRUPOS ETARIOS Y SEXO

GRUPOS ETARIOS	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
(Años)	No. (%)	No. (%)	No. (%)
0-10	1	0	1 0.16
11-20	1	45	46 7.71
21-30	2	113	115 19.29
31-40	9	165	174 29.19
41-50	4	136	140 23.48
51-60	4	74	78 13.08
61-70	2	26	28 4.69
71-80	0	12	12 2.01
>80	0	2	2 0.33
Total	23 (3.85)	573 (96.14)	59 100.00
Edad promedio	41	38	38

El comportamiento frente al radioisótopo ofreció gammagrafía fría en 487 pacientes (81.71%). De los casos neoplásicos 557 (93.45%) se presentaron como nódulos únicos.

En cuanto al tipo de neoplasia presentada, el 94.80 por ciento (565) resultaron ser adenomas (cuadro 4), el restante 5.2% correspondió a carcinomas y tumores de células de Hurthle (cuadro 5).

CUADRO 4. ANÁLISIS DE LOS CASOS NEOPLÁSICOS REGISTRADOS

NEOPLASIAS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
Adenomas	20	(3.35)	545	(91.44)	565	(94.80)
Carcinomas	3	(0.50)	2	(3.52)	24	(4.03)
Tum. de células de Hurthle	0	(0.00)	7	(1.17)	7	(1.17)
Total	23	3.85	573	(96.15)	596	(100.00)

CUADRO 5. ANÁLISIS DE LAS NEOPLASIAS POR TIPO Y SEXO

TIPO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)		
Adenomas	20		545		565	94.80
Tum. de Células de Hurthle	0		7		7	1.17
Carcinoma papilar	1		17		18	3.02
Carcinoma folicular	0		3		3	0.50
Carcinoma medular	0		0		0	0.00
Carcinoma mixto	1		1		2	0.34
Carcinoma anaplásico	1		0		1	0.17
Total	23	(3.85)	573	(96.14)	596	100.00

En cuanto a la localización de neoplasias en la glándula, predominó el lóbulo derecho (55.2%) (cuadro 6), y en cuanto a la distribución en los tercios inferiores predominando también el tercio inferior derecho (152) sobre el izquierdo (142) (cuadro 6). Un 45.8 por ciento de los carcinomas y un 57.1 por ciento de los tumores de

células de Hurthle se distribuyen en los tercios inferiores de la glándula (cuadro 7).

CUADRO 6. DISTRIBUCIÓN DE LAS NEOPLASIAS TOTALES SEGÚN SU LOCALIZACIÓN EN EL TIROIDES

LOCALIZACIÓN	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
LÓBULO DERECHO						
Completo	2		32		34	5.70
Tercio Superior	1		44		45	7.55
Tercio Medio	2		96		98	16.44
Tercio Inferior	5		147		152	25.50
TOTAL	10		319		329	55.20
LÓBULO IZQUIERDO						
Completo	3		23		26	4.36
tercio Superior	2		14		16	2.68
Tercio Medio	1		48		49	8.22
Tercio Inferior	5		137		142	23.83
TOTAL	11		222		233	39.09
BILATERAL						
ISTMO	2		24		26	4.36
TOTAL	0		8		8	1.34
TOTAL	23	(3.85)	573	(86.14)	596	100.00

CUADRO 7. ANÁLISIS DE LAS NEOPLASIAS POR TIPO Y SEXO SEGÚN SU LOCALIZACIÓN.

LOCALIZACIÓN	ADENOMAS			CARCINOMAS			T.HURTHLE		
	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL
LÓBULO DERECHO									
Completo	2	31	33	-	1	1	1	-	-
Tercio Superior	1	43	44	-	1	1	-	-	-
Tercio Medio	2	93	95	-	1	1	-	2	2
Tercio Inferior	5	139	144	1	6	7	-	1	1
TOTAL	10	306	316	1	9	10	0	3	3
LÓBULO IZQUIERDO									
Completo	3	21	24	-	2	2	-	-	-
Tercio Superior	2	13	15	-	1	1	-	-	-
Tercio Medio	-	46	46	-	3	3	-	-	-
Tercio Inferior	5	130	135	-	4	4	-	3	3
TOTAL	10	210	220	0	10	10	0	3	3
BILATERAL									
ISTMO	-	22	22	2	1	3	-	1	1
TOTAL	-	7	7	-	1	1	-	-	-
TOTAL	20	545	565	3	21	24	0	7	7

La mayor frecuencia de carcinomas se presentó en el grupo etario de 21 a 60 años (83.34%) con un promedio de edad de 38 años (cuadro 9). Predominó el sexo femenino en una proporción de 8:1.

Para el carcinoma papilar los tercios inferiores ocupaban el 50 por ciento de todas las localizaciones. Este carcinoma representa el 75 por ciento de todos los carcinomas. No se encontró ningún carcinoma medular (cuadro 8).

El cuadro 10 nos muestra que el predominio del lóbulo derecho sobre el izquierdo permanece en todos los grupos etarios,

así como también la predilección por los polos inferiores de ambos lóbulos; exceptuando los dos grupos extremos, que representando un 0,49 por ciento de los 596 casos totales lo hace muy poco significativo.

CUADRO 8. DISTRIBUCIÓN DE LOS CARCINOMAS POR TIPO Y SEXO.

CARCINOMAS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
Carcinoma papilar	1		17		18	(75.00)
Carcinoma folicular	0		3		3	(12.50)
Carcinoma mixto	1		1		2	(8.30)
Carcinoma medular	0		0		0	(0.00)
Carcinoma anaplásico	1		0		1	(4.10)
Total	3		21	(87.5)	24	(100.00)

CUADRO 9. DISTRIBUCIÓN DE LOS CARCINOMAS POR GRUPOS ETARIOS.

GRUPOS ETARIOS (Años)	PAPIL		FOLIC		MIXTO		ANAPL		TOTAL (%)
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	
11-20	3		0		0		0		3 (12.50)
21-30	7		0		1		0		8 (33.30)
31-40	3		0		0		0		3 (12.50)
41-50	3		0		0		0		3 (12.50)
51-60	2		3		1		0		6 (25.01)
61-70	0		0		0		1		1 (4.16)
Total	18		3		2		1		24 (100.00)
Edad promedio	33		55		43		66		38

CUADRO 10. LOCALIZACIÓN DE LAS NEOPLASIAS POR GRUPOS ETARIOS

LOCALIZACIÓN	EDAD									
	<10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	>80	
LÓBULO DERECHO										
Completo	-	1	11	7	6	7	2	-	-	-
Tercio Superior	-	7	8	15	7	6	1	1	-	-
Tercio Medio	-	6	22	31	20	13	2	3	-	-
Tercio Inferior	-	12	24	50	38	17	7	4	-	-
TOTAL	0	26	65	103	71	43	12	8	0	0
LÓBULO IZQUIERDO										
Completo	1	6	6	6	3	4	0	-	-	-
Tercio Superior	-	1	2	5	6	1	-	1	-	-
Tercio Medio	-	2	9	16	17	4	1	-	-	-
Tercio Inferior	-	10	30	40	34	19	7	2	1	-
TOTAL	1	19	47	67	60	28	8	3	1	0
BILATERAL										
ISTMO	-	1	3	1	7	6	6	1	1	-
TOTAL (%)	1 (0.16)	46 (7.71)	115 (19.29)	174 (29.19)	140 (23.48)	78 (13.08)	28 (4.69)	12 (2.01)	12 (0.33)	0

DISCUSIÓN

Al examinar los datos globales en nuestro estudio, encontramos que la mayor proporción de patologías nodulares corresponden a una hiperplasia glanular (bocio), ya sea difusa, nodular única o múltiple, dato que coincide plenamente con todas las literaturas al respecto.

La mayoría de los autores han destacado la gran prevalencia del sexo femenino en cuanto a patologías del tiroides se refiere, lo cual coincide con los resultados obtenidos por nosotros, y es destacable también, la tendencia que tiene la mujer a padecer desórdenes glandulares tumorales a una edad mucho más temprana que el hombre (35 y 44 años respectivamente de edad promedio).

Cuando analizamos los casos neoplásicos obtenidos en el estudio (25,8%) se confirma lo expresado anteriormente en cuanto a la prevalencia del sexo femenino y la edad promedio de presentación del nódulo neoplásico, aunque esto último con menor diferencia (38 años para la mujer frente a 41 para el hombre).

Del total de neoplasias presentadas, los adenomas constituyeron el 94,1% de los casos, frecuencia que corresponde a la generalidad de publicaciones de neoplasias de tiroides en donde los tumores malignos representan sólo un pequeño porcentaje.

Nuestros resultados coinciden con lo planteado acerca de que la presentación clínica de la mayoría de las neoplasias del tiroides se produce mediante la presencia de un nódulo único y frío (93,5% y 81,7% respectivamente en nuestro estudio). Esos porcentajes serían más elevados si discrimináramos los adenomas. El 71 por ciento de las neoplasias se presentaron de la tercera a la quinta década de la vida. La localización del nódulo predominó en el lóbulo derecho, que coincide con estudios publicados internacionalmente. Lo que sí ha llamado bastante la atención en este trabajo de investigación es la localización dentro del lóbulo: ya sea en el lóbulo derecho como en el izquierdo, las neoplasias se distribuyen en desigual proporción, mostrando una curiosa pero clara predilección por los tercios inferiores de ambos lóbulos en todos los tipos de neoplasia; y este dato no ha podido compararse con otros estudios al no haber literatura al respecto.

Diversas teorías podrían establecerse con fines de hallar una explicación a este comportamiento de los tumores de tiroides, quizás debido a peculiaridades anatómicas, histológicas o embriológicas de glándula o zona de la glándula.

El 83,8 por ciento de todos los carcinomas se presentaron entre la tercera y sexta década de la vida, con una edad promedio de 38 años, mientras que fue poco común encontrarlo en las edades extremas de la vida, como se demuestra en otros estudios.

El carcinoma papilar se encontró que predominaba en el grupo etario de 21 a 50 años, en el carcinoma folicular, sin embargo, se apreció un predominio en el grupo de 51 a 60 años. El cáncer mixto (papilar y folicular) no mostró una distribución particular por ningún grupo etario, y el carcinoma anaplásico, con sólo un caso, apareció en un paciente de 66 años, datos todos estos equiparables a los ofrecidos en la literatura.

En cuanto a la clasificación histológica de los 24 pacientes con cáncer, el 75,0 por ciento correspondió a carcinoma papilar, el 12,5 por ciento a carcinoma folicular, 8,3 por ciento el mixto, un 4,1 por ciento al anaplásico, proporciones similares a la que señalan la mayoría de los autores.

No se presentó ningún tumor de células de Hurthle en pacientes masculinos y en cuanto a los carcinomas, el 87,7 por ciento

se presentaron en pacientes femenino la proporción fue de 7:1; confirmando esto el predominio de la mujer en cuanto a la incidencia de neoplasias y patologías nodulares en general del tiroides.

CONCLUSIÓN

Los resultados de la presente investigación muestran un elevado índice de casos neoplásicos en los pacientes con patología nodular del tiroides, si bien la mayoría de las neoplasias corresponden a tumores benignos y sólo menos del 2 por ciento son lesiones malignas.

La nuestra tomada de nuestra población nos indica que aquí también predominan, en las neoplasias del tiroides, las características usuales de presentación nodular única, la no captación del radioisótopo y proporción predominantemente femenina.

La neoplasias en general muestra población nos indica que aquí también predominan, en las neoplasias del tiroides, las características usuales de presentación nodular única, la no captación del radioisótopo y proporción predominantemente femenina.

Las neoplasias en general muestran una predilección por el lóbulo derecho y está comprobado que con mayor frecuencia aparecen en los tercios inferiores de la glándula.

RECOMENDACIONES

Debido a los resultados obtenidos en este estudio nos muestran las principales características que presentan los nódulos neoplásicos en la población dominicana y al comprobar que la localización del nódulo nos aporta una característica nueva más acerca de estos tumores, creemos que es necesario hacer un llamado a los profesionales que tratan en la consulta diaria pacientes con patologías tumorales del tiroides a que den importancia a partir de ahora a la localización donde aparece el nódulo en la glándula.

Creemos necesario también hacer un llamado a la atención del personal que trabaja con la toma de datos acerca de los nódulos tiroideos en el INDEN para que en sucesivos estudios acerca del tema no haya que enfrentarse a tantos casos con datos incompletos.

REFERENCIAS

1. Wemer SC, Ingbar SH. *el Tiroides: Conocimientos básicos y clínicos*. Barcelona; ed. Salvat 1997; 223-231, 272-284, 331-339.
2. Harrison. *Principios de Medicina Interna*. 1ª ed., México, Interamericana Mc Graw-Hill 1989 vol. 1: 1984-1987.
3. Arcuch J. Cáncer de Tiroides. *Rev Chil Cir* 1994; 46 (4): 385-92.
4. Sabiston D. *Tratado de Patología Quirúrgica: bases biológicas de la práctica quirúrgica moderna*. 14ª ed., México 1995; 329-340.
5. Schwartz SI, Shires GT, Spencer F, Husser W. *Principios de Cirugía* 5ª ed., México, Interamericana 1988; 1194-1209.
6. Robbins SL, Colran RS. *Patología Estructural y Funcional*. 3ª ed., México, interamericana 1988; 1194-1209.
7. Simkim DO, Gonzales-Aguilar O, Ries-Centeno C, et al. Cáncer diferenciado de la glándula tiroides, factores pronóstico. *Rev Argent Cirug* 1992; 62(9): 132-140.
8. Stenberg SS. *Diagnostic Surgical Pathology*. 2nd ed., New York, Raven Press 1991; vol 1: 531-543.
9. Gómez-Sosa E, Fleiter-Batista G, Peralta-Pérez R. et al. Correlación entre la gammagrafía, el ultrasonido y la punción tiroidea preoperatoria en el diagnóstico de tumores de la glándula tiroides. Primer informe. *Rev Cubana Oncol* 1988;

- 4(2): 101-108.
10. Pedrosa CS, Casanova R. Diagnostica por Imagen. Madrid, Interamericana 1992; 741-750.
 11. Delgado B. Error de los métodos diagnóstico en patología tiroidea. *Cir Urg* 1992; 62 (1-3): 13-6.
 12. Pérez JL, Martínez-Aldo JL, Secades I, *et al*. La captación de radioyodo en el estudio de la función tiroidea. Situación actual. *MM* 1989; 45: 226-235.
 13. Olavarrieta LJ, Arcia M, Vazquez JC, Torres J. Nódulo frío y carcinoma de tiroides. *Centro Med* 1992; 38(2): 45-2.
 14. Santana-Pérez F, Zamora-Esnard R, Cos-campos O, Wolff-Carreña N. Nódulo único del tiroides. *Centro Med* 1992; 38(2): 45-2.
 15. Bibbo M. *Comprehensive Cytopathology*. Philadelphia, WB Saunders 1991; 649-665.
 16. Ascraft M, Van-Herle AJ. Management of thyroid nodules. II scanning techniques thyroid suppressive therapy and fine needle aspiration. *Head Neck Surg* 1993; 3: 297-322.
 17. Silverman JF, West RL, Finley JL. Fine Needle aspiration vs large biopsy in evaluation of thyroid nodules. *Diagn Cytopathol* 1988; 2:25.
 18. Keyhani-Rofagha S, Otoole RV, Lyden C. Problems in Neoplastic and non-neoplastic thyroid lesions by aspiration cytology. *Acta Cytol* 1990; 28:628.
 19. Rojeski MT, Glarib H. Nodular thyroid disease. *New Engl J Med* 1987; 313: 428-436.
 20. Ackermans. *Surgical Pathology*. 7a ed., New York, Ravenpress 1989; vol 1: 391-433.
 21. Williams. *Textbook of Endocrinology*. 8th ed., Philadelphia, Saunders 1992; 406-409.
 22. Frohman. *Endocrinology and Metabolism*. 3a ed., New York, Mc Graw-Hill 1995; 533-546.
 23. Calabres P, Schein P. *Medical Oncology*. 2nd ed., New York, Mc Graw-Hill 1993; 795-800.
 - ed., U.S.A. 1992; 914-416.
 2. Santan-Pérez F, Castro-Valencia G. Cáncer del Tiroides. *Rev Cubana Med* 1988; 27(5) 53-60.
 3. Paladines P, Gonzalez-Prado M, Contreras-Tapia O, Irrarazabal-Elezalde v. Punción aspiradora y cintigrama en el estudio clínico del tiroides quirúrgico. *Rev Chil Cir* 1993; 45(3): 277-281.
 4. Abdo-Andrade A, Green L, Camacho S., Rivero- Senano O, Barrera-Franco JL, Herrera-Gómez A, *et al*. Carcinoma insular de tiroides *Rev Inst Nac Cancerol* 1993; 39(4): 1947-51.
 5. Aguirre A, Cerceda V, Villagran F, Espinosa S, Pacheco J. Cáncer del tiroides. *Rev Chil Cir* 1994; 46(3): 237-43.
 6. Beckner ME, Heffess CS, Oerter J.E. Oxyphilic Papillary Carcinomas. *Am J Clin Pathol* 5; 103(3): 240-7.
 7. Terry JE, St. Jhon SA, Karkowsky FJ, *et al*. Tall Cell Papillary Thyroid Cancer: Incidence and prognosis. *Am J Surg* 1994; 168(5): 459-461.
 8. Larrea- Fabra M, Rodríguez Ceballos S, Carter-Royo F. Valor del citodiagnóstico por biopsia aspirativa con aguja fina en los tumores palpables. *Rev Cuba Cir* 1993; 32(1): 30-8.
 9. Larrea M, Alavez E. Valor diagnóstico de la gammagrafía y la ultrasonografía en la etiología del nódulo tiroideo. *Rev Cuba Endocrinol* 1993; 4(1): 30-8.
 10. Sanchez F. Valoración del nódulo tiroideo. *Información Terapéutica* 1991; 15: 29-34.
 11. Taveras JM, Feruci TJ. *Radiology: Diagnosis, imaging, intervention*. New York, Lippincot 1994; vol 1: 90-104.
 12. Barreiro-Morandiva F, Fernández-Alvarez JA, Pintas-Martinez E, *et al*. Carcinoma Nodular de Tiroides: a propósito de dos casos. *Endocrinología* 1993; 40(4): 114-117.
 13. Franceshi S, La - Vecchia C. Thyroid Cancer. *Cancer Surv* 1994, 19(20): 393-422.
 14. Tan RK, Finley RK 3rd, Driscoll D, *et al*. Anaplastic carcinoma of the thyroid: a 24 year experience. *Head Neck* 1995; 17(1): 41-71.
 15. Busnardo B, Girelli ME, Nacamulli D, Pelizzo MR, Denielle O, Rigon A. Undifferentiated carcinoma of the thyroid gland. *Chir Ital*, 1994; 46(4): 37-41.

BIBLIOGRAFIA

1. Berkow, R, Fletcher A. *The Merck Manuel of Diagnosis and Therapy*. 14th

Main body of text, consisting of several paragraphs of faint, illegible text. The text appears to be a continuous block of writing, possibly a letter or a report, but the characters are too light to be read accurately.

Frecuencia del hábito tabáquico entre estudiantes adolescentes de la educación secundaria institucional de la zona urbana del municipio de La Romana

Magda Abreú*, Yubelkys Jiménez*, Rubén Darío Pimentel**, Edison Félix Félix***

RESUMEN

Se llevó a cabo una investigación prospectiva de corte transversal a través de la aplicación de un autocuestionario con el cual se indagó las características epidemiológicas del hábito tabáquico en estudiantes adolescentes de la educación secundaria institucional, de la zona urbana del municipio de La Romana, República Dominicana, durante el año escolar 1995-1996.

De un total de 2,452 estudiantes, el autocuestionario fue llenado por 346. De éstos un 19.9 por ciento eran fumadores. La edad promedio para iniciarse en el fumar fue de 15.0 años: 16.8 años para las mujeres y 15.2 años para los hombres. Más de la mitad (10.9%) de los estudiantes inició su hábito antes de los 15 años; 4.0 por ciento de los cuales lo hizo antes de los 12 años.

Los conflictos familiares (12.1%) y la imitación (4.3%), fueron los motivos más importantes para comenzar a fumar. La televisión (15.0%) se mantiene como el medio más importante por el cual los estudiantes conocen el tabaco; la escuela (13.7%), el medio donde se inicia.

Por último, es importante destacar que todos los estudiantes fumadores admitieron haber intentado dejar de fumar en promedio 5.4 veces (rango: 1-20 veces). Sin embargo, continúan fumando y según revelan la razón por la cual se mantienen fumando es por costumbre (13.8%), porque les calma los nervios (3.7%) o por placer (2.3%). Esta información constituye por sí sola, una muestra suficiente del problema de salud pública que representa la epidemia del tabaquismo en la República Dominicana y obliga a las autoridades de salud a tomar acciones de control urgentes.

Palabras claves: Hábito tabáquico, Epidemiología, estudiantes adolescentes.

INTRODUCCIÓN

El tabaco, concebido por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ como enemigo No. 1 para la salud del hombre, es una droga comercializada legalmente, aumenta de manera peligrosa entre los adolescentes dominicanos.

Los datos disponibles indican que la prevalencia mediana del tabaquismo en la República Dominicana es de 37 por ciento en los hombres y de 20 por ciento en las mujeres², mayor en los núcleos urbanos de las grandes ciudades.

En la República Dominicana, se han realizado varias encuestas sobre el consumo de tabaco. En 1985, Ferreras et al., reportaron que el 30 por ciento de los estudiantes de la educación secundaria institucional fumaba, fecha a partir de la cual se han realizado varios estudios de prevalencia del hábito tabáquico en todo el territorio nacional en estudiantes adolescentes encontrándose

cifras que van desde un mínimo de 2 por ciento en la zona urbana de Baní hasta un 31 por ciento en la ciudad de Santo Domingo⁴.

Entre la población de 15 años y más, el consumo de cigarrillos por capita aumentó de 1,106 en 1997 a 1,361 en 1989. El 94 por ciento de los cigarrillos consumidos son fabricados con tabaco rubio Virginia y con filtros⁵. Esto sugiere una exitosa creación de mercado por parte de las empresas transnacionales, tal como la que experimentaron muchos otros países de las Américas⁶⁻¹⁸.

El presente estudio es parte de una serie de investigaciones biomédicas y psicosociales, que se está llevando a cabo en grupos de adolescentes en la República Dominicana. El objetivo principal de este estudio es identificar el nivel de prevalencia del tabaquismo en los estudiantes adolescentes con edades comprometidas entre 12 y 20 años de edad de la población urbana de la Romana.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y transversal,

* Médico egresado de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).

** Director Investigaciones Centro de Gastroenterología del Hospital Dr. Luis E. Aybar

***Subdirector Hospital Dr. Luis E. Aybar.

con el propósito de conocer la prevalencia del hábito tabáquico entre estudiantes adolescentes de la zona urbana del municipio de La Romana, que involucró a los liceos públicos de dicho municipio.

El estudio tuvo lugar en el período comprendido entre noviembre de 1995 a agosto de 1996.

Ubicación

La investigación se realizó en los liceos públicos del Municipio de La Romana (Aristides García Mella, Tiburcio Millán López, Cristo Rey, Gregorio Luperón) el año escolar septiembre de 1995 a junio de 1996.

Universo

La población objeto de estudio fueron los estudiantes de los cuatro niveles de los cuatro liceos de la zona urbana del municipio de La Romana, que cuentan con un total de 2,452 estudiantes inscritos.

Muestra

Se realizó un muestreo utilizando la siguiente fórmula:

$$N = \frac{T^2 (pxq) N}{Nd^2 T^2 (pxq)}$$

en donde:

- n = muestra
- T² = Nivel de confianza
- p = Proporción estimada de estudiantes fumadores (30%=0.30)
- q = Proporción estimada de estudiantes no fumadores (70%=0.70)
- d² = Error standard (5%=0.05)
- N = Universo (2,452).

Tomando en cuenta la prevalencia del tabaquismo de estudios hechos en Santo Domingo en adolescentes (30%)³ y con un coeficiente de seguridad de un 95 por ciento y un coeficiente de error de 0.05, se calculó la muestra en 315 estudiantes. Se agregó un 10 por ciento de la cantidad obtenida para evitar posibles sesgos por lo que la muestra final fue de 346 estudiantes.

El cuadro 1 muestra la proporción de estudiantes que se escogió por liceo. Se autocuestionaron 87 estudiantes en el liceo Tiburcio M. López, 140 en el liceo Lic. Aristides García Mella (53 en la tanda vespertina, y 77 en la matutina); 89 en el liceo Cristo Rey (73 en la Reforma y 16 en la tanda nocturna); y 30 estudiantes en el liceo Gregorio Luperón.

Criterios de inclusión

Se incluyen todos los estudiantes que para el momento del estudio cumplan con los siguientes requisitos:

- Estar matriculados en el año escolar en curso;
- Cooperar voluntariamente;
- Asistir al liceo.

Los criterios de clasificación de los fumadores y del grado de severidad del tabaquismo fueron tomados de un estudio realizado en 1991¹⁹. Estos son los siguientes:

Clasificación de los fumadores²⁰⁻³¹

- a) Fumador: todo el que fuma como promedio un cigarrillo al día u ocasionalmente al momento de la encuesta.
- b) Fumador ocasional: todo el que fuma menos de 5 cigarrillos por mes.
- c) Ex-fumador: todo el que haya dejado de fumar por lo menos 6 meses antes de la encuesta.
- d) No fumador: todo el que nunca haya fumado.

Grado de tabaquismo³²⁻⁴⁰

- a) Leve: todo el que fume menos de 10 cigarrillos por día.
- b) Moderado: todo el que fume de 10 a 20 cigarrillos por día.
- c) Severo: todo el que fume más de 20 cigarrillos por día.

Instrumento para la recolección de la información

La recolección de la información se hizo a través de un cuestionario, el cual fue adaptado de uno que había sido autoadministrado en un estudio realizado en Centroamérica³², y que tiene como fuente de origen documentos procedentes de la British Medical Research Council³⁹, la Organización Mundial de la Salud³¹, y la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UNCTER)⁴⁰.

Este cuestionario tiene además de los datos personales, preguntas relacionadas con el hábito tabáquico de los estudiantes adolescentes.

Sobre el tabaquismo se indagó acerca del consumo, edad de inicio, sexo más frecuente, lugar en donde se inició, medios por el cual conoció el hábito, entre otros. El llenado del cuestionario tendrá lugar durante el período comprendido de abril a junio de 1996 y estará supervisado por los investigadores involucrados.

Pruebas de calidad de la investigación

Se utilizaron los datos las veces que fueron necesario, tomando en cuenta el llenado total del cuestionario por parte de los estudiantes.

Técnicas para la recolección de información

La recolección se llevó a cabo en varias fases y se obtuvo a través de un cuestionario autoadministrado a los estudiantes seleccionados en cada liceo.

Plan de tabulación de análisis

Los datos obtenidos en nuestra investigación, fueron sometidos a revisión y procedimientos, para lo cual utilizaremos programas de computadoras como SPSS, EPI-INFO y SIGMA.

La información obtenida fue discutida y analizada para su presentación final en tablas y gráficos,

Plan estadístico

Los datos obtenidos en nuestra investigación fueron sometidos a las siguientes pruebas:

- a) Presentación en frecuencia simple;
- b) Prueba de relación ;
- c) Medidas de tendencia central;
- d) Pruebas de significación e inferenciales.

Las variables susceptibles de comparación fueron analizadas mediante la prueba del chi-cuadrado. Se consideró de significación estadística una $p < 0.05$.

RESULTADOS

Características generales

De un total de 346 estudiantes autoencuestados, 193 (55.8%) correspondieron al sexo femenino (Cuadro II). Las edades promedio de estos estudiantes fue de 17.3 años (rango: 13-24 años): 16.9 para las mujeres y 17.7 años para los hombres. En el cuadro III se muestra la distribución de los estudiantes según Liceo y curso. Como puede visualizarse, la distribución, según proporción, es similar tanto desde el punto de vista de los liceos como de los cursos. De igual manera en la edad promedio por liceo tampoco se observó variación significativa. El cuadro IV muestra la distribución según edad y liceo. En este cuadro las proporciones de los estudiantes tampoco guardaron diferencias significativas ($p < 0.05$) entre los diferentes liceos incluidos en el estudio. El cuadro también muestra que la mayor parte, 273 (78.9%), de los estudiantes analizados en los cuatro liceos, correspondía al grupo de edad entre los 15 y 20 años.

En el grupo menor de 15 años, 12 (3.5%) tenían 14 años y apenas 6 (1.7%), 12 años. Por otra parte 55 tenían más de 20 años.

CUADRO II. DISTRIBUCION DE LOS ESTUDIANTES AUTOENCUESTADOS SEGUN EDAD Y SEXO. LA ROMANA, 1996

EDAD (AÑOS)	TOTAL		SEXO	
	N (%)		FEMENINO N (%)	MASCULINO N (%)
< 15	18	(5.2)	9	(2.6)
15-20	273	(78.9)	152	(43.9)
> 21	55	(15.9)	32	(9.3)
TOTAL	243	(100.0)	193	(55.8)

CUADRO III. RELACION DE LOS ESTUDIANTES AUTOENCUESTADOS SEGUN LICEO Y CURSO. LA ROMANA, 1996

LICEO	TOTAL N (%)	NIVEL			
		1ER.	2DO.	3ER.	4TO.
TIBURCIO M. LOPEZ	87 (14.4)*	22	22	22	21
LIC. ARISTIDES G. MELLA	140 (28.0)				
VESPERTINO	63 (14.0)	16	16	16	15
MATUTINO	77 (14.0)	20	20	20	17
CRISTO REY:	89 (28.0)				
REFORMA	73 (14.0)	19	19	19	16
NOCTURNO	16 (14.0)	4	4	4	4
GREGORIO LUPERON	30 (14.1)	8	8	7	7
TOTAL	346 (14.0)	87	89	88	80

*Representa el porcentaje de la totalidad de cada liceo.

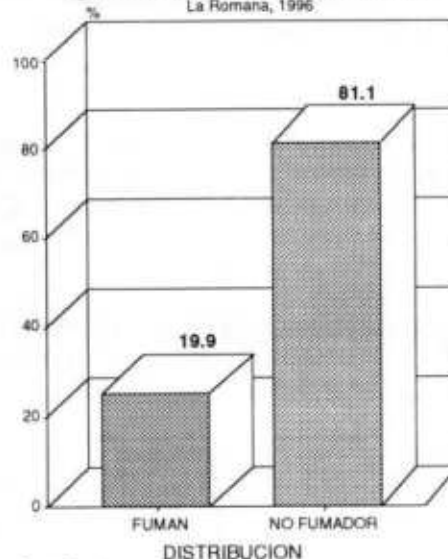
FUENTE: Directa.

CUADRO IV. DISTRIBUCION DE LOS ESTUDIANTES AUTOENCUESTADOS SEGUN EDAD Y LICEO. LA ROMANA, 1996.

LICEO	TOTAL N (%)	EDAD (AÑOS)		
		<15	15-20	>21
TIBURCIO M. LÓPEZ	87 (14.0)	3	79	5
LIC. ARÍSTIDES G. MELLA:				
VESPERTINO	63 (14.0)	1	42	20
MATUTINO	77 (14.0)	3	64	10
CRISTO REY:				
REFORMA	73 (14.0)	9	64	0
NOCTURNO	16 (14.0)	0	0	16
GREGORIO LUPERÓN	30 (14.0)	1	24	4
TOTAL	346 (14.0)	18	273	55

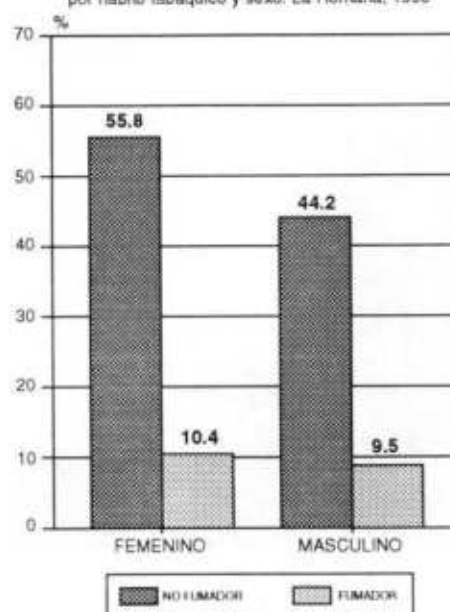
FUENTE: Directa.

Figura 1. Distribución estudiantes según fuman o no. La Romana, 1996



Fuente: Directa

Figura 2. Distribución estudiantes autoencuestados por hábito tabáquico y sexo. La Romana, 1996



Fuente: Directa

Prevalencia de fumadores

De los 346 estudiantes autoencuestados, 69 (19.9%) eran fumadores y 277 no fumadores. No habían ex-fumadores (Figura 1). Entre los fumadores, 36 (10.4%) eran del sexo masculino y 33 (9.5%), del femenino (Figura 2).

El porcentaje de fumadores pasó de 19.0 por ciento en mayores de 15 años a 0.9 por ciento en menores de esta edad (Cuadro V).

La cantidad de cigarrillos fumados aumenta proporcionalmente con el hábito tabáquico de sus progenitores; esta relación era importante cuando ambos padres fumaban (12.3%), moderados (5.2%) cuando sólo era el padre el fumador y menos importante (2.4%) cuando era la madre la que fumaba (Figura 3).

Hubo significación estadística ($P < 0.02$) al asociar el tabaquismo de los padres fumadores y no fumadores con el hábito de fumar de sus hijos.

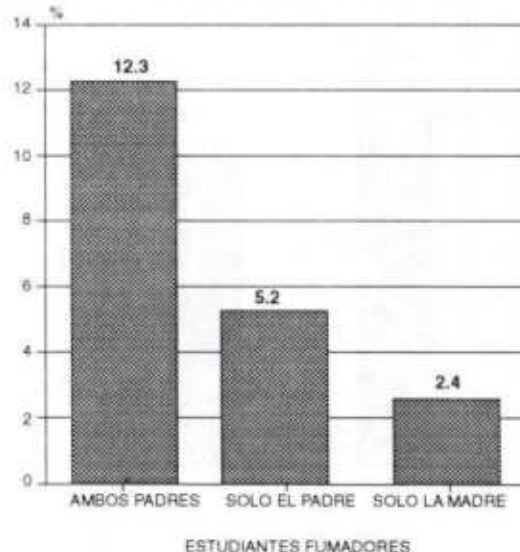
La edad promedio para iniciarse en el hábito de fumar fue de 15.0 años; 16.8 para las mujeres y 15.2 años para los hombres. Más de la mitad (10.9%) de los estudiantes inició su hábito antes de los 15 años; de los cuales 4.0 por ciento, lo hizo antes de los 12 años (Figura 4).

CUADRO V. DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIANTES FUMADORES Y NO FUMADORES SEGÚN EDAD Y SEXO. LA ROMANA, 1996.

EDAD (AÑOS)	TOTAL N (%)	FUMADORES			NO FUMADORES		
		MASC. N (%)	FEM. N (%)	TOTAL N (%)	MASC. N (%)	FEM. N (%)	TOTAL N (%)
< 15	18 (5.2)	2 (0.5)	1 (0.3)	3 (0.9)	7 (2.1)	8 (2.3)	15 (4.4)
15-20	273 (78.9)	31 (9.0)	27 (7.8)	58 (16.7)	90 (26.4)	125 (36.6)	215 (62.9)
> 21	55 (15.9)	3 (0.9)	5 (1.4)	8 (2.3)	20 (5.8)	27 (7.8)	47 (13.8)
TOTAL	346 (100)	26 (10.4)	33 (9.5)	69 (19.9)	117 (34.3)	160 (46.8)	277 (81.1)

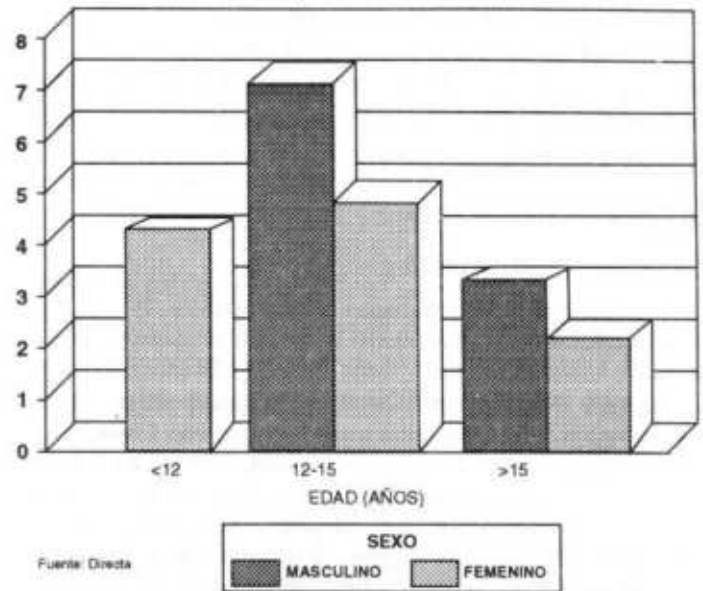
FUENTE: Directa.

Figura 3. Rel. estudiantes fumadores según hábito tabáquico de sus padres. La Romana, 1996



Fuente: Directa

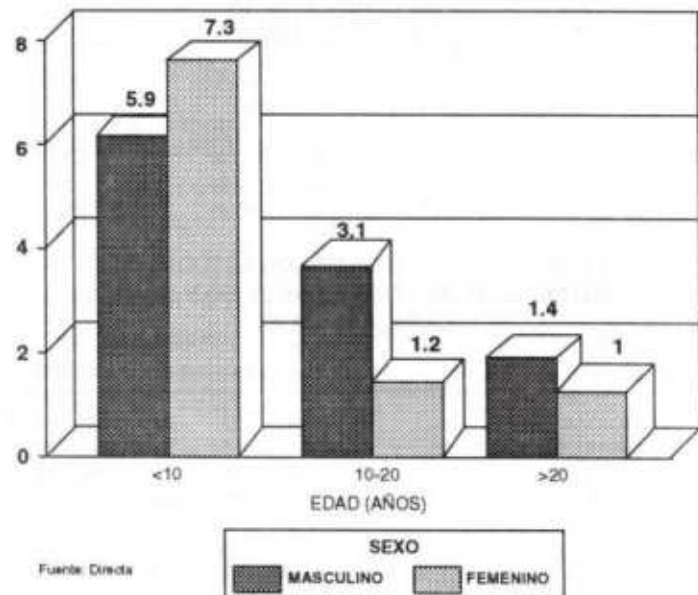
Figura 4. Estudiantes fumadores según edad de inicio y sexo. La Romana, 1996



Fuente: Directa

Con respecto al grado de tabaquismo el cual fue descrito en las modalidades de leve, moderado y severo, se encontró que el mayor porcentaje 13.2, correspondió al leve; siendo 4.3 y 2.4 por cientos moderado y severo respectivamente (Figura 5). Los hombres fuman una cantidad ($x = 8.4$ cigarrillos por día) mayor que las mujeres ($x = 4.6$ cigarrillos por día).

Figura 5. Estudiantes fumadores según cantidad cigarrillos fumados/día y por sexo. La Romana, 1996

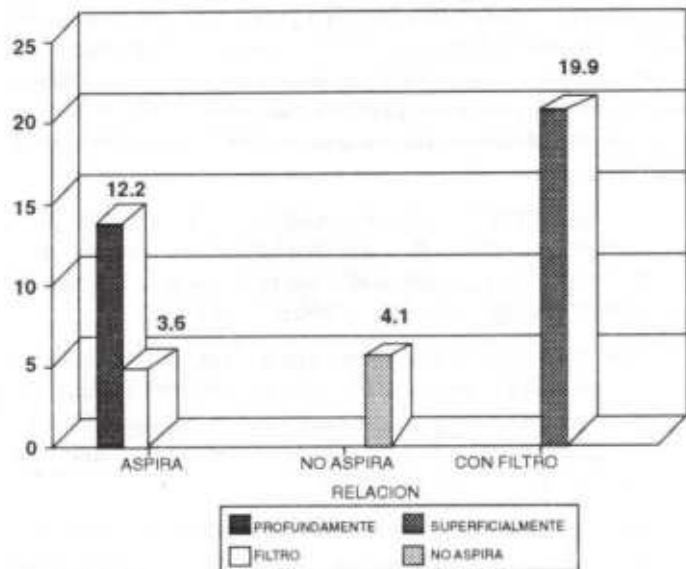


Fuente: Directa

En la figura 6, se destacó que todos los estudiantes (19.9%) fuman cigarrillos con filtro; 15.8 por ciento aspiraban el humo del tabaco y 4.1 por ciento no lo hacía. En esta misma figura se destaca

que entre los que aspiraban el humo del tabaco, 12.2 y 3.6 por cientos lo aspiraban profunda y superficialmente respectivamente.

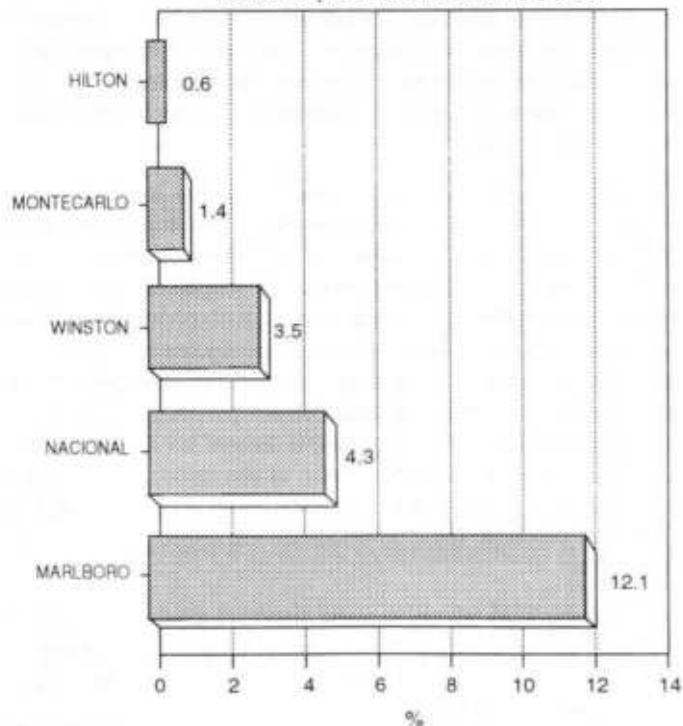
Figura 6. Estudiantes fumadores por tipo de cigarrillos y si aspira o no el humo. La Romana, 1996



Fuente: Directa

Cerca de tres cuartas partes, 45 (13.0%) de los estudiantes fuman Marlboro; 5 (1.4%) fuman Nacional; 12 (3.5%) fuman Winston; 5 (1.4%) fuman Montecarlo y 2 (0.6%) fuma Hilton (Figura 7)

Figura 7. Tabaquismo entre estudiantes por marcas de preferencia. La Romana, 1996

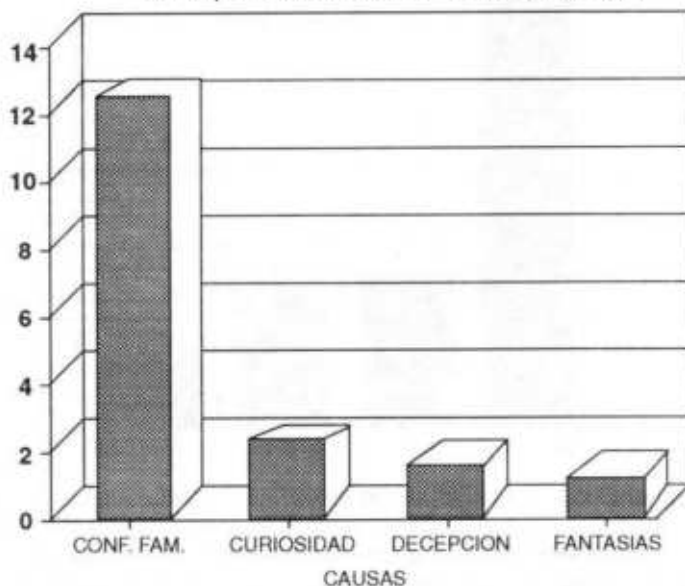


Fuente: Directa

Adquisición del hábito

Los conflictos familiares, 42 (12.1%) y la imitación, 15 (4.3%), fueron los motivos más importantes para comenzar a fumar, seguidos por la curiosidad, 6 (1.6%); la decepción, 4 (1.2%) y la fantasía, 2 (0.6%) (Figura 8).

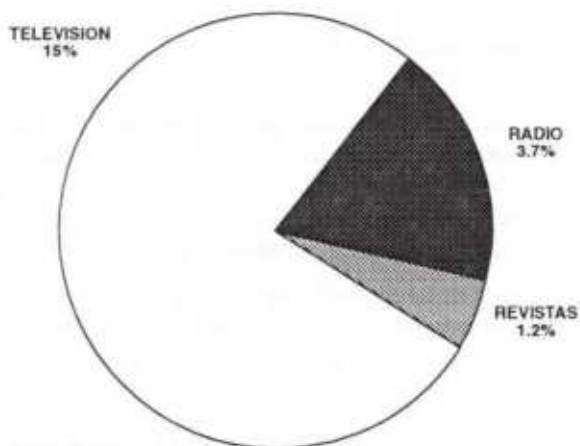
Figura 8. Distribución de estudiantes según causas de adquisición del hábito. La Romana, 1996



Fuente: Directa

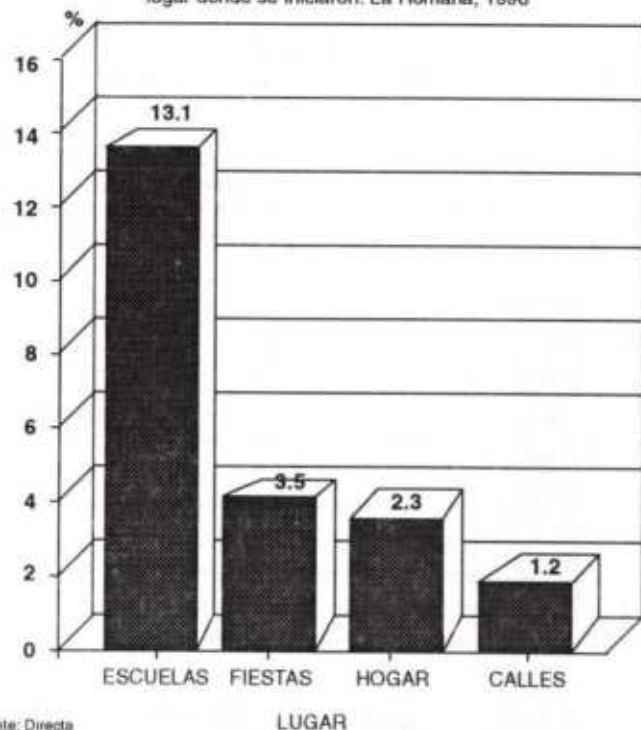
La televisión, 52 (15.0%) se mantiene ocupando el medio más importante por el cual los estudiantes conocen el tabaco, seguido por la radio, 13 (3.7%) y las revistas, 4 (1.2%) (Figura 9). La escuela, 45 (13.1%); las fiestas, 12 (3.5%) y el hogar, 8 (2.3%) son los medios más importantes donde se iniciaron en el fumar, seguidos de las calles, 4 (1.2%) (Figura 10).

Figura 9. Rel. Medios más frecuentes para los estudiantes conocer el tabaco. La Romana, 1996



Fuente: Directa

Figura 10. Relación estudiantes fumadores según el lugar donde se iniciaron. La Romana, 1996



Fuente: Directa

Todos los estudiantes que fuman admitieron haber intentado dejar de fumar en promedio 5.4 veces (rango: 1-20 veces). Sin embargo, continúan fumando y según revelan la razón por la cual se mantienen fumando es: por costumbres, 48 (13.8%), por que les calma los nervios, 13 (3.7%) o por placer, 8 (2.3%).

DISCUSIÓN

Este estudio, que incluye una encuesta significativa de los estudiantes adolescentes de la educación secundaria tradicional de la zona urbana de La Romana, muestra que existe una proporción de fumadores inquietantemente elevada. La prevalencia de tabaquismo encontrada entre estos adolescentes (19.9%) es superior a la encontrada en los adolescentes de La Vega (7.3%)⁴¹ Monte Cristi (12.7%)⁸, la provincia Peravia (2.4%)⁴, sin embargo, continúa siendo inferior a la prevalencia de fumadores adolescentes de Puerto Plata (23.7%)⁴² y Santo Domingo (32.0%)⁵.

Estos datos resultan interesantes y tristes, dado que comprueban que mientras en Europa y los Estados Unidos, con público bien informado abandona el consumo de cigarrillos, en los países en desarrollo como es el nuestro, la tasa de tabaquismo sube a un ritmo cada vez más acelerado, principalmente por el gran aumento en el número de jóvenes fumadores.

Basándose en las pautas de consumo actuales se calcula que en la primera década del siglo XXI morirán prematuramente más de diez millones de latinoamericanos a causa del corazón, los infartos y otras afecciones provocados por el tabaco⁷.

Este aumento en el consumo de cigarrillos se debe en gran parte a la intensa campaña publicitaria que la industria del tabaco

ha comprendido en el tercer mundo, para sustituir los mercados que han ido perdiendo en los países industrializados.

La tasa de fumadores en el mundo en vía de desarrollo está en aumento. Según los expertos en el tema, esto se debe principalmente a la agresiva campaña publicitaria que utilizan las multinacionales del tabaco¹¹. Así es como las corporaciones multinacionales se han volcado con nuevas técnicas publicitarias a estos nuevos mercados después que las restricciones legales y campañas antitabáquicas comenzaron a tener lugar en los países desarrollados.

La publicidad es el arma que tiene la industria para incrementar la prevalencia de la adicción tabáquica. En nuestro país, la industria se esfuerza particularmente por asociar la práctica de fumar con el prestigio, el poder, la libertad y el lujo²³.

Los hechos precedentemente citados unidos a la industria del turismo dominicano son factores que de por sí crean las expectativas en la población para iniciarse en el fumar. En este sentido hay que destacar la precocidad en La Romana, donde ya a los 8 años algunos se han iniciado en este servicio.

La iniciación del consumo de tabaco (medida en personas menores de 15 años de edad) supera el 4 por ciento. Aunque no se dispone de series temporales sistematizadas la información, existente indica que los grupos más recientes (sobre todo el sexo femenino) en las áreas urbanas a la República Dominicana están comenzando a fumar a una velocidad superior a la de sus predecesores²⁰. Esto constituye un claro indicador del aumento de la prevalencia del tabaquismo en la República Dominicana.

La cantidad de cigarrillos fumados diariamente no es elevada, ya que el mayor porcentaje correspondió al grado leve. Un elemento importante a destacar es que a pesar de que en otros estudios^{2,3,5,8} reportados, en promedio, los hombres fumaban mayor cantidad de cigarrillos que las mujeres, pero la proporción de fumadores severos era más importante entre éstas últimas; en la presente investigación este hecho no ocurrió.

Entre los adolescentes autoencuestados los conflictos familiares y la imitación fueron los motivos más importantes para comenzar a fumar. Llama la atención este hallazgo, debido a que en los últimos años, los conflictos familiares ocupan el primer lugar como factor causante de inicio del fumar. Esto podría suponer un deterioro importante de las relaciones padre-hijo en el hogar con la consiguiente desmoralización de la sociedad. Sin embargo, la razón principal de todo esto es el deseo de los jóvenes de sentirse y parecerse a los adultos. El hecho de que durante la niñez los padres hayan desaprobado el hábito de fumar, es una razón que se agrega, por el deseo de contradecirlos. Pensamos que el peligro de cáncer y enfermedad cardíaca, lejos de desalentarlos resulta para ellos un sutil desafío¹¹.

La publicidad televisiva sigue siendo el medio más eficaz a través del cual los adolescentes conocen el tabaco, corroborándose su consumo en las escuelas, las fiestas y el hogar como los lugares donde se inician en el fumar¹².

Los datos obtenidos sitúan a la mujer a la par con el hombre

en el hábito del fumado. La sociedad cambió mucho en las dos últimas décadas, especialmente para la mujer que vive hoy en día en general, sobrecargada. Es muy frecuente que la mujer salga de su casa para ir a trabajar. Hay muchas razones para ello, unas buenas y otras no tanto³⁷. La sociedad cambió y la mujer también, y para poder entenderla mejor tendremos que considerarla dentro de la realidad actual.

Antes, la familia era generalmente numerosa, mientras que hoy suele ser reducida. Cuando analizamos todo esto, lo que nos llama la atención es comprobar que esta mudanza que se está operando liberó a la mujer, abriéndole nuevos horizontes. Pero una cosa que también es verdad y que no siempre ha sido mencionada, es que la mujer comenzó a sumar a sus deberes tradicionales, el peso de tareas fuera de la casa. Cambió el hogar por un trabajo fuera del hogar.

Continúa cargando con las obligaciones hogareñas, sumadas a la de su trabajo en la oficina o en el taller. Antes, la mujer era esposa y se preocupaba tan solo por el hogar. Ahora continúa siendo esposa, sigue preocupándose con el hogar, pero añade una sobrecarga de compromisos fuera de él. Esto la somete a fuertes y prolongadas tensiones y le causa insatisfacción íntima, facilitando su adicción al tabaco⁴⁰.

Por último, debemos comentar que, a pesar de que la mayoría de los fumadores intentó dejar de fumar, continúa fumando. Los adolescentes y los jóvenes se deleitan aspirando el humo de sus cigarrillos, no sospechan que están inundando sus pulmones con más de tres mil compuestos químicos que agreden traicioneramente todos los rincones de sus pulmones. Tal vez no tienen información suficiente acerca de los efectos de la nicotina. La nicotina es la droga más adictiva que se conoce⁴¹. El apetito por la nicotina puede durar toda la vida, aún después que el fumador deja el cigarrillo; el 60 por ciento de las personas que dejan de fumar, vuelve a hacerlo antes que haya transcurrido el primer año de abstinencia. La adicción a la nicotina es tan difícil de dominar como la de la heroína. Los efectos físicos de la nicotina y del tabaco mataron a 40,000 personas en los Estados Unidos en un solo año⁴²; más que todas las demás drogas juntas.

RECOMENDACIONES

El tabaco es una causa importante de morbilidad y mortalidad, aunque es sabido desde hace muchos años, la respuesta es de una falta de vigor asombrosa. Las campañas de información sobre las restricciones publicitarias, no hablan para inducir al abandono o evitar el hábito de fumar en la magnitud adquirida, por lo que recomendamos:

- 1) Que los programas se dirijan al núcleo familiar y sobre todo al grupo de edad escolar, que es indudablemente el de mayor riesgo.
- 2) Prohibición de fumar en todos los lugares públicos donde haya riesgo para los no fumadores.
- 3) Promover programas educativos en las escuelas, centros de salud, instituciones de capacitación de maestros, universidades

y otros establecimientos docentes,

4) Promover programas de información sobre los riesgos del tabaco en la prensa, radio, televisión y revistas.

5) Crear avisos y advertencias en los paquetes de cigarrillos y en los anuncios de éstos. Implementar impuestos y restricciones sobre la venta a menores.

6) Introducir en la educación básica, temas que hagan alusión a los efectos dafinos del tabaco.

REFERENCIAS

1. Oficina Panamericana de la Salud. (OPS). Tabaquismo y Salud en las Américas. Informe de la Cijujana General 1992, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud. 1992: 21-33, 56.
2. Pimentel RD. Situación actual del tabaquismo en la República Dominicana. *Bol Común* 1992; 2 (3).
3. Ferreras JM, et al: Tabaquismo y síntomas respiratorios entre estudiantes de Santo Domingo. *Rev Med Dom* 1988.
4. Pimentel RD. El hábito tabáquico en los estudiantes banilejos. *Bol Común* 1992; 2 (6).
5. Pimentel RD, Peralta Fermín RD, Arias de la Cruz MI, y Gasso F. Prevalencia de estudiantes fumadores en la zona urbana de Santo Domingo. *Rev UNIBE Ciencia y Cultura* 1993; 4 (3).
6. Crowley J, Rhine MW, Abuse of Alcohol and other drugs In: Simons R, Pades H. (eds) *Understanding Human Behavior in Health and Illness*, 2nd. ed., Baltimore: Williams & Wilkins, 1982; 657.
7. Organización Mundial de la Salud. (OMS): Lucha contra el Tabaco sin humo. Informe de un grupo de estudio de la OMS 1988; 10.
8. Pimentel RD, Franjul-Troncoso M, et al. Prevalencia de estudiantes fumadores de la zona urbana de Monte Cristy *Rev UNIBE Ciencia y Cultura* 1993; 4 (3).
9. Grav Carren, JG. El Tabaco en la Historia: Las Costumbres, las anécdotas y el arte. *Rev Asoc Méd Argent* 1985; 98/99 (5- 6/1-12): 24-6.
10. Boletín del Banco Central de la República Dominicana. El Tabaco en la República Dominicana. 1992.
11. Goodman- Gilman: *Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica*. 8va. Ed. México: Editorial Panamericana, 1991; 189/534-535.
12. Fielding GJ, Smoking: Health effects and control. *The New England Journal of Medicine*. 1985; 313 (8).
13. Temps sobre salud en el mundo. *Population Reports*. The Jhon Hodgkins University. Serie L, No.1 Baltimore, Maryland, USA, 1979.
14. González CA; López Abente G, Errezola M, y cols. Ocupación, Tabaco Use, Coffee and Bladd Cáncer in the country of Mataro (Spain). *Cáncer* 1985; 55; 2031-2034.
15. Slaterry MI, Schumacher Mc, West Dw, et al. Smoking and bladder cancer. The modifyc of cigarettes on others factors. *Cancer* 1988; 61; 402-408.
16. Tabaco y Sociedad. La Organización del Poder en el Ecomercado del Tabaco Dominicano. Fondo para el avance de las Ciencias Sociales, 1976. Industria Tabacalera de la República Dominicana.
17. Fleites-González G; Fleites-Batista JG. Tabaco y Tabaquismo: Historia y Connotación Socio-económica y Biológica. *Rev Cuba Hig Epidemiology* 1989; 27 (3): 261-71.
18. Pimentel RD, Félix E, Pigenal Ja y Santos H. Opiniones en relación al tabaquismo de profesionales de escuelas secundarias en Santo Domingo, República Dominicana. *Revista Médica de Costa Rica*. 1987; 54 (501): 165-167.
19. Pimentel RD, Abreu-Monegro A, Peña-Toribio PI Guillen- Huggins FM y Gómez M. Tabaquismo en los médicos de Santo Domingo: efecto sobre la función respiratoria y actitud frente al hábito de los pacientes. *Bol CENISMI* 1991; 1 (8): 59-66.
20. OPS/OMS. Tabaco en las Américas. Informe de la situación del Tabaco. 1993.
21. Harrison. Principios de Medicina Interna. 12ma. ed., México Editorial Panamericana, 1992, 1046-1050.
22. Pimentel RD, Dómez Félix N., Acosta E. y Cols. Conocimientos y actitudes sobre el tabaquismo y su prevención entre estudiantes de la salud. *Rev UNIBE Ciencia y Cultura* 1991, 3: 56-60.

23. Vincent R, *et al.* Encuesta hogareña sobre el hábito de fumar en una muestra de la población de Santo Domingo, In: Informe de la situación del Tabaco de las Américas, 1993.
24. Pimentel RD, Cruz-Tavarez P, García U, *et al.* Algunas repercusiones del tabaco sobre el niño y la producción de leche de madres fumadoras. *Arch. Dom. Ped.* 1984; 20 (2), 37-40.
25. Pimentel RD, *et al.* Admisiones hospitalarias por infecciones bronquiales y hábitos parentales de fumar. *Bol CENISMI* 1991, 1 (4): 6-7.
26. Ramírez Rivas, M, González-Jorge, AJ; Pimentel RD. Epidemiología del Tabaquismo entre Odontólogos de Santo Domingo, *Rev UNIBE Cienc y Cult* 1991; 3: 39-46.
27. Rebelakos A, Trichopoulos D, Tzonou A, *et al.* Tobacco Smoking, Coffee drinking and occupational risk factors for bladder cancer in Greece. *J Natl cancer inst* 1985, 75; 455-461.
28. Glass RM, Bluee Mood, Blackened Lungs, Depression and Smoking. *JAMA*, 1990, 264; 1853-1854.
29. E. Sukerman. Drogas de aceptación racial y embarazo: cigarrillo y embarazo. *Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela*, 1983, 43 (20): 59-61.
30. OPS. Tabaco o Salud. Situación de las Américas, Informe de la Organización Panamericana de la Salud, 1992: 536.
31. Organización Mundial de la Salud. (OMS). *Salud Mundial. Tabaco o Salud: Febrero-Marzo de 1980*: 16, 34, 35.
32. Campos Ramírez H, Pimentel RD, Soto-Quiroz M, *et al.* Tabaquismo y Síntomas respiratorios entre adolescentes colegiales de San José. *Neumos* 1992; 7: 7-26.
33. Gilber DC Paradoxical Tranquilizing and emoting reducing effects nicotine. *Psychol Bull* 1979; 86: 643-662.
34. De Asis-Nova DM, Caro-Mateo B., Dilone-Cabrera MC y cols, Estudio Comparativo sobre morbilidad psiquiátricas en estudiantes de bachillerato de Santo Domingo, Rep. Dom., 1990. *Revista Médica Dominicana*, 1991; 52: 21-23.
35. Warburton DM, Wessnes K, Shergold K, *et al.* Facilitation of learning and state dependency nicotine. *Psychopharmacology (Berlin)* 1986; 89; 55-59.
36. Muñoz-Muro JI, Emchez-Hernández B, Pimentel RD. Influencia del Tabaquismo en la aparición de leucoplasia oral. *Rev. UNIBE de Cienc y Cult* 1991; 3: 57-60.
37. Schmidt F. Smoking Damages male infertility *Andrologi*, 1986, 18: 445-454.
38. Takahashi Y, GHirat Y. Nocturnal Penile Tumescence Monitoring with stamps in impotent diabetics. *Diabetes Res Clin Pract* 1988; 4: 197-201.
39. Fletcher CM. Standardized questionnaires on respiratory symptoms. *Brit Med J* 1960: 1065.
40. Inserom. Encuesta sobre el hábito de fumar entre los estudiantes de medicina. *Bol Vict* 1985; 60 (1-2): 85.
41. González BY, Rodríguez C, Ruiz A, Pimentel RD y Félix E. Prevalencia de hábito tabáquico entre adolescentes de la educación pública de la zona urbana del municipio de La Vega, Rep. Dom., 1995. Tesis Universidad Autónoma de Santo Domingo, (UASD), 1996.
42. Pimentel RD, *et al.* Prevalencia de estudiantes fumadores y síntomas respiratorios en Puerto Plata. *Revista UNIBE de Ciencias y Cultura*, 1992; 3 (2).

Incidencia de aborto en el Hospital Rosa Duarte de Elías Piña

Neda Mousavizadegan*, Sasan Forouzandeh Shahraki*

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en el Hospital "Rosa Duarte", de Elías Piña, República Dominicana, durante los meses de febrero a julio de 1995, tomando como universo todas las pacientes que ingresaron con diagnóstico de aborto confirmado, 34 casos. El nivel de escolaridad mayormente afectado fue el primario con 16 casos, para un 67.0 por ciento. La procedencia rural resultó con mayor número de casos, 17, para un 71.0 por ciento. El estado civil unión libre correspondió, 21 casos de éstos, 8 casos. La gesta mayormente afectada fue la primípara, 19 casos (55.71).

Palabras claves: aborto, incidencia, obstetricia, ginecología.

ABSTRACT

A descriptive, retrospective study was done at the Elias Piña, Rosa Duarte Hospital, during the months of February-July 1995, taking in universe all patients were admitted for abortion (34 casos). The school level mostly affected was elementary, with 16 cases (67.0%). The rural origin resulted with the greatest number cases 17 (71.0%). To the civil status "aree unicon" corresponded (The patients moest affected were the ones with) only one pregnancy cases or (55.7%).

Key words: Abortion, incidence, obstetric, gynecology.

INTRODUCCIÓN

El aborto se define a toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea, con un peso del producto de la gestación inferior a 500 gr¹, o lo que es lo mismo, antes de que el feto haya alcanzado un estadio de viabilidad.

Se han realizado varios estudios, siendo el más reciente el comportamiento del aborto en el Hospital Dr. Alejandro Cabral de San Juan de la Maguana, donde las pacientes más jóvenes, de 15-19 años, alcanzaron la mayor incidencia de abortos (35.8%), y el aborto provocado fue de un 20.2 por ciento, aproximadamente donde más de la mitad de las pacientes con alto índice de abortos provocados (13.8%), pertenece a la zona rural².

Otros estudios realizados a nivel mundial reportan 55 millones de abortos inducidos, similar a unos 70 abortos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva, 30 abortos por cada 100 embarazadas, donde la cifra exacta de los embarazos terminados por aborto ilegal o provocado no existe, porque no se ha podido crear un método confiable de registro³.

Aproximadamente el 15 por ciento de todos los embarazos

en EUA, terminan en aborto, siendo más frecuente durante el primer trimestre⁴.

El propósito de esta investigación es determinar la frecuencia de abortos y sus posibles complicaciones en las mujeres que ingresaron al Hospital Rosa Duarte, Elías Piña, República Dominicana.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en el Hospital "Rosa Duarte" de Elías Piña, durante los meses febrero a julio de 1995, tomando como universo todas las pacientes que ingresaron con sangrado transvaginal, dolor en hipogastrio y amenorrea, evaluada tanto por clínica, como laboratorio; se excluyeron las otras patologías que pudieren cursar con el cuadro clínico similar.

Se buscó la frecuencia y los factores asociados a su aparición. Para tales fines se revisaron retrospectivamente los expedientes clínicos clasificados como abortos, en los archivos del hospital citado, durante el período de febrero a julio de 1995.

De cada expediente fueron obtenidos: procedencia, edad, escolaridad, estado socio-económico, nacionalidad, semanas de amenorrea, ocupación, estado civil, síntomas de presentación, causa

*Médicos generales, Universidad Tecnológica de Santiago (UTESA). R.D.

y tipo de aborto; a través de un cuestionario previamente elaborado y diseñado para tales fines.

Finalmente, el auxilio estadístico y las variables fueron resumidos y presentados en tablas que han sido tabuladas, por el sistema de palotes.

RESULTADOS

Durante el período que comprendió este estudio, hubo un total de 34 casos de abortos confirmados.

Las edades mayormente afectadas fueron, de 16 años, 14 casos, para un 41.2% y 29-34 años igual número de casos. En nuestro estudio el 17.6% correspondió a procedencia rural, 17 casos.

La edad gestacional mayormente afectada, fue de 7-9 semanas, 15 casos, para un 44.12 por ciento, seguida de 10-12 semanas con 8 casos, para un 23.53 por ciento (Cuadro 1)

Cuadro 1.

Distribución número de casos según semanas de amenorreas

Semanas de amenorrea	No. de casos	%
4-6	4	11.76
7-9	15	44.12
10-12	8	23.53
13-16	5	14.7
17-20	2	5.88
Total	34	100

Según la escolaridad, el nivel más afectado fue el primario con 19 casos, (para un 44.12%), seguido del intermedio con 4 casos (17.0%). El nivel ocupacional más afectado correspondió a oficios domésticos, con 22 casos, para un 92.0 por ciento.

La nacionalidad a la que correspondió el mayor número de casos fue la dominicana, con 23 casos, para un 96.0 por ciento, sólo un caso correspondió a Haití (4.0%).

El estado civil que resultó más afectado fue "unión libre", 20 casos (58.8%), seguido de las solteras con 9 casos, para un 26.57 por ciento.

La gesta mayormente afectada correspondió a las primíparas entre las edades menores de 16 y 16 años con 14 casos, y de las múltiparas entre las edades de 29 hasta 34 y primíparas entre las edades de 17 hasta 22 años con 4 casos para cada grupo de edad (Cuadro 2).

Cuadro 2. Distribución número de casos según paridad

Gesta	16 años	17-22	23-28	29-34	35-40	41:	Total
Primípara	14	4	1	0	0	0	19
Múltipara	0	2	3	4	2	0	11
Gran múltipara	0	0	1	2	1	0	4
Total	14	6	5	6	3	0	34

De los 34 casos de abortos estudiados 20 casos correspondieron al estado civil "unión libre", para un 58.8 por ciento y 9 casos para madres solteras (26.5%). (Cuadro 3).

Cuadro 3. Distribución número de caso según estado civil.

Estado civil	No. casos	%
Unión libre	20	58.8
Soltera	9	26.5
Casada	5	14.7
Total	34	100

En cuanto a lo signos y síntomas de presentación de dolor en hipogastrio y sangrado transvaginal, se presentaron en la totalidad de los casos, mareos en 6 casos, fiebre y náuseas sólo en 1 caso (Cuadro 4).

Cuadro 4. Distribución número de casos según signos y síntomas de presentación

Síntomas	No. casos	%
Dolor transvaginal	34	100
Mareo	6	17.6
Nausea	9	26.5
Fiebre	1	2.9

El mes en que mayor número de abortos se admitieron correspondió a febrero, con 8 casos, para un 23.5 por ciento, seguido del mes de abril con 5 casos.

Cuadro 5. Distribución número casos por mes

Meses	No. de casos	%
Febrero	8	23.5
Marzo	4	11.8
Abril	6	17.6
Mayo	3	8.9
Junio	8	23.5
Julio	5	14.7
Total	34	100

DISCUSIÓN

En nuestro estudio hemos encontrado que el total de abortos asistidos en el Hospital "Rosa Duarte", de Elías Piña, en los meses febrero a julio de 1995, fueron 34 casos, de los cuales 10 casos fueron espontáneos, para un 42.0 por ciento, muy por encima de la frecuencia descrita por otras investigaciones en nuestro país.

Pudimos determinar que los niveles de ingresos económicos en las familias, resultan ser la causa responsable del embarazo no deseado, lo cual concuerda con estudios realizados en otras instituciones nacionales.

REFERENCIAS

1. Bensen RC. Manual de ginecología y obstetricia. 10a. ed., México: El Manual Moderno, 1984: 258-9.
2. Martínez-Pichardo FA. Comportamiento del aborto en el Hospital Alejandro Cabral de San Juan de la Maguana. Rev Med Dom, 1991; 52(3): 11-4.
3. Montaña RP. Causas de aborto en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina. Tesis, Universidad Autónoma de Santo Domingo, 1988.
5. Jones, Jones CS. Tratado de ginecología de Novak. 10a. ed., México: Ed. Internacional, 1988: 730-3.
6. International Family Planning Perspectives. Induced abortion among unmarried women in Shanghai, China, USA: 1992; 18(2).
7. International Family Planning Perspectives. Steady rise in abortion deaths in Rio de Janeiro Hospital Over 10 years, 1990; 16(4).
8. Williams. Obstetricia. 13a. ed. México: Ed. Interamericana, 1986: 429-47.
9. Schurz RL, Duverges CA. Obstetricia. 4a. ed. s.c.: S. Ed., 1986: 153-7.

Características epidemiológicas de enfermedades anorrectales en pacientes de un consultorio privado de la ciudad de Santo Domingo

Ingrid Esther Gerdo Rosales*, Rubén Darío Pimentel**, Diógenes García**, Ramón Joa**, Erick Pimentel**

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal a través del cual estudiaron las características epidemiológicas de las enfermedades anorrectales en pacientes de un consultorio privado ubicado en la ciudad de Santo Domingo, durante el período comprendido de enero a diciembre de 1995.

De un total de 363 pacientes estudiados, 185 (51%) eran hombres; el sangrado (28.2%), el dolor (28.2%) y la tumoración (11.2%) fue la tríada signológica más importante; más de la mitad (63.0%) de los pacientes estaban casados, y un tercio soltero.

Por otra parte es importante destacar la importancia del examen digital en estos pacientes donde 34.0 por ciento fueron diagnosticados a través de este procedimiento; la anoscopia (37.4%) también jugó un papel importante en el reconocimiento de la patología anorrectal.

La hemorroides (54.2%), las fisuras (12.4%) y las fistulas (7.0%) fueron las patologías anorrectales más frecuentemente diagnosticadas, mientras que en el 51.8 por ciento de los casos se tomó una conducta terapéutica básicamente conservadora y en menos de un cuarto (21.2%) hubo necesidad de cirugía.

Por último es importante destacar la buena evolución de estos pacientes, donde no se reportó fallecimiento y donde apenas dos pacientes se complicaron.

Palabras claves: Proctología. Enfermedad anorrectal. Epidemiología.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades anorrectales han sido padecidas por el hombre desde hace miles de años, desde entonces hasta nuestros días no hemos podido prevenirlas.

Debido a esto, y a que pocos de nuestros profesionales de la salud se han interesado en investigar sobre las patologías de esta parte de la anatomía del ser humano, nace la motivación para realizar este estudio con el fin de conocer sus diferentes características epidemiológicas.

Se trata de un estudio retrospectivo que involucra todos los pacientes, que habían consultado como pacientes nuevos de ambos sexos y de todas las edades, que acudieron en demanda de atención al consultorio del Dr. Amable Ml. Gerdo Ceballo, Cirujano Proctólogo, en el período comprendido entre enero a diciembre de 1995.

Como es harto conocido las patologías anorrectales son comunes en nuestro medio frecuentemente mal tratadas y

descuidadas, particularmente las hemorroides y los tumores malignos. El conocimiento de sus diferentes características clínicas, de los medios que se utilizan para conocerla y de su evolución es de importancia relevante para contribuir a la disminución de su incidencia y mejor pronóstico.

Las razones precedentemente citadas han justificado la ejecución de esta investigación la cual contribuirá, de manera clara y objetiva, a mejorar el pronóstico de estas patologías y estimulará futuros estudios al respecto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo de corte transversal que involucra a todos los pacientes de ambos sexos y de todas las edades, que acudieron en demanda de atención al consultorio privado del Dr. Amable Ml. Gerdo Ceballo, médico cirujano proctólogo.

Este consultorio estuvo ubicado en la Avenida Independencia 161, Santo Domingo, República Dominicana.

La investigación se llevó a cabo en el período comprendido entre los meses de enero y diciembre del año 1995.

* Médico egresado de la Universidad Iberoamericana (UNIBE).

** Profesor de UNIBE.

Los criterios para incluir a los pacientes fueron los siguientes:

- 1) Cooperar voluntariamente
- 2) Todas las edades
- 3) Ambos sexos
- 4) Que asistan por primera vez a la consulta
- 5) Presentación de signos y síntomas anorrectales
- 6) Los criterios de clasificación por diagnóstico se tomaron en cuenta según las diferentes patologías anorrectales estudiadas.

La recolección de la información se realizó a través de un formulario diseñado por la sustentante y otros colaboradores, el cual contiene, además de datos personales, informaciones relacionadas con las enfermedades anorrectales, tales como: tipo de enfermedad anorrectal, manifestaciones clínicas, exámenes realizados, conducta seguida y pronóstico, entre otras.

En una primera fase (retrospectiva) los formularios fueron completados de los expedientes clínicos archivados en el consultorio previamente citado y en una segunda fase (prospectiva) fueron llenados directamente del paciente que solicitaba atención especializada. El llenado de los formularios estuvo bajo la responsabilidad directa de los investigadores.

Para el análisis de la información se utilizó el método de la frecuencia simple y para el estudio entre algunas variables susceptibles a comparación se utilizó la prueba del chi-cuadrado (X^2), considerándose de significación estadísticas una $p < 0.05$.

RESULTADOS

De los 363 pacientes afectados con enfermedades anorrectal se observó que, la mayor incidencia fue en el sexo masculino con 185 casos (51%) contra 178 (49%) para el sexo femenino.

Los pacientes afectados del sexo femenino estuvieron dentro de un rango de seis meses a 77 años, con un promedio de 33.3 años; los del sexo masculino estuvieron entre diez meses a 81 años, con un promedio de 41 años. (Cuadro I).

Cuadro I. Relación de pacientes afectados de patología anorrectal de un consultorio privado según edad y sexo. Santo Domingo, enero-diciembre, 1995.

Edad Años	Total		Sexo			
	N	(%)	Masculino		Femenino	
<1	2	(0.6)	1	(0.3)	1	(0.3)
1-9	9	(2.5)	3	(0.8)	6	(1.7)
10-19	22	(6.1)	5	(1.4)	17	(4.7)
20-29	83	(22.9)	25	(6.9)	58	(16.0)
30-39	113	(31.1)	64	(17.6)	49	(13.5)
40-49	65	(17.9)	41	(11.3)	24	(6.6)
50-59	38	(10.5)	27	(7.4)	11	(3.0)
>60	31	(8.5)	19	(5.2)	12	(3.3)
Total	363	(100.0)	185	(51.0)	178	(49.0)

Una proporción importante (37.2%) procedían del Distrito Nacional, mientras que cerca de un tercio (28.4%) del Cibao. (Cuadro II).

Cuadro II. Distribución de los pacientes con enfermedad anorrectal según procedencia. Enero-diciembre 1995.

Procedencia	Total		Sexo			
	N	(%)	Masculino N (%)	Femenino N (%)		
Distrito Nacional	135	(37.2)	81	(22.3)	54	(14.9)
Cibao	103	(28.4)	46	(12.7)	57	(15.7)
Sur	64	(17.6)	24	(6.6)	40	(11.0)
Este	48	(13.2)	26	(7.2)	22	(6.1)
Otros	13	(3.6)	8	(2.2)	5	(1.4)
Total	363	(100.0)	185	(51.0)	178	(49.0)

Las manifestaciones clínicas presentadas con mayor frecuencia (76.2%) por los pacientes con enfermedad anorrectal fueron sangrado (28.6%), dolor (28.2%), tumoración (11.2%) y protrusión (8.2%). (Cuadro III).

Cuadro III. Análisis de los síntomas y signos presentados por los pacientes con enfermedad ano-rectal del consultorio privado. Enero-diciembre, 1995.

Síntomas y signos	Total	
	N	(%)
Sangrado anorrectal	223	(28.6)
Dolor	220	(28.2)
Tumoración	87	(11.2)
Protrusión	64	(8.2)
Ardor	36	(4.6)
Supuración	36	(4.6)
Constipación	34	(4.4)
Tacto rectal doloroso	33	(4.2)
Prurito	27	(3.5)
Sensación recto ocupado	5	(0.6)
Diarrea	4	(0.5)
Secreciones	3	(0.4)
Tenesmo	3	(0.4)
Fiebre	2	(0.3)
Pérdida de peso	1	(0.1)
Anemia	1	(0.1)
Evacuación recto-vaginal	1	(0.1)
Total	780	(100.0)

Más de la mitad (63%) de los pacientes analizados estaban casados, y un tercio soltero. (Cuadro IV).

Cuadro IV. Distribución de los pacientes con patología anorrectal de un consultorio privado según estado civil. Santo Domingo, enero-diciembre, 1995.

Estado civil	Total		Masculino		Femenino	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Casado	231	(63.6)	129	(35.5)	102	(28.1)
Soltero	120	(33.1)	52	(14.3)	68	(18.7)
Viudo	7	(1.9)	2	(0.6)	5	(1.4)
Divorciado	5	(1.4)	2	(0.6)	3	(0.8)
Total	363	(100.0)	185	(51.0)	178	(49.0)

Aquí podemos observar que de los pacientes con enfermedad anorrectal 173 (40%) no presentaron antecedentes patológicos familiares. (Cuadro V).

Cuadro V. Distribución de pacientes con enfermedad anorrectal de un consultorio privado según antecedentes familiares patológicos. Enero-diciembre 1995.

Antecedentes familiares patológicos	Total		Sexo	
	N	(%)	Masculino N (%)	Femenino N (%)
Ca.*	127	(29.9)	50 (11.8)	77 (18.1)
D.M.**	97	(22.8)	39 (9.2)	58 (13.6)
H.T.A.***	8	(1.9)	6 (1.4)	2 (0.5)
Ninguno	173	(40.7)	81 (19.1)	92 (21.6)
Otros	20	(4.7)	16 (3.8)	4 (0.9)
Total	425	(100.0)	192 (45.2)	233 (54.8)

*Cáncer.

**Diabetes mellitus.

***Hipertensión arterial.

****Infarto, accidente cerebrovascular, hemorroides, embolias, etc.

De todos los pacientes analizados (363), 156 (40.4%) tenían cirugía previa y 173 (44.8%) no tenían antecedentes personales patológicos. (Cuadro VI).

Cuadro VI. Análisis de pacientes estudiados según antecedentes personales patológicos del consultorio privado. Santo Domingo, enero-diciembre 1995.

Antecedentes personales patológicos	Total		Sexo	
	N	(%)	Masculino N (%)	Femenino N (%)
Cirugía	156	(40.4)	99 (25.6)	57 (14.8)
Hipertensión arterial	10	(2.6)	2 (0.5)	8 (2.1)
Diabetes mellitus	2	(0.5)	1 (0.3)	1 (0.3)
Otros*	45	(11.7)	20 (5.2)	25 (6.5)
Ninguno	173	(44.8)	78 (20.2)	95 (24.6)
Total	386	(100.0)	200 (51.8)	186 (48.2)

*Hepatitis, úlcera péptica y duodenal, paludismo, entre otras.

La tríada de los hábitos tóxicos representada por tabaco (6.6%), alcohol (6.6%) y café (4.6%) fue la más frecuentemente reportada. (Cuadro VII).

Cuadro VII. Análisis de pacientes con enfermedad anorrectal, atendidos en el consultorio privado según hábitos tóxicos. Santo Domingo, enero-diciembre, 1995.

Hábitos tóxicos	Total	
	N	(%)
Alcohol	24	(6.6)
Tabaco	24	(6.6)
Café	17	(4.7)
Otros*	1	(0.3)
Ninguno	297	(81.8)
Total	363	(100.0)

Más de la mitad de las patologías anorrectales fueron diagnosticadas mediante el examen digital (34%) y la anoscopia (37.4%). En cuatro pacientes (1.8%) el diagnóstico se realizó por la historia clínica. (Cuadro VIII).

Cuadro VIII. Distribución de los pacientes con enfermedad anorrectal del consultorio privado, que presentaron exámenes positivos. Enero-diciembre 1995.

Examen físico positivo	Total		Sexo	
	N	(%)	Masculino N (%)	Femenino N (%)
Anoscopia	297	(37.4)	152 (19.1)	145 (18.2)
Examen digital	270	(34.0)	139 (17.5)	131 (16.5)
Examen externo	183	(23.0)	89 (11.2)	94 (11.8)
Palpación	34	(4.3)	22 (2.8)	12 (1.5)
Rectosigmoidoscopia	7	(0.9)	4 (0.5)	3 (0.4)
Ninguno	4	(0.5)	2 (0.3)	2 (0.3)
Total	795	(100.0)	408 (51.3)	387 (48.7)

De las patologías encontradas en los pacientes con enfermedades anorrectal, las hemorroides fueron las más frecuentes con 201 casos (54%), seguidas por fisuras (12.4%) y fístulas (7.0%). (Cuadro IX).

Cuadro IX. Distribución de patologías anorrectales según sexo, de pacientes que acudieron al consultorio privado. Santo Domingo, enero-diciembre 1995.

Patologías	Total		Sexo	
	N	(%)	Masculino N (%)	Femenino N (%)
Hemorroides	201	(54.2)	109 (29.4)	92 (24.8)
Fisuras	46	(12.4)	15 (4.0)	31 (8.4)
Fístulas	26	(7.0)	16 (4.3)	10 (2.7)
Proctitis	21	(5.7)	12 (3.2)	9 (2.4)
Abscesos	13	(3.5)	9 (2.4)	4 (1.1)
Micosis	11	(3.0)	5 (1.3)	6 (1.6)
Pólipos	7	(1.9)	4 (1.1)	3 (0.8)
Hipertrofia papila	7	(1.9)	5 (1.3)	2 (0.5)
Coccigodinia	6	(1.6)	-	6 (1.6)
Proctalga fugaz	5	(1.3)	4 (1.1)	1 (0.3)
Condiloma acuminado	5	(1.3)	1 (0.3)	4 (1.1)
Enfermedad pilonidal	4	(1.1)	1 (0.3)	3 (0.8)
Neoplasias	3	(0.8)	2 (0.5)	1 (0.3)
Prolapso	3	(0.8)	1 (0.3)	2 (0.5)
Procidencia	3	(0.8)	1 (0.3)	2 (0.5)
Criptitis	3	(0.8)	2 (0.5)	1 (0.3)
Cuerpo extraño	2	(0.5)	2 (0.5)	-
Impacto fecal	2	(0.5)	-	2 (0.5)
Hidradenitis supurativa	2	(0.5)	2 (0.5)	-
Incontinencia	1	(0.3)	-	1 (0.3)
Total	371	(100.0)	191 (51.5)	180 (48.5)

La conducta terapéutica fue básicamente conservadora

(51.8%) y quirúrgica (21.2%). (Cuadro X).

Cuadro X. Análisis de pacientes con enfermedad anorrectal de un consultorio privado según conducta terapéutica tomada. Santo Domingo, enero-diciembre, 1995.-

Conducta	Total	
	N	(%)
Conservadora	188	(51.8)
Quirúrgica	77	(21.2)
Otra*	46	(12.7)
Ninguna	52	(14.3)
Total	363	(100.0)

*Ligadura, escisión y drenaje, extracción, excéresis, biopsia.

La evolución de los pacientes con enfermedad anorrectal fue buena, ya que sólo dos pacientes se complicaron (2.6%). (Cuadro XI).

Cuadro XI. Evolución de pacientes con enfermedades anorrectal que acudieron al consultorio privado. Santo Domingo, enero-diciembre, 1995.

Evolución	Total	
	N	(%)
Buena	361	(99.4)
Mala	2	(0.6)
Total	363	(100.0)

DISCUSIÓN

El presente estudio nos ha permitido conocer las características epidemiológicas de las enfermedades anorrectales en la ciudad de Santo Domingo. Los hallazgos del mismo deben acogerse con ciertas reservas debido a que fueron obtenidos de un consultorio privado especializado en el área de proctología.

Comprende un período de doce meses donde se atendieron un total de 363 pacientes con enfermedad anorrectal.

El comportamiento de la población que acudió en demanda de atención al consultorio privado, según su distribución por sexo, antecedentes patológicos personales y hábitos tóxicos no tuvieron una incidencia determinante en dichas patologías.

Es importante destacar el alto porcentaje de pacientes del interior del país que buscan consultas especializadas en el Distrito Nacional en caso de proctología, esto pone en evidencia la falta de recursos humanos especializados en el área médica en el interior del país.

La patología proctológica puede ser diagnosticada en casi un 100 por ciento con el examen físico, anoscopia y rectosigmoidoscopia en una primera visita, pues con estos elementos podemos determinar la patología que aqueja al paciente. Pero a pesar de esto los pacientes son medicados por médicos no especializados en el área con cremas antihemorroidales muchas veces por desconocimiento y otras por un examen físico inadecuado.

Como pudimos observar en nuestro estudio, con un examen

físico y anoscopia tenemos el 98,7 por ciento de los diagnósticos, es decir que aún sin una preparación previa del recto podemos hacer diagnósticos en casi un 100 por ciento de los casos.

La patología más frecuente fue hemorroides, representando un 53.3 por ciento de todos los pacientes sin observar diferencias significativas en el sexo. De estos, el 66.2 por ciento correspondieron a hemorroides grado III, IV y trombosadas, lo que indica que la mayoría de las personas afectadas buscan ayuda especializada cuando el problema está muy avanzado.

Las fisuras correspondieron al 12.2 por ciento seguida, en un tercer lugar, por las fístulas con 6.9 por ciento; abscesos, 3.4; pólipos, 1.9; y neoplasias, 0.8 por ciento.

Como desarrollamos en la parte teórica, pudimos observar que en la patología hemorroidaria, si el paciente asiste en los primeros estadios de la enfermedad puede el paciente beneficiarse de procedimientos ambulatorios como la ligadura elástica, rayos infrarrojos, esclerosis, con resultados aceptables que evitarían una hemorroidectomía arreglada, pero vemos que un 41.8 por ciento de estos pacientes necesitaban intervención quirúrgica, lo cual nos indica que los pacientes asisten después de experimentar tratamientos médicos o caseros sin la asesoría médica especializada sin mejoría aprende. Tenemos que resaltar además la posibilidad de que estemos frente a una neoplasia del recto que se presenta inicialmente, con sangrado y el paciente perdería la oportunidad de una resección curativa en el caso de no haber sido atendido a tiempo.

Es importante destacar el bajo índice de complicaciones postquirúrgicas (2.6%), lo que demuestra que con una técnica depurada los resultados a corto y mediano plazo son excelentes.

Las fisuras anales que ocupan un segundo lugar en nuestro estudio, están cada día en ascenso en la población, debido a malos hábitos alimenticios que llevan como consecuencia a constipación marcada, el paciente acude rápidamente al médico pues el síntoma cardinal en dicha patología es el dolor, el cual es un dolor exquisito y de gran proporción. Es una de las patologías proctológicas peor manejada por médicos no proctólogos, pues la presencia de un complejo fisurario (pliegue cutáneo, lecho fisurario y hemorroide centinela) confunde con patología hemorroidaria.

En nuestro estudio obtuvimos un porcentaje bajo de esfínterostomías en estos pacientes y esto se debe al bajo índice de fisuras crónicas que se relaciona de manera directa con los procedimientos quirúrgicos realizados.

Con respecto a las fisuras y abscesos perineales nos vamos a permitir colocarlos en un mismo renglón, pues el origen de las fístulas es "criptico", es decir que un elevado porcentaje de los pacientes con absceso vamos a encontrar la cripta como causante del absceso, esto fue corroborado con nuestros hallazgos pues de 13 abscesos, nueve se les efectuó fistulotomía además del drenaje, con esto evitamos un segundo procedimiento en el alto porcentaje de los casos.

Es importante observar también el elevado índice de fístula recidivada (23%), esto se debe a que este procedimiento es

minimizado por los cirujanos generales sin tener en cuenta el elevado índice de recidiva, la complejidad del procedimiento y las complicaciones invalidantes como la incontinencia en procedimientos inadecuados.

La hipertrofia de papila es preocupante para el paciente pues piensa que se trata de un tumor, ya que la papila hipertrófica hace prosidencia en cada evacuación incluso es confundido con un pólipo, aconsejamos efectuar excéresis completa y no excisión para evitar la recidiva.

En los casos de coccigodinia y proctalgia fugaz, los resultados que obtuvimos fueron buenos, aunque el seguimiento a largo plazo no lo tenemos que es vital en estos pacientes.

En los pólipos rectales es de vital importancia la excéresis de los mismos pues los pólipos adenomatosos son precursores de adenocarcinomas, en todos los casos efectuamos excéresis y biopsia del pólipo, todos fueron adenomatosos, de aquí la importancia de un examen proctológico en los pacientes con sangrado y no asumir que es una simple hemorroide, estos pacientes, de no haberseles efectuado la polipectomía hubiesen sido fuertes candidatos a una neoplasia maligna del recto.

Las neoplasias que tuvimos fueron tres, dos cáncer de recto (adenocarcinoma) y un epidermoide de ano. Estos pacientes debido a la cercanía del tumor al margen anal, se les practicó una resección abdominoperineal. Como podemos observar el paciente más joven contaba con 59 años, el por ciento de dicha patología fue bajo por la cantidad de pacientes por debajo de 50 años en nuestra casuística; entendemos que el bajo índice de neoplasias malignas se debió al porcentaje bajo de pacientes por encima de los 60 años donde encontramos la mayor incidencia de neoplasias rectales.

Los casos de prolapso rectal fueron tres, pero sólo se operó un paciente de 40 años de edad del sexo masculino a quien se le realizó una rectopexia; es de importancia recalcar que no se presentaron complicaciones postquirúrgicas pues estos pacientes pueden presentar impotencia, impactación y recidiva elevada.

La enfermedad pilonidal es una patología con índice de recidiva muy elevado, en nuestro estudio tenemos un total de cuatro casos, siendo un caso recidivante, desafortunadamente el número de casos intervenidos quirúrgicamente (dos) no nos permite hacer una evaluación de la técnica quirúrgica realizada (marzupialización de Buie), aunque dichos pacientes intervenidos no presentaron complicaciones.

Por último, entendemos que el número de casos de criptitis, impactación fecal, hidradenitis, cuerpo extraño, no nos permite hacer una adquisición de la patología y comparar resultados con otros estudios.

RECOMENDACIONES

- A) Es importante una alimentación rica en fibras y adecuada ingesta de líquidos para disminuir la incidencia de patología anorrectal.
- B) Es de vital importancia visitar al proctólogo cuando

presentemos manifestaciones anorrectales, ya que de esta forma se conocerá precózmmente el diagnóstico y así se tendrá oportunidad de instaurar un tratamiento oportuno.

- C) Todo paciente con patología anorrectal debe ser tributario de tacto rectal y anoscopia, aún estando o no preparado para tales fines, lo que asegurará en la mayoría de los casos el diagnóstico, por lo tanto, el seguimiento del paciente.
- D) Es importante que las patologías del anorrecto sean manejadas por médicos especializados en el área (proctólogos) para obtener resultados adecuados con técnicas quirúrgicas depuradas y de esta forma se disminuirían las complicaciones.

REFERENCIAS

- Segatore L, Poli G. Diccionario médico, tercera edición, Barcelona: Editorial Teide, 1963.
- Lentini J, Taure C, Leveroni J. Temas de coloproctología, Habana: Edición Revolucionaria, 1984.
- Goldberg SM, Gordon PH, Nivatvongs S, Finch ME. Fundamentos de cirugía anorrectal, 1ra. edición, México: Editorial Limusa, 1986.
- Turney LM., MC. Phee S, Papadakim MA. Current. Medical diagnosis and treatment, 33er., California: Appletton and Lange, 1994.
- Sabiston DC. Text book of surgery. The biological basis of modern surgical practice. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1991.
- Goligher JC, Duthie HL, Nixon HH. Surgery of the anus, rectum and colon, fourth edición, New York: Macmillan, 1980.
- Berkow R, Fletcher AJ. The Merck Manual, sixteenth edition, New Jersey: Editorial Board, 1992.
- Fazio VW. Current therapy in color and rectal sur gery, Philadelphia: BC Decker, 1990.
- Sleisenger, Fordtran, Gastrointestinal disease. Pathophysiology, diagnosis and management. Fifth edition, Philadelphia: Saunders, 1993.
- Celik AF, Katsinelos P, Read NW, Khan MI, Donnelly TC. Hereditary proctalgia fugax and constipation: report of a second family. *Gut* 1995; 34(4): 581-4.
- Corman, M. L. Colon and rectal sur gery, second edition, Philadelphia: Lippincott Company, 1989.
- Seidel HM, Ball JW, Dains JE, Benedict WG. Mosby's Guide to Physical Examination, second edición, Missouri, 1991.
- Llanio Navarro R, Castro Falcón JL, Pérez Brioso A, González Carbajal Pascual M, Espinosa Ramos O, Rizo Casañola Y. Gastroenterología. Principios básicos y pruebas diagnósticas, La Habana: Editorial Pueblo y educación, 1991.
- Janssen LW. Consensus hemorrhoids (Dutch Society for Sur gery). *Ned-Tijdschr-Geneeskd*, 1994 Oct 15; 138 (42): 2106-9.
- Otto P, Otto JU. Hemorrhoidal diseases. *Schweiz-Rundsch-Med-Prax*. 1994; Nov.1; 83(44): 1225-8.
- Hill JR, Bacon HE. Alcohol ingestion-induced changes in the human rectal mucosa: light and electron microscopic studies. *Diseases of the colon and rectum* 1978; 21(5): 329-335.
- Gray DS. The clinical uses of dietary fiber. *Am-Fam- Physician* 1995; Feb 1; 51(2): 419-26.
- Hodges RM. Pilonidal sinus. *Boston Med Surg J* 1880; 103: 485-6.
- Hill JR, Beart RW. Chronic Pilonidal Disease: An Assessment of 150 cases. *Diseases of the colon and rectum* 1990; 33(9): 758-763.
- Abcarian H, Sharon N. The efectiveness of immunotherapy in the treatment of anal condyloma acuminatum. *J Surg Res*; 1971; 22: 231
- Swerdlow D.B, Salvati EP. Condyloma acuminatum. *Dis. Colon and rectum* 1971; 14: 226.
- Robbins S., Cotranr, Kumar V. Patología estructural y funcional, México: Interamerica, 1987.
- Acuña Calvo J. Pólipos precancerosos del colon y recto *Rev Costarric Cienc Med* 1986; 7(1): 75-9.
- Eu KW, Teoh TA, Seow Choen F, Goh HS. Anal stricture following haemorrhoidectomy: early diagnosis and treatment. *Aust- N-Z-J-Surg* 1995; 65 (2): 101-3.

Hábito de fumar en estudiantes de la Universidad Autónoma de Santo Domingo

Dra. Mildred Peña Feliz*, Dra. Marisol de los Santos*, Dr. Francisco E. Vizcaino*, Dr. José M. Matos

RESUMEN

Se realizó un estudio transversal de tipo descriptivo, con el objetivo de determinar el hábito de fumar en los estudiantes de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). El primer semestre del año 1993, la Universidad Autónoma de Santo Domingo tuvo matrícula de 25,918 estudiantes; los que constituyeron la población de este estudio.

E. 11.7 por ciento de los encuestados presentaron hábitos de fumar.

El 67.5 por ciento de los fumadores correspondió a jóvenes de menos de 30 años de edad.

El 49.5 por ciento de los estudiantes fumadores correspondió al sexo femenino.

De los estudiantes entrevistados el 58.3 por ciento fuman de 6 - 10 cigarrillos por día.

El orden de frecuencia del hábito de fumar entre los estudiantes, según el lugar de estudio fue:

- Colegio Universitario (36%)
- Facultad de Ingeniería y Arquitectura (27%)

El 61.5 por ciento de los estudiantes fumadores desean dejar este hábito.

Llama la atención que en ambos sexos no le gusta que su pareja fume.

El 53.8 por ciento de los estudiantes aprendieron a fumar por motivación directa de los amigos.

Palabras claves: hábito de fumar, estudiantes universitarios, cigarrillos y cigarros, jóvenes estudiantes, nicotina.

INTRODUCCIÓN

Con la evolución experimentada en el nivel de vida de los pueblos, cambian los gustos y las apetencias por todos los bienes de consumo. El tabaco no podía escapar a esta evolución y desde su introducción en Europa en el 510, el hábito de fumar se fue incrementando y extendiendo en todo el mundo. En el proceso evolutivo actual la nueva tenencia del fumador es la de exigir un tabaco con baja proporción de nicotina y de sabor menos fuerte. Por las razones indicadas, en la mayoría de los países tabaqueros están obteniendo variedades y aplicando métodos de cultivos a la planta de tabaco y técnicas de fermentación y de curado que permitan producir hojas con menores contenidos nicotínicos.

La nicotina de fórmula química $C_{10}H_{14}N_2$ es un alcaloide propio del tabaco, el cual, desde hace mucho tiempo los fabricantes de cigarrillos vienen dándole mucha importancia como elemento básico de la calidad.

Este alcaloide influye en la fortaleza del tabaco, es decir, en la mayor o menor intensidad del placer que siente el fumador. De ahí su gran importancia como factor de la calidad.

Durante los últimos años un cúmulo de pruebas ha venido a demostrar lo que se sospechaba por mucho tiempo.

El hábito de fumar representa una amenaza directa para la salud. En realidad, el tabaquismo es actualmente uno de los mayores y más persistentes problemas de la salud en el mundo.

Las enfermedades asociadas con el hábito de fumar: padecimientos cardiovasculares y broncopulmonares crónicos y los tumores malignos, en especial el cáncer de pulmón, constituyen las causas principales de defunción en los adultos, no sólo en los países desarrollados, sino también en muchos de los que están en vía de desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el consumo de tabaco se ha transformado en una epidemia responsable de 3 millones de muertos cada año, de igual modo este organismo calcula que el consumo de cigarrillo mata a una persona cada 13 segundos y que además es responsable de:

- 9 de 10 casos de cáncer del pulmón
- 1 de cada 4 casos de enfermedades cardíacas
- 8 de cada 10 casos de bronquitis crónica

El fumar también es responsable de:

- Aparición del cáncer de la boca
- Retardo del crecimiento uterino
- Bajo peso al nacer
- Enfermedades cerebro-vascular periférica
- Trastornos gastrointestinales
- Enfermedades de Bueger, etc.

*Médicos Generales

También se ha demostrado que la nicotina aumenta la concentración sérica de glucosa cortical, ácidos grasos libres y hormonas diuréticas y aumenta la agregación de plaquetas. La nicotina se absorbe con facilidad por la mucosa bucal y gastrointestinal, aproximadamente 50 y la cantidad contenida en dos cigarrillos.

Las dosis pequeñas de nicotina producen náuseas, vómitos, diarrea, cefalea, mareo y estimulación nerviosa (taquicardia, hiperpnea, taquipnea, sudoración y sialorrea).

En dosis mayores también causan mayores irritabilidad cortical, que progresa hasta convulsiones y arritmias cardíacas.

Pretendemos que nuestra investigación contribuya a dar enfoque a la problemática del hábito de fumar a la juventud ya que ésta representa una amenaza directa para la salud, el cual debe resolverse mediante medicina preventiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal de tipo descriptivo, con el objetivo de determinar el hábito de fumar en los estudiantes de la UASD.

En el primer semestre del año 1993, la UASD tuvo una matrícula de 25,918 estudiantes, los que constituyeron la población de este estudio.

Se elaboró un cuestionario de preguntas cerradas y de tipo selección múltiple. Este cuestionario estuvo precodificado para la aplicación del método computarizado. También fue utilizado el método bibliográfico, así como entrevistas con especialistas en el área de la salud mental y las vías respiratorias.

Se realizó una distribución de los 3 elementos de la muestra, atendiendo al peso porcentual de estudiantes en las unidades académicas.

Los resultados obtenidos se presentaron en forma de tablas y gráficos con el objetivo de simplificar su comprensión y análisis.

En cada facultad los estudiantes se seleccionaron aleatoriamente en la puerta de entrada de cada facultad.

De la aplicación de una prueba en la sede de la UASD, en las diferentes unidades académicas se pudo obtener que de los 30 estudiantes encuestados 11 respondieron que fuman y 19 que no fuman; es decir, que el 0.37 por ciento fuma y el 0.63 por ciento no fuma. Con esta información se pudo obtener una medida de variabilidad, que se determina varianza, en ese caso proporcional, de manera que el valor de PQ se produjo cuando se multiplica 0.37×0.63 , cuyo resultado es 0.2331.

Las informaciones disponibles sugieren el empleo de la fórmula:

$$N = (K^2 N P Q Q) / 2$$

Para aplicar los valores de la fórmula se deben determinar: K

que es el coeficiente del intervalo confianza y E que es el error máximo admitido.

Para una confianza de un 92% $K=1.75$ y $E=0.08$.

$$N = (K^2 N P Q Q) / 2 = ((1.75)^2 \times (25918) \times (0.2331)) / 2 = 18502.05$$

$$K P Q Q + N E = (1.750 \times (0.2331) + (25918) \times (0.08)) = 0.71$$

$N=111$ tamaño de muestra adecuado con un nivel de confianza de un 92 por ciento para estimar el hábito de fumar en los estudiantes de la UASD.

A fin de profundizar en el análisis se hicieron los siguientes cruces de variables.

Hábito de fumar

- Sexo
- Trabajo
- Ingreso familiar mensual
- Facultad

El plan de análisis estuvo basado en el método estadístico principalmente en la distribución de frecuencia absoluta relativa en las pruebas de significación.

RESULTADOS

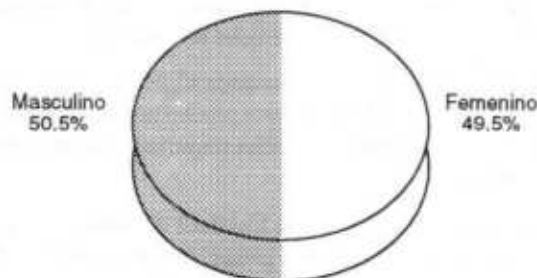
Las encuestas realizadas a una muestra representativa de 111 estudiantes distribuidos en todas las facultades y el colegio universitario encontrándose que (11.7%) presentaban hábito de fumar.

De los estudiantes fumadores el (50.5%) correspondió al sexo masculino, mientras el (49.5%) correspondió al sexo femenino. (Vea Cuadro 1 y figura 1).

Cuadro 1. Hábito de fumar en estudiantes/sexo

SEXO	F	%
Femenino	55	49.5
Masculino	56	50.5
TOTAL	111	100

Figura 1. Hábito de fumar en estudiantes / sexo

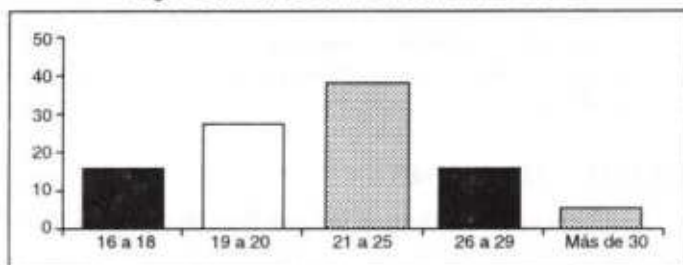


Las edades más frecuentes entre los jóvenes fumadores oscila entre 19 y 29 años de edad; siendo un (39.6%) para jóvenes de 21-25 años y (27.9%) para jóvenes de 10-20 años. (Vea Cuadro 2 y figura 2).

Cuadro II. Hábito de fumar en estudiantes/edad

EDAD (AÑOS)	F	%
16 a 18	15	13.5
19 a 20	31	27.9
21 a 25	44	39.6
26 a 29	16	14.4
Mas de 30	5	4.5
TOTAL	111	100

Figura 2. Hábito de fumar en estudiantes / edad



Los de sexo masculino comenzaron a fumar en edades más temprano que las de sexo femenino (15-16 años); las cuales se iniciaron a los 17 años.

La mayoría del sexo masculino admitió fumar entre 6-10 cigarrillos por día (58.3%), mientras que las mujeres dijeron fumar entre 5 o menos (33.3%). (Ver cuadro 3).

Cuadro III.

Hábito de fumar en estudiantes / cuántos cigarrillos al día?

CUANTOS CIGARRILLOS AL DIA?	F	%
Menos de 5	4	33.3
De 6 a 10	7	58.3
De 11 a 20	1	8.3
TOTAL	12	100

El 61.5 por ciento de los fumadores encontrados desean dejar ese hábito y consideran que el fumar le es perjudicial a su salud.

Más de la mitad de los casos aprendieron a fumar con los amigos (53.8%), mientras una cuarta parte dijo que lo hizo por cuenta propia (23.1%). Ver (Cuadro 4 y figura 3).

Cuadro IV. Hábito de fumar en estudiantes / motivación principal para iniciar el hábito

MOTIVACION	F	%
INICIAL		
LO APRENDI DE MI MADRE	2	15.4
LO APRENDI CON LOS AMIGOS	7	53.8
POR CUENTA PROPIA	3	23.1
OTROS	1	7.7
TOTAL	13	100

Figura 3. Motivación principal iniciar hábito



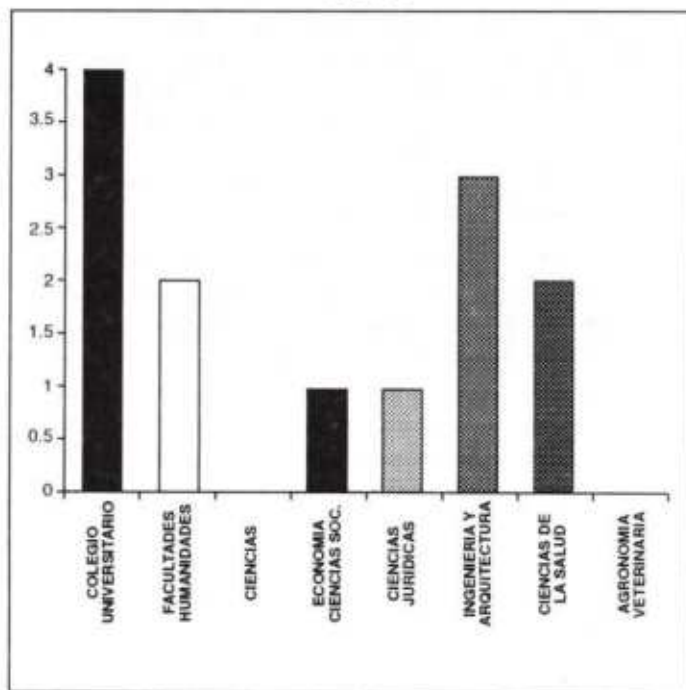
En relación a las facultades y colegio universitario, fue precisamente éste, donde existe el mayor número de fumadores (4) seguido por la facultad de Ingeniería y Arquitectura (3); facultad de Humanidades y Ciencias de la Salud (2). Ver cuadro 5 y figura 4.

Cuadro V.

Hábito de fumar en estudiantes / facultades / Frecuencia

MOTIVACION	SI	NO	TOTAL
INICIAL			
COLEGIO UNIVERSITARIO	4	36	40
FACULTAD DE HUMANIDADES	2	17	19
CIENCIAS	0	6	6
ECONOMIA CIENCIAS SOC.	1	11	12
CIENCIAS JURÍDICAS	1	6	7
INGENIERÍA Y ARQUITECTURA	3	10	13
CIENCIAS DE LA SALUD	2	11	13
AGRONOMÍA Y VETERINARIA	0	1	1
TOTAL	13	98	111

Figura 4.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Con el objetivo de determinar las características del hábito de fumar en estudiantes de la UASD, se aplicó una encuesta a una muestra representativa de 111 estudiantes distribuidos en todas las facultades y el ecotejio universitario encontrándose que 13 estudiantes (11.7%) tienen hábito de fumar.

En general, el perfil del estudiante encuestado correspondió a un(a) joven entre 19 y 25 años, católico de procedencia urbana y soltero. Además, dedicado sólo al estudio y perteneciente a familia de ingresos económicos bajos.

De los 13 estudiantes fumadores, 10 correspondieron al sexo femenino, lo cual confirma lo anterior cada vez más creciente del hábito de fumar en las mujeres.

Los del sexo masculino comenzaron a fumar en edades más temprana (15-16 años) que hembras, las cuales se iniciaron a los 17 años.

En ambos sexos el hábito de fumar cigarrillos es diario, aunque en promedio la mayoría del sexo masculino admitió fumar entre 6-10 cigarrillos, mientras que las mujeres dijeron fumar 5 ó menos cigarrillos al día. Es importante destacar que la mayoría admitió que tenía fumando entre 6-10 años.

Llama la atención que el 61.5 por ciento de los fumadores desea dejar este hábito e incluso consideran que el fumar le es o les será perjudicial a su salud. En ambos sexos no le gusta que su pareja fume.

Más de la mitad de los casos aprendieron a fumar con los amigos, mientras que una cuarta parte dijo que lo hizo por cuenta propia. La inmensa mayoría comenzó a fumar entre los 16-20 años.

Los datos de grandes estudios prospectivos de poblaciones en diversos países muestran que los hombres fumadores de cigarrillos tienen mortalidad de 70 por ciento más alta que los no fumadores. Este exceso se observa en todos los grupos arriba de los 35 años, es proporcionalmente mayor en el grupo de 45-54 años. En un estudio de medios británicos, se demostró que el 40 por ciento de hombres de 35 años que fumaban más de 25 cigarrillos diarios morían antes de los 35 años de edad, en comparación con el 15 por ciento de no fumadores en la misma categoría.

El aumento de mortalidad de mujeres que fuman ha sido algo menor que el de los hombres, aunque las tendencias recientes sugieren que ésta ha aumentado. Se ha estimado que en E.U.A. fumar es causa de 350,000 muertes prematuras.

El principal contribuyente a la mortalidad excesiva relacionada con fumar es la enfermedad coronaria cardíaca (CHD).

En E.U.A. los fumadores tienen más incapacidades por enfermedades crónicas y 45 por ciento más días de ausencias que los no fumadores.

Existe una estrecha relación de dosis respuesta entre exposición al tabaco y mortalidad excesiva, medida por edad del comenzando a fumar, consumo de cigarrillos e inhalación del humo. Dejar de fumar coincide con una disminución de la excesiva mortalidad.

Estas observaciones, junto con estudios clínicos experimentales y patológicos indican que fumar causa, perse, la mortalidad excesiva.

RECOMENDACIONES

La Facultad de Ciencias de la Salud debe asumir la iniciativa para organizar un plan con dos orientaciones principales:

- a) Lograr que los estudiantes que no fumen, mantengan esta actitud.
- b) Brindar a los estudiantes fumadores el apoyo clínico-psicológico necesario para que puedan dejar el hábito.

Una vez haya avanzado en este objetivo, deberá establecerse un objetivo mayor: declarar a la UASD zona libre de humo de tabaco.

De igual modo, la Facultad de Psicología de la Facultad de Humanidades, deberán elaborar un programa contra el hábito de fumar especialmente diseñado para los estudiantes de liceos secundarios..

REFERENCIAS

1. Gayton Artur C. Fisiología Médica Madrid, impreso en Rojas. Leon 44.
2. García Bautista Arides. Investigación Tabacalera. Boletín Anual del Instituto del Tabaco, Rep. Dom. 15 de junio 1984.
3. Harrison, Tinsley R. Medicina Interna, México, Interamerica McGraw Hill 1989. Séptima Edición español.
4. Listín Diario. Juventud del tabaco. Revista de salud. Rep. Dom. Abril 1993.
5. Oficina Panamericana Sanitaria. Tabaco o Salud, abril 1980. Reporte día internacional de la salud.
6. Robbins Stanley L. Patología estructural y funcional. Madrid McGraw Hill Interamericana de España 1990. 4ta. edición, vol. II.
7. Spencer, Fernando. Gran Enciclopedia del Mundo, Madrid 1989. Tomo #17.
8. Sosa, José Rafael. Tabaco y Juventud, Revista No. 0 y 1.
9. Sosa, José Rafael. Medalla Mundial. Lucha contra el tabaco. OMS, 1992.
10. Williams J Whitridge. Obstetricia 14a edición.

ARTICULOS INVITADOS

La televisión, la violencia y los niños

Ignazio Barbucia*

RESUMEN

No cabe duda: siempre ha habido violencia. Pero, ¿no se está recrudeciendo en la actualidad? ¿Puede haber en los niños, de manera especial, una relación entre su violencia y la influencia de los medios de comunicación? Nuestros hijos siendo arrastrados por la creciente ola de violencia que invade los medios de comunicación. ¿Van a acabar sepultados y ahogados por esta imparable ola?

LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y LA SOCIEDAD:

Los niños construyen a menudo entre una cuarta y una tercera parte del público que acude a las salas de cine. Aunque todavía no se dispone de estudios fiables, es evidente que el cine en casa, el video, se está convirtiendo en una de las actividades extraescolares más importante para un buen porcentaje de la población infantil.

A pesar de estos incuestionables hechos, sólo una pequeña parte de las películas que se producen están destinadas al público menor de edad. Por ejemplo, en Suecia, únicamente una de cada veinte películas se puede considerar apropiada para los niños.

En los países occidentales los mayores "consumidores" de cine tienen entre diez y quince años, y muchos de ellos practican, con notable éxito por cierto, el divertido y poco arriesgado "deporte" de conseguir entrar en las salas "rigurosamente" reservadas a los mayores de edad.

Más de la mitad de los niños de tres años "leen" regularmente tebeos o "comics", o hacen que se los lean los mayores. Un gran número de niños comprendido entre los once y los trece años lee regularmente historietas ilustradas de terror o de ciencia ficción. Y también la leen sus hermanos de ocho años.

Desde los tres años, los pequeños se interesan activamente por los programas de televisión. Este interés se va acrecentando paulatinamente hasta la edad de doce años, cuando dedican un

promedio de dos horas diarias a ver televisión. Alrededor del 75 por ciento de los niños de tres a seis años han visto al menos una serie de televisión de aventuras de oeste.

Los niños en edad escolar tienen como programas de televisión preferidos las películas de largo metraje, los "westerns" y los telefilmes de aventuras y espionajes.

Por la fascinación que ejerce sobre el oído, la vista y la mente, la televisión es el medio de comunicación de masas que causa un mayor impacto sobre las actitudes, y en consecuencia sobre el comportamiento del público.

DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA:

Evidentemente la violencia está presente en la vida real. Es un hecho que no podemos soslayar. Se encuentra a nuestro lado; muchas veces en casa del vecino. Cada día hay seres humanos que son asesinados, torturados o maltratados. No podemos actuar delante de nuestros hijos como si la violencia no existiera; pues, en cualquier caso, ellos siempre acaban descubriendo que la violencia existe realmente. Esto no significa, sin embargo, que tengamos que poner delante de sus ojos las crudas imágenes de violencia, dejándolos solos frente a ellas, para que sin ninguna explicación saquen sus propias conclusiones.

Ahora bien, si efectivamente todos tenemos que enfrentarnos a la violencia que nos rodea de un modo real, ¿por qué evitar entonces las sensaciones que emana de la pequeña pantalla?

La búsqueda de la violencia como diversión ha sido

emprendida de manera especial en los Estados Unidos de Norteamérica. La cuestión que divide a los investigadores es la de saber si la violencia como diversión o distracción provoca; o, por el contrario, disminuye la agresividad. Una escuela de psicología afirma que los individuos se vuelven menos agresivos después de haber visto, oído o leído relatos de violencia en los medios de comunicación (teoría de la catarsis). La escuela opuesta sostiene, en cambio, que los individuos se vuelven más agresivos después de tales relatos de violencia (teoría de la agresividad, de la estimulación o de la excitación). Actualmente, la mayor parte de los científicos - psicólogos, sociólogos, criminólogos, educadores- aceptan como válida la segunda teoría.

La violencia puede ser presentada como "justa" y "buena", también puede serlo como "injusta" y "mala". Todo depende de motivaciones que lleven a cometer acto de violencia. La violencia, ¿ha sido practicada por las "buenos" o por los "malos"? Dicho de otro modo: ¿Qué se pretende? ¿que la violencia sea aprobada o rechazada por los espectadores o lectores? Un investigador se dedicó a contar el número de muertes producidas por lo "buenos" y los "malos", en la películas autorizadas para su exhibición durante un período determinado, y pudo constatar que los "buenos" habían matado a más personas que sus "malvados" adversarios.

Es necesario preguntar qué criterio se aplican para definir el "bien" y el "mal" ¿Quién es el "bueno" y el "malo"? ¿Es el indio o el vaquero?

LOS NIÑOS DESFAVORECIDOS: BLANCO PRINCIPAL

Se puede dividir al público en tres categorías, según el nivel de madurez real de los individuos:

- En primer lugar tenemos a los adultos "estabilizados", es decir los que mental, psíquica y socialmente son adultos, no importa cuál sea su grado de cultura.
- Después tenemos a los niños.
- Entre estos dos grupos existe otro intermedio, que no está estabilizado y que comprende a los niños mayores, los adolescentes y las personas físicamente adultas pero carecen de madurez mental. (Este último grupo va en aumento, a causa de la creciente complejidad de la vida moderna). No importa cuál sea su edad, las personas que pertenecen a este grupo son más receptivas que las otras a las impresiones exteriores, y especialmente a las producidas por la violencia. En la medida en que estas gentes pueden ser consideradas como "consumidores" de los medios de comunicación de masas, son consumidores que lo aceptan todo sin discriminación.

Dentro del tercer grupo hay que considerar de modo particular a los niños mayorcitos y a los adolescentes, que no han tenido tiempo de forjarse sus propias opiniones ni de adquirir una experiencia en la vida. Su personalidad no está acabada y por eso son tremendamente sensibles a todas las influencia ambientales. Y precisamente, los niños y adolescentes que más tiempo dedican a la televisión, son los más frágiles y sensibles al medio ambiente, en



La violencia como diversión o distracción provoca agresividad, tal como demuestran recientes estudios psicológicos.

relación a sus compañeros que se desarrollan en un ambiente familiar más estable y equilibrado.

Los niños adolescentes con problemas aprecian más las películas de violencia, y sobre todo las de una violencia más cruel y bruta, que los muchachos y muchachas estables y equilibrados.

Podemos ir todavía más lejos. Son precisamente los chicos que tienen poco contacto con su padre u otro hombre adulto, los que muy a menudo encuentran en los héroes de los telefilmes la imagen del padre, y un ídolo a quien admirar y a quien parecerse. Se ha comprobado también que, los jovencitos más inclinados a contemplar espectáculos violentos en la televisión, son aquellos que de algún modo se ven menos favorecidos desde el punto de vista social y que tiene tendencia a ser más agresivos que el promedio. Para estos pequeños que inician la vida de modo poco favorable, la televisión es la "escuela de la vida". La pequeña pantalla es su principal fuente de información sobre la manera de comportarse con los demás y de enfrentar sus propias dificultades.

Con frecuencia la televisión sugiere a los menores que la violencia es un medio para resolver los problemas. Además, en los medios de comunicación, la violencia da buenos resultados.

Los niños y adolescentes inestables y desfavorecidos son los que más aprecian la violencia, y los que también se dejan influenciar en mayor grado por la que contemplan. Desde luego que, los niños que se siente solos, que están convencidos de que nadie se interesa por lo que ellos dicen, y que carecen de confianza, están más marcados por la violencia que los que mantienen unas relaciones afectuosas y armónicas con sus padres -con quienes pueden hablar prácticamente de todo- y con el resto de la gente.

«Vamos acostumbrándonos a aceptar los crímenes, las muertes, los actos de violencia como cosa natural. Se hace de esto un abuso, y se presenta tanto en temas serios como en

broma. En los dibujos animados la trama es siempre agresiva, basada en persecuciones y en peleas con abundancia de golpes»

LOS EFECTOS DE LA VIOLENCIA:

¿Cuáles son los efectos de la violencia que nos ofrece la televisión, el cine y las historias ilustradas?

Desde que se llevan a cabo investigaciones sobre la cuestión, la opción mayoritaria viene oscilando entre el hecho de que una confrontación permanente con la violencia en la pantalla constituye un peligro y la constatación de que dicha confrontación puede suponer una descarga de las tendencias agresivas del espectador.

Este debate no es de hoy ni de ayer, pues refleja en muchos aspectos el conflicto entre Platón, que consideraba las «piezas macabras» como peligrosa para los espectadores, y Aristóteles, apoyado mucho más tarde por la teoría de la «ab-reacción» de Freud, quien sostenía que tales experiencias podían constituir una catarsis, un medio de desembarazarse «por poderes» de los sentimientos inhibidos o que no conviene manifestar.

Sin embargo, después de numerosos estudios, investigadores de renombre han publicado sus conclusiones, según las cuales se confirma la teoría de la agresividad. Uno de los principales defensores de esta tesis es el doctor Seymour Fleshbach (EE.UU.), quien se ha ido convenciendo progresivamente, a través de sus propias investigaciones, del carácter nefasto de la violencia en la televisión.

- *La imitación:* Los niños tienen tendencia a reflejar en sus juegos las actitudes y las acciones observadas en su medio ambiente, dentro del cual la televisión ocupa un lugar cada vez más importante desde los tres años de edad. La imitación se manifiesta en el modo de comportarse o de utilizar cualquier instrumento, y revela la creencia generalizada de que uno puede servirse de la violencia para alcanzar determinados fines.

- *El desencadenamiento:* Se ha demostrado que la contemplación de ciertas escenas en la televisión aumenta la tensión emocional del individuo y disminuye su umbral de dominio de los sentidos. De este modo, niños capaces de controlar sus pulsiones de violencia normalmente, difícilmente lo consiguen después de asistir a un espectáculo de violencia en la pantalla.

- *La formación de esquemas:* El hecho de ver a menudo actos de violencia conducentes a un fin deseado, incita al niño a considerar a la violencia como un medio eficaz de resolver los problemas. Así se aprende que si no se tiene otro medio de conseguir dinero, bienes o éxitos; si por ejemplo uno se encuentra aislado, o no ocupa el puesto en la sociedad que cree merecer, y si carece de medios para remediar su situación, todavía le queda un recurso: la violencia.

insociable e indolente, incluso con los miembros de la familia»

- *El refuerzo o consolidación:* El modo como se presenta la violencia en la televisión tiene una función de esfuerzo o consolidación de las normas y valores de la sociedad, que crean sus programas; al tiempo que de la manera en que esas normas y valores se presentan, influencia a su vez sobre el tipo de violencia que existe en dicha sociedad. De este modo se tiende a perpetuar más que a explicar, criticar o solucionar.

- *El miedo, el terror:* En el mismo momento, cuando el niño está leyendo o contemplando escenas de violencia, puede estar experimentando una mezcla de excitación y de miedo. La excitación puede provocarle el deseo de actuar del mismo modo que lo están haciendo los actores. El terror, en cambio, le puede provocar pesadillas y ansiedad. Algunos estudios indican que aproximadamente la cuarta parte de los niños de preescolar reacciona con acentuada ansiedad durante una o dos noches después de haber visto una película de aventuras, un «western» o cualquier película de terror. Esos niños padecen de pesadillas, despiertan por la noche y les cuesta mucho volver a dormirse, e intentan aferrarse a un adulto durante el día. Incluso a la edad de once años, un niño de cada cuatro o cinco se muestra inquieto después de haber visto escenas de violencia.

La sensación de temor o miedo puede, desde luego, ser positiva, al suscitar una reacción, por ejemplo, cuando se atraviesa una calle, o incluso compeliendo a evitar las situaciones violentas. Ahora bien, en la medida en que es traumatizante, este efecto debe ser considerado como negativo. Además sus efectos se pueden dejar sentir a largo plazo, revelándose entonces como mucho más nocivos que una o dos noches de pesadillas y ansiedad.

- *La habituación:* Las personas que tienen que trabajar en un ambiente ruidoso, llegan a acostumbrarse a él, y terminan no oyendo ningún ruido a su alrededor. Parece ser que se produce un fenómeno análogo cuando se asiste a menudo a escenas de violencia. Esta habituación puede conducir a una falta de reacción frente a los estímulos de la violencia, falta que se considera el resultado a largo plazo de una frecuente contemplación de escenas violentas, aunque éstas tuviesen como propósito inmediato provocar miedo u horror. Amnistía Internacional, organización muy conocida que se ocupa de la situación de los presos de conciencia en diferentes lugares del mundo, ha decidido limitar la expresión de los macabros detalles de la torturas a las que algunos de esos presos se ven sometidos, al considerar que el público, ante tantos relatos de atrocidades llega al hastío y pierde la capacidad de reaccionar. Eso lo vemos en nuestra vida cotidiana: Ya no hacemos ningún caso de los asesinatos, los atentados y las violaciones que cada día nos dan a conocer los medios de comunicación.

Aplicando todo esto a las escenas de violencia de la pequeña pantalla, la habituación se produce como respuesta a tres estímulos: disminución de la capacidad de reacción frente a la violencia en tanto instrumento, disminución de la capacidad de reacción frente a la persona que recurre a ella, disminución de la capacidad de

«Nos encontramos ante un nuevo tipo de adicción muy semejante a la que producen las drogas químicas, que conduce a una actitud

compadecerse de la víctima. El caso extremo es la indiferencia total, que de hecho significa que la habituación es una forma grave de deshumanización, problema cuya existencia nadie pone en duda.

EL BUEN USO DE LA TELEVISIÓN:

La televisión tiene numerosos aspectos positivos. Puede estimular la imaginación del niño, proporcionarle tema de conversación, incitarlo a nuevos juegos y favorecer el desarrollo de su creatividad. Puede incluso enriquecer su vocabulario y sus dotes expresivas. Le muestra un montón de cosas que de otro modo él jamás podría llegar a ver... Pero también puede convertirse en un medio de fomentar la pasividad, la alienación y conducir a la desaparición del imprescindible espíritu crítico, que todo ser humano debe poseer si quiere conservar su individualidad.

La televisión no debe ser, bajo ningún concepto, ni un medio de "matar el rato" ni la niñera electrónica que "libera" a los padres, ni mucho menos una mamá "de recambio".

Por todo ello, es necesario un uso muy juicioso de la televisión. Estos sencillos consejos nos ayudarán a conseguirlo:

- Los niños en edad preescolar no deben pasar más de media hora al día viendo la televisión.
- Es muy importante informarse al máximo de los programas que va a ver. ¿Podrá el niño comprender lo que va a contemplar?
- Es necesario entablar un diálogo padres-hijos ante de cada programa. Primero para escogerlo o rechazarlo y, después de haberlo visto, para juzgar su interés, su calidad artística y ética; para aclarar puntos oscuros, para ampliar la visión del programa planteado y la solución dada por los actores o realizadores. Sobre todo hay que estimular al niño a que dé sus opiniones y no se convierta en un telespectador pasivo.
- No es conveniente que el niño se acueste inmediatamente después de haber visto un programa de televisión.
- Es imprescindible que el niño conozca otras actividades atractivas a las cuales dedicar sus horas de ocio.

CONCLUSIÓN:

La violencia existe y ha existido en la mayoría de las culturas, tanto en la realidad como reproducida o incorporada en los mensajes de la información o de los espectáculos. La violencia reproducida y ficticia, por una parte refleja la cultura, y, por otra, ejerce una función social, sobre todo de refuerzo de las normas y valores predominantes.

Suprimir la violencia de modo completo en los medios de comunicación ni es razonable ni deseable. No creemos que pueda ser borrada del panorama social simplemente haciéndola desaparecer de las pantallas de televisión.

Ahora bien, cometeríamos un grave error si permitiésemos a los medios de comunicación que perpetúen y exacerben la violencia inherente a nuestra sociedad, esperando el día en que podamos suprimir sus causas más profundas.

Es necesario que condenemos la violencia como diversión o distracción en los medios de comunicaciones, que los espectáculos que nos la presentan sugieren mensaje del estilo de: la violencia es un buen medio para resolver todos los problemas, quien dé más fuerte y saca más rápido la pistola tiene la razón, algunas personas se merecen los malos tratos que padecen e incluso la muerte, la crueldad humana hacia otros seres humanos carece de importancia.

Hace ya un siglo que una educadora norteamericana, Ellen G. White, escribió:

"Siempre terminamos por asemejarnos a lo que contemplamos... El crimen ha llegado a ser el tema de todas las conversaciones y de todas las lecturas, hasta el punto que las conciencias sensibles, que retrocedían horrorizadas al oír hablar de estos desafueros, acaban por endurecerse hasta el extremo de deleitarse con ellos"

Hoy, esta afirmación es más real que nunca antes.

REFERENCIAS:

1. "Análisis de la programación de TVE". Mesa redonda del seminario "La Televisión y los niños", junio de 1973. La TV y los niños, editorial Fontanella, Barcelona, 1976.
2. Francisco Alonso Fernández, catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica (Universidad Complutense Madrid).

Lo que usted necesita saber sobre la aspirina

Dr. Javier de Oro*

La aspirina es el único hallazgo de este siglo que en ningún momento ha dejado de estar de actualidad, que logró sobrevivir a todas las grandes crisis y guerras, a todas las corrientes filosóficas y novelísticas, a todas las modas y estilos.

*"Aspirina", Juan Cueto, El País 19/6/87, última página

Quizá se pregunten ustedes al leer este título «¿Qué necesito yo saber sobre la aspirina? cuando me hace falta la tomo, y lo demás es cosa de los médicos.»

Hoy en día, este razonamiento ya no es válido. Los conocimientos de toda índole, e incluso los científicos, han traspasado la barrera del laboratorio, para hacerse asequibles a cualquier persona con unas mínimas inquietudes por el conocimiento. Ya no existe justificación para la ignorancia.

De modo que intentaremos adentrarnos en el pequeño mundo de este medicamento, máxime cuando para muchas personas es el «pan nuestro de cada día», el recurso básico frente al dolor: la pequeña pastilla blanca que no falta en ningún lugar civilizado.

La historia de la aspirina

Cuando a finales del siglo pasado, se daba vida a la aspirina, en los laboratorios alemanes de la prestigiosa firma Bayer, nadie podía suponer que 85 años más tarde su principio activo, el ácido acetilsalicílico, se contara entre las sustancias farmacológicas más empleadas.

Es en el año 1899 cuando tiene lugar este descubrimiento, época en la que el planeta vive en continuos cambios, y se producen incesantes descubrimientos en todos los campos de la ciencia.

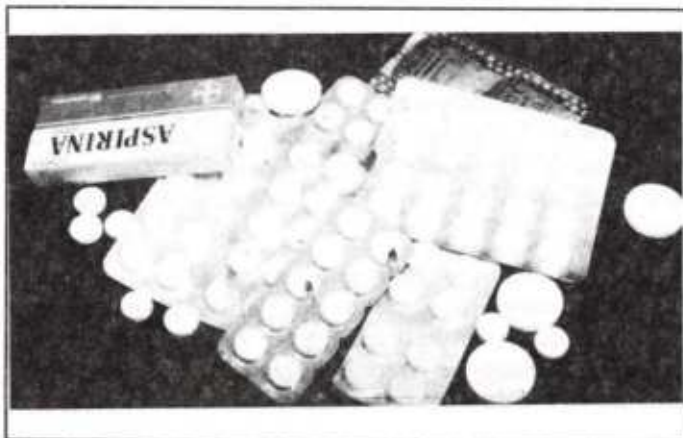
La aspirina es rápidamente aceptada por todos los médicos de la época, pues poco se tarda en descubrir sus efectos «milagrosos» en las más comunes dolencias.

Sus indicaciones iban aumentando día tras día al hacerse patentes sus extraordinarios efectos antiinflamatorios, antipiréticos (contra la elevación de la temperatura) y analgésicos (contra el dolor) que superaban ya con creces a los otros remedios el uso en aquella época.

La aspirina entró rápidamente a formar parte del arsenal terapéutico de los médicos de entonces, que recurrían a ella para luchar contra las epidemias gripales que debilitaban a los europeos de comienzos de siglo. Conocidos ya sus efectos cuasi milagrosos, comienza a denominársela como la «reina de los salicilatos».

Su difusión internacional no se haría esperar, y en breve plazo llega a ser conocida y usada en lugares tan dispares como la India o África, y aun los esquimales la incorporaron a su farmacopea.

Tan arraigado ha llegado a estar su uso, que no se dudó en incluir la aspirina en el botiquín del Apolo en su viaje espacial de



*El doctor Javier de Oro ejerce en Madrid.

1969, tras el cual Charles Berry (director médico de la NASA) comentaba: «Los astronautas han superado sin dificultad todas las molestias de su estado de salud, a lo que ha contribuido, entre otras cosas, el pequeño y blanco comprimido de aspirina».

En 1971 sale al mercado la asociación del ácido acetilsalicílico con la vitamina C, lo cual mejoraría la tolerancia gastrointestinal del fármaco, siendo además ya conocido por entonces, que el déficit de vitamina C favorece que se presenten enfermedades febriles.

Tres efectos importantes

¿Quién de nosotros no ha dicho alguna vez «Tómame una aspirina y verás como se te pasa».

Detrás de esta afirmación tan empírica hay todo un correlato de hechos científicos demostrados, a los que se ha llegado tras muchos años de estudio y que están a nuestro alcance, con el fin primordial de racionalizar el uso de este fármaco, esto es de saber por qué y para qué tomamos una aspirina. Esos son sus tres efectos más importantes:

- **Analgésico**, es decir que alivia el dolor. Este efecto se produce a nivel periférico, sin actuar sobre el sistema nervioso central. No provoca riesgo de drogodependencia o de somnolencia, como ocurre con analgésicos que actúan sobre el cerebro.

- **Antiinflamatorio**: La aspirina impide que se formen los tejidos, las sustancias «mediadoras» del dolor y de la inflamación; las prostaglandinas. De esta forma es capaz de detener las reacciones inflamatorias.

- **Antitérmico**: La aspirina hace disminuir la temperatura del organismo. Dicha acción se realiza, al contrario que las anteriores, sobre estructuras centrales (encefálicas) en concreto, sobre el centro termorregulador del hipotálamo. Este centro nervioso, situado debajo de la base del cerebro, actúa como un termostato, haciendo que la temperatura del organismo se mantenga en unos límites precisos y estables.

Otros efectos de la aspirina

Además de los tres efectos principales descritos, la aspirina tiene una acción sudorífica y de aumento del riego sanguíneo de la piel, la cual ocasiona un incremento de la transpiración, con la consiguiente fuga de calor. De esta forma contribuye también a disminuir la fiebre.

El ácido acetilsalicílico tiene también la propiedad de impedir la agregación plaquetaria, por lo que actúa como preventivo de la trombosis arterial (formación de trombos o coágulos en las arterias). Por eso, se dice que una aspirina diaria puede prevenir el infarto de miocardio.

Tan polifacético medicamento, no acaba aquí sus indicaciones, pues bien conocida es su gran eficacia en el tratamiento de las enfermedades reumáticas (caracterizadas por dolor e inflamación) del aparato locomotor, en las que reduce la inflamación, alivia el dolor y mantiene funcionales las articulaciones y su aparato muscular.

DEL SAUCE A LA ASPIRINA

En el siglo XVIII se descubrió que la corteza del sauce, árbol extendido por toda Europa, era útil para combatir la fiebre. Y a finales del siglo XIX, en 1899, el químico alemán Friedrich Bayer consiguió aislar el componente activo de la corteza del sauce, el ácido salicílico. El nombre de este ácido deriva precisamente del nombre científico del sauce, *Salix alba*.

En los laboratorios Bayer se obtuvo un derivado del ácido salicílico obtenido del sauce, el ácido acetilsalicílico, que tenía la ventaja de ser menos amargo. Así es como nació la aspirina, a partir de una sustancia natural: la corteza del sauce.

Se calcula que en la actualidad se producen en el mundo cada año unas 36,000 toneladas de aspirina. Esto la convierte en el medicamento más usado.



Efectos indeseados de la aspirina

La aspirina, como cualquier otro fármaco, no está libre de posibles efectos secundarios indeseados, consecuencia muchas veces de un empleo inadecuado.

Y es que, como su nombre indica, el ácido acetilsalicílico es un compuesto «ácido», por lo que al llegar al estómago debilita su pared, que está tapizada por una capa de tejido mucoso. De esta forma, el propio ácido que segrega el estómago, es capaz de lesionar su pared mucosa, ocasionando así gastritis, erosiones y úlceras en la misma. La consecuencia más grave de estas lesiones es la hemorragia, que puede manifestarse:

- como vómitos de sangre (de color negro generalmente),
- o como heces mezcladas con sangre, la cual presenta un color negruzco.

Bien es verdad, que estas complicaciones sólo se pueden presentar cuando se hayan ingerido altas dosis, exceptuando las personas que previamente padezcan gastritis o una úlcera gástrica, las cuales deberán abstenerse por completo de la aspirina.

Por este motivo, es aconsejable acompañar la administración de aspirina con la toma de alimentos, que actúan diluyendo, tanto el fármaco como el jugo gástrico ácido. Si se presentara ardor o molestias en el estómago, se suprimirá inmediatamente su administración y se consultará al especialista.

El padecimiento de diatesis hemorrágicas (enfermedades caracterizadas por sangrado fácil y dificultades de coagulación),

contraíndica el uso de aspirina, puesto que impide la formación de trombos (coágulos).

En este apartado dedicado a las complicaciones, no podía faltar una referencia al síndrome de Reye, que se presenta en niños menores de quince años) a los que se les ha administrado aspirina con enfermedades exanemáticas como la varicela. Se produce un cuadro clínico que, aunque raro, muchas veces es mortal, lo cual ha originado cierta intranquilidad en las autoridades sanitarias, estando el tema en urgente estudio.

CONCLUSIÓN

Como vemos, el uso de la aspirina puede ocasionar algunas

complicaciones, pero esto no debe hacernos descartar un uso correcto y prudente de ella.

Evidentemente, no hemos sido creados para necesitar la aspirina; pero nosotros mismos la hemos hecho necesaria, debilitando nuestro organismo con el correr de las generaciones, convirtiendo nuestro hábitat en un lugar hostil para nuestra propia fisiología.

Todavía hoy tiene vigencia este pensamiento de Ortega y Gasset, en su famosa obra *La rebelión de las masas*: «La vida del hombre medio es hoy más fácil, cómoda y segura que la del más poderoso en otro tiempo. ¿Qué le importa no ser más rico que otros si el mundo lo es y le proporciona magníficos caminos, ferrocarriles, telégrafos, hoteles, seguridad corporal y aspirina?»

El Internet y su incorporación al sector de la salud

Carlos Linger*, Hugo Spinelli**, Celia Iriart***

La mayor parte de los países de América Latina, que se encuentran actualmente en proceso de hacer reformas estatales, necesitan recapacitar al personal de la salud a costos relativamente bajos y en plazos cortos sin sacrificar la calidad de la capacitación. Desde que se adoptó en los años ochenta en la Región de la Américas la política denominada Educación Permanente en Salud (EPS) se viene señalando la necesidad de exponer a todo el personal de la salud a metodologías educativas que tengan un impacto en el proceso de trabajo. No obstante, esta propuesta es difícil de llevar a la práctica de forma generalizada debido a los ajustes estructurales con recortes del gasto público que se están llevando a cabo en la mayor parte de los países.

En los últimos años, el campo de la comunicación y el acceso a información se han visto radicalmente transformados por redes como el Internet. El acelerado desarrollo de programas que facilitan su uso ha despertado el interés en millones de usuarios.

En el campo de la salud, numerosos profesionales y técnicos utilizan el Internet como medio de comunicación e información sobre temas de interés. De hecho, han surgido redes sobre temas de salud específicos que ayudan a concentrar la información, pero que al mismo tiempo fragmentan su disponibilidad. Estas redes pueden llevar a la creación de "feudos", ya que el rápido crecimiento general de la red dificulta la ubicación necesaria.

La creación de nodos y redes sobre temas de salud permitiría superar, en cierta medida, las limitaciones y dificultades que actualmente plantea el acceso a la información existente en este campo dentro del Internet. Permitiría, asimismo, desarrollar la EPS a un costo relativamente bajo, si se consideran el alcance territorial, la cantidad de información y el enorme número de usuarios que podrían aprovecharla.

El Internet ofrece una gran variedad de fundaciones, desde la simple comunicación por correo electrónico hasta teleconferencias, transmisión de imágenes y comunicación telefónica. Estos avances tecnológicos permiten buscar nuevas soluciones para viejos problemas en el área de la salud a un costo menor del que permiten las tecnologías tradicionales.

La consolidación de un nodo para temas de salud requiere la integración de múltiples instituciones y usuarios en torno al objetivo principal: desarrollar un sistema de EPS a distancia, a través del Internet, para el personal de la salud. Este objetivo se lograría por numerosos medios, desde la centralización de datos, hasta el proporcionamiento de acceso a procesos educativos interactivos, como teleconferencias, listas de discusión sobre temas de salud y otros núcleos de información, bibliotecas y bases de datos sobre temas médicos y sanitarios; la facilitación de la comunicación y el debate interinstitucionales, en torno al establecimiento de normas (asistenciales, gerenciales, legales, etc.); la definición de procedimientos; la discusión y difusión de innovaciones científicas y técnicas; el apoyo a los sistemas de información, vigilancia epidemiológica y gestión institucional en los niveles nacional, provincial y local; y la facilitación de consultas entre expertos sobre casos clínicos.

Antecedentes de la telecomunicación en el sector de la salud.

Durante los años sesenta y setenta se hizo patente la necesidad de transmitir a distancia información médica y sanitaria por medio de las redes de telecomunicaciones.

Lo que por un lado constituía un adelanto tecnológico extraordinario apuntaba, simultáneamente, al deterioro de la relación entre médico y paciente y a la pérdida de subjetividad humana para dar paso a la fría objetividad de la tecnología. Este problema, aun no resuelto, debe ser motivo de reflexión siempre que se coloque en el Internet información de tipo sanitario.

* Representante de la OPS en La Paz, Bolivia. Dirección postal: Edificio "Foncomún", Av. 20 de Octubre #2038, 3er piso, La Paz, Bolivia.

** Consultor, Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires, Argentina.

*** Consultora, Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires, Argentina.

La aparición en el campo de la medicina de las primeras tecnologías -el estetoscopio, el microscopio, los métodos de laboratorio para fines diagnósticos, etc.- señaló al comienzo de la separación entre médico y pacientes. En 1878 apareció en Estados Unidos de América el primer anuncio de un médico que atendía consultas por teléfono y en 1880 se extendió el uso de este aparato para brindar atención durante las 24 horas del día. En 1905, William Einthoven exploró la posibilidad de transmitir a una gran distancia por vía telefónica la imagen de un electrocardiograma. En 1967 al fin se logró transmitir desde Francia un telecardiograma que fue interpretado en Washington DC, y devuelto al lugar de origen en 15 segundos.

En 1968 se hizo un primer intento por usar la televisión para examinar a personas situadas a distancia y en esa misma década, a raíz de la Conferencia sobre Procesamiento de Datos Diagnósticos celebrada en 1959 en el Instituto Rockefeller de Nueva York, se produjeron las primeras tentativas por aplicar las computadoras al campo de la salud. Entre los aspectos más halagadores de la nueva informática figuraban la posibilidad de dar a los médicos acceso a centros de formación lejanos, la gran capacidad de almacenamiento de datos y la velocidad con que estos se podían encontrar. Sus ventajas se hicieron aun más patentes frente al crecimiento de los archivos hospitalarios, a las dificultades de almacenamiento de las fichas clínicas y al incesante flujo de datos estadísticos y epidemiológicos. Más tarde surgirían nuevas posibilidades, como la creación de sistemas computarizados para diagnosticar enfermedades difíciles o interpretar radiografías y muestras microscópicas. Al compás de todo este desarrollo se despertaba en los trabajadores de la salud el temor, no infundado, a ser desplazados paulatinamente por las computadoras.

El Internet y la salud

El desarrollo tecnológico en materia de comunicaciones ha avanzado tan vertiginosamente en época reciente que ahora es posible transmitir grandes volúmenes de información a puntos remotos en fracciones de minutos. Este fenómeno supone la globalización de la información, ya que cualquier usuario con acceso a estos medios de comunicación electrónicos puede obtener la información de éste disponible en cualquier país del mundo. Estas últimas tecnologías también permiten una comunicación interactiva entre usuarios situados en diferentes países o territorios, independientemente de la distancia que los separe.

De todos estos adelantos tecnológicos, el Internet es el más importante, por tratarse de una gigantesca red de comunicación que enlaza a usuarios en el mundo entero por medio de miles de redes grandes o pequeñas alrededor del mundo y que brinda acceso a información profusa y sumamente diversa. El crecimiento del Internet en los últimos años ha sido explosivo. Esta red, que crece mensualmente a un promedio de un millón de suscriptores situados en todas partes, sigue creciendo desmesuradamente, ya que en ella se inscribe un usuario nuevo cada 2 minutos.

El Internet se ha convertido en un instrumento indispensable para profesionales, investigadores y técnicos en los diversos campos

del saber. El desarrollo reciente de redes informáticas, como la World Wide Web (WWW), han sumado nuevas funciones a las que ya ofrecía el Internet (correo electrónico, talk, TELNET, etc.) Todas en su conjunto permiten transmitir a grandes distancias desde el mensaje más sencillo, hasta fotografías, libros, videos, catálogos, teleconferencias y "teletrabajos".

No obstante este desarrollo revolucionario, la plétora de información y su falta de orden hacen que muchos perciban el Internet como una Torre de Babel. En el campo de la salud, su principal aplicación ha sido, hasta ahora, en el área de la medicina asistencial, tanto en el ámbito público como en el privado, y su aprovechamiento ha sido más individual que institucional. Aún no se ha sacado provecho a su enorme potencial en el terreno de la regulación y el control estatales, ni en el de la epidemiología o de la organización y administración de servicios, por dar algunos ejemplos.

De hecho, las profundas transformaciones que están sufriendo los sistemas de salud nacionales exigen la capacitación del personal de nivel intermedio que trabaja en los servicios a un costo relativamente bajo y en un plazo breve, sin sacrificar la calidad de la capacitación. Al mismo tiempo, los avances científico-técnicos, cada vez más acelerados, dificultan la actualización de los profesionales y técnicos en los países latinoamericanos, procesos imprescindible para garantizar a la población su acceso a servicios de atención de calidad.

Se sobreentiende, en función de lo anterior, que un nodo de salud en el Internet tendría numerosos objetivos principales: concentrar y promover la producción de información en medicina y sanidad; facilitar la comunicación y el debate interinstitucionales en torno al establecimiento de normas asistenciales, gerenciales, legales, y demás; definir procedimientos; discutir y difundir innovaciones científicas y técnicas; fomentar la educación permanente del personal de los servicios de salud; brindar acceso a bibliotecas y bancos de datos; y apoyar los sistemas nacionales, provinciales y locales en lo referente a información, vigilancia epidemiológica y gestión institucional.

¿Qué es el Internet?

El Internet, como se explicaba anteriormente, es una vasta red de redes más pequeñas para el intercambio de información. Se desarrolló inicialmente como proyecto militar del gobierno de Estados Unidos, con el fin de lograr un sistema de comunicación descentralizado que no fuera blanco fácil de ataques enemigos. Con el tiempo la red pasó a la esfera civil, donde se mantuvo descentralizada hasta convertirse en un sistema igualitario, lo que significa que todos los usuarios tienen igual relieve dentro de la red. El Internet llegó a ser una herramienta de suma utilidad para instituciones académicas y agencias gubernamentales, y hasta hace algunos años la mayor parte de sus sitios de conexión pertenecían a centros de esta índole.

Tan variados son los usos que permite la red, que actualmente el número de empresas comerciales suscritas a ella supera al de empresas no comerciales.

El Internet se compone de redes corporativas grandes y formales, como AT&T y Digital Equipment, y también de redes pequeñas. En agosto de 1993 ya tenía más de 14000 redes, y según las estadísticas de aquel momento, un promedio de 1000 redes se incorporaban mensualmente al Internet. En enero de 1995 la cifra total había aumentado a 26274 a redes. Ya había 84 países con acceso directo al Internet y aproximadamente 48 millones de usuarios. El Internet es, por lo tanto, la red más abierta del mundo, con miles de computadoras que ponen información almacenada al alcance de cualquier usuario.

¿Qué es una red computarizada?

Una red computarizada es un conjunto de computadoras enlazadas por conexiones físicas (cables, enlaces de radio, fibras ópticas). Consta de una computadora central donde se encuentra la mayor parte de la información; las computadoras de todos los usuarios constituyen el resto de la red. Esto no significa que la información esté controlada por alguna entidad o que haga falta una autorización para poder enviarla. La comunicación es horizontal y se produce de forma fluida entre todos los usuarios de la red, sin la intervención del operador de la computadora central, que se limita a manejar toda la red y a asegurar el funcionamiento general del sistema.

¿Qué información se encuentra en el Internet?

La información que proporciona el Internet suele ser de libre acceso o de dominio público, pero en ciertas situaciones es necesario obtener una autorización para tener acceso transitorio, bien sea gratuito o pagado. En general la información disponible se encuentra en documentos de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, trabajos colocados por sus autores a disposición de los usuarios del Internet, bases de datos, lista de discusión y otras fuentes. En el campo de la salud se ofrece acceso, por citar un ejemplo, a datos del Centro Nacional de Cáncer del Japón, de la OPS/OMS, del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, de La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos y de escuelas de medicina y universidades prestigiosas en el mundo entero.

¿Cómo circula la información en el Internet y cuánto cuesta?

Las comunicaciones entre países y continentes se hacen por satélites. Hasta fines de 1995, la información que llegaba a América Latina pasaba por el llamado backbone (espiná dorsal) o núcleo de la Red de la Fundación Nacional de Ciencias (NSF, por National Science Foundation) de los Estados Unidos. Cada país pagaba el costo de la conexión desde el punto de acceso en su territorio hasta el punto de entrada en Estados Unidos, pero el trayecto desde este último hasta el núcleo de la NSF y hasta los enlaces en el resto del mundo eran financiados por la propia NSF. Debido, sin embargo, al enorme tráfico comercial que circula por su núcleo, la NSF ha dejado de financiar estos pagos y está cediendo el núcleo a compañías comerciales, como la compañía telefónica MCI, que a

su vez han creado puntos de acceso a la red (NAP, por el inglés network access points) de Internet.

Este último paso ha ocasionado cambios en las tarifas de cobro por actividades sin fines comerciales, como la educación y la investigación. Para las redes latinoamericanas, el aumento ha sido de US\$ 1000 a 2000 mensuales y se aplica a la conexión desde el punto de bajada de la señal de satélite en Estados Unidos hasta los puntos de acceso a la red, que son manejados por compañías comerciales.

¿Qué servicios ofrece el Internet?

El Internet proporciona múltiples servicios por medio de una gran variedad de herramientas, alguna de las cuales se describen a continuación:

Correo electrónico (E-mail). Este es, indiscutiblemente, el servicio usado con mayor frecuencia. Permite el intercambio de correspondencia entre millones de personas en el mundo entero y el envío no solo de documentos formales, sino de cualquier otra documentación escrita.

Conversación en línea (talk). Otro uso que ofrece la red es la comunicación en tiempo real. Esto significa que personas situadas en ciudades, países o continentes diferentes pueden ver lo que escribe la otra persona en el momento exacto en que los está escribiendo. Es una vía ideal para resolver consultas urgentes, especialmente entre personas separadas por grandes distancias y cuando se necesita que el mensaje sea claro y preciso o que haya una interacción, como en la docencia.

Acceso remoto (FTP y TELNET). Estos servicios permiten al usuario conectarse con cualquier computadora alrededor del mundo y trabajar como si estuviera sentado ante la computadora a la que se conectó.

Búsqueda de usuarios en todo el mundo (WHOIS). Ciertas funciones del Internet permiten localizar a personas conectadas a la red. A pesar de que hay varios millones de usuarios, es posible obtener la dirección electrónica y postal de cualquiera de ellos por medio de esta funciones.

Servidores de lista de discusión (listservers). Los servicios de listas cuentan con una dirección de correo electrónico y pueden manejar numerosas listas de discusión, a las que los usuarios, aunque estén en diferentes ciudades o países, se suscriben para participar en debates sobre temas específicos. Existen miles de listas de este tipo y cada día se crean listas adicionales, puesto que el requisito para la apertura de una lista es que un mínimo de 10 personas estén interesadas en un mismo tema. Estas personas pueden participar en los debates activamente o limitarse a ser observadores. Un listserver maneja varias listas o conferencias que se transmiten por correo electrónico. La información se envía a una dirección electrónica en particular y el servidor se encarga de distribuirla automáticamente a todos los integrantes de la lista.

El Gopher. Muchas computadoras tienen archivos de información que pueden explotarse libremente. Para facilitar esta

tarea se ha creado el Gopher, que es un sistema de búsqueda y recuperación de documentos a base de menús que los identifican por orden jerárquico. El Gopher es una vía de acceso a información sobre temas de salud, como alimentos, medicamentos, abuso de sustancias, avances terapéuticos, y muchos más. El servidor instalado en el nodo central agrupa distintas opciones en un solo menú y estas apuntan a otros servidores que a su vez proveen información sobre temas de salud. Cuando el usuario desea obtener información que no está disponible localmente, el servidor central automáticamente consulta a estos otros servidores.

World Wide Web.

Este servicio de acceso a información académica presentada en "hipertexto" (hipertext, o texto resaltado). Si el usuario desea obtener información adicional sobre un tema en particular, debe oprimir el ratón mientras apunta a la palabra o al gráfico resaltado. Los servidores de la WWW dan acceso a tres tipos de documentos en hipertexto: servidores, programas de base de gráficos; e información agrupada que sirve de vía de acceso a enormes volúmenes de documentos. Es fácil de usar gracias a su interfaz gráfica y su funcionamiento es similar al del Gopher, ya que por medio del servidor local se tiene acceso a cientos de servidores dispersos por el mundo entero.

El Internet aplicado al campo de la salud.

La promoción de un nodo de salud en el Internet tiene por objetivo facilitar a usuarios institucionales e individuales la transmisión y el intercambio de experiencias y conocimientos. Este proceso ya se está produciendo en algunos países, pero de manera poco organizada, lo cual obstaculiza el acceso a la información circulante. El enorme caudal de información médica y sanitaria y su amplia dispersión dificultan su obtención. Por otra parte, ubicar las bases de datos y listas de discusión requiere mucho tiempo. El usuario típicamente se limita a usar los servicios que va conociendo al azar.

Los nodos de salud pondrían al alcance de los usuarios información y materiales para su actualización y educación permanente en salud de una manera ordenada y sistemática por medio del Internet y de los sistemas que facilitan su utilización.

Tales nodos constituirían, por consiguiente, un estímulo al debate, a la investigación y a la docencia. Las herramientas de comunicación, tanto horizontal como vertical (es decir, entre usuarios y entre nodos) se usarían para dar a conocer los últimos avances, solicitar información destinada a crear nuevos servicios o agrandar los ya existentes, o promover el debate. Los participantes pondrían a circular sus dudas y necesidades, generando de ese modo un sistema de EPS a distancia. Los servidores de información y la WWW ofrecen la posibilidad de extender los nodos.

Los medios señalados constituyen poderosas herramientas para dinamizar las instituciones de salud y movilizar al personal de los servicios mediante su integración a los debates que se producen en el ámbito académico y en el campo de la investigación. Asimismo, los planteamientos y reflexiones de estos individuos se verán enriquecidos por la interacción con quienes pueden, en el transcurso

de la práctica cotidiana, ofrecer una perspectiva diferente de los problemas.

El desarrollo de la EPS a distancia se verá facilitado por el carácter interactivo de este tipo de comunicación, que no sólo permite consultas entre usuarios, sino a bibliotecas a bases de datos en el mundo entero. El usuario simplemente baja (download) la información de su interés al disco de su computadora. Las posibilidades educativas comprenden desde la capacitación de personal técnico y auxiliar, hasta la formación continuada de posgrado (incluido los niveles de maestría y doctorado) a través de programas desarrollados por instituciones académicas, científicas y gubernamentales, o de organismos internacionales supervisados por el nodo central. Las propuestas de capacitación en las diferentes disciplinas se colocarían en el servidor de dicho nodo.

El servidor WWW, que permite consultar archivos en el mundo entero por autor, tema o campo de actividad, es de enorme utilidad tanto en el gremio académico como en el de los servicios de salud, particularmente en términos de la actualización científico-técnica del personal.

Cabe señalar que el Internet, por ser un instrumento meramente técnico, no produce transformaciones por sí solo. Más bien, estas dependerán del proyecto en que se inscriba su uso, de la capacidad innovadora de quienes lo ejecuten y del seguimiento de las propuestas y cambios que se vayan produciendo.

El Internet por sí solo fomenta la actualización de los profesionales y técnicos con su mero uso, cuyo costo es relativamente bajo. Una vez identificada la necesidad de determinada información, se puede solicitar a varias instituciones, aunque estén situadas en distintos lugares, información que ha sido elaborada por todas en conjunto, es decir, enriquecida por los aportes de cada institución. El producto así elaborado puede quedar permanentemente incorporado al contenido del nodo.

Es importante percatarse de las ventajas que ofrece el Internet en términos de costo, ya que el acceso a información, y la posibilidad de capacitar a un gran número de usuarios, sin necesidad de que se desplacen geográficamente, redundan en beneficios económicos y de tipo organizacional. Aunque por el momento no está muy desarrollada la capacidad informática de las instituciones de salud y particularmente de los servicios asistenciales, los costos de desarrollarla serían relativamente pocos a la luz de sus grandes ventajas. También cabe considerar el ahorro en impresión y distribución de materiales. Los participantes y destinados de un nodo de salud serían todas las instituciones que se desenvuelven en este campo; los profesionales y técnicos de la salud de los niveles central y local; investigadores y personal docente; alumnos de grado y posgrado de las diversas disciplinas en el área de la salud y en sus campos afines; y miembros de asociaciones científicas y de la seguridad social.

El desarrollo del nodo de salud

El desarrollo del nodo de salud se llevaría a cabo mediante un proceso de desarrollo tecnológico y otro de desarrollo institucional. El primero abarcaría la creación física del nodo y su conexión al Internet; el segundo, la instalación de diferentes

servidores y la conexión de los usuarios a los nodos. El desarrollo institucional incluiría, por lo tanto, los siguientes aspectos: instalar y promover servidores como en el Gopher y la WWW a modo de concentrar la información disponible en la red de Internet; desarrollar información correspondiente a las distintas áreas contenidas en el nodo; crear y promover metodologías de EPS y de actualización de personal a distancia, utilizando imágenes y sonido para reforzar el carácter interactivo; detectar nuevas necesidades de información con miras a extender la red; fomentar el uso de las distintas vías de comunicación (E-mail, talk, TELNET) entre los destinatarios y participantes para favorecer el intercambio de experiencias e información; y para promover el uso de los servidores y WWW a manera de ampliar la utilidad de las herramientas anteriores.

Desde el punto de vista metodológico, el nodo funcionaría como motor inicial y movilizador de los recursos ya disponibles, coordinándolos y desplegando las posibilidades que ofrece la red, en virtud de su carácter descentralizado, para crear y circular información.

La creación de un nodo que aproveche las herramientas disponibles para hacer más accesible la información implica un nivel de coordinación más refinado que el del Internet, que permita concentrar y organizar la información sin alterar el carácter descentralizado de la red. Esto exige que el nodo opere como centro de información dinámico, centralizando la información y descentralizándola de nuevo. Las instituciones participantes y destinatarias que están a la cabeza de los adelantos en el campo de la salud señalarían la necesidad de iniciar o estimular búsquedas específicas y de dar ordenamiento sistemático a toda nueva información.

Un personal actualizado es capaz de resolver problemas en el lugar en que estos se presentan, sin necesidad de traslados costosos por falta de información o de acceso a centros de consulta prestigiosos. Aun cuando el traslado es inevitable debido a la falta de la tecnología adecuada o de capacitación en un área específica, este medio ofrece al médico local la posibilidad de mantener un diálogo con los servicios en que ingresan sus pacientes.

La utilidad del modo dependerá de la creación de una "cultura" en torno a su uso, es decir, de la presencia de usuarios que participen de forma interactiva y autónoma en la generación y reproducción de información, y de la promoción del trabajo en equipo. Las posibilidades se ampliarán en la medida en que el material incluido en el nodo fomente en los trabajadores, profesionales y técnicos una actitud activa y analítica hacia la búsqueda de soluciones.

El desarrollo de esta nueva forma de producir y usar información implica que los niveles de decisión deberán promover la capacidad informática de las instituciones no sólo mediante la adquisición de tecnología, sino también de la capacitación y estimulación intelectual del personal de salud.

El Internet ofrece, por medio de sus listas de interés, acceso a temas que raras veces suscitan una interacción y permite que países o zonas de menor desarrollo que enfrentan grandes dificultades para lograr transformaciones institucionales examinen la experiencia acumulada en otros lugares. La red también ofrece participación

en teleconferencias, en las cuales una entidad (a menudo un experto en el tema central de la conferencias) coordina la información y las discusiones. Para cada conferencia formula una serie de preguntas y el coordinador abre la discusión planteando un problema en forma de interrogante. Cada participación puede intervenir en la discusión desde computadoras tan pronto lee el planteamiento y todo los integrantes de la teleconferencias pueden participar en ella simultáneamente. Los temas se resumen en forma de menú en el directorio de la conferencia.

LAS EXPERIENCIAS DE NICARAGUA Y BOLIVIA:

En Nicaragua y Bolivia ya se han instalado y desarrollado un nodo de Internet destinado al sector de la salud. Un primer paso, como ha de ser siempre, fue la negociación con la compañía telefónica local, que en la mayor parte de los países de América Latina es una empresa privada o en proceso de privatización. La creación de un nodo independiente (Nicaragua) o regulado por una empresa que entrega una licencia al nodo (Bolivia) a menudo es decisión autorizada por la empresa telefónica nacional. En cualquier caso se torna indispensable disponer de personal idóneo que brinde este servicio a distancia.

En ambos países se presentó el problema de la poca capacitación del personal de salud en el campo de la informática, carencia que obliga a llevar a cabo proceso de capacitación intensos y prolongados. No obstante, la disponibilidad en español de software que es fácil de aprender (winsocket) permite a una persona con conocimiento básicos de windows aprender el uso básico de las herramientas del Internet en cuestión de 8 horas.

Por último, es fundamental, para llevar adelante la creación de un nodo en el área de salud, estimular y fomentar una cultura institucional respaldada por actividades de mercadeo entre las distintas instituciones que conforman el sector sanitario. Tanto en Nicaragua como en Bolivia se creó un nodo con información de interés nacional y se distribuye boletines para los usuarios con datos sobre el uso, el funcionamiento y las aplicaciones del Internet en el área de la salud. El uso de Internet se estimuló, además, mediante la apertura de cuentas especiales para miembros del personal de salud.

CONCLUSIONES

El sector de la salud de la mayor parte de los países está pasando por transformaciones estructurales sin poseer la capacidad de procesar los cambios necesarios. Diversos problemas-dificultades financieras, una mayor demanda de servicios, salarios bajos, disminución de los planteles personal, cambio en la organización de los servicios (descentralización, creación de sistemas locales, autogestión, etc.)- ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar procesos de capacitación que no requieran alargar los horarios ni movilizar al personal; que favorezcan la formación de equipos; que involucren a un gran número de trabajadores en cada institución; y que permitan una interacción entre los servicios y los niveles normativos, gerenciales, académicos e investigadores a fin de romper el aislamiento en que tan frecuentemente operan unos y otros.

Todas las herramientas del Internet son idóneas para la educación a distancia, puesto que permiten el envío de material bibliográfico, ejercicios, objetivos de lectura y evaluaciones. El talk permite "conservaciones" por computadora entre alumnos y personal docente. El Gopher y la WWW ofrecen nuevas posibilidades tecnológicas aplicables a la EPS, entre ellas la de desarrollar cursos interactivos con participación de catedráticos y alumnos separados por enormes distancias.

Entre los posibles usos del Internet para fines de la EPS a distancia destacan los siguientes: la acreditación de instituciones de salud asistenciales o académicas que ofrezcan desarrollar cursos de educación continuada para profesionales; el ofrecimiento de cursos en una institución o varias, con asignación de miembros del personal docente para el seguimiento del proceso formativo; y la facilitación del envío de materiales educativos y comunicaciones que normalmente se mandarían por vía postal.

Paulatinamente se podrán introducir algunos cambios para abreviar la distancia entre el proceso de capacitación y el de evaluación (tanto del alumno como de las actividades de capacitación propuesta). Muchas veces surgen dificultades porque el personal no ve reflejadas en estos procesos sus inquietudes y problemas. Por otra parte, muchas propuestas educativas no tienen en cuenta las dificultades de comprensión de las personas a quienes se dirigen. Los cambios introducidos estarían orientados a facilitar, mediante núcleos de participantes y discusiones en grupos sobre los materiales educativos, el planteamiento de dudas, el análisis de las propuestas de capacitación y de su adecuación a las necesidades cotidianas y el establecimiento de una comunicación con la entidad capacitadora. Esto puede constituir en el envío por el correo electrónico de la actividad generada en grupo, o en "conversiones" electrónicas con los miembros del personal docente.

Sería también factible desarrollar metodología menos estructuradas para conseguir una interacción más libre entre catedráticos y alumnos. Huelga decir que una tecnología como el Internet puede y debe adaptarse a las necesidades y particularidades de una gran variedad de situaciones.

Por último se advierte que la incorporación de Internet al sector sanitario como herramientas de trabajo no debe convertirse en asunto de expertos, ya que ellos deformarían la naturaleza Horizontal del Internet. Más bien, el uso de la red debe introducirse en todos los procesos que tienen lugar dentro de las instituciones de salud. Con tal fin, todo miembro del personal del sector sanitario debe aprender a manejar esta tecnología, sin que por ello se convierta en un ingeniero de informática.

La creación de un nodo de salud es un proceso lento. El internet no es una tecnología efímera y su incorporación como herramientas de trabajo, en áreas tales como la vigilancia epidemiológica, la capacitación a distancia, y la consulta a bibliotecas y centros de documentación, redundará indudablemente en el mejor funcionamiento del sector de la salud.

REFERENCIAS

Aiton JF. The World-Wide Web: an interface between research and teaching in

- bioinformatics. *Dis-Markers* 1994; 12:3-10.
- Anderson RK, Haddik A, McCray JC, Wunz TP. Developing a health information infrastructure for Arizona. *Bull Med Libr Assoc* 1994; 82:396-400.
- Barnett O, Shortliffe E, Church H, et al. Patient care applications on Internet. *Proc Annu Symp Comput Appl Med Care* 1994; 1060.
- Bax M. Getting on the Internet [editorial]. *Dev Med Child Neurol* 1995; 37: 565-566.
- Belmonte-Serrano MA. Internet en la medicina del 2000. *Med Clin Barc* 1995; 104: 744-752.
- Bergren MD. III. Electronic communication. *J Sch Nurs* 1995; 11:7-9.
- Boutell T, Garrels JI, Franz Br, Monardo PJ, Latter GI. Ref. 52 on Global Gel Navigator: an internet-accessible two-dimensional gel electrophoresis database. *Electrophoresis* 1994; 15: 1487-1490.
- Brandon AN, Hill DR. Selected list of books and journals for the small medical library. *Bull Med Libr Assoc* 1995; 83: 151-175.
- Breimer LH, Breimer DD. A computer-based international "thesis-line?" *Trends Biochem Sci* 1995; 20: 175-176.
- Burnett L, Barger D. Nurse executives on-line: connecting to on-line services. II Bulletin boards and the Internet. *Aspens Advis Nurse Exec* 1995; 10(8): 6-8.
- Cavanaugh CA, Yirka YM, Thompson CA. Sending material for publication in AJPH via Internet. *Am J Health Syst Pharm* 1995; 52: 1396-99.
- Corn M, Johnson FE. Connecting the health sciences community to the Internet: the NLM/NSF grant program. *Bull Med Libr Assoc* 1994; 82: 392-395.
- D'Alessandro MP, Galvin JR, Erkonen WE, et al. The virtual hospital: creating and organizing a ubiquitous health sciences organization on the Internet. *Proc Annu Symp Comput Appl Med Care* 1994; 1061.
- D'Alessandro MP, Lacey DL, Galvin JR, Erkonen WE, Santer DM. The networked multimedia textbook: distributing radiology multimedia information across the Internet. *JR Am J Roentgenol* 1994; 163: 1233-1237.
- Dailey DJ, Eno KR, Brinkley JF. Performance evaluation of a distance learning program. *Proc Annu Symp Comput Appl Med Care* 1994; 76-80.
- Datz FL, Baune DA, Christian PE. Redirection of client/server relationship of X Window system as a simple, low-cost, departmental picture archiving and communication system solution for nuclear medicine. *J Digit Imaging* 1994; 7:107-112.
- Delamothe T. BMJ on the Internet. *Br Med J* 1995; 310: 1343-44.
- Di Giorgio CJ, Richart CA, Klatt E, Necich MJ. E-mail, the Internet, and information access technology in pathology. *Semin Diagn Pathol* 1994; 11:294-304.
- Dolin R. Medical applications on the Internet. *MD Comput* 1995; 12:162-165.
- DoVan M, Humphrey LM, Cox G, Ravin CE. Initial experience with asynchronous transfer mode for use in a medical imaging network. *J Digit Imaging* 1995; 8: 43-48.
- Ellenberger B. Navigation physician resources on the Internet. *Can Med Assoc J* 1995; 152: 1303-07.
- Erhardt Domino K, Pletcher T, Wilson W, Atkins D, Panko WB. The Internet: will this highway serve the digital library? *Bull Med Libr Assoc* 1994; 82: 426-433.
- Finogold L. The Internet and the Journal [carta]. *New Engl J Med* 1995; 333:1079.
- Flannery MR. Cataloging Internet resources. *Bull Med Libr Assoc* 1995; 83: 211-15.
- Frey AH. The Internet biologist *FASEB J* 1995; 9: 472.
- Frey AH. The Internet biologist [noticia] *FASEB J* 1995; 9:994.
- Frey AH. The Internet biologist [noticia] *FASEB J* 1994; 8:1110.
- Fuchs R. Sequence analysis by electronic mail: a tool for accessing Internet e-mail servers. *Comput Appl Biosci* 1994; 10: 413-417.
- Fuller SS. Internet connectivity for hospitals and hospital libraries: strategies. *Bull Med Libr Assoc* 1995; 83: 32-36.
- Galvin JR, D'Alessandro MP, Kurihara Y, Erkonen WE, Knutson TA, Lacey DL. Distributing and electronic thoracic imaging teaching file using the Internet, Mosaic, and personal computers. *AJR Am J Roentgenol* 1995; 164: 475-478.
- Gardner RA. Toxicology abstracts, an electronic journal on the Internet. *Toxicology* 1995; 99: 219-228.
- Gilas T, Schein M. General surgery Internet forum [carta]. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 780.
- Gilas T, Schein M. New Internet LISTSERV mailing list, SURGINET [carta]. *Am Coll Surg* 1995; 181:277.
- Giles IG. A compendium of reviews in biochemistry and molecular biology published in the second half of 1993. *Int J Biochem* 1994; 26: 1163-1201.
- Gnassi JA, Bormel JI, Blewett DR, Kim RJ, Barnett GO. A medical information resource server: one stop shopping on the Internet. *Proc Annu Symp Comput*

- Appl Med Car** 1994; 1025.
- Godard P, Godard M. The Internet and the Journal. [carta]. **N Engl J Med** 1995; 333: 1078-1079.
- Goldwein JW, Benjamin I. Internet-based medical information: time to take charge [editorial]. **Ann Intern Med** 1995; 123: 152-153.
- Goldwein JW, Benjamin I. The Internet and the Journal [carta]. **N Engl J Med** 1995; 333: 1078.
- Grimes DA. Introducing evidence-based medicina into a department of obstetrics and gynecology. **Obstet Gynecol** 1995; 86: 451-457.
- Hancock L. Nursing resources on the Internet. **Aspens Advis Nurse Exec** 1994; 10:7-8.
- Harper R. Access to DNA and protein databases on the Internet. **Curr Opin Biotechnol** 1994; 5:4-18.
- Harper R. World Wide Web resources for the biologist. **Trends Genet** 1995; 6: 223-228.
- Heumann K, George D, Mewes HW. A new concept of sequence data distribution on wide area networks. **Comput Appl Biosci** 1994; 10: 519-526.
- Hildebrandt F. Genetic renal diseases in children. **Curr Opin Pediatr** 1995; 7:182-191.
- Hollander SM, Lanier D. Orientation to the Internet for primary care health professionals. **Bull Med Libr Assoc** 1995; 83: 96-98.
- Huntley AC, Conrad SJ. Internet tools in the medical classroom. **Med Educ** 1994; 28: 508-512.
- Jack D. Popular medical information on Internet [carta]. **Lancet** 1995; 346: 250.
- Kaltenborn KF, Himmelmann GW. Scientific information and communication on the Internet. **Med Klin** 1995; 90: 428-434.
- Krol E, ed. Conéctate al mundo INTERNET: guía y catálogo. México, DF: O'Reilly & Associates, Inc. 1994.
- Lacroix EM, Backus JE, Lyon BJ. Service providers and users discover the Internet. **Bull Med Libr Assoc** 1994; 82: 412-418.
- Lief PD. The Internet and the Journal [carta]. **N Engl J Med** 1995; 333: 1077.
- Lilienthal MG. Defense Simulation Internet: next generation information highway. **J Med Syst** 1995; 19: 213-217.
- Lindberg DA, Humphreys BL. The highperformance computing and communications program, the national information infrastructure and health care. **J Am Med Inform Assoc** 1995; 2: 156-159.
- Lindberg DA. HPCC and the National information Infrastructure: and overview. **Bull Med Libr Assoc** 1995; 83: 29-31.
- Lindberg DA, Humphreys BL. Computers in medicine. **JAMA** 1995; 273: 1667-1668.
- Ma J, Miyazaki S, Sugawara H. A handy database for culture collections worldwide: CCINFO-PC. **Comput Appl Biosci** 1995; 11:209-212.
- McCoy K. Peeking through the Internet: getting started. **Insight** 1995; 20:27-28.
- McEnery KW. The Internet, World-Wide Web, and Mosaic: an overview. **AJR Am J Roentgenol** 1995; 164: 469-473.
- McFarland MA, Gallagher K, Krash P, Bouchard C. Developing a health sciences library: more involved than meets the eye. **Bull Med Libr Assoc** 1995; 83: 216-220.
- McKinney WP, Wagner JM, Bunton G, Kirk LM. A guide to Mosaic and the World Wide Web for physicians. **MD Comput** 1995; 12: 109-114, 141.
- McKinney WP, Barnas GP, Golub RM. The medical applications of the internet: informational resources for research, education, and patient care. **J Gen Intern Med** 1994; 9: 627-634.
- Mezrich RS, DeMarco JK, Negin S, Keller I, et al. Radiology on the information superhighway. **Radiology** 1995; 195: 73-81.
- Millman A, Lee N, Kealy K. ABC of medical computing: the Internet. **Br Med J** 1995; 311: 440-443.
- Nakai K, Tokimori T, Ogiwara A, Uchiyama I, Niiyama T. Gnome -an Internet-based sequence analysis tool. **Comput Appl Biosci** 1994; 10:547-550.
- Nicholl D, Williams A, Davies D. BMJ on the Internet: neuroscience on he Internet. **Br Med J** 1995; 310: 1675.
- Odaka T, Takahama T, Wagatsuma H, Shimada K, Ogura H. A visual data analysis system for the medical image processing. **J Med Syst** 1994; 18: 151-157.
- Owens RG. Ethics of executed person on Internet [carta]. **Lancet** 1995; 345 (8949): 653.
- Pignone M. The Internet and the Journal [carta]. **N Engl J Med** 1995; 333: 1079.
- Powsner SM, Roderer NK. Navigating the Internet. **Bull Med Libr Assoc** 1994; 82: 419-425.
- Rauch S, Holt MC, Horner M, Rambo N. Communy hospitals and the Internet: lessons from pilot connections. **Bull Med Libr Assoc** 1994; 82: 401-406.
- Regennitter FJ, Volz JE. An introduction to the Internet. **Am J Orthod Dentofacial Orthop** 1995; 107(2): 214-217.
- Regennitter FJ, Volz JE. An introduction to the Internet. **Am J Orthod Dentofacial Orthop** 1995; 107(3): 339-344.
- Regennitter FJ, Johnson BE. Electronic mail on the Internet. **Am J Orthod Dentofacial Orthop** 1995; 108(2): 219-222.
- Reiser, JS, ed. La medicina y el imperio de la tecnología, México, DF: Fondo de Cultura Económica; 1990.
- Reynolds TM. Popular medical information on Internet [carta]. **Lancet** 1995; 346-250.
- Richardson ML. A World-Wide Web radiology teaching file server on the Internet. **Am J Roentgenol** 1995; 164: 479-483.
- Riley RA, Shipman BL. Building and maintaining a library: traditional skills applied to emerging resources. **Bull Med Libr Assoc** 1995; 83: 221-227.
- Rizzolo MA, DuBois K. Developing AJN Network: transforming information to meet the needs of the future. **Proc Annu Symp Comput Appl Med Care** 1994; 27-31.
- Roeggla G, Landesmann U, Roeggla M. Ethics of executed person on Internet [carta]. **Lancet** 1995; 345(8944): 360.
- Rogers G. Nurses and the Internet. **J Emerg Nurs** 1995; 21: 160-162.
- Ruskin KJ. How to access Journal of Clinical Monitoring abstracts on the Internet [carta]. **J Clin Monit** 1994; 10: 371-373.
- Sánchez Ferrer A, Núñez Delicado E, Bru R. Software for reviewing biomolecules in three dimensions on the Internet. **Trends Biochem Sci** 1995; 20: 286-288.
- Scherrer JR. Communications, future needs and present solutions. **Int J Biomed Comput** 1995.
- Sharma P. Popular medical information on Internet [carta]. **Lancet** 1995; 346: 250.
- Sorensen E. Internet-nyttig hjertepemiddel for leger. **Tidsskr Nor Laegeforen** 1994; 114: 3350.
- Spitz R. A short tutorial: the Internet as a global information source. **Int J Clin Monit Comput** 1995; 12:43.
- Steuer J. How to access images on the Internet. **J Nucl Med** 1995; 36: 24N.
- Taubes G. Indexing the Internet [noticia]. **Science** 1995; 269: 1354-1356.
- Tomaiuolo NG. Accessing nursing resources on the the Internet. **Comput Nurs** 1995; 13: 159-164.
- Tyler JM. The Internet: legal rights and responsibilities. **Med Surg Nurs** 1995; 4: 229-233.
- Vaitones V, Rice L, Degner LF, Morra ME, Greening K, Fernster J. "Protocol shopping" on the Internet. **Cancer Pract** 1995; 3: 274-278.
- Varma DG, Grossman J, Draper EJ, Durke VW III. Computerized scientific exhibit in radiology: a valuable format for delivering scientific information. **Radiographics** 1994; 14: 1127-1138.
- Wallis JW, Miller MM, Miller TR, Vreeland TH. An Internet-based nuclear medicine teaching file. **J Nucl Med** 1995; 36: 1520-1527.
- Watson CB. The Internet and the Journal [carta]. **N Engl J Med** 1995; 333(16): 1077.
- Webster C, Pople A, Silva R, Wang X, McLinden S. A Tcl/Tk-based graphical interface to medical and administrative information. **Proc Annu Symp Comput Appl Med Care** 1994; 992.
- White M, Ostbye T. Global public health and the information superhighway. Epidemiologists are using the Internet [carta]. **Br Med J** 1994; 309: 736.
- Wiviott LD. The Internet and the Journal [carta]. **N Engl J Med** 1995; 333(16): 1078.
- Wood EH. The options for health professionals. **J Am Med Inform Assoc** 1994; 1: 372-380.
- Yoshihara H. Status quo and future prospects of the total hospital information system of a Japanese medical college. **J Med Syst** 1994; 18: 229-240.
- Zelinger J. Exploring the Internet. **MD Comput** 1995; 12: 100-108, 144.
- Zernik JH. Electronic Study Club on Internet [carta]. **Am J Orthod Dentofacial Orthop** 1994; 106: 21A-22A.

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

El SIDA y sus manifestaciones en la cavidad bucal

RESUMEN

El Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una epidemia mundial a la cual todos debemos hacerle frente. El número de diagnósticos en pacientes infectados con HIV aumenta cada día. El odontólogo como profesional de la salud está expuesto a contraer la enfermedad, o a servir como un vector y transmitir la infección de un paciente a otro.

Las manifestaciones bucales son importantes para el diagnóstico de pacientes con SIDA en la consulta dental. En el presente se enfoca de manera general la problemática del SIDA, respondiendo a las preguntas más frecuentes. Las manifestaciones bucales que se hallan en un alto porcentaje de pacientes son descritas, así como medidas para evitar la contaminación cruzada en la consulta dental. Se sugiere un criterio para el tratamiento a pacientes infectados con HIV, así como las medidas de precaución que se deben tener tanto antes como después del tratamiento.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) fue descrito por primera vez en 1981, cuando un grupo de pacientes jóvenes y anteriormente sanos se presentaron con neumonía por *Pneumocystis carinii* y sarcoma de Kaposi, ambas enfermedades raras en pacientes jóvenes e inmunocompetentes.

En 1984, Robert Gallo y Luc Montagnier descubrieron que el SIDA era causado por la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (HIV, en principio llamado HTLV-III). Desde entonces se han reconocido dos cadenas de este virus HIV-1 y HIV-2.

Dos atributos convierten al SIDA en una dolencia única entre las enfermedades infecciosas: 1) es uniformemente letal y 2) la mayor parte de los síntomas devastadores no son causados directamente por el agente causal (sino por una serie de microorganismos oportunistas).

En 1993 el SIDA mantenía el primer lugar de muertes entre los hombres norteamericanos en las edades de 25 a 40 años y el cuarto en las mujeres del mismo grupo de edad¹. En nuestro país, aunque no se ha confirmado oficialmente el número de casos, los investigadores locales notifican 36 casos de seropositividad en un total de 300 muestras examinadas hasta abril de 1985, estimándose un 12 por ciento del total².

Por estas razones, los grupos del alto riesgo dentro de la comunidad como es el personal de salud debe tener un cuidado muy especial, ya que se encuentra expuesto a contraer la enfermedad accidentalmente en cualquier momento.

OBJETIVOS:

- Enfocar las características generales del SIDA.
- Conocer algunas de las manifestaciones más frecuentes en la cavidad bucal incluidas en el SIDA y reconocerlas durante la práctica odontológica.
- Describir diferentes métodos preventivos para los grupos de alto riesgo (paciente-odontólogo).

DISCUSIÓN

El virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) es una enfermedad infecto-contagiosa y epidémica de transmisión predominantemente sexual, con elevada mortalidad de las personas afectadas. Se presenta en grupos sociales de alto riesgo como drogadictos, hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (términos que no es sinónimo de homosexual), receptores de sangre o sus derivados, núcleos promiscuos y el personal de salud.

¿Qué es el SIDA?

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se define como un conjunto patológico en el que participan tres elementos: la enfermedad producida por el HIV, las infecciones oportunistas que le preceden o le acompañan y otros padecimientos que se asocian (p.e. el surgimiento de neoplasias malignas como el Sarcoma de Kaposi).

La etiología (causa) de este síndrome es la infección con el HIV. Este virus es miembro de la familia citopática lentivirus de los retrovirus. Posee en su núcleo dos cadenas idénticas de ARN que contienen la información viral, varias enzimas (entre ellas la transcriptasa reversa) y una glicoproteína (gp120) la cual funciona como un siti inicial de unión a la célula huésped. El virus ataca los linfocitos t-cooperadores y a cualquier célula que posea receptores del tipo CD4 (del ing. *cluster designation*) como los macrófagos, monocitos, etc., ocasionando graves alteraciones al sistema inmunitario de mediación celular.

¿Cómo se contagia?

El HIV se contagia de un individuo portador de la enfermedad a otro sano por el paso de las células infectadas como son los linfocitos, macrófagos y espermatozoides (esto es debido a que los virus son parásitos intracelulares obligados y mueren rápidamente cuando están fuera de las células), aunque puede producirse la infección por virus libres. Por lo tanto se contagia mediante cualquier medio que contenga suficientes células blancas infectadas.

El HIV es muy labil en estado libre y no puede atravesar con facilidad las superficies corporales intactas³. El virus se ha detectado en diversos líquidos corporales, entre ellos la sangre periférica, el semen, las secreciones vaginales, la leche materna, el LCR, la saliva y las lágrimas. Es poco probable que estos últimos cuatro elementos representen medios de transmisión importantes.

Con pocas excepciones, hoy en día, la transmisión del HIV ocurre generalmente por medio de una de tres vías³: el contacto sexual, el abuso de drogas intravenosas y el pasaje vertical de las madres infectadas a sus hijos. En la actualidad la transmisión heterosexual y la transmisión congénita de las madres a sus hijos se está volviendo muy importante.

La transmisión puede producirse después de uno o dos contactos sexuales solamente, aunque la tasa más baja se registra en los cónyuges de los hemofílicos positivos para el HIV, sugiere que, en muchos casos, el virus no es transmitido con facilidad inclusive después de muchos años. Las posibles explicaciones de esta disparidad incluyen los factores genéticos que influyen sobre la susceptibilidad, la mayor virulencia de ciertas etapas de HIV y la variable transmisibilidad en los diferentes estadios de la infección.

De las personas que adquieren el HIV por contactos heterosexuales el 17 por ciento son hombres y el 83 por ciento son mujeres³. En consecuencia, la transmisión ocurre con mayor rapidez de los hombres infectados a los contactos femeninos que a la inversa, pero se dan en ambas direcciones. La transmisión vaginal de las mujeres a los hombres puede ocurrir con una frecuencia menor

debido a los factores desfavorables para la supervivencia del HIV en la vagina y porque esta transmisión puede requerir la presencia de ulceraciones en el pene o daño a la mucosa uretral masculina.

La transmisión del HIV entre los trabajadores de la salud es un área de preocupación particular. Extensos estudios han confirmado que la transmisión del HIV en el contexto clínico es bastante rara. El riesgo de infección luego de pinchazos accidentales con agujas utilizadas para la extracción de sangre de los pacientes infectados por el HIV es de 0.5 por ciento³. El riesgo por exposición de mucosas o por la contaminación de la piel aparentemente intacta es considerablemente menor.

Por último podemos decir que se ha propuesto a los artrópodos vectores como una vía de transmisión, pero no se dispone evidencia de ello. Si los artrópodos, como las garrapatas y los mosquitos, fueran importantes, los niños de países como el nuestro se infectarían frecuentemente, ya que a menudo son víctimas de picaduras.

¿Cómo puedo saber si alguien es portador del HIV?

Existen varias pruebas serológicas para detectar y caracterizar los anticuerpos anti-HIV específicos en el suero humano. Las pruebas inmunológicas iniciales para el HIV consisten en un ELISA^{2,3} (ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas). Esta prueba se lleva a cabo por medio del agregado de una muestra del suero del paciente a unos pequeños hoyuelos de plástico que contienen el antígeno del HIV, si existen anticuerpos presentes formarán el complejo antígeno-anticuerpo, después se lavan los componentes que no reaccionaron y se agrega antisuero con inmunoglobulina antihumana vinculada a una enzima fácilmente detectable como la peroxidasa. Los anticuerpos anti-HIV en la muestra clínica son detectables cuando se agrega un sustrato enzimático cromogénico; el cambio de color adecuado indica una prueba positiva. La prueba por lo general se repite con muestras positivas y los resultados se pueden confirmar por medio de inmunofluorescencia o análisis "western blot".

Western blot es la prueba más sensible para la detección del HIV², ya que no sólo permite reconocer todos los antígenos virales, sino medir la respuesta de cada una de las polipéptidos individuales del virión. En esta prueba los polipéptidos se separan por medio de electroforesis y son transferidos (blotted) a un delgado filtro de membrana donde el complejo antígeno-anticuerpo es identificado por niveles de radioactividad.

El ELISA tiene una tasa de resultados falsos positivos de aproximadamente 0.4 por ciento, mientras que las pruebas western blot confirmados tienen una tasa de falsos positivos que se aproxima a un notable 0.005 por ciento³.

¿Cuáles son las manifestaciones bucales del SIDA?

Innumerables son las manifestaciones bucales que pueden acompañar tanto a los enfermos del SIDA como a los individuos sanos que pertenecen al grupo de riesgo.

La mayoría de estas enfermedades son oportunistas (que aprovechan la inmunosupresión del paciente para acatar) y no son

exclusivas de pacientes seropositivas de HIV. Otras lesiones son más características debido a que no se relacionan con frecuencia con paciente jóvenes e inmunocompetentes.

La clasificación de las lesiones bucales asociadas a la infección por HIV se realiza según la naturaleza del microorganismo invasor. En el cuadro 1 se muestra las más frecuentes.

CLASIFICACIÓN DE LESIONES BUCALES POR HIV

Cuadro 1

Infecciones producidas por hongo	Candidiasis Bucal
	Queilitis Angular
	Histoplasmosis Bucal
Infecciones producidas por Bacteria	Gingivitis Ulcero-Necrosante
	Periodontitis Rápidamente progresiva
	Mycobacterium Avium Intracelulares
Infecciones producidas por virus	Estomatitis Herpética
	Herpes Zoster Bucal
	Leucoplasia Velloso
	Herpes Simplex Labial
Neoplasias	Condiloma Acuminado Bucal
	Sarcoma de Kaposi
	Carcinoma Espinocelular
	Linfoma No-Hodgkin

1. Infecciones producidas por Hongos:

1.1 Candidiasis Bucal.

La candidiasis es una enfermedad causada por un hongo parecido a una levadura, la *Cándida Albicans*. Se ha demostrado que este microorganismo habita comúnmente en la cavidad bucal, aparato digestivo y vagina de personas que clínicamente no están afectadas. Se dice que se la enfermedad más oportunista del mundo y se manifiesta en pacientes tratados con antibióticos por largos períodos y en paciente inmunosuprimidos (como los que poseen HIV).

Existen dos formas básicas de la enfermedad: una mucocutánea y una sistémica. Sólo describiremos la mucocutánea por ser la mayor interés para el odontólogo.

La candidiasis mucocutánea se pseudomembranosa aguda es la forma más común. Aparece en un 75 por ciento de los pacientes con SIDA?

1.2 Queilitis Angular.

La queilitis angular se presenta de forma de área pálidas alrededor de ambas comisuras labiales, éstas tienen a agrietarse y a sufrir infección secundaria. Esta lesión tiende a la manifestación bilateral y en algunos casos se extiende hasta la mucosa. Existe una relación íntima entre esta lesión y la presencia de *Cándida Albicans*.

1.3 Histoplamisis:

La histoplamosis es un enfermedad infecciosa causada por el hongo *Histoplasma capsulatum*, este es un hongo levaduriforme,

ovoide y pequeño que se encuentra dentro de los macrófagos y células del sistema reticuloendotelial causando lesiones en piel y mucosa. Generalmente se encuentra en el piso de la boca.

2. Infecciones producidas por bacterias:

2.1 Gingivitis Ulcero-Necrosante:

Esta enfermedad se caracteriza por una inflamación destructiva de la encía. Ocurre mayormente como una enfermedad aguda. Sus lesiones características son depresiones socavadas, crateriformes en la cresta de la papila interdental. La superficie de los cráteres su cubre por una pseudomembrana gris esfacelada, separada de la mucosa gingival restante por una línea de eritema pronunciado. Esta lesión destruye la encía y tejido periodontales subyacentes en forma progresiva.

2.2 Periodontitis Rápidamente Progresiva.

Las características clínicas son inflamación extrema de las encías, hemorragia, proliferación de la encía marginal, exudación y rápida pérdida ósea. Puede cesar y estar en reposo o progresar hasta la pérdida dentaria.

2.3 Mycobacterium Avium Intracelulares (MAI).

Es una bacteria que es desarrollada por el 50 por ciento de los pacientes afectados por SIDA. Es más frecuente en los varones homosexuales. Las manifestaciones bucales de esta infección se localiza en el paladar en forma de lesiones ulceradas de bordes indurados y centro necrótico.

3. Infecciones producidas por Virus:

3.1 Estomatitis Herpética:

Esta lesiones son producidas por el virus herpes hominis (HSV-1). Esta lesiones poseen características de una úlcera de centro necrótico, dolorosa, que produce disfagia y halitosis. En paciente sanos son fáciles de reconocer, pero en pacientes con HIV son difíciles de diferenciar clínicamente de otra ulceraciones ligadas a la infección por HIV.

3.2 Herpes Zoste

El herpes zoster (HZ) es una enfermedad infecciosa aguda, causada por un virus del mismo nombre, que se localiza en los ganglios raquídeos, los pares craneales y la epidermis. Ocasiona una neuritis muy dolorosa por afección viral a los ganglios raquídeos a los nervios craneales, generalmente forma vesículas cutáneas en el trayecto de los nervios.

3.2 Leucoplasia Velloso

La leucoplasia velloso es una enfermedad que se encuentra en los bordes laterales de la lengua, tiene una distribución bilateral y se puede extender a la cara ventral. La lesión se caracteriza por un área queratósica, poco marcada, asintomática que varía desde unos cuantos milímetros a varios centímetros de tamaño. A menudo

hay estría verticales características, que dan una apariencia corrugada o "polisa". Está considerada como uno de los signos más relevantes ya que aparece en un 83 por ciento de los pacientes infectados con HIV.

3.5 Herpes Simplex Labial:

El herpes labial es una manifestación bucal frecuente en pacientes con deficiencia de linfocitos T⁴. Las lesiones van precedidas de un período prodrómico de hormigueo o ardor que se acompaña de edema en el sitio de la lesión, seguido de la formación de pequeñas vesículas de 1 a 3 mm de diámetro cada una, agrupadas en 1 a 2 cm. En los pacientes con inmunosupresión las lesiones, las lesiones puedan tener varios centímetros de diámetros, causando molestias y desfiguración del labio.

3.6 Condiloma Acuminado Bucal:

Es una enfermedad infecciosa causada por un virus que pertenece al grupo de los papilomavirus humanos. Las lesiones bucales han aparecido como nódulo de color blanco o rosado, que se agrandan, proliferan y se unen afectando principalmente la lengua (en especial al dorso), mucosa bucal, paladar, encía y reborde alveolar.

4. NEOPLASIAS:

La Neoplasias más frecuente es el *Sarcoma de Kaposi (KS)*¹. Aparece principalmente en hombres homosexuales. Es una neoplasia multifocal vascular de crecimiento lento la cual presenta características distintas a medida que avanza la enfermedad. En la etapa inicial, las lesiones bucales con máculas purpurorrojizas indoloras de la mucosa. Conforme la lesión progresa, llega a ser nodular y con facilidad puede confundirse con otras afecciones vasculares como el hemangioma, hematoma o varicosidad.

Este sarcoma se presenta en 34 por ciento de los pacientes con SIDA, de éstos, el 50 por ciento tiene afectada la cavidad bucal, siendo el lugar de predilección el paladar. Cuando se encuentra en hombres de 35 a 44 años de edad se considera patognomónico de la infección por el virus de Inmunodeficiencia humana.

PREVENCIÓN

El control de la diseminación del SIDA ha sido difícil porque todavía no se dispone de una vacuna. Para controlar esta enfermedad se requiere un cambio de estilo de vida de muchos individuos; la educación parece ser la forma más eficaz de reducir la propagación del SIDA en la época actual.

Las medidas más importante incluyen la reducción de la práctica de alto riesgo, como por ejemplo, los contactos sexuales múltiples tanto en la población homosexual como en la heterosexual, el uso de preservativos, la toma de conciencia acerca del peligro de las relaciones anales y el uso de agujas en común por parte de los adictos a drogas intravenosas.

El odontólogo como profesional del área de la salud también

debe adoptar alguna medidas de seguridad para evitar contaminaciones en su práctica profesional. Entre estas medidas están:

1. Establecer ante de iniciar el tratamiento dental una historia clínica detallada que incluya una prueba para el HIV-1 y HIV-2.

La historia clínica de rutina permitirá identificar a la mayoría de los pacientes pertenecientes a grupos de alto riesgo, con la posibles excepción de los drogadictos que se inyectan y los homosexuales.

2. Garantiza la seguridad de cada paciente utilizando aguja desechables y ampollas nuevas para cada uno, instrumental esterilizado en autoclave y los que no puedan ser esterilizados limpiados con soluciones desinfectantes. El aprovechamiento de agujas y ampollas usadas es una costumbre peligrosa que todavía no ha desaparecidos. Es muy importante tomar todas estas medidas ya que es una forma de evitar la contaminación cruzada paciente con HIV en el consultorio dental. Esta falta debe considerarse una negligencia profesional por parte del odontólogo. No hagamos a los demás lo que no nos gustaría que nos hicieran a nosotros mismos.

Las fresas y las turbinas deben ser limpiadas con soluciones desinfectantes como hipocloritos de sodio 5 por ciento, alcohol etílico 70 por ciento o glutaraldehído 2 por ciento, al igual que las superficies de trabajo (en caso de que se utilice un sistema de bandejas estériles, los cual sería ideal).

Cuando la limpieza entre pacientes y pacientes se haya limitado al uso de alcohol, las superficies de trabajo se someterán la tratamiento con glutaraldehído o hipoclorito al final de la jornada. Por supuesto, lo ideal sería que utilizáramos una bandeja diferente para cada paciente la cual este previamente desinfectada con glutaraldehído la 2 por ciento. En caso de que se haya tratado un paciente clasificado como portador, el tiempo mínimo de exposición con la solución recomendado es de 30 minutos.

La tarea de limpieza y desecho del materiales de la que ofrece mayor riesgo para la salud y seguridad del ayudante del odontólogo². Para el desecho de filos (agujas, escarpelos, ampollas, etc.) se usarán guantes gruesos de tipo domésticos en una caja o contenedor seguro.

La servilletas, algodones, vasos plásticos y guantes quirúrgicos se tiran en fundas de plástico resistente. Es de suma importancia bucal la colaboración de algún hospital para la incineración de este material potencialmente infeccioso, debido a que se es arrojado al basurero puede causar cualquier tipo de accidente entre personas que buscan en la basura y los que la recogen.

El instrumental debe ser esterilizado luego de ser lavado con alguna de la soluciones mencionadas en autoclave a 121°C por 20 min. Si se prefiere aire caliente es importante respetar estrictamente la instrucciones del fabricante tratando de no agregar a quitar instrumento ante que termine el ciclo.

La protección diaria es sumamente importante tanto para el paciente como para el odontólogo, ya que existen enfermedades que van desde una hepatitis hasta un simple resfriado que puede contagiar por la respiración o por una pequeña gota de saliva o

ENTIDADES NOSOLÓGICAS BUCALES MÁS IMPORTANTES EN RELACION CON LA INFECCIÓN POR VIH

	Etiología	Formas	Localizac.	Diagnóst.	Tratam.	Evolución	Valor pronóstico
		Clínicas	más frec.		específ.		
Candidiasis	Candida albicans, C. parapsilosis y otras especies.	1. C. eritematosa. 2. C. pseudo-membranosa. 3. C. hiperplásica. 4. Queilitis angular.	Dorso de lengua. Paladar.	Clínica. Frotis (PAS) Cultivo. Histopatología.	Nistatina. Ketoconazol. Fluconazol. Dejar de fumar.	Tienden a recidivar. Cronicidad.	La c. pseudo-membranosa es signo precursor de desarrollo de SIDA.
Leucoplasia vellosa	Virus de Epstein Barr (?).	Placa blanca Superficie: -corrugada -vellosa -plana	Margos de lengua. Dorso de lengua.	Clínica. Histopatología. Hibridación. DNA in situ.	Aciclovir O. 1000 mg/d/2 sem	Tiende a recidivar y extenderse.	Signo precursor de desarrollo de SIDA.
Sarcoma de Kaposi	Citomegalovirus (?)	Placa vinosa que crece como tumoración grande y multicéntrica.	Paladar. Encía. Dorso de lengua.	Clínica. Histopatología. M.E.	Radioterapia. Vinblastina intralesional.	Tiende a persistir y crecer.	Enfermedad indicadora de SIDA.
Herpes simple recidivante	Virus del herpes simple.	1. Labial. 2. Intraoral. 3. Mixto.	Labio. Encía. Paladar.	Clínica. Frotis. Histología. Cultivo. ELISA, IFD.	Aciclovir i.v. 5 mg/kg/8h/ 2 sem.	Persistente. Progresivo. No autolimitado.	Enfermedad indicadora de SIDA si persiste más de 1 mes.
Enfermedad periodontal	Flora parecida a la de las formas convencionales.	1. Gingivitis. 2. GUNA. 3. Periodontitis.	Tejidos peridentarios.	Clínica. Radiología. Bacteriología.	Convencional. Antibióticos.	1. Cronicidad. 2. Recidiva. 3. Rápida progresión.	No tipificado.

sangre que caiga en los ojos; se han presentado casos en que una pequeña partícula altamente infectada cae en el ojo causando una úlcera en este. Por esta razón es recomendable el uso diario de gafas protectoras durante la práctica odontológica de contacto directo, durante el excavado y pulido de alta velocidad y durante la limpieza de los instrumentos para esterilizar. Es necesario el uso de batas de cuerpos largos, ya que protegen una mayor superficie corporal.

Se recomienda además el uso de mascarilla ya que reducen el contagio de enfermedades y evita la inhalación de micropartículas dentales. Las mascarilla tiene también la ventaja de que evitan que el odontólogo se toque la nariz o la cara.

No se debe dejar a un lado el uso continuo de guantes, debemos utilizarlos en todos los procedimientos por lo menos exposición sanguínea que haya y no olvidar cambiarlos cada ciertos tiempos en procedimientos largos ya que aunque sean resistente al medio su superficie tiende a tornarse porosa.

Es igualmente importante el uso de un jabón desinfectantes de buena calidad, el cual puede contener clorhexidina.

El tratamiento dental de los pacientes con infección por HIV

es un problema que enfrenta todo odontólogo que este activo en su práctica.

Cuando los pacientes tienen lesiones que señalan infección por HIV es importante obtener información en cuando a la manera posible de contagio del virus. Carranza, en su libro Periodontología Clínica, recomienda que esto se haga mediante una historia clínica y realizándole al paciente preguntas como:

"Es posible que usted haya estado expuesto al HIV?" o "Se considera usted en riesgo de tener SIDA?" Es obvio que el sujeto puede dar información falsa, pero según Carranza los pacientes han sido sinceros a sus respuestas, cuando se les pregunta de manera directa sin juzgar.

Cuando el odontólogo diagnostica una lesión bucal como sospecho de una posible infección y se confirma y determina que el paciente pertenece a un grupo de alto riesgo con HIV (inicialmente se debe de pensar que todo los pacientes están infectados), debe ser remitido a un médico o a una clínica apropiada para realizarle otras evaluaciones.

La decisión de tratar un paciente infectado con HIV es persona

para cada odontólogo, y debido al alto riesgo de infección y las razones individuales resulta incuestionable su decisión. Los autores proponen algunos tratamientos que consideran humano realizados.

Los tratamientos dentales se limitarán a aquellos que sean realmente importantes como la emergencia, las prótesis (en el sector anterior y que serán removibles, en forma de "parcialista") y restauraciones por trauma en el sector anterior que afecten psicológicamente al paciente. Todos los demás tratamientos no tienen importancia clínica relevante en comparación con enfermedad.

La inmunosupresión que produce del HIV altera las repuestas inflamatorias, facilitando la infección secundaria. Por lo tanto, en estos pacientes el tratamiento se enfoca hacia la prevención de las complicaciones bucales. El mayor potencial de infección se presenta durante los períodos de más alta inmunosupresión, por lo que el tratamiento debe ser paliativo durante esta etapa.

En caso de que debamos tratar un paciente infectado con HIV debemos adoptar ciertas medidas:

- Citarlo para la última cita del día.
- Antes de la vista.
- Cubrir con funda plástica el cono del aparato de rayos X.
- Preparar dos fundas de plástico resistente, una dentro de la otra para desechar todo el material no punzante.
- Utilizar una bandeja de aluminio desechable para que el paciente la use como escupiera.
- Preparar una superficie de trabajo desechable.
- Los instrumentos necesarios para la exploración bucal, material para la anestesia local y la restauración provisional en caso de que fuera necesario.

Una vez llevado a cabo el tratamiento de emergencia, se modifica la rutina de limpieza arrojando el material el instrumento punzante y desechable al contenedor, sin quitarse los guantes colocar los instrumentos a esterilizar (sin lavarlos antes) en el autoclave. Luego sacarlos y con guantes de goma doméstico lavarlos y volver a esterilizarlos. Los materiales desechables se tiran en funda plástica dobles o se llevan a incinerar, preferiblemente usando cinta adhesiva para sellar los contenedores y fundas con letreros llamativos que se lean "peligro de infección".

CANDIDIASIS ORAL

La micosis oral es la manifestación clínica más frecuente que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida produce en la cavidad bucal. Estudios recientes publicados por E. Schuelt cifran en un 52 por ciento la presencia de estomatitis ligadas a la presencia de *Cándida albicans* en estos pacientes.

Los seropositivos desarrollan micosis orales en un 35 por ciento de los casos y los pacientes con cuadro de complejo relacionado con SIDA la padecen en un 75 por ciento de los casos.

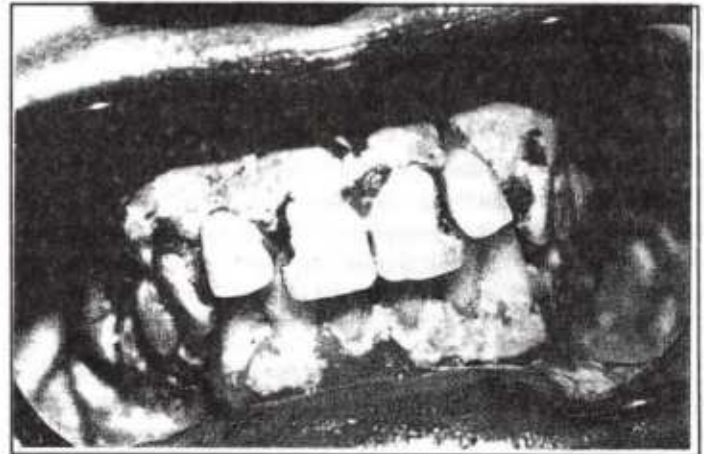
La manifestación clínica de la candidiasis oral consiste en formaciones blanquecinas alternando con zonas eritematosas en



múltiples áreas de la boca, fundamentalmente en paladar duro y en paladar blando. Existen clínicas diferentes que no son nada más que formas evolutivas del proceso. Deben ser diferenciadas.

Candidiasis Pseudo-membranosa. Se manifiesta como placas o nódulos blandos, cremosos y de aspecto blanco grisáceo, que están dispuestos sobre una superficie mucosa discretamente enrojecida y que puede sangrar en el momento de levantar estas formaciones blanquecinas.

Candidiasis Eritematosa o Atrófica. Se define como una formación enrojecida en la mucosa, en la que de vez en cuando aparecen pequeñas placas o zonas puniformes blanquecinas. En ella la formación eritematosa destaca sobre la formación blanca. Cuando la lesión se da en la lengua existe una depapilación de la misma en el 100 por cien de los casos.



Candidiasis Hiperplásica. Se muestra la presencia de una lesión blanca en forma de placas adheridas firmemente a la mucosa o incluso de nódulos exoftílicos blanquecinos no descamables; todo ello en una zona que se alterna con áreas eritematosas.

Quelitis Angular, que corresponde al cuadro clínico de fisuras o ulceraciones en la comisura de los labios, acompañándose de zona eritematosa en la mucosa labial, mucosa de transición y piel. Estas lesiones tienen poca tendencia a formar costras y se mantienen durante tiempo con una gran tendencia a sangrar iniciando pequeñas

rayas ulcerosas hacia la piel. Suele producir molestias, quemazón e incluso dolor.

El diagnóstico clínico se realiza por la exploración adecuada del área correspondiente, seguida de la citología asociativa realizada con un instrumento romo, la extensión del contenido de la citología sobre un porta objeto y el estudio adecuado, bien histopatológico o bien el cultivo en medios adecuados para hongos. La constante repetición del crecimiento de *Cándida albicans* en forma más o menos jóvenes, se repite y facilita el diagnóstico. El medio de Sabouraud y el agar sangre son las más útiles, junto con la tinción con P.A.S. o bien la tinción con hidróxido potásico o con Gram.

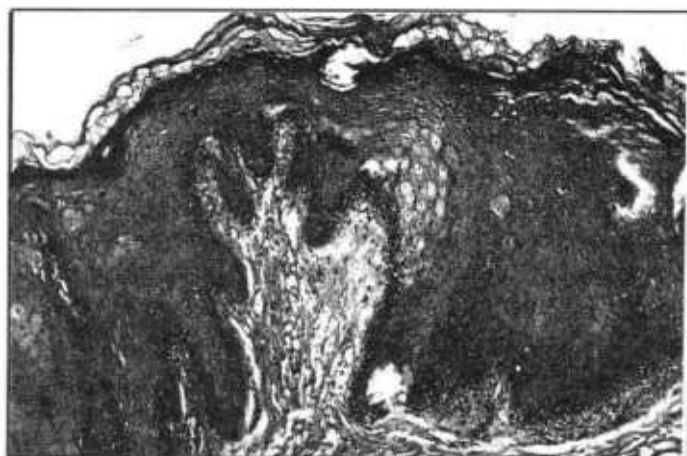
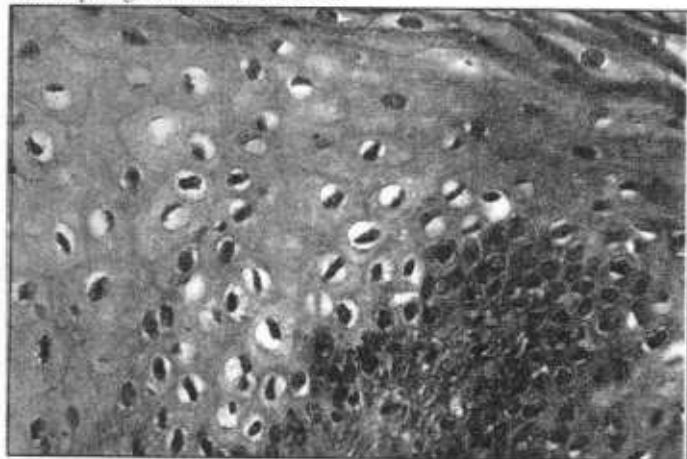
El tratamiento local se debe hacer con Nistatina o con azales del tipo del clotrimazol. El Ketoconazol por vía general a dosis de 200 mg. dos veces al día protege de recidivas.



LENGUA VELLOSA

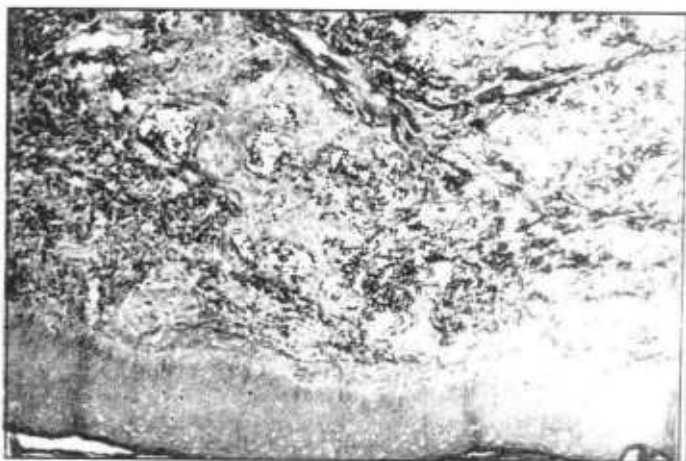
Entre los procesos orales que acompañan al SIDA debe incluirse, en segundo lugar, la descrita como leucoplasia vellosa, cuya incidencia se da en un 16 por ciento de los pacientes.

Esta entidad nosológica fue descrita por primera vez en 1984 por Deborah Greenspan al estudiar un grupo de homosexuales seropositivos en San Francisco, de California. En el año 1990 se ha visto leucoplasia vellosa en algunos pacientes inmunodeprimidos terapéuticamente por trasplante renal, lo que le quita carácter de lesión patognomónica de SIDA.



Este tipo de lesión aparece precozmente en algunos casos y tardíamente en todos ellos. También en enfermos seropositivos puede aparecer como signo clínico único y precoz antes de que aparezca el resto de la sintomatología de la enfermedad. Puede ser útil, pues, para el diagnóstico precoz del SIDA.

La leucoplasia vellosa consiste en la presencia de formaciones blanquecinas no proliferativas que no se pueden quitar con el raspado, la disposición es lineal o alargada y en las zonas donde se agrupan estas formaciones puede parecer una superficie algo pilosa. Normalmente se colocan en el borde de la lengua y en el tercio posterior de la misma, aunque también pueden identificarse en la zona ventral. Existe una gran diferencia clínica en relación con la intensidad o estado avanzado de la enfermedad general.



El diagnóstico clínico es la forma de definir la lesión y el estudio histopatológico es muy característico. La histopatología demuestra una lesión en la que existe una hiperqueratosis y paraqueratosis muy importante junto con acantosis. En la zona del cuerpo intermedio de Malpighi, generalmente en el estrato espinoso, existen zonas de células vacuoladas que corresponden a coilocitos. La presencia de virus de Epstein-Barr dentro de estos coilocitos puede relacionarse con los estudios histoquímicos y antígenos específicos. En la zona sub-epitelial no existe componente inflamatorio significativo.

Esta lesión puede ser difícilmente diagnosticable cuando no es muy florida y necesita un diagnóstico diferencial con la candidiasis del borde o dorso de la lengua. Es necesario, en estos casos, la biopsia para confirmar el diagnóstico clínico. En toda la lesión del dorso y borde de la lengua tratada con terapia antifúngica adecuada dos semanas sin que haya remitido o al menos disminuido su intensidad clínica, debe realizarse una biopsia pensando que se trate de una leucoplasia vellosa.

El tratamiento no es necesario para este proceso. La desaparición de esta lesión con Aciclovir tópico y por vía general está comprobada; no obstante, lo más importante será el tratamiento global de la enfermedad general.

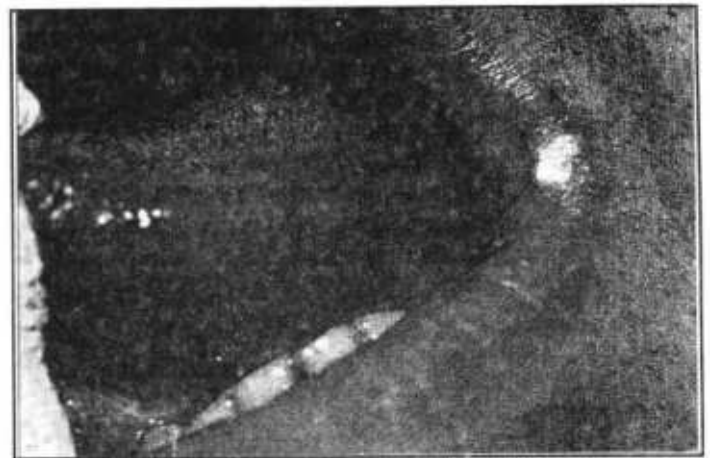
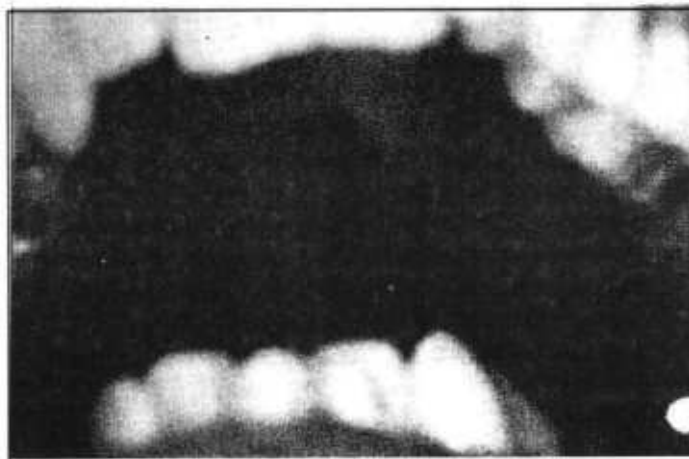
SARCOMA DE KAPOSI ORAL



La aparición de un proceso tumoral en el área bucal correspondiente al descrito por Kaposi es relativamente frecuente en los enfermos afectados de SIDA.

1. Los enfermos de SIDA pertenecientes al grupo homosexual padecen sarcoma de Kaposi en un 30-40 por ciento. Sin embargo, la incidencia en el grupo de drogadictos intravenosos es mucho menor. La utilización de derivados de nitrato de amilo por los homosexuales parece que es la razón de esta discrepancia.

El 12 por ciento de los enfermos de SIDA presentan Kaposi



bucal en momentos precoces de la enfermedad. Los seropositivos tienen Kaposi oral como primer signo clínico en un 1-2 por ciento.

2. La presencia de citomegalovirus se manifiesta por medio de la Inmuno-instoquímica, así como la alteración de las células del endotelio vascular. El estado inmunosupresivo y la infección del HIV ponen en marcha el mecanismo de estas lesiones.

3. El tratamiento será quirúrgico en grandes tumores, situación rara, ya que estos enfermos mueren antes por la afectación general. El crecimiento tumoral se controla bien con radioterapia y poliquimioterapia.

Clínicamente se manifiesta por una serie de formaciones que en ningún momento se acompañan de dolor, ni de modificación de la sensibilidad, aunque consiga grandes tamaños. Las lesiones consisten en una modificación del color de la mucosa que se oscurece de azul, violeta o negro. Al principio son formaciones pequeñas en forma de máculas, que posteriormente crecen dando una mancha uniforme. Finalmente se hacen hiperplásicas o exofíticas hacia la parte vestibular o palatina del maxilar. Generalmente estas lesiones se localizan en el maxilar superior terminando por producir auténticas lesiones tumorales que no tienen tendencia a la hemorragia.

Toda lesión oral oscura en un paciente de SIDA debe ser sugerencia de Sarcoma de Kaposi y necesita del estudio histopatológico inmediato. La presencia de formaciones similares en la piel del paciente puede obviar la biopsia de la cavidad bucal.

GINGIVITIS

Se describe la presencia de un 10 por ciento de procesos gingivales de diferente naturaleza en el enfermo afecto de SIDA. También los enfermos seropositivos están afectados de estas alteraciones gingivales. Se trata de los enfermos en los drogadictos, aparece un síndrome de gingivitis telangiectásica aguda del drogadicto, que se caracteriza por la presencia de hiperplasias gingivales en la zona de papila y enrojecimiento de toda la encía libre con sangrado espontáneo de la misma. La presencia de placa bacteriana y el abandono en la higiene favorece la presencia de este cuadro clínico.



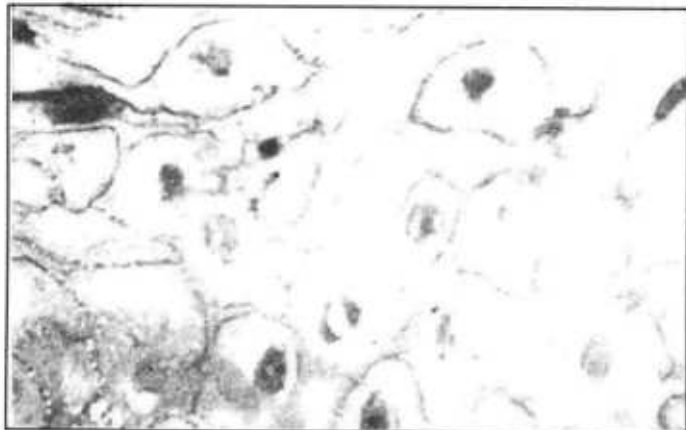
La presencia de gingivitis necrotizante aguda de la presencia de un enrojecimiento intenso y difuso de toda la encía con dolor, úlceras a nivel de las papilas gingivales y tendencia espontánea al sangrado junto con un factor ex oris y sialorrea. Estos enfermos además tienen múltiples adenopatías submaxilares y submentonianas y el estado general está afectado.

La presencia de gingivitis cónica evolutiva y periodontitis rápidamente progresiva es normal de afectación gingival en los pacientes relacionados con el SIDA. El estudio radiográfico muestra diferentes estados evolutivos de la reabsorción del hueso alveolar, que evidentemente está afectado.

El estudio histopatológico de las papilas de los enfermos con SIDA o de los enfermos pseudo-positivos demuestran la presencia de un proceso inflamatorio inespecífico y subagudo con infiltrado en la capa basal y con la presencia de coilocitos en el estrato espinoso. El estudio histoquímico de estas formaciones intracelulares demuestra la presencia del virus del papiloma humano identificado con antígeno-anticuerpo 16.

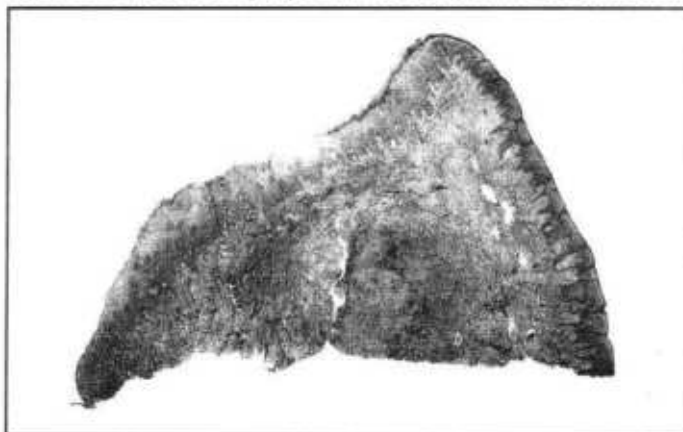
Formas de gingivo-estomatitis flictenulares producidas por el virus del Herpes simple hominis I se encuentra de manera reiterativa. La disfagia y la sialorrea son intensas los primeros cuatro-ocho días.

El tratamiento antibiótico se instaurará según el germen causal. El control de la placa dental debe ser más intenso en estos enfermos.



CONCLUSIONES

El SIDA es una enfermedad singularmente devastadora; mata a todos los individuos que presentan los síntomas. Se trata de una



enfermedad crónica, que a menudo se manifiesta años después de la adquisición de virus y después que el individuo ha tenido amplia oportunidad de transmitirlo. La enfermedad es letal porque desaparecen las defensas contra los microorganismos patógenos oportunista.

Sabemos mucho sobre el HIV y otros retrovirus, pero todavía no podemos explicar mucho de los aspectos de la enfermedad. No comprendemos cómo son destruidos o alterados los linfocitos T-cooperadores o por qué la infección de una pequeña proporción de esta célula tiene tales efectos devastadores. Este desconocimiento obstaculiza la elaboración de vacunas y fármacos.

El profesional del área de la odontología debe tener presente las características clínica de las manifestaciones bucales más importante para poder realizar un diagnóstico precoz de la enfermedad.

La patología que se presenta más asociadas la SIDA en la cavidad bucal son el Sarcoma del Kaposi, la Leucoplasia Vellosa, la infección por MAI y la *Candidiasis Pseudomembranosa*.

Es de vital importancia esterilizar los instrumentos luego de ser utilizado, preferiblemente en un autoclave.

RECOMENDACIONES

Realizar una historia clínica adecuada a todo paciente, en la cual se incluyan exámenes complementarios como HbsAg, V.D.R.L. y anti-HIV-1-2. Los pacientes infectados con HIV deben ser tratados solo por emergencia y al final de jornada.

Se debe tratar de utilizar la mayor cantidad de instrumental desechable y esterilizar en autoclave los que no sean desechable para disminuir al mínimo las probabilidades de infección cruzada.

El uso de guantes, mascarilla y gafas para todos los procedimientos, en especial aquellos en que pueden saltar gotas de sangre.

Desinfectar las superficies de trabajo con hipocloritos de sodio o glutaraldehído.

REFERENCIA

1. Sigal L, Ron Y. Immunology and inflammation, McGraw-Hill, Inc., 1994: 441-464.
2. Asociación Médica Dominicana. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, Sto. Dgo., Rep. Dom. Impresora Taína, 1985: 12, 20-21, 45-46.
3. Schaejter M, Medoff G, Eisenstein B. Microbiología, 2da. ed., Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1993: 498-515.
4. Shafer W. Tratado de patología ucal, 3ra. ed., México: Editorial Interamericano, 1986: 377, 388-389, 398.
5. Victoriano, F. El síndrome de inmunodeficiencia Adquirida SIDA, Sto. Dgo., Rep. Dom. UNIBE, 1989: 100-165.
6. Lynch M. Medicina bucal de burket. 4ta. ed., México: Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1986: 159, 220.
7. Carranza, F. Periodontología clínica, 7ma. ed., México: Nueva Editorial Interamericana S.A., 1993: 178-185.

Factibilidad de integración de la República Dominicana al Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte (ALCAN/NAFTA)

Kishi Toshio e Ilonka Carbucciona Pérez**

RESUMEN

A partir de la última década, cambios radicales en el sector externo de los países han estado empujados hacia una reconceptualización de los relaciones o vínculos cruciales presentes en el proceso de desarrollo. Por un lado aquel que se refiere a la relación fundamental que existe entre innovación tecnológica, de organización y de capacidad productiva y el desempeño competitivo; por otro lado, el relacionado con los círculos virtuosos, pero también viciosos, que funcionan entre las diferentes formas de integración regional como medio para la inserción internacional y el logro de la competitividad nivel mundial.

La presente revisión tiene como propósito actualizar estos dos tipos de relaciones para poder entender mejor los nexos entre invocación, competitividad e inserción en espacios económico ampliados que dan al mismo tiempo paso a nuevas técnicas de empresas y Estados.

Una vez finalizada esta lectura podrá estar en capacidad de responder a la pregunta: *Qué posibilidades tiene o tendrá la República Dominicana de participar en dicho de otro modo, de ingresar como miembro de pleno derecho al Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte?*

Palabra clave: integración, Libre comercio, ALCAN, República Dominicana.

La integración del hemisferio

A pesar de toda una serie de obstáculos -incluyendo un paro temporal en la expansión de los acuerdos comerciales norteamericanos- los Gobiernos de América Latina avanzan a grandes pasos hacia la integración regional, preparando el terreno para la creación de un Área de Libre Comercio de las Américas para el año 2005.

El pacto haría del Hemisferio Occidental el bloque comercial más extenso en el mundo, con un Producto Interno Bruto (PIB) combinado de más de 7.7 billones de dólares y un mercado de más de 745 millones de personas. En comparación, la Unión Europea cuenta con un PIB combinado de 7.2 billones y una población de 370 millones.

En el estudio de factibilidad de formación de un bloque de estas dimensiones, fueron examinados varios tópicos esenciales de

estudio: acceso al mercado; procedimientos aduanales y reglas de origen; inversión; estándares y barreras técnicas al comercio; medidas sanitarias y fitosanitarias; subsidios, antidumping, medidas compensatorias y economías en desarrollo.

A seguidas, el proceso de la cumbre que ha de concluir con la formación de un Área de Libre Comercio de Las Américas en el año 2005:

El Acuerdo de Miami

Durante la Cumbre de Las Américas en Miami, celebrada del 9 al 11 de diciembre de 1994, los Presidentes y Primer Ministros de 34 naciones del Hemisferio Occidental acordaron negociar la creación de un Área de Libre Comercio de Las Américas para el año 2005. La Cumbre solicitó a la Organización de Estados Americanos (OEA), al Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) proveer asistencia técnica al proceso de integración. Asimismo, requirió la integración de los mercados de capital y se comprometió a incentivar la expansión de las telecomunicaciones

* Tesis de grado para optar por el título de licenciado en Diplomacia y Servicios Internacionales, Universidad Católica Santo Domingo (U.C.S.D.).

** Sustentantes.

y del sector energético y a ayudar a las microempresas a través de programas de crédito mejorados y la simplificación de las regulaciones gubernamentales. Los Jefes de Estado acordaron de la misma forma que los ministros de comercio del hemisferio se reunirían anualmente. La próxima Cumbre de Jefes de Estado tendría lugar en Bolivia, en diciembre 1996.

El Acuerdo de Denver

Treinta y cuatro ministros de comercio del hemisferio acordaron durante una reunión en Denver, Colorado, en junio 30, 1995, la creación de siete grupos de trabajo con el fin de examinar la forma en que la región podría integrarse. Los siete tópicos y los Estados coordinadores son: acceso al mercado (El Salvador); procedimientos aduanales y reglas de origen (Bolivia); inversión (Costa Rica); estándares y barreras técnicas al comercio (Canadá); medidas sanitarias y fitosanitarias (México); subsidios, antidumping y medidas compensatorias (Argentina) y economías en desarrollo (Jamaica). Los ministros reiteraron asimismo su compromiso de "maximizar la apertura de los mercados" en el proceso integracionista y de "no aumentar las barreras a otros países".

La Agenda de Cartagena

Para la reunión de Cartagena, Colombia, el 21 de marzo de 1996, los ministros de comercio de la región programaron el aprobar la creación de cuatro nuevos grupos de trabajo para concentrarse en los derechos de propiedad intelectual, servicios, compras gubernamentales y política de competencia. A diferencia de la reunión de Denver, la reunión ministerial de este año sería precedida por un forum del sector privado a celebrarse del 18 al 20 de marzo para proveer a los ministros con los aportes y la experiencia de los líderes en negocios.

Mientras tanto, los gobiernos latinoamericanos y el sector privado del continente se dirigen velozmente hacia la integración y la expansión de los vínculos.

El año 1995 fue testigo de la firma de varios acuerdos comerciales clave, incluso de un acuerdo de cooperación entre el Mercosur y la Unión Europea y un acuerdo de libre comercio entre el Mercosur y Bolivia, el cual es miembro del Pacto Andino.

Otras negociaciones para un acuerdo entre el Mercosur y el Pacto Andino se iniciaron en el 1994 así como las negociaciones de México para alcanzar acuerdos de libre comercio con América Central y la Unión Europea. Se espera que Chile llegue a un acuerdo de cooperación con la Unión Europea, se una al Mercosur y que logre exitosamente un acuerdo de libre comercio con el Canadá tomando al TLC como modelo. De la misma manera, se espera que México concluya un acuerdo de cooperación con la Unión Europea y termine las negociaciones para un acuerdo de libre comercio con Centroamérica.

En agosto de 1995, 25 países de la Cuenca del Caribe establecieron la Asociación de Estados del Caribe con el objetivo de crear un área comercial para 1997. Dentro de su membresía están incluidos Cuba, la República Dominicana, Haití, Panamá y

todos los miembros del Caricom, del Mercado Común Centroamericano y del Grupo de los tres o G-3 (México, Venezuela y Colombia). El propósito del grupo es armonizar las regulaciones comerciales de la región, mejorar las infraestructuras de telecomunicaciones y transporte y proveer incentivos para las iniciativas regionales colectivas y asociaciones estratégicas.

A pesar de que la Asociación representa una población combinada de 200 millones haciéndola de este modo una fuerza considerable, no es muy obvio cuán exitosa será al integrar los significativamente distintos regímenes comerciales de sus miembros. Sin embargo, las autoridades del Caribe ven en esta asociación una oportunidad para intentar la integración mientras los Estados Unidos retrasan la expansión del ALCAN (TLC) hacia la Cuenca del Caribe. La región perdió plantas de manufactura a favor de México luego de que el ALCAN entrara en vigor en enero de 1994.

"Si se desea concretizar un acuerdo de libre comercio hemisférico para el año 2005, se debe pasar de antemano por un previo proceso integracionista"³⁵, afirma Simón Molina Duarte, el presidente venezolano de la Asociación de Estados del Caribe, cuya sede se encuentra en Trinidad.

Veintisiete acuerdos bilaterales y multilaterales de libre comercio han sido firmados en América Latina desde 1990, según el Banco Interamericano de Desarrollo: nueve entre países que no tienen fronteras en común, como son el acuerdo entre Argentina y Venezuela de 1992, el acuerdo entre Colombia y Chile de 1993 y el acuerdo entre Bolivia y México de 1994⁶.

No existe aún un consenso sobre como el Área de Libre Comercio de Las Américas debería ser creada. La reunión de ministros de comercio de Denver acordó basarse en los acuerdos bilaterales y multilaterales ya existentes pero no especificó preferencia alguna.

Si bien prácticamente toda nación en América Latina ha firmado un acuerdo bilateral de libre comercio con uno o varios países de la región, los acuerdos no son consistentes y por lo tanto tendrían que ser renegociados para encajarse a los estándares del Área de Libre Comercio de Las Américas unificadas.

Según la mayoría de los analistas, una solución más factible sería la de vincular los cinco Pactos de comercio más poderosos de la región -ALCAN, Mercosur, el Pacto Andino, el Mercado Común Centroamericano y el Caricom. Un escenario similar sería el que el Pacto Andino y Mercosur formen un pacto comercial, mientras que el Mercado Común Centroamericano y el Caricom se unen al ALCAN. Los dos mega-bloques negociarían a su vez un acuerdo de libre comercio.

"Cuando se observa el Área de Libre Comercio de Las Américas, todo queda reducido al ALCAN y al Mercosur", pronunció el entonces sub-secretario de comercio de los Estados Unidos, señor David Rothkopf ante una asamblea de altos ejecutivos en Miami, en diciembre de 1995. "Si no pueden conciliarse las diferencias entre esos dos mercados, todo esfuerzo sería hecho en vano"³⁷.

Carlos Sánchez, el secretario de industria y comercio de la Argentina, convenía diciendo: "Es crucial para la región el coordinar elementos del ALCAN y del Mercosur. Es este el elemento clave que hará la diferencia para la creación del Área de Libre Comercio de Las Américas para el año 2005"³⁸.

Además de representar el 80 por ciento del comercio total del hemisferio, el ALCAN es con mucho el más amplio de los pactos comerciales y será probablemente tomado como modelo para el Área de Libre Comercio de Las Américas por algunas autoridades de los Estados Unidos³⁹. Sin embargo, existe oposición entre ciertos grupos del sector privado -tanto en los Estados Unidos como en América Latina- contra los requerimientos laborales y ambientales de los acuerdos colaterales del ALCAN.

"La incertidumbre prevalece aún... en áreas susceptibles para muchos países en desarrollo, particularmente las que conciernen los estándares en asuntos laborales y ambientales," decía un documento colectivo sobre integración hemisférica de la OEA, el BID y la CEPAL.

Al mismo tiempo, grupos como la Asociación de Cámaras de Comercio Americanas en América Latina y el Consejo de las Américas, han exhortado los gobiernos del hemisferio a incluir oportunidades más amplias de inversión que las que ofrece el ALCAN en sectores como la energía, los servicios, transporte y la participación gubernamental -una exigencia respaldada por algunos ex-funcionarios estadounidenses.

Las negociaciones para crear un Área de Libre Comercio de Las Américas deberían ser ayudadas por el hecho de que casi todos los países en el Hemisferio Occidental son signatarios del Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT) y se han afiliado a la Organización Mundial del Comercio (OMC), la entidad que con su sede en Ginebra se encarga de monitorear en acto a las disposiciones del GATT.

"Los Estados podrían concentrar sus energías negociadoras en donde los resultados de la "OMC ampliada" puedan ser palpables", sostenía un informe de la Unidad de Comercio de la OEA. "La concentración debería ser ejercida en áreas en las que una liberalización ulterior, intensificada por las concesiones y compromisos de la OMC, es requerida, y en aquellas áreas que quedan excluidas de la OMC en las que las disciplinas son cruciales para una liberalización intensificada en el continente"⁴⁰.

El ALCAN continúa incrementado el comercio entre sus tres socios a pesar de que las normas han cambiado dramáticamente luego del colapso del peso mexicano. Las exportaciones mexicanas a los Estados Unidos aumentaron significativamente, mientras que las importaciones desde los Estados Unidos fueron de un sólido excedente a un déficit. Aun así, el ALCAN sigue siendo visualizado como una clave para una integración más extensa.

"El ALCAN no solamente ha sobrevivido la crisis mexicana, sino que también está proveyendo un ímpetu al objetivo más amplio de alcanzar la creación de un Área de Comercio del Hemisferio Occidental para el año 2005"⁴¹, decía un reporte del BID sobre integración económica de Las Américas.

A pesar de su crisis de 1995, se espera que México sea a corto plazo, uno de los beneficiarios principales de la creciente integración latinoamericana, en especial mientras los Estados Unidos descuide la expansión del ALCAN a otras naciones de la región. México puede ofrecer la "puerta falsa" al mercado estadounidense para socios comerciales mexicanos como Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica y Venezuela. Las mismas ventajas atraen a las compañías asiáticas, las cuales utilizan cada vez más a México como plataforma de lanzamiento de exportaciones tanto a los Estados Unidos como a Latinoamérica.

Liderazgo empresarial

Luego de que los ministros de comercio se reunieran en Denver, se celebró una reunión del sector privado -la primera en su género en el hemisferio. Congregó a un número sin precedentes de ejecutivos -más de mil-, desde pequeñas empresas hasta compañías multinacionales.

La reunión de Cartagena ofreció el "Forum Empresarial de Las Américas", un evento del sector privado programado para ser celebrado antes de la reunión ministerial, con la finalidad de que los líderes empresariales tuviesen la oportunidad de ofrecer opciones en los asuntos sobre integración hemisférica. En ocasión del evento de Colorado, varios participantes del sector privado reclamaron el hecho de que sus reuniones fuesen celebradas luego de las ministeriales y que ello no les proporcionaba oportunidad alguna de influir en sus conclusiones.

El foro empresarial de Cartagena trató en sesiones detalladas los obstáculos a la creación del ALCAN. Asimismo, revisó la forma en que los pactos comerciales vigentes podrían vincularse y cómo el ALCA armonizaría con el GATT, tal como explicara en dicha ocasión Jorge Ramírez Ocampo, presidente de la Asociación Nacional Colombiana de Exportadores y coordinador general de este evento del sector privado.

Entre otros tópicos, los participantes tuvieron discusiones sobre las oportunidades de participación en la infraestructura (comunicaciones, energía y transporte); transferencia de tecnología; cómo tanto las pequeñas como las grandes empresas podrían beneficiarse del proceso integracionista, y desarrollo sostenido - el tema de la pasada cumbre de Jefes de Estado en Bolivia. De la misma manera, los organizadores colombianos facilitaron la concertación de citas de negocios entre los participantes, un aspecto que no fue cubierto en la reunión de Denver.

Los países americanos nunca estuvieron tan próximos a su unión como ahora. Con las nuevas tecnologías desarrolladas para el mejoramiento de las telecomunicaciones y del transporte, las distancias físicas que dejaban en aislamiento las naciones fueron reducidas, originando una de las condiciones básicas para la integración comercial del hemisferio.

Queda ahora superar los obstáculos que dificultan aún esa integración. Los debates que preparan el advenimiento del Área de Libre Comercio de Las Américas (ALCA) buscan soluciones para el gran reto de integrar progresivamente economías en diferentes

etapas de desarrollo. Pero, para hacer esto posible, es esencial que liderazgos empresariales de todo el continente participen activamente del III Foro Empresarial de Las Américas, con propuestas concretas que puedan influenciar en las decisiones a ser tomadas en la III Reunión de Ministros de Comercio del hemisferio. En mayo del presente año, Brasil recibirá a los ministros responsables por el comercio y a líderes empresariales del sector privado de 34 países americanos, para dar secuencia al proceso de creación del ALCA. Un trabajo que exige la clara definición de intereses y dificultades específicas de cada nación y de cada sector económico, para que el libre comercio se traduzca en desarrollo y prosperidad para todos los países del continente.

Situación actual

Los Estados Unidos están preparando un plan para establecer una zona de libre comercio en el hemisferio occidental de ahora a unos 10 o 15 años.

El primer paso concreto lo constituye la inclusión de Chile en el Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos, Canadá y México.

El establecimiento de esta extensa zona de libre comercio no está ya en Washington a nivel de decisión, es decir de hacer o no hacer, sino de cómo hacerlo. Las maneras sugeridas de llevar a cabo este plan son varias.

La primera es incorporando a los países de las Américas uno a uno, comenzando con Chile, por ser este el que está más avanzado en las reformas económicas y las medidas de reducción de la inflación. La Administración del Presidente Clinton considera que Argentina, Colombia, Venezuela, Costa Rica y quizás Bolivia, serían admitidos en unos 3 o 5 años, si se deciden a poner en práctica serias reformas económicas. Las razones para escogerlos es que los Estados Unidos quiere que sean países con mercados grandes los que entren al ALCAN, para así poder aumentar sus exportaciones.

En la actualidad Estados Unidos es el socio comercial de mayor importancia para la República Dominicana, siendo este comercio nada desdeñable para los Estados Unidos, a pesar del relativamente pequeño mercado dominicano.

Sin embargo, el comercio realizado hasta hoy entre la República Dominicana y los Estados Unidos ha estado basado en un tratamiento preferencial concedido por el segundo al primero. Por ejemplo, durante décadas el país exportó azúcar hacia los Estados Unidos en base a la asignación de una cuota preferencial. También ha sido miembro del "Acuerdo Multifibras", establecido en el contexto del Acuerdo General de Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT). Mediante este acuerdo, el cual abarca el comercio internacional de fibras textiles y vestidos con los Estados Unidos, ha disfrutado de cuotas de exportación de ropas hacia el mercado norteamericano. Gracias a este acuerdo preferencial se debe principalmente el desarrollo de las industrias de zonas francas en el país, ya que más del 90 por ciento de las industrias instaladas en las zonas francas se han dedicado a la exportación de ropas amparadas en este acuerdo².

La República Dominicana ha aprovechado además el esquema preferencial de comercio denominado "Sistema Generalizado de Preferencias Comerciales" (SGPC). Este le ha permitido exportar hacia los Estados Unidos unos 82 productos diferentes, algunos totalmente exentos de gravamen arancelario y otros parcialmente. El SGPC es un esquema preferencial otorgado a todos los países en desarrollo que cumplan con una serie de exigencias impuestas por el gobierno norteamericano. Por ser éste de aplicación generalizada, no fue inconveniente para el país que fuera incluido en el programa de acceso privilegiado al mercado de los Estados Unidos conocido como CBI o Iniciativa para la Cuenca del Caribe. Este programa, el cual fue aprobado por el Congreso Norteamericano sin una fecha de expiración determinada, le permite a la República Dominicana exportar un lista de productos a los Estados Unidos libres de impuestos aduaneros³.

Todos estos programas y esquemas de comercio preferencial a los que pertenece la República Dominicana fueron desarrollados de una u otra forma durante el período de la "guerra fría" que marcó la postguerra. Podría decirse ahora que pertenecen a otra época o a otros tiempos. Actualmente la comunidad internacional vive una situación político-ideológica diferente a la que se vivía entonces. Hoy la seguridad de las naciones está garantizada más por el desarrollo económico-social global que por la protección militar individual. La nueva situación mundial ha generado una reorientación económica mundial y una consiguiente reorganización del comercio internacional. En los últimos años el mundo ha experimentado cambios dramáticos que orientan el comercio internacional por nuevos rumbos de apertura total y globalización. Los intercambios comerciales bilaterales y preferenciales, como los realizados tradicionalmente entre la República Dominicana y los Estados Unidos de América, van rápidamente dando paso a otros en los que las preferencias son sustituidas por la competencia y las concesiones unilaterales por la reciprocidad.

Los Estados Unidos constituye el mercado más grande del mundo y la República Dominicana está muy lejos de agotar su capacidad de exportación hacia ese mercado.

El país puede participar más ampliamente en el mercado norteamericano al igual que en otros mercados internacionales. Esta participación, sin embargo, sólo se lograría mediante la integración de su economía a los nuevos sistemas económicos continentales, así como desarrollando la competitividad de sus empresas productivas y de la infraestructura y servicios de apoyo que estas requieren. Esto sin olvidar que la maquinaria del Estado debe modernizarse y adecuarse para proporcionar la superestructura que requiere esta mayor participación.

Las estadísticas del comercio entre Estados Unidos y la República Dominicana

En los últimos cinco años cerca del 50 por ciento de las exportaciones dominicanas han sido destinadas a los Estados Unidos (excluyendo a Puerto Rico) (Ver Cuadro IV.1. y IV.2.). En el año 1995, la República Dominicana exportó US\$365.3 millones hacia los Estados Unidos. En la lista de los países que exportaron a los

Estados Unidos en el año 1992, la República Dominicana ocupó el lugar número 30 entre todos los países del mundo, superando a otros con economías más desarrolladas, como Noruega, Dinamarca, Chile, Austria, Argentina, Nueva Zelanda y otros. Tomando como referencia el mismo año, 1992, entre todos países del mundo que exportan más de mil millones de dólares a los Estados Unidos, la República Dominicana ocupó el noveno lugar en tasa de crecimiento de sus exportaciones con un 18.2 por ciento.

Cuadro IV.1.
EXPORTACIONES A LOS ESTADOS UNIDOS
1991 - 1995
-En millones de US\$ -

Exportaciones	Totales	Exportaciones a EU	Porcentajes (%)
1991	658.3	368.9	56.0
1992	562.3	303.1	53.9
1993	511.0	242.9	47.5
1994	644.0	336.7	52.3
1995	766.7	365.3	47.7

Fuente: Boletín Trimestral abril - junio de 1996

Cuadro IV.2.
EXPORTACIONES A LOS ESTADOS UNIDOS
1991 - 1995
-En millones de US\$ -

	1991	1992	1993	1994	1995
Azúcar Crudo	131.3	100.3	90.3	113.4	84.6
Café Verde	30.8	17.1	16.9	42.9	51.4
Cacao en Grano	29.8	28.2	29.9	46.5	50.2
Tabaco en Rama	0.9	2.0	2.0	1.3	4.9
Ferróniquel	58.6	45.7	25.3	38.9	50.8
Dore	39.6	26.0	4.1	18.6	44.7
Otros Productos	77.9	72.4	74.5	74.8	78.7
Total	368.9	291.7	243.0	336.7	365.3

Fuente: Boletín Trimestral abril - junio de 1996

Por otra parte, la República Dominicana también es un socio comercial relativamente importante para los Estados Unidos. De acuerdo a cifras del Departamento de Comercio de ese país, la República Dominicana ocupa el lugar número 35 en el mundo entre los principales compradores de productos norteamericanos, incluso por encima de países tales como La India, Dinamarca, Nueva Zelanda, Noruega, Austria, Portugal y otros. En cuanto a la América Latina esta ocupa el séptimo lugar como principal importador de ese país.

Objetivos del ALCAN

Los objetivos básicos del ALCAN son eliminar barreras al comercio, promover condiciones para una competencia justa, incrementar las oportunidades de inversión, proporcionar protección adecuada a los derechos de propiedad intelectual, establecer procedimientos efectivos para la aplicación del tratado y la solución

de controversias, así como fomentar la cooperación bilateral y multilateral⁴⁴.

El ALCAN prevé la eliminación de todas las tasas arancelarias sobre los bienes que sean originarios de los tres países (Estados Unidos, Canadá y México), durante el transcurso de un período de transición que tendrá una duración de diez años, aunque en algunos casos especiales llega hasta quince años⁴⁵.

Ventajas del ALCAN

Un Tratado de Libre Comercio garantizaría el acceso a uno de las más grandes mercados del mundo. Aunque hoy disfrutamos de esa ventaja bajo la Iniciativa para la Cuenca del Caribe, esta podría desaparecer si el Congreso norteamericano deroga la ley que la creó en 1984. Sin embargo, el ALCAN es un tratado internacional, que es más difícil de modificar unilateralmente, como se puede hacer con una ley, o una orden ejecutiva. Por lo tanto, ofrece más seguridad a los inversionistas.

Una segunda ventaja, es que haría bastante difícil que nuestros países echaran para atrás las reformas económicas recién efectuadas, especialmente en lo que se refiere al comercio y las inversiones, lo que garantizaría "reglas del juego" más permanentes a los inversionistas.

Un tercer beneficio estaría representando por la capacidad de nuestros consumidores de adquirir todos los productos norteamericanos al mismo precio que en el país de origen, más los costos de transporte. También implica el uso, sin trabas, de los servicios norteamericanos y canadienses, como es el caso de los seguros y la banca. Si por las condiciones impuestas por la cláusula de la nación más favorecida como miembro de Lomé nos viéramos obligados a otorgar a la CEE libre acceso a sus importaciones, entonces nuestros consumidores también podrían adquirir todos los productos europeos al mismo precio que en el país de origen, más los costos de transporte.

Nuestra región se encuentra entre dos bloques comerciales, el de Europa y el de Norteamérica. Corremos el riesgo de que estos bloques se hagan más proteccionistas frente a países no miembros.

Otra posible ventaja, es la situación de Puerto Rico dentro del ALCAN. Si el ALCAN cubre a Puerto Rico, entonces existiría libre comercio entre Santo Domingo y esa isla⁴⁶.

Los costos de participar

Los costos vinculados a la competencia directa de productos norteamericanos como resultado de la completa libertad de importación de productos de esa región. Eso implicaría altos costos económicos, sociales y políticos, resultantes del ajuste y reestructuración provenientes del desplazamiento de los productores locales, especialmente en el sector agropecuario. Rubros tales como el arroz, los frijoles, el ajo, la cebolla, las papas, las carnes de pollo y de cerdo, la leche y los huevos, es casi seguro que no podrían subsistir frente a una situación de libre competencia con productos norteamericanos, ya que este país es uno de los más eficientes del mundo en estos renglones. Por lo tanto, si bien nuestros exportadores

y nuestros consumidores se beneficiarían, los productores y trabajadores en las actividades desplazadas, se perjudicarían. Se ha planteado que para los países de la Iniciativa para la Cuenca del Caribe (ICC), el ALCAN realmente significaría la necesidad de adoptar un nuevo modelo económico, mientras que para los Estados Unidos el ALCAN es simplemente un acuerdo comercial que no requerirá una transformación de su economía.

El ingreso al ALCAN significa mayores concesiones por parte de nuestra región, que por parte de los Estados Unidos y Canadá, pues ya éstos prácticamente nos han dado libre acceso a sus mercados. Además, el arancel promedio norteamericano es de un 5 por ciento y del total de las exportaciones de los países beneficiarios de la ICC, tan sólo un 34 por ciento está sujeto a impuestos en los Estados Unidos. Esa proporción se reduce a tan sólo un 18 por ciento si excluimos los productos petroleros. Del 66 por ciento exento de impuestos, 15 por ciento entra bajo el sistema de cuotas textiles, un 14 por ciento bajo la ICC, un 6 por ciento bajo el Sistema Generalizado de Preferencias (SGP) y un 26 por ciento bajo la cláusula de la nación más favorecida. Actualmente lo importante para nuestra región no son los niveles arancelarios, sino las cuotas textiles, azucareras y las de confecciones, las cuales eventualmente desaparecerían bajo el ALCAN y el GATT. Dada la apertura ya existente, por parte de los Estados Unidos, un reciente estudio realizado por dos economistas del Banco Mundial, concluye planteando que, bajo una situación de total libre acceso, las exportaciones centroamericanas a los Estados Unidos aumentarían en menos de un 8 por ciento.

Al corto plazo, es posible que nuestro balance comercial con los países del ALCAN se deteriore, dada la mayor capacidad de exportación que tienen esos países.

Sectores beneficiados

Los principales sectores productivos del país que se beneficiarían por nuestra incorporación al ALCAN serían:

Las empresas de zona franca, especialmente las de confecciones, dada la garantía de acceso permanente al mercado norteamericano.

La industria azucarera, porque tendría un mayor acceso que en la actualidad, al mercado preferencial norteamericano.

La agroindustria, por el mayor y más seguro acceso para productos tales como cítricos, tomates, vegetales de invierno, entre otros.

Los sectores productivos en general, por la mayor confianza que tanto para la inversión extranjera como para la dominicana representaría el hecho de que las políticas hacia el sector privado serían más permanentes y duraderas, al conformar parte de un *acuerdo y no simplemente de la política de gobierno de turno*⁴⁷.

Sectores perjudicados

La agricultura orientada hacia el consumo interno. El arroz, los frijoles y los otros rubros ante citados, definitivamente no pueden producirse en el país a los niveles de costo de los Estados Unidos,

precisamente el productor agrícola más eficiente del mundo. Esto implicaría la sustitución de esa producción por importaciones y consecuentemente la búsqueda de un uso alternativo para las grandes extensiones de tierra, que hoy se dedican a esos cultivos, los cuales casi seguro estarían representados por productos agropecuarios de exportación. Las condiciones climatológicas dominicanas, la calidad de sus suelos, y otros factores, representan una fuerte limitante a la capacidad de uso alterno de estas tierras en cultivos de exportación. Asimismo, representaría un problema grave para los miles de agricultores que hoy tienen un sustento gracias al cultivo de arroz y los frijoles.

Las industrias dominicanas de sustitución de importaciones se verían perjudicadas por el libre comercio, aunque muchas de ellas gozarían de una protección permanente, representada por el costo de transportar el producto competidor desde Norteamérica hasta Santo Domingo. En ese sentido las industrias cuyos productos tienen un alto volumen o peso con relación a sus precios, tendrían ventajas contra industrias donde la relación es contraria. El actual proceso de disminución de la protección efectiva a las industrias dominicanas, que se inició a partir de 1992, está reflejando ya cuáles son las industrias que más se verían afectadas por este proceso.

Asimismo, la industria dominicana que utiliza insumos europeos o asiáticos, y al mismo tiempo compite con un producto final norteamericano, estaría en la situación, pues sus insumos pagarían impuestos mientras que el producto final importado, no los pagaría.

Un tercer sector perjudicando sería el fisco, al desaparecer los aranceles que se aplican sobre los productos norteamericanos y posiblemente también sobre los europeos. En esa situación sería absolutamente necesaria una reforma tributaria, que hiciera depender a los ingresos fiscales más de los impuestos internos⁴⁸.

La integración y la competitividad

La integración no es algo tan sencillo como entrar a algún bloque o sistema económico determinado. Conlleva la realización de importantes y profundas modificaciones en la forma local de hacer las cosas. La integración económica de la República Dominicana debe entenderse como la participación en los grandes mercados libres, tanto regionales como continentales y globales. Se deben mantener los esfuerzos de inclusión en el Tratado de Libre Comercio de Norteamérica (TLC), o al menos inicialmente en cualquier programa de paridad con las preferencias concedidas a través de éste. La paridad con el TLC es una alternativa que cada vez toma más vigor en la Administración del Presidente Bill Clinton y el Congreso Norteamericano.

La competitividad implica mejorar la educación y la capacitación de la masa laboral. Es bien sabido que la productividad y eficiencia de la empresa está directamente relacionada con la capacitación del personal tanto productivo como administrativo. Especialmente en estos tiempos de imprescindible utilización de recursos tecnológicos para la producción y la administración, el nivel educacional del personal determina la optimización de los recursos productivos.

La competitividad implica también el desarrollo de una cultura de calidad total y fomento del crecimiento de la economía mediante la promoción de la estabilidad social y económica, así como mediante el establecimiento de un clima de inversión atractivo y un sistema de libre mercado con reglas claras. También fomentando la institucionalidad Estatal y promoviendo políticas sectoriales en un esquema de prioridades, como por ejemplo en la agricultura y los servicios. Además, identificando mercados para la exportación y fortaleciendo de manera general todo el aparato productivo nacional, incluyendo muy particularmente la eliminación de las trabas burocráticas y administrativas.

Según el licenciado Alberto Bonetti⁴⁹, Presidente de Asociación Dominicana de Exportadores (ADOEXPO), el país deberá asumir una actitud mucho más agresiva y establecer de inmediato una estrategia tendente a incrementar sus exportaciones de manera progresiva y permanente. Será para esto indispensable contar con la implementación de un "Plan Nacional de Desarrollo de las Exportaciones", sustentado sobre la base de que exista apoyo y respaldo gubernamental, es decir, que haya voluntad política a nivel de acción. De lo contrario, la participación del país en cualquier acuerdo de libre comercio sería sumamente perjudicial, ya que la no competitividad de nuestros rubros de exportación no permitirá generar las divisas requeridas para financiar el incremento de las importaciones que conlleva la integración económica.

Los sistemas de intercambio comercial deben ser mejorados mediante la modernización de las aduanas, los puertos y el transporte, de modo que faciliten la participación en esos mercados. En cuanto a las aduanas en particular, el Estado debe encontrar otras fuentes importantes de ingresos que no sean exclusivamente las generadas a través de éstas. Esto último es ya una exigencia no sólo de las circunstancias, sino también de los acuerdos de la Ronda Uruguay de Negociaciones Comerciales Multilaterales firmados por el Gobierno Dominicano en Marruecos en diciembre del 1993.

Cómo puede la República Dominicana ingresar al ALCAN

Se requiere la anuencia de los tres miembros del ALCAN para que un nuevo país pueda incorporarse a ese esquema de libre comercio y todavía no se sabe con certeza cual será el procedimiento que se seguirá en este sentido.

En cuanto a los países pequeños, como, el nuestro, la Administración del Presidente Clinton, parece haber adoptado una actitud más flexible a la del Presidente Bush, la cual había señalado que estos países solo podrían incorporarse al ALCAN, si negociaban en grupos. Este cambio de actitud se debe a varias razones.

Por lo tanto a la República Dominicana se le presentan teóricamente siete vías posibles de ingresar al ALCAN

Tratar de ingresar sola, lo cual aunque no imposible, luce poco probable.

Negociar junto a los países centroamericanos, lo cual tendría sus ventajas y desventajas, pues si bien representaría un mercado

más atractivo, por otra parte resultaría mucho más difícil el proceso de negociación por tratarse de varios países con distintos niveles de desarrollo económico. Lo que si ha quedado claro es que si optamos por esta vía no tendríamos que incorporarnos como miembro de pleno derecho al Sistema de Integración Centroamericano, ni tendríamos que adoptar un arancel común externo. Lo que si se requeriría es que los países centroamericanos y la República Dominicana, estén de acuerdo con todas las cláusulas que se negocien.

Otra posibilidad sería tratar de incorporarnos al ALCAN junto con los países del CARICOM, la cual tiene igualmente sus ventajas y desventajas.

Negociar junto a una "Cuba democrática", en caso de que se produzcan acontecimientos políticos en ese país, que impulse a los Estados Unidos a darle un tratamiento comercial preferencial.

Integrarse o no integrarse: las alternativas de la República Dominicana

En principio, la integración económica parcial, por ejemplo la de tipo regional, contradice los postulados por el libre comercio internacional. Pero, se ha considerado que los beneficios de una mayor integración regional podrían ser significativos durante el período de transición hacia una mayor integración a la economía mundial⁵⁰. Es decir, que el multilateralismo deseado puede ser logrado a través del bilateralismo y el regionalismo parcial. En este caso, los últimos vendrían a ser una especie de laboratorio para el primero. En esta teoría se apoya precisamente la concepción del establecimiento del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC-NAFTA), entre los Estados Unidos, México y Canadá.

La República Dominicana no pertenece plenamente a ningún esquema de integración económica, sea este regional o mundial. Lo más cercano que ha llegado a pertenecer a uno fue cuando solicitó ser miembro de la CARICOM y sólo obtuvo el "status" de país observador. En término global, pertenece al Acuerdo General de Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT), el cual será muy pronto la "Organización Mundial de Comercio" (OMC). Esta no constituye un marco de integración económica, sino una institución normalizadora y reguladora de las condiciones administrativas y técnicas del libre comercio entre los países miembros. Por otra parte, la República Dominicana disfruta de los beneficios de la Iniciativa para la Cuenca del Caribe y del Sistema Generalizado de Preferencias Comerciales, ambos otorgados por los Estados Unidos de América, así como de los provenientes de la Convención de Lomé, con países de Europa. Ninguno de estos sistemas de acceso preferencial a esos mercados son realmente esquemas de integración económica.

La tendencia a la integración económica regional es una realidad en todo el mundo. En Europa, la Comunidad Económica Europea está pasando a ser la "Unión Europea", estableciendo así un verdadero mercado común en Europa, ya que esos países no sólo adoptarán un mismo arancel común externo, sino que permitirán la libre movilidad de los factores de producción (trabajadores y capital). En América hay intenciones de establecer una gran zona

de libre comercio desde Alaska hasta la Patagonia, la cual ya se inició con el Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte. En Asia se están preparando para establecer un acuerdo de libre comercio utilizando el modelo del TLC-NAFTA. En la región del Caribe existen ya el Mercado Común del Caribe (CARICOM), el Mercado Común Centroamericano y el Grupo de los Tres o G-3 (México, Venezuela y Colombia). Además, se gestó la "Asociación de Estados del Caribe", que incluye a los países miembros de CARICOM y del G-3 más la República Dominicana, Haití y Cuba.

Medidas a tomar como condición para participar en el Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte

Ya sea en el momento mismo de esas negociaciones, o como paso previo que las faciliten, nuestro país tendría que tomar una serie de medidas sin las cuales dichos acuerdos no serían factibles. Es recomendable que estas medidas sean tomadas lo más pronto posible, con el propósito de ir preparando el camino para negociaciones y para ir acostumbrando al sector público y privado de nuestro país a operar dentro de un ambiente de acuerdos internacionales de libre comercio. Como pronto se verá, todas estas medidas son prerequisites para participar en el ALCAN, por lo que su puesta en ejecución también se justifica por esa razón, en la medida en que nuestro país también opte por participar en ese esquema." ⁵¹

La eliminación de las restricciones directas a las importaciones

"La forma en que otros países, incluyendo México, han resuelto este problema, es "arancelizando" las restricciones cuantitativas vigentes, es decir, eliminándolas por completo pero, al mismo tiempo, aumentando el arancel que las ampara, en base a un programa por medio del reducirse a un nivel normal. Para medir el aumento que tendría que tener lugar en el arancel, se debe calcular el efecto equivalente en términos de arancel, representando por la restricción⁵²." Tomamos como ejemplo el caso del trigo. Actualmente el gobierno dominicano no permite la importación de harina, con el propósito de defender su monopolio estatal. En el arancel vigente, la harina está gravada con un 10 por ciento y el trigo con un 5 por ciento. Como el valor de la restricción permite beneficios anormales al monopolio estatal, dicho arancel se podría aumentar, digamos a un 30 por ciento para la harina, pero a condición de que todo el mundo tenga derecho a importarla y de que se mantenga la eliminación de control de precios.

La eliminación de la factura consular

La República Dominicana es uno de los pocos países en el mundo donde persiste el requerimiento de la factura. En la práctica, esto representa un costo adicional para importar un producto al país.

La "internacionalización" de las restricciones fitosanitarias

Todo país tiene el derecho a prohibir importaciones por

razones de orden fitosanitario, es decir, para impedir que a través de ellas lleguen al país plagas, plagas y enfermedades.

Sin embargo, en algunos países la restricción fitosanitaria es utilizada para encubrir protección a la producción agropecuaria local. Dada esta situación, cuando surgen acuerdos de libre comercio las partes contratantes se obligan a "internacionalizar" sus leyes, reglamentos y prácticas fitosanitarias, con el propósito de que conformen con criterios técnicos internacionalmente aceptados, evitándose así el uso de criterios locales que puedan encubrir prácticas proteccionistas.

La "neutralización" de los impuestos internos

Los impuestos internos al consumo y al valor agregado no deben discriminar según el producto sea importado o de producción local, ya que si el impuesto al producto importado es mayor que al producido localmente, o si se grava el importado y no al local, el sistema de impuestos internos se convierte en otro elemento de protección, es decir en un arancel paralelo.

La adopción de un sistema internacional de valoración aduanera.

La adopción de mecanismos de promoción de exportaciones

Es normal la vigencia de mecanismos que compensen a los productores por los impuestos de importación que han pagado sus insumos, cuando parte de su producción es exportada. Estos mecanismos normalmente se conocen como *drawback*, compensación de exportaciones, importación temporal, fianzas, o devolución de impuestos.

Estos mecanismos son más comunes cuando se trata de comercio entre países que no pertenecen a un mismo esquema de integración (República Dominicana y Jamaica, por ejemplo) y cuando los aranceles son altos. Cuando el comercio es entre países que han adoptado el mismo arancel común, todas las industrias están en igualdad de condición en cuanto a los impuestos que graven sus insumos y no hay que devolverlos.

La adopción de la nueva ley de inversión extranjera

Generalmente los acuerdos comerciales lo son también de inversión. Esto responde al convencimiento de que las inversiones extranjeras generalmente favorecen la producción con fines exportables. Si se analizan a fondo cuáles son los argumentos que subyacen las críticas que los países de la Cuenca del Caribe han hecho al ALCAN, se podrá encontrar que la mayoría responder al temor de que las inversiones extranjeras se desplazarán, en lo adelante, hacia México, pues este país presenta condiciones más atractivas para dichos inversionistas.

La modificación del nivel del arancel

El arancel de la República Dominicana es el más alto en Latinoamérica, pues la industria doméstica pagaría más altos

impuestos por sus importaciones de materia prima que lo que pagaría el competidor del extranjero que desee vender en nuestro mercado⁵³.

Los aranceles y la reforma tributaria

La necesidad de reformar el régimen tributario es el factor principal que impide a la República Dominicana participar de lleno en el proceso de integración económica.

La esencia de la integración económica lo es el libre comercio y éste implica un proceso por medio del cual eventualmente el grueso de las importaciones de un país no pague impuesto aduanero alguno. Consecuentemente, mientras más depende un país de sus impuestos al comercio exterior, más difícil será integrarse, pues sus ingresos fiscales mermarán en mayor proporción. Esto es particularmente cierto si la integración se efectúa con un país, o países, desde donde procede el grueso de las importaciones, como lo sería el caso de la República Dominicana y los Estados Unidos, a través de una participación en el ALCAN⁵⁴.

De todos los países de la región latinoamericana, donde la reforma tributaria tendría que ser más profunda sería nuestro país, para poder compensar con impuestos internos (renta, consumo, ITBIS, etcétera) la reducción de impuestos aduaneros resultantes del libre comercio.

En la República Dominicana, el promedio del arancel 30 por ciento, en comparación de otros países de la región.

Es probable que para el año 2000 y con la puesta en ejecución de los compromisos del GATT, el nivel promedio del arancel latinoamericano estará en alrededor de un 10 por ciento.

Sin embargo, algunos sectores reciben hoy día niveles de protección superiores a la tarifa promedio. En los campos alimenticios, textiles y de vestidos, los aranceles frecuentemente exceden el 20 por ciento, llegando a veces hasta a un 30 por ciento.

Definitivamente, esta alta dependencia de nuestra economía en tributos arancelarios y el alto nivel promedio de ese arancel, representan el principal obstáculo a nuestra participación en el proceso de integración económica regional.

Por otro lado, que el libre comercio es la regla hoy día en nuestro continente. Barreras no arancelarias todavía son muy comunes, incluso en los Estados Unidos, donde cuotas de importación se mantienen para la carne, el trigo, el hierro, el acero, el arroz, los productos lácteos, el maní y el azúcar, que convirtiendo su efecto equivalente en niveles arancelarios, aún para los países beneficiarios de la Iniciativa de la Cuenca del Caribe, implican niveles que oscilan entre un 15 y un 60 por ciento.

En nuestro caso, una reforma arancelaria, dentro de un paquete de reforma tributaria general, en la medida en que grave a los insumos industriales y a los bienes de capital con tarifas de tan sólo alrededor de un 5 por ciento o un 10 por ciento, haría innecesaria la utilización de complicadas leyes de incentivos de exportación. Bajo esas condiciones, las exportaciones deberían de fluir, sin la necesidad de leyes de ese tipo, siempre que se siga una adecuada política cambiaria.

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro más profundo agradecimiento a la Lic. Florencia Martín y al Dr. Rubén Pimentel por sus sabios conceptos y por la asesoría que nos ofrecieron en todo momento.

REFERENCIAS

1. Rocha VM. NAFTA: "Hacia un régimen hemisférico de libre comercio." Fundación Economía y Desarrollo, Inc. *Listín Diario*, Sábado económico, Santo Domingo (República Dominicana): Sábado 3 de octubre de 1992, p. 6D.
2. Ramia JS y Boin J. "El acuerdo de libre comercio de América del Norte". Hoy, Balance económico. Santo Domingo (República Dominicana): No. 183, lunes 31 de agosto de 1992.
3. Vega B. y Despradel C. *Estudio sobre la estrategia de integración económica de la República Dominicana*, Santo Domingo (Rep. Dom.): 1994.
4. Bamrud J. "Uniting forces: the integration of the hemisphere", *Latin Trade* 1996; 4(3): 2A -15A.
5. Bonetti A. "Competitividad, políticas de promoción de exportaciones e integración hemisférica". Seminario "ALCA" 2005: Convergencia empresarial hacia Belo Horizonte. Santo Domingo, 10 de marzo de 1997. Santo Domingo (República Dominicana), 1997.
6. Vega B. Integración económica y reforma tributaria. *La revista económica* 1994; 1 (2): 10.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez H. "Integración comercial". *La revista económica* 1994; I (6): 19 - 20.
2. Andere E y Kessel G. *México y el tratado trilateral de libre comercio: impacto sectorial*, Ciudad de México: McGraw-Hill/Interamericana de México 1992: 4-6.
3. Banco Central de la República Dominicana. *Boletín Trimestral*, 1996; L (4,5 y 6).
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): Naciones Unidas. *Centroamérica: evolución de la integración económica durante 1994 y avances en los primeros meses de 1995*, 1995 Sept.: LC/MEX/L.283.
5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): Naciones Unidas. *Informe de la reunión extraordinaria de consulta del comité de cooperación económica del istmo centroamericano (CCE)*, 1994 Apr.: LC/MEX/ CCE/L.421.
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): Naciones Unidas. *La integración centroamericana frente a múltiples compromisos de negociación comercial*, 1995 Sept.: LC/MEX/L.233.
7. Fernández SG. El impulso de la integración económica en la década de los noventa. En: González S. *Temas de Organización Económica Internacional*, Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, 1993: 220-233.
8. Hutchinson GA y Schumacher U. "NAFTA's threat to Central American and Caribbean Basin Exports: A revealed comparative advantage approach". *Journal of Interamerican Studies and World Affairs*. 1994; 36(1): 127-148.
9. Inter-American Development (IDB), Economic Commission for Latin America and The Caribbean (ECLAC), *Trade Liberalization in the Western Hemisphere*, Washington, D.C.: 1995.
10. Lustig N, Bosworth BP y Lawrence RZ, eds. *North American Free Trade: Assessing the impact*, Washington, D.C.: The Brookings Institution 1992.
11. Leycegui B, Robson WBP y Stein SD, eds. *Trading punches: trade remedy law and disputes under NAFTA*, Washington, D.C.: North American Committee 1995.
12. Murga EM. ¿Por dónde empezar la integración? *La revista económica*. 1995; 1 (26): 10 -11.
13. Poiras G y Robinson R. The politics of NAFTA in Mexico. *Journal of Interamerican Studies and World Affairs*. 1994; 36(1): 1-30.
14. Saborío S. *Reto a la apertura libre comercio en las Américas*. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana de México, S.A. 1994: 169 - 186.
15. Vaitos C. Opciones dominicanas en tiempos de globalización e integración, Santo Domingo (Rep.Dom.) *Amigo del Hogar* 1994.
16. Yerxa R. *La administración Clinton y el NAFTA*. Fundación Economía y Desarrollo, Inc. *Listín Diario*, Sábado económico, Santo Domingo (República Dominicana): Sábado 6 de noviembre de 1993, p. 6D.

Algunas consideraciones sobre privatización

Susan Yokasta Espaillat Cruz*

En los últimos años, el fenómeno de la privatización se ha convertido en área de crecimiento para muchos países en vías de desarrollo, que ven en la subcontratación o venta de funciones u organismos estatales a grupos privados, una opción para atenuar, por una parte, sus crisis presupuestales y, por otra, una estrategia de desarrollo basada en la idea de que la disciplina competitiva en los mercados privados aumenta la eficiencia y la producción a bajos costos, sin descuidar la calidad.

La privatización sin política, procedimientos y sin un equipo comprometido y competente, está condenada al fracaso. Para iniciar un programa exitoso de privatización, hay que elaborar una estrategia con ciertas esenciales.

1. Antes de considerar la elaboración de un plan de privatización, hay que crear un clima económico favorable a la propiedad privada. Esta tarea requiere de la evaluación del sistema tributario y de las leyes sobre derechos de propiedad. En la República Dominicana nuestro Código Tributario de manera general es un instrumento eficiente y adecuado para la privatización, pero debemos enfocarlo desde dos puntos de vista: a) lo referente al Título II sobre el Impuesto Sobre la Renta, la estructura es mucho más favorable que la ley anterior; ya que, 1) las tasas corporativas han sido reducidas y la tasa nominal ha sido igualada para todos los demás a un 25 por ciento; 2) elimina exenciones fiscales y reduce las deducciones del Impuesto Sobre la Renta; y, 3) elimina la doble tributación como lo estipula el artículo 316 de dicho código, y b) pero hay otra parte del Código Tributario que debemos tener muy presente, el Capítulo I relativo a las Disposiciones Generales, le confiere un increíble poder a la administración tributaria, que bien utilizado puede servir para las recaudaciones fiscales, pero utilizados para fines políticos podría convertirse en un arma del Estado en contra de las inversiones que se realizaren en el país.

De igual forma, la privatización de las empresas públicas puede ser usada exitosamente para expandir la propiedad privada y evitar la concentración de las riquezas. Los programas de

“capitalismo popular” de Chile y la participación de los empleados en su adquisición, así como el amplio uso de la bolsa de valores, pueden resultar métodos efectivos para lograrlo.

2. Comenzar con un programa serio de información pública. Son importantes los programas para educar al público acerca del proceso y sus efectos. Pero se debe basar más en hechos que en palabras; es decir, establecer prioridades de modo que el público vea los beneficios de la privatización, es decir, establecer prioridades de modo que el público vea los beneficios de la privatización, elegir las empresas con menor valor polémico para la campaña. Por ejemplo, un programa de educación pública en el Perú sobre los costos de emplear trabajadores redundantes en la industria pesquera operada por el Estado y sobre medidas de ahorro, hizo que el público y los trabajadores aceptaran los programas de reestructuración a pesar de la oposición de algunos dirigentes sindicales.

De igual forma, será importante adiestrar e informar sobre algunos conceptos que con frecuencia obstruyen los procesos de privatización, tales como:

-Desaparición de muchas fuentes de empleo. Esta presión seguramente sería ejercida por los sindicatos de las empresas estatales para evitar la privatización. Con frecuencia la privatización reduce los gastos, en parte porque las empresas del sector público tienden a ocupar demasiado personal. Estas prácticas se basan en una idea equivocada del papel del trabajo en la sociedad. El derroche de recursos no sirve a la economía de un país. Cuando diez personas hacen la labor de seis, hay cuatro personas que no pueden trabajar en ese sector, y los gastos en pago no están disponibles para pagar otra actividad productiva. Cuando se paga un salario a empleados de una burocracia pública por trabajo que no se tiene que hacer, se priva al resto de la sociedad de las habilidades y servicios de esos empleados. A corto plazo, esas personas tienen empleo bajo esta práctica, pero a largo plazo se impide que hagan trabajo productivo en otros sectores.

-Se crearían muchos monopolios privados. Lo correcto sería implementar mecanismos que impidan la formación de monopolios

*Magister en Derecho Empresarial y Legislación Económica

privados. En la fase de privatización, dependiendo del análisis específico que se haga a cada empresa, el Estado deberá velar porque los servicios indispensables, estará la clave para alcanzar precios bajos, calidad y sobre todo oferta creciente al paso de la demanda. Es importante en este punto no reprimir la competencia entre proveedores. La sustitución de un monopolio del gobierno por un monopolio privado puede no aumentar el bienestar público, debe haber una multiplicidad de proveedores privados. Este puede ser un problema difícil, si sólo hay uno o dos contratistas calificados, no es probable que se logren los beneficios de la competencia.

-Subirán los precios de los productos y servicios. Según un estudio de la Fundación Economía y Desarrollo, Inc., no es posible que las empresas privadas suban sus precios a su antojo, más allá de lo que el cliente esté dispuesto a pagar. Muchos argumentan que eliminar los privilegios y exenciones fiscales con que cuentan las empresas actualmente, incrementarán tanto los costos que los precios deberán subir, y en esto hay varios errores; los precios, primero que nada, son determinados por la oferta y la demanda, no por los costos; además, al operar eficientemente los costos deben reducirse en gran medida ya que todos sabemos que por no haber responsables directos, las empresas del Estado son altamente ineficientes. La competencia además obliga a pelear en el mercado con los precios más bajos posibles.

-El Estado tendrá que pagar los bienes y recursos que consume. Esta es otra excelente forma de controlar los gastos del gobierno. Además, se recibirá el ingreso de la venta y el total de impuestos generados por todas estas empresas ya privadas.

3. Organizar un programa de preparación y formar a expertos en las dimensiones técnicas del proyecto. Es decir, contar con gente capacitada en la gran variedad de técnicas de privatización, desde la contratación de servicios públicos a la venta de compañías estatales, mediante la venta de acciones o incluso (en caso extremo) la disolución.

La capacidad administrativa de los gobiernos implicados en la privatización requiere atención especial. Hay riesgo de que el gobierno pueda subvalorar los activos y hacer un mal negocio. La gestión de un programa de privatización es asunto complejo. Los gobiernos rara vez tienen la capacidad u organización administrativa necesaria para administrar semejantes programas. Por lo general se necesita de alguna suerte de unidad administrativa central para promover o vigilar el proceso de privatización y mantener informados a quienes toman las decisiones. Ellos exigen habilidades especiales y con frecuencia expertos de firmas jurídicas, compañías consultivas y bancos comerciales, se contratan para asesorar en la labor detallada de la privatización. Así Bangladesh creó una Junta de Desinversión para decidir sobre ventas y un grupo de trabajo para evaluar activos y para que recomiende precios a la Junta. Jamaica creó una Comisión Nacional Conjunta de Inversión con asistencia de una Secretaría de Desinversión.

4. Especialmente al comienzo, elegir empresas para la privatización que minimicen dificultades y garanticen éxitos. Esta tarea es de suma importancia y requiere que se establezcan prioridades. No es posible privatizar de golpe todas las empresas y,

al tratarlo, sólo implicará que no habrá privatización. Más bien hay que identificar o seleccionar las empresas que se pueden privatizar con relativa facilidad. Esto tiene mucha importancia en los países del Tercer Mundo y en los países con poca experiencia de privatización. En nuestro país el proceso de privatización bien podría iniciarse por muchas de las empresas que conforman el Consorcio Corde, como sería el caso de la Fábrica Nacional de Vidrio (Favidrio).

5. Elegir técnicas y estrategias para aumentar al máximo el apoyo político. Una vez escogidas las empresas, lo más importante es movilizar apoyo para la privatización y neutralizar o captar los intereses especiales que pueden oponerse.

6. Preparar la compañía para la privatización, haciendo inversiones en ella si es necesario. Tenemos que tomar en cuenta que la empresa elegida para la privatización es una compañía pública que opera bastante tiempo con subsidios del gobierno. Para privatizarla, debe suponerse que sobrevivirá sin tales subsidios. Es por ello que a veces hay que invertir esfuerzos y dinero para que las compañías sean atractivas en el mercado privado. Para hacer la entidad atractiva en el mercado, el paso crítico es establecer mayores perspectivas de rentabilidad.

7. El fortalecimiento del mercado de capitales. Es un factor decisivo para posibilitar la venta de empresas públicas por oferta pública o participación. Países en desarrollo con mercados de capital débiles o inexistentes tenían que vender directamente las compañías mediante colocaciones privadas. Esto hace más difícil hallar compradores con suficiente capital. La venta de participaciones puede evitar la concentración de riqueza e ingresos que podrían resultar de colocaciones privadas. Por ejemplo, el gobierno chileno vendió 232 empresas estatales (y devolvió a sus propietarios otras 250), durante 1974-82, por escaso capital. Las ventas terminaron fortaleciendo el control de las empresas industriales por parte de los bancos, dando lugar a graves distorsiones en las políticas crediticias. El gobierno tuvo que intervenir y ahora está vendiendo las mismas empresas otra vez, por intermedio de su mercado de capitales de reciente expansión.

Los costos sociales de la privatización visibles de inmediato, tales como el desempleo, el cierre de fábricas y las reducciones en los servicios, pueden ser graves a corto plazo en tanto que el crecimiento de los beneficios y los aumentos del empleo y la inversión no parecen sino a mediano plazo. La preparación para las consecuencias negativas comprende, entre otras cosas, medidas de ahorro con supresión de empleados redundantes, programas de readiestramiento y traslados y líneas especiales de crédito para ayudar a los trabajadores despedidos a iniciar sus propios negocios. Las utilidades que el Estado obtiene de estas ventas se pueden utilizar en parte para aliviar estos costos de ajuste.

La transparencia del proceso de privatización es importante para su éxito. Es casi inevitable un debate público sobre la venta de activos del Estado; la cuestión es lograr que la población esté informada, lo cual significa más y mejores estudios que expliquen los programas de las empresas, los objetivos de las ventas, los costos de mantener las empresas públicas en términos de subsidios tanto

implícitos como explícitos y los precios de las empresas que están privatizando.

Sobre la venta o privatización de las empresas estatales existe una gran variedad de opciones tales como: la venta de las empresas propiamente dicha, la venta privada de acciones, cupones o bonos, la oferta pública de acciones, locación con o sin opción de compra, la subcontratación de servicios públicos con contratistas particulares, entre otros. Tomemos el ejemplo de los checos y eslovacos que actuaron con pragmatismo, utilizaron todos los métodos válidos para conseguir rápidamente sus objetivos de privatización y no se paralizaron en debates metodológicos.

La elección de las modalidades de privatización va a depender del tipo de empresa que se desee vender. La decisión que se tome debe partir del estudio y de la evaluación que técnicos competentes hagan sobre esa empresa.

Sobre la opción de venta directa de empresas propiedad del Estado, comparto la opinión de distinguidos juristas, ya que sería una alternativa viable para aquellas empresas que por su naturaleza comercial y competitiva no ocupen un lugar estratégico desde el punto de vista, de la generación de empleos, aportes de divisas o ingresos fiscales. Este es el caso de muchas de las empresas de CORDE que podrían ser vendidas mediante venta directa negociada, previa oferta pública, formalizada por organismo competente. Es obvio que empresas más importantes, por su situación estratégica, tales como el CEA, la Tabacalera, CDA, CDE, Molinos Dominicanos, implicarían procesos más complejos para salvaguardar su papel social y evitar que grupos poderosos obtengan una situación preponderante de tipo monopolístico y oligopólico. En este sentido, algunos aspectos implementados en México y Argentina podrían ser tomados en cuenta, por ejemplo cuando establece que un mismo grupo no pudiera adquirir más de un determinado porcentaje de las acciones, para evitar monopolios.

Otra posibilidad, es que el gobierno pueda contratar la concesión de servicios -autorización para prestar ciertos servicios en determinadas zonas geográficas- es corriente en los servicios públicos y el transporte urbano. Sobre este punto, en nuestro país existen diez compañías privadas de suministro de agua potable, sometándose a pruebas de calidad por parte de la Secretaría de Estado de Salud Pública.

Por otra parte, consideramos que si no se quiere abandonar la propiedad del Estado, en cierto tipo de empresas, por lo menos debería dársele orientación a la administración, sobre todo a las empresas que todavía pueden sobrevivir. Estas podrían ser entregadas a nivel de administración a la Comisión Nacional de Privatización, mediante contrato efectuado entre el Estado y dicho organismo, a fin de que el manejo de las empresas queden en manos del sector privado pero quedando siempre el Estado como propietario de las empresas. Estamos hablando de un contrato colectivo entre el Estado y sector privado, no al ensayo aquel de años pasados de entregar a personas privadas el manejo de algunas empresas, lo cual en verdad no resultó.

Las empresas deficitarias y que todavía podrían ser objeto de recuperaciones económicas podrían vender sus acciones en la Bolsa

de Valores de Santo Domingo, quedando siempre el Estado como accionista del capital social, por una tercera parte, por lo menos que no podría nunca ser rebajada, bajo el clásico pretexto de aumento de capital social, en desmedro de la propiedad pública.

Las empresas "imposibles" deberían ser cerradas definitivamente y con un criterio valiente, sincero y honesto.

Un punto fundamental en los procesos de privatización son las fuentes de financiamiento. La falta de mercados financieros adecuados y la ausencia de instituciones financieras capaces de proveer los fondos requeridos para efectuar las transacciones de compra, son problemas básicos que enfrentan los países en vías de desarrollo para lanzar un programa de privatización exitosa.

El problema del financiamiento pudiera ser resuelto a través de la oferta pública de acciones. De esta forma, el financiamiento se convierte en un asunto de los compradores individuales de las acciones. En la República Dominicana el problema mayor es el incipiente y poco desarrollado mercado de capitales. La Bolsa de Valores de Santo Domingo está tratando de abrirse paso en el país; sin embargo, el proceso de privatización en las empresas públicas podría servir de empuje al desarrollo de la Bolsa de Valores.

Una innovación semejante son las conversiones de deuda por inversión (swap). Tal conversión es un medio para reducir la deuda externa y estimular el flujo de capital en los países deudores. Este tipo de conversión de deuda elimina las posibles presiones inflacionarias de la transacción, ya que el efecto monetario desaparece. Chile ha sido un país que lo ha utilizado con éxito. Desde su introducción en 1985, ha constituido casi el 10 por ciento de la deuda atrasada en bancos comerciales extranjeros.

También debe recordarse que:

-La privatización aislada, no es una panacea. Ella sólo dará resultados si es parte de una política económica orientada hacia un desarrollo real que necesariamente requiere la creación de un clima positivo para la inversión.

-La privatización necesita ir de la mano con la creación de un marco económico competitivo. De lo contrario, podrían crearse monopolios privados abusivos o capitalismo por compadrazgo. Por eso se necesita instituir que asegure el mantenimiento de condiciones competitivas y la represión de abusos del poder económico.

-Es importante establecer prioridades. Primero hay que privatizar las actividades comerciales, industriales y agrícolas.

-Para los monopolios naturales, solamente se debe considerar la privatización cuando ha sido creado el marco regulador apropiado. Esto es algo que puede lograrse.

-Hay que mejorar el gobierno de manera que opere muy bien como debe operar, porque es el único actor cuyo cargo está realización de tareas como: el marco jurídico, la seguridad pública, las inversiones de infraestructura y otras tareas fundamentales.

-La privatización de ninguna manera sugiere el debilitamiento del Estado y menos su desaparición en las tareas que sólo el Estado puede cumplir.

-Defender la privatización no significa sugerir un "dejar hacer" libremente. El Estado tiene papeles importantes en la economía como: a) establecer una política económica general con reglas muy claras; b) realizar directamente inversiones en infraestructuras; c) crear un clima para la inversión privada y acordar incentivos específicos cuando esto sea aconsejable.

El éxito de la privatización no se deberá juzgar en términos de la venta o contrato mismo, o del precio ganado al gobierno, ni siquiera de la supervivencia o expansión de la empresa vendida. El contraste está más bien en si hay beneficios netos para la economía en su conjunto.

Actualización sobre Neoplasia Tiroidea

Ilonka Angélica Rodríguez Ortega*, Diego de Parada Dávalos*, Francisco Rivera**

RESUMEN

Se presenta una revisión de las diferentes neoplasias que pueden tener asiento en la glándula tiroidea. Se enfocan sus manifestaciones clínicas y, sobre todo, se presentan los diferentes métodos diagnósticos de que disponemos para conocer la neoplasia tiroidea.

Palabras claves: neoplasia tiroidea, manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos.

EL TIROIDES

ASPECTOS GENERALES

La glándula tiroidea fue descrita brevemente por primera vez por Galeno y en 1543, Vesalio fue el primero en dar una completa descripción de esta glándula. Ya en 1656 es denominada "tiroides" (del griego *thireos* o escudo) por Warton¹.

Es la mayor glándula endocrina del cuerpo y se localiza en la región anterior del cuello, a ambos lados de la tráquea en posición lateral e inferior al cartilago tiroideo. Está compuesta por dos lóbulos conectados a través de la línea media por el istmo. Su peso aproximado es de 15-25 gramos, aunque suele pesar más en la mujer. De color rosado fuerte, está sumamente vascularizada, recibiendo irrigación de las arterias tiroideas superiores e inferiores.

El tiroide está innervado por las fibras simpáticas y parasimpáticas procedentes de los ganglios cervicales y del nervio vago. Guarda también íntima relación con los nervios laríngeos recurrentes por detrás y las glándulas paratiroideas en su parte posteroexterna.

Histológicamente la glándula tiroidea está formada por folículos. Estos son estructuras por células epiteliales cuboidales con núcleo central y citoplasma granuloso basófilo que forman un anillo alrededor de una luz central ocupada por el coloide en el que se van almacenar las hormonas tiroideas. Un segundo grupo de células son las llamadas células parafoliculares o células C secretoras de calcitonina. Son más grandes, triangulares y situadas entre los folículos en la base de la membrana folicular separada del coloide por las células epiteliales.

Entre los folículos circulan numerosos vasos capilares, sanguíneos y linfáticos, y tejido conectivo. La glándula entera estará encapsulada por una capa de tejido conectivo. El tiroide juega un importante papel en el control del metabolismo corporal, esto se realiza a través de las hormonas producidas por los dos tipos de células secretoras del tiroide.

Tiroxina (T4) y triyodotironina (T3), son las responsables de regular el metabolismo además de ser esenciales en la infancia para el crecimiento y el desarrollo mental. La calcitonina actúa conjuntamente con la hormona paratiroidea regulando el nivel de calcio en el cuerpo.

El tiroide presenta una gran variedad de enfermedades y un espectro de cambios patológicos, macro y microscópicos, mayor que en otros órganos y que se manifiestan en forma de tumores, hiperplasias, inflamaciones y degeneraciones.

La presentación más común de las enfermedades tiroideas es el crecimiento del tiroide (BOCIO). Hay múltiples formas de crecimiento tiroideo: un aumento del tamaño difuso, multinodular o aparentemente nodular sencillo. Salvo en caso de afección inflamatoria, tumoral o autoinmune, el aumento del tamaño del tiroide, en principio, siempre es consecutivo a un aumento de TSH por un descenso en la producción de hormonas tiroideas. Las causas de este déficit hormonal son muy variadas, pero sea cual sea el mecanismo subyacente, el aumento de TSH conduce finalmente a una hiperplasia e hipertrofia de la glándula (bocio difuso). En cualquier caso, si las circunstancias desencadenantes cesan o la terapéutica es oportuna la TSH disminuye y la glándula involuciona pudiendo recobrar su tamaño y funciones normales. Si las causas del bocio reaparecen, la alternancia de períodos (hiperplasia-atrofia), junto a la cicatrización del parénquima glandular sería la responsable del desarrollo de nódulos en el interior del tiroide hiperplásico y

* Médico egresado de la Universidad Iberoamericana (UNIBE).

** Profesor de UNIBE.

finalmente de la involución glandular y de adenomas. El nódulo tiroideo puede volverse autónomo y evolucionar por su cuenta, independientemente del control hipofisario. En esta cadena secuencial no todo termina en el nódulo o adenoma autónomo, las consecuencias pueden llegar más lejos y como broche final aparecer un carcinoma tiroideo con toda su enigmática evolución.

EL NÓDULO TIROIDEO

ASPECTOS GENERALES

La mayoría de los nódulos tiroideos son benignos, aunque todos son potencialmente malignos. Cada paciente y cada nódulo exigirá una cuidadosa valoración individual, ya que exceptuando el estudio anatomopatológico, no existe ningún método que nos diferencie con certeza un nódulo no tumoral de una neoplasia, ni una neoplasia maligna de una benigna, aunque existen algunos datos clínicos y técnicas diagnósticas que nos pueden sugerir la presencia de carcinoma.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Historia clínica

Diversos síntomas y signos recogidos en la historia clínica y el examen físico conducen al médico a sospechar la presencia de malignidad en un nódulo tiroideo, como un crecimiento rápido de una masa tiroidea sin dolor ni disfonía⁷. Los hallazgos clínicos más comunes en pacientes con cáncer tiroideo son: adenopatías cervicales, el bocio, dolor en cuello, disfonía, presión o tirantez, disnea y disfagia⁸. Si bien cada uno de estos síntomas también se pueden presentar con lesiones benignas.

a) *Edad*: los nódulos tiroideos son raros en niños, aunque se consideran con sospecha creciente, y en los mayores de 60 años en quienes el riesgo de malignidad puede ser de hasta 60 por ciento⁴. Un nódulo tiroideo es más probable que presente cáncer en el niño⁵. En la población de edad avanzada los nódulos tiroideos son comunes ya que el tiroides se vuelve multinodular con la edad⁶.

b) *Sexo*: aún cuando el cáncer del tiroides es más frecuente en mujeres que en hombres⁷, los nódulos tiroideos tienen entre 1.5 a 2 veces más riesgo de ser malignos en varones². El sexo también se ha relacionado con el pronóstico, siendo más grave en el varón que en la mujer⁷, para los carcinomas tiroideos diferenciados.

c) *Disfunción tiroidea*: aunque los síntomas de hipertiroidismo o de hipotiroidismo suelen sugerir que un nódulo es benigno, también se han asociado con cáncer tiroideo.

d) *Historia de exposición a radiación*: la exposición a la radiación a dosis bajas de cabeza y cuello en la lactancia o infancia aumenta la incidencia de carcinoma tiroideo⁹; existiendo una relación directa entre la cantidad de irradiación y la incidencia de nódulos tiroideos⁹. Afortunadamente la mayoría de los cánceres de tiroides inducidos por la radiación son del tipo papilar⁵. También se recomienda vigilar a todo paciente que haya recibido I-131.

e) *Antecedentes familiares*: los pacientes con historia familiar de carcinoma tiroideo o de síndrome Neoplasia Endocrina Múltiple

II (MEN-II) se ha de sospechar carcinoma medular del tiroides^{4,5}.

Examen físico

Los nódulos tiroideos son visibles, muy a menudo palpables, pudiendo suscitar la duda de que se trate de un carcinoma. Si bien el riesgo de presentarse enfermedad maligna en el nódulo solitario es mayor⁹. El carcinoma tiroideo también puede presentarse en los bocios multinodulares. Unos de los signos clínicos más llamativos de malignidad es la presencia de un nódulo duro y no doloroso en el tiroides⁵, si bien, el carcinoma tiroideo papilar puede ser quístico y blando, mientras que algunos procesos benignos como adenomas o la tiroiditis de Hashimoto pueden dar al tiroides una palpación dura, irregular y aparentemente infiltrante⁶.

La linfadenopatía cervical es indicativa de malignidad y a menudo es el único signo presente en pacientes con carcinoma papilar oculto del tiroides. Por lo que respecta a su localización, se ha asociado con más frecuencia en el lado derecho⁹.

Por lo tanto la historia clínica y el examen físico nos suministran datos inespecíficos, que pueden encontrarse asociados tanto a lesiones benignas como malignas.

Pruebas de laboratorio

Las pruebas funcionales tiroideas no identifican pacientes con patologías tiroideas malignas, pero la presencia de estudios anormales hacen poco probable la existencia de neoplasias. Los valores de las hormonas tiroideas en suero son casi siempre normales en el cáncer del tiroides y no tienen por tanto valor específico. Sin embargo las determinaciones sanguíneas tienen particular importancia en el diagnóstico del carcinoma medular del tiroides avanzado, cuya concentración sérica basal de calcitonina se encuentra aumentada, siendo la más sensible para su diagnóstico⁵. Es usada también para el seguimiento de enfermedad metastásica.

Estudios radiológicos

Las radiografías de cuello pueden mostrar la presencia de calcificaciones punteadas y finas que indican, casi siempre la presencia de cuerpos de *Psamoma* en el interior de un carcinoma papilar, pero también pueden presentarse calcificaciones más densas en los casos de carcinoma medular^{5,6}. Pueden verse masas de partes blandas desplazando la tráquea. La Resonancia Nuclear Magnética (RMN) y la Tomografía Axial Computarizada (TAC) no se usan rutinariamente pero nos dan una clara definición de la anatomía de la glándula tiroidea.

Ultrasonidos

La ecografía es introducida en el estudio del tiroides para descubrir algunos aspectos de su anatomía aprovechando la situación superficial de la glándula. La utilidad principal de la ecografía radica en clasificar a los nódulos como sólidos, quísticos o mixtos con una precisión mayor del 90 por ciento⁵. Se utiliza como guía en las Biopsias por Aspiración con Aguja Fina de la zona y en el examen de las masas cervicales para diferenciar la enfermedad nodular tiroidea de la tumoración extratiroidea¹⁰. No hay ningún criterio

ecográfico que diferencia los nódulos tumorales benignos de los malignos.

Gammagrafía

El estudio gammagráfico tiroideo está basado en la medición sistemática de la capacidad de las células tiroideas para acumular algunos radioisótopos emisores de rayos *gamma* que es detectado por los equipos adecuados obteniéndose una representación gráfica de la glándula que valora la capacidad funcional del tiroides.

Nos permite conocer la topografía normal o paratiroidea del tiroides y nos informa del estado funcional de la glándula, el tamaño, número, localización, y función de los nódulos tiroideos, siendo este su uso más importante, catalogando al nódulo tiroideo, en "caliente" o hipercaptante, isocaptante o normocaptante, y "frío" o hipocaptante¹⁰. Es útil en el diagnóstico de tejido tiroideo ectópico y para localizaciones distales.

En el caso de carcinoma tiroideo, nos ilustra sobre la posible existencia de metástasis funcionales en pulmones y huesos largos. Es útil en la evaluación de los nódulos mediastínicos y de los bocios retroesternales.

Los isótopos más empleados en los estudios tiroideos son el I-131, I-125, I-123 y el Tc-99m⁴.

El I-131 fue el radioisótopo de elección para los estudios gammagráficos de rutina^{11,12}. En la actualidad su uso está limitado al estudio de metástasis funcionales de carcinoma tiroideo y al tratamiento de las mismas. Ha sido reemplazado por otros isótopos en un intento de reducir la cantidad de exposición a radiación¹⁰.

El I-125 tiene una vida media mayor y una menor emisión de radiación, se usa raramente¹².

El I-123 es el isótopo ideal por su corta vida media y una radiación al tiroides del 1 por ciento de la recibida con el I-131, con el inconveniente de su elevado costo y escasa disponibilidad^{11,12}.

El Tc-99m es el isótopo más utilizado actualmente. Se administra habitualmente por vía endovenosa pudiéndose obtener la gammagrafía partir de los 20 minutos sin necesidad de esperar 24 horas como en el caso del I-131. Además de que no se organifica o incorpora a la hormona tiroidea como el Iodo^{10,11}.

El gammagrama presenta una serie de limitaciones importantes como pueden ser la no delimitación adecuada de nódulos a nivel del istmo o de la periferia del tiroides, no distingue lesiones menores de 1 cm., pueden pasar inadvertida una lesión hipofuncional al estar rodeada de tejido normal y también, una zona fría puede ser causada por una glándula asimétrica o agenesia del lóbulo contralateral. Pero la principal limitación de la gammagrafía, sea cual sea isótopo utilizado, es que no distingue los nódulos benignos de los malignos y sólo puede ser usada para asignar una probabilidad de enfermedad maligna en base al estado funcional del nódulo^{3,12}.

En la gammagrafía la mayor parte de los nódulos tiroideos son fríos y dentro de éstos se encuentran la mayoría de los adenomas y los cánceres, aun cuando la mayoría de los nódulos fríos son

benignos se ha calculado que el 20 por ciento muestran malignidad⁶. Los nódulos calientes casi siempre son benignos y disminuye la probabilidad de malignidad¹⁴. Por lo tanto, el cáncer no tiene una representación unívoca y, de momento, hay que aceptar que en cualquiera de las formas que se exprese puede haber un cáncer. Esto nos demuestra que las gammagrafías apoyan una posibilidad, pero no son definitivamente diagnósticas⁴.

Punción-Aspiración con Aguja Fina

Antiguamente se hacían las biopsias a cielo abierto en una intervención quirúrgica bajo anestesia general o local. En las enfermedades difusas se obtenía una muestra para su examen histológico, pero a las lesiones nodulares se las solía extraer enteras; en consecuencia el procedimiento muchas veces era terapéutico además de diagnóstico. Con posterioridad se introdujeron las biopsias percutáneas. La Punción-Aspiración con Aguja Fina (PAAF) denominada en la literatura inglesa como "*Fine Needle Aspiration*" (FNA) o "*Aspiration Biopsy Cytology*" (ABC) fue desarrollada por primera vez en Suecia en el hospital *Radiumhelmet* de Estocolmo en la década de los 50¹⁵.

Se utiliza tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la enfermedad tiroidea, y proporciona una información más directa y específica de un nódulo tiroideo mediante el estudio citológico del aspirado, no es un estudio histológico⁸.

La PAAF es un procedimiento simple, bien tolerado por la mayoría de los pacientes, y que no requiere anestesia ni preparación previa, se puede utilizar sistemáticamente en pacientes ambulatorios y es adecuado para exploraciones múltiples, con una cantidad mínima de traumatismo para el paciente.

Esta biopsia tiene las siguientes ventajas: permite el estudio de múltiples nódulos en un examen, diferencia con suficiente precisión entre nódulos benignos y malignos y selecciona aquellos pacientes que deben operarse por patología tiroidea⁵. Es un método sencillo y de costo barato, sin complicaciones ni contraindicaciones importantes. La PAAF puede usarse no sólo para el diagnóstico sino también para el tratamiento de los quistes tiroideos, permitiendo la aspiración de líquido.

Con esta técnica los nódulos pueden ser clasificados de acuerdo a su naturaleza benigna o maligna y son posibles tres interpretaciones citológicas: benigno, indeterminado o maligno. La precisión diagnóstica de la PAAF varía desde un porcentaje muy bajo (50%) a uno muy alto (97%)¹⁶, dependiendo de la técnica de la aspiración, de la experiencia de los citólogos que interpretan el aspirado y de donde se incluyan las lesiones indeterminadas¹⁷. La frecuencia de intervenciones quirúrgicas pueden disminuirse en 25 por ciento y la proporción de operaciones por neoplasia aumenta de 30 a 50 por ciento. La precisión diagnóstica de la aspiración con aguja en general es de 94 por ciento, y una sensibilidad por el cáncer de 89 por ciento⁴. También se relaciona con el tipo del tumor siendo del 90 por ciento en los carcinomas indiferenciados y el carcinoma medular del tiroides y el 80 por ciento en los carcinomas papilares. Para el carcinoma folicular su precisión sólo es del 40 por ciento¹⁶.

Los carcinomas anaplásico y medular pueden distinguirse fácilmente y puede establecerse un diagnóstico de tumor papilar o de células de *Hurthle* en los frotis citológicos. Es extremadamente difícil distinguir entre los tumores foliculares benignos y malignos^{8,6}. La precisión disminuye cuando se realiza en lesiones mayores de 4 cm, cuando son quísticas o necróticas y en lesiones menores de 1 cm¹⁸.

Aunque la PAAF es la mejor prueba para diagnosticar neoplasias del tiroides, tiene una serie de limitaciones: -la incidencia de falsos positivos, es extremadamente baja⁴ y la incidencia de falsos negativos, son aproximadamente 4.8 por ciento subiendo para el cáncer al 14 por ciento¹⁰.

La tiroiditis de *Hashimoto* probablemente es la causa más frecuente de positivos falsos con PAAF en un 7 a 30 por ciento¹⁰, ya que pueden ser confundidos con tumores de *Hurthle* o con tumores foliculares y también es posible con el carcinoma papilar. La enfermedad de *Graves* tratada con I-131 o con antitiroideos puede alterar la morfología de las células foliculares y puede originar falsos positivos. Los nódulos calientes pueden ser altamente celulares, mostrar pleomorfismo nuclear y originar un diagnóstico positivo falso de carcinoma.

Otra limitación está en el nódulo con citología indeterminada, que presenta el 20 por ciento de los resultados citológicos, ya que un 20 por ciento pueden ser cánceres⁹. En un intento de resolver la citología indeterminada se han utilizado los bloques de células, las mediciones del tamaño celular, nuclear y el análisis nuclear. El uso de bloques celulares ha aumentado la precisión y el rendimiento de la PAAF y ha reducido el número de diagnósticos equívocos. Las mediciones del tamaño celular y nuclear se han utilizado para distinguir los tumores foliculares benignos de los malignos.

La PAAF tiene poca sensibilidad para diferenciar entre adenoma folicular y carcinoma folicular puesto que el diagnóstico de carcinoma folicular es puramente histológico y resultado del estudio completo de toda la pieza, observando la presencia de invasión capsular o de vasos sanguíneos más que de datos que las propias células: mitosis, atípicas, etc. Para resolver este problema algunos autores han propuesto una combinación de biopsia de aguja fina y aguja gruesa para establecer este diagnóstico²⁰. Con la biopsia con aguja gruesa o "*Coarse Needle Biopsy*" (CNB) practicada con las agujas de *Tru-Cut*, o de *Vim-Silverman*⁵, calibre 15, se realiza un estudio histológico del cilindro del tejido tiroideo obtenido.

Los errores en la toma de muestras se presentan con lesiones mayores de 4 cm, en las que se obtiene una cantidad limitada de tejido que a veces no es representativa de toda la lesión¹⁸. Es difícil técnicamente obtener una muestra de nódulos pequeños (menor de 1 cm de diámetro) y de nódulo que se encuentran dentro de una glándula aumentada difusamente. Esta limitación puede ser solventada con el uso de la ecografía como guía de la punción¹⁰.

Es limitación de la PAAF la experiencia del Servicio de Citología que analiza las muestras, el cual para obtener óptima eficacia se considera que debe realizar no menos de 40 punciones tiroideas semanales y tener una experiencia acumulada no inferior a 100 ó 200 informes previos⁵. Otras limitaciones de la PAAF son

distinguir linfomas y Tiroiditis Linfocítica Crónica (TLC), los multinodulares, la localización retroesternal de algunos bocios y las atípicas celulares.

Debido a la existencia de falsos negativos, hay que realizar un seguimiento periódico de aquellos pacientes con nódulos considerados benignos en la valoración inicial, y repetir la punción cada 6 meses o cada año²⁰.

Las complicaciones de la PAAF son poco frecuentes, menos del 2 por ciento¹⁷, la más es la hemorragia intraparenquimatosa, que se resuelve espontáneamente. Con menos frecuencia se observan las lesiones del nervio laríngeo recurrente; puede producir parálisis pasajera de las cuerdas vocales que se resuelve espontáneamente. Otras complicaciones son la perforación de la tráquea y la punción del esófago o de paquetes vasculares. No se han descrito casos de siembra tumoral por el trayecto de la punción usando agujas de calibre 20-25⁴.

La técnica de la PAAF del tiroides sigue los procedimientos generales de la PAAF en otros órganos. Se usan preferiblemente agujas calibre 22 ó 23 en jeringuillas de 10 ó 20 ml montadas sobre un portajeringa que facilita su aspiración. Se coloca el paciente en posición decúbito supino con el cuello extendido. La aspiración debe ser realizada por un médico con experiencia en la palpación de nódulo tiroideo y éste deberá colocarse al lado contralateral a la lesión. Durante la punción el paciente deberá permanecer inmóvil y contener la respiración. La glándula es inmovilizada contra la tráquea con una mano mientras se hace la aspiración rápidamente¹⁵.

No hay contraindicaciones específicas contra la PAAF aunque se deberá tener especial cuidado con niños y adultos incapacitados en los cuales la inmovilidad del cuello no puede estar asegurada¹⁵.

ADENOMAS

ASPECTOS GENERALES

El adenoma del tiroides puede ser definido como un crecimiento neoplásico benigno compuesto por células foliculares contenido en una cápsula. La mayoría de los adenomas son foliculares y su aspecto histológico es el característico de la glándula tiroidea. Muchos lucen como una glándula normal²¹. Tiene una arquitectura uniforme, pocas mitosis y no hay invasión capsular o linfática.

Usualmente los adenomas son solitarios en un 30 a 50 por ciento de los casos⁴, fríos y su tamaño varía de unos pocos milímetros hasta 8 ó 10 cm de diámetro²⁰.

Los criterios morfológicos para identificar un adenoma son: 1) Encapsulación fibrosa completa. 2) Clara diferenciación entre la arquitectura interna y externa de la cápsula. 3) Comprensión del parénquima tiroideo alrededor del adenoma, y 4) Ausencia de nodularidad en el resto de la glándula⁶.

CLASIFICACIÓN

Hay diferentes variantes de adenoma folicular, esta subclasificación se realiza de acuerdo al tamaño y número del

folículo que se forma, así como a la cantidad de estroma interfolicular²⁰.

Hay diferentes variantes de adenoma folicular, esta subclasificación se realiza de acuerdo al tamaño y número del folículo que se forma, así como a la cantidad de estroma interfolicular²⁰.

-El adenoma fetal o microfolicular, consiste en pequeños folículos con poco o casi nada de coloide compuestos por epitelio folicular contenido en una cápsula fibrosa⁴.

-Adenoma embrionario o trabecular, los folículos nos recuerdan el tejido tiroideo embrionario⁴. Están algo mejor desarrollados que en el anterior.

-Adenoma simple o folicular, los folículos son comparables en tamaño y forma a la glándula normal¹.

-Adenoma coloide o macrofolicular, posee folículos superdistendidos con un contenido coloide superior al que se ve en el tiroides normal¹.

-Adenoma oxifilico o de células de *Hurthle*, aquí el epitelio tumoral se compone totalmente de células oxifílicas. Estas células también llamadas de *Hurthle*, *askanazy*, oncocitos, entre otros⁹, tienden a alinear los folículos que son pequeños y a menudo contienen escaso coloide. Se puede decir que las células oxifílicas no son sino meramente células alteradas.

Algunos consideran esta clasificación como algo inexacto y probablemente inútil y, aunque las características morfológicas sean tan diferentes, aparentemente no tiene significación clínica¹⁵.

-Los adenomas papilares son raros²⁰. Microscópicamente estos adenomas exhiben estructuras pseudopapilares que protruyen hacia el interior de espacios microquísticos por lo que se les puede denominar también cistoadenomas papilares⁶. Estos prestan a confundirse con un carcinoma papilar. El diagnóstico de adenoma papilar debería hacerse sólo después de un cuidadoso examen hasta excluir la evidencia de carcinoma, así como de la invasión de la cápsula o de los vasos^{6,15}.

-El adenoma atípico es un tumor encapsulado muy celular²². Difiere bastante de los adenomas foliculares normales con variabilidad en su morfología celular hasta el punto de hacerse sospechoso de carcinoma. Estos adenomas pueden ser considerados benignos solamente después de un completo estudio microscópico que excluya las características invasivas¹⁵.

Existen también otros tipos de adenomas con características peculiares como el adenoma trabecular hialinizante constituido por un curioso grupo de células poligonales, ovaladas y fusiformes agrupadas en nidos o trabéculas separadas por tejido conectivo con marcada hialinización del estroma⁵. La estructura general de este tumor nos va a recordar al carcinoma medular y la presencia ocasional de los cuerpos de *psammoma* lo hace parecer un carcinoma papilar^{15,22}.

Otros tipos raros de adenomas foliculares son aquellos con claros cambios celulares y adenomas con metaplasia adiposa del estroma.

Un adenoma folicular puede seguir diversas evoluciones. Puede simplemente seguir creciendo hasta llegar a alcanzar un tamaño suficiente para causar problemas estéticos o síntomas de compresión sobre las estructuras adyacentes del cuello. El adenoma puede ser funcional y secretar T4, aunque el hipertiroidismo clínico es muy raro y algunos son capaces de absorber Iodo radioactivo¹.

Otra complicación del adenoma folicular es su transformación en carcinoma⁶. La naturaleza precancerosa del adenoma se ha debatido durante largo tiempo. Hace algunos años se pensó que muchos de los carcinomas tiroideos surgían de un adenoma preexistente. Actualmente la opinión es que la gran mayoría de los carcinomas de tiroides no han sido nunca tumores benignos ni nunca pasan por ese estadio; son carcinomas desde sus comienzos¹.

CARCINOMAS

ASPECTOS GENERALES

Los tumores de las glándulas endocrinas no son comunes, siendo el carcinoma de tiroides el tumor más frecuente del sistema endocrino si excluimos los ovarios²³. Pero esto no lo excluye de ser poco común, afectando a menos de 1 por ciento de todos los pacientes con enfermedad maligna⁴.

Existe una amplia discrepancia entre la incidencia y la mortalidad en el carcinoma de tiroides. La prevalencia se estima entre el 0.2 por ciento y 0.8 por ciento mientras que la mortalidad es sólo del 0.006 por ciento. Entre las razones propuestas ante esta discrepancia, la más significativa es la baja malignidad y el lento crecimiento del carcinoma papilar²³.

El grado de malignidad de las neoplasias de tiroides oscila entre el benigno carcinoma papilar hasta uno de los más violentos cánceres conocidos por el hombre: el carcinoma anaplásico⁶.

CLASIFICACIÓN

Carcinoma papilar

El carcinoma papilar es la forma más frecuente de carcinoma tiroideo constituyendo el 80 por ciento de todos los tumores malignos que se originan en el tiroides⁴, pero con excelente pronóstico²². Puede presentarse en cualquier grupo de edad siendo su edad promedio de aparición de 40 años⁵. Tumor que aparece más frecuente en la mujer que en el hombre⁵. Es el carcinoma tiroideo más comúnmente diagnosticado entre grupos de edades más jóvenes¹.

Los carcinomas papilares se originan de células epiteliales del tiroides. Se caracterizan por su crecimiento extremadamente lento y su tendencia a producir metástasis a ganglios linfáticos del cuello⁵, que tiende a ser el primer signo. Su aspecto usual es el de un nódulo firme, no encapsulado de 1-5 cm de diámetro⁴.

Microscópicamente, el diagnóstico de carcinoma papilar dependerá de la presencia de arquitectura característica (principalmente en forma de papilas) y/o cambios nucleares característicos. El rasgo histológico patognomónico es un patrón papilar ramificado y complicado semejante a un árbol⁶. Las

características nucleares de este carcinoma son tan importantes para el diagnóstico como la presencia de papilas, éstas son: 1) núcleo con aspecto de "vidrio esmerilado", con nucleolo pequeño y excéntrico y una membrana nuclear aparentemente engrosada, 2) pseudoinclusiones nucleares, que representan invaginaciones del citoplasma, y no se observan mitosis por lo general²⁰.

Los cuerpos de psammoma se ven aproximadamente en la mitad de los casos, estos son unas estructuras calcificadas que parecen surgir de las necrosis de las propias células tumorales²⁰. Estos son prácticamente sinónimos al diagnóstico de carcinoma papilar. Muy excepcionalmente se podrían encontrar en otro tipo de lesión tiroidea⁶.

Se han descrito las siguientes variables morfológicas de carcinoma papilar¹⁵:

1) Microcarcinoma papilar o carcinoma oculto, mide 1 cm o menos de diámetro. Esta entidad se descubre incidentalmente en estudios post-mortem o en biopsia de algunas tiroidectomía realizada por otra condición benigna. Esta variable está asociada en un tercio de los casos con metástasis a nódulos linfáticos cervicales, pero su pronóstico es excelente.

2) Variante encapsulada, está rodeado por una cápsula. Se piensa que este se desarrolla a partir de un adenoma previo.

3) Variante folicular, compuesto prácticamente por folículos. El diagnóstico se hace basándose en la presencia de las características asociadas con el carcinoma papilar, como son los cuerpos de psammoma entre otros. La mera presencia de núcleo en vidrio esmerilado en una lesión por lo demás con todas las características de un adenoma folicular no será suficiente para el diagnóstico de carcinoma papilar. El comportamiento es análogo al de un carcinoma papilar convencional, particularmente en cuanto a las metástasis nodulares se refiere. Irónicamente estas metástasis suelen exhibir unas formaciones papilares bien desarrolladas.

4) Variante esclerosante difusa, esta se caracteriza por un extensión difusa en uno o ambos lóbulos, un componente inflamatorio linfocitario denso, abundante cuerpo de psammoma, metaplasia escamosa. Las metástasis a ganglio linfáticos están prácticamente siempre presentes y es común que ocurra metástasis a pulmón²⁰. De ahí que el pronóstico sea menos favorable que en los carcinomas papilares convencionales¹⁸.

5) Variante oxifílica está poco estudiada por ser rara²⁰.

6) Variante de células altas y columnares, ésta se caracteriza por estar compuesta por células altas de abundante citoplasma eosinofílico; en el columnar las papilas están definidas por una capa de células tumorales pseudoestratificadas. Ambas tienen un curso clínico más agresivo²⁰.

En el carcinoma papilar la metástasis a nódulos linfáticos es muy común pero son poco frecuentes las invasiones a vasos sanguíneos, esto ocurre aproximadamente en un 5 por ciento de los casos. Si se llega a diseminarse más allá de los confines del cuello que generalmente ocurre en un 10 por ciento⁶, suele llegar a pulmón y, con menos frecuencia, a hueso y SNC²⁰.

Carcinoma folicular

El carcinoma folicular del tiroides no es común, oscila entre 5-15 por ciento de todos los carcinomas tiroideos⁵. Estudios epidemiológicos indican que este tumor es el más común en áreas de bocio endémico o en estados de deficiencia de Iodo. Su punto máximo de incidencia es alrededor de los 30 años, afectando más frecuentemente a la mujer¹.

Histológicamente estos tumores están compuestos por folículos y presentan todos los rasgos generales que se atribuyen a los adenomas foliculares⁸.

La lesión suele ser unifocal, se disemina por vía hematogena presentando metástasis a distancia habitualmente en el pulmón, en los huesos y el hígado⁵. Para diferenciar bien el carcinoma folicular puro de la variante folicular del carcinoma papilar es fundamental la ausencia del primero de núcleos en vidrio esmerilado, cuerpos de psammoma y papilas bien formadas⁶.

Se conocen dos formas anatómicas bien definidas⁸:

a) carcinoma folicular mínimamente invasivo o encapsulado, éste tiene poca tendencia a la metástasis. Guarda íntima semejanza con el adenoma folicular por lo que el diagnóstico de malignidad depende enteramente de la demostración de invasión capsular o a vasos sanguíneos.

b) carcinoma folicular ampliamente invasivo, suele propagarse a pulmón y hueso. Curiosamente, las metástasis tienen un aspecto de mejor diferenciación que el tumor primario del tiroides.

Tumor de células de Hurthle

La historia de las lesiones de células de Hurthle han sido siempre objeto de un considerable debate por su comportamiento biológico. Es muy difícil clasificar a estas lesiones como "adenoma" o "carcinoma", llevando a muchos patólogos a aceptar el antiguo término de "tumor". Las células de Hurthle derivan de un epitelio folicular y se comportan como otros tumores foliculares. Constituyen un 5 por ciento de los tumores tiroideos¹⁵.

Los carcinomas de células de Hurthle difieren, sin embargo, en algunos aspectos, del carcinoma folicular ya que pueden diseminarse a ganglios linfáticos regionales además de por vía hematógena. Ni el tumor ni sus metástasis absorben Iodo radioactivo⁴.

La frecuencia de transformación maligna y de agresividad de estos tumores es superior a la observada en otros tumores foliculares diferenciados. La gran mayoría no muestra evidencia de invasión capsular o vascular y se comporta como adenomas, pero algunas de estas lesiones, y aquellas con invasión obvia se comportan más agresivamente y son con frecuencia fatales. Tienen la pronunciada tendencia a recurrir en el cuello varios años después de la resección original⁶.

Carcinoma medular

El carcinoma medular es poco común, representa quizás un

3 por ciento de todos los carcinomas tiroideos⁴. Este tumor surge a partir de las células C4. Usualmente es menor de 1.5 cm³ claramente delimitado y nunca encapsulado exhibiendo una predilección por los polos superiores de los lóbulos tiroideos¹⁵.

Este tumor es de crecimiento lento y curso crónico, sin embargo, tiene una gran capacidad para producir metástasis tanto por vía linfática como hematológica a ganglios linfáticos, pulmón, hígado y huesos. No tiene predilección de sexo. Puede aparecer de manera esporádica en aproximadamente la mitad de los casos de presentación²¹ o asociarse a desórdenes familiares con herencia autosómica¹⁵.

Este tumor pertenece al grupo de los tumores del sistema *Amine Precursor Uptake Decarboxilation* (APUD), que sugiere un origen común en el neuroectodermo de diversas glándulas secretoras de hormonas⁶.

Histológicamente este tumor presenta células esféricas o poligonales que se disponen en nidos separados por estroma fibrovascular con amiloide⁶.

Este tumor tiene tres características peculiares: 1) estroma amiloide, 2) asociaciones genéticas, quizás 80-90 por ciento de estas neoplasias ocurren esporádicamente entre la quinta y sexta década, pero el 10-15 por ciento se observan en niños y jóvenes formando parte de síndromes genéticos, todos ellos transmitidos por herencia autosómica dominante. 3) Elaboración de diversos productos polipépticos, alrededor del 80-90 por ciento de los carcinomas medulares secretan calcitonina⁶, que servirá como marcador bioquímico del tumor y permite establecer un diagnóstico antes que se manifieste clínicamente⁴.

Carcinoma anaplásico

Alrededor del 10 por ciento de los carcinomas tiroideos pertenecen a este grupo¹⁵. Los tumores suelen aparecer en el séptimo y octavo decenio de la vida⁶ con un promedio de 66 años⁵, y constituyen unas de las neoplasias más malignas observadas en el hombre⁶, pero más frecuente en la mujer⁴.

El crecimiento de este tumor es muy rápido y mortal²¹. No está encapsulado y se extiende ampliamente fuera de los confines de la glándula invadiendo estructuras adyacentes⁵. En el momento en que los pacientes acuden al médico, la mayor parte de esas neoplasias suelen haber invadido amplias zonas del tiroides y, en realidad, se han extendido a localizaciones extraglandulares, principalmente pulmón, y hueso en menor medida. Los pacientes se presentan con dolor en la glándula, signos y síntomas de compresión cervical, fiebre, debilidad y manifestaciones sistémicas pudieran ocurrir. Al examen físico revela una masa dura y fija al tiroides⁴.

Se van a identificar tres variedades histológicas, predominantes: carcinomas de células escamosas, de células pequeñas y de células grandes. Independientemente del tipo celular, los carcinomas anaplásicos tienen un marcado pleomorfismo nuclear, numerosas mitosis atípicas, frecuentes y extensas áreas

de necrosis y gran capacidad de infiltración local y vascular¹⁵.

Este tumor nunca muestra signos de función hormonal. Comparte ciertas características clínicas e histológicas con el linfoma¹⁵.

Sarcomas

Los sarcomas del tiroides son cánceres primarios muy poco frecuentes. El diagnóstico de esas lesiones debe hacerse teniendo en cuenta que los carcinomas indiferenciados pueden adoptar un aspecto sarcomatoide⁶.

Linfomas

Son una forma poco común de carcinoma de tiroides²⁰. La mayoría de los linfomas de tiroides son de células B transformadas y ocurren en mujeres de edad avanzada⁶.

Tumores metastásicos

Estos deben considerarse siempre que encontremos un inusual patrón histológico en el tiroides. Las metástasis en el tiroides se producen probablemente a causa de su intensa vascularización. La mayor parte provienen de un hipernefroma, ocasionalmente el melanoma, el carcinoma pancreático, los tumores bronquiales y gastrointestinales⁴.

TRATAMIENTO DE LAS NEOPLASIAS DE TIROIDES

Adenoma folicular: la terapia estandar es la remoción por lobectomía. No se debe intentar la enucleación del adenoma. La supresión del nódulo con levotiroxina y el tratamiento del adenoma tóxico con I-131 se ha empleado pero los resultados han sido menos satisfactorios²⁰.

Carcinomas diferenciados: hay diferentes opiniones en cuanto al tratamiento de esos tumores. Un grupo está a favor de la lobectomía tiroidea para la mayoría de los carcinomas foliculares y papilares, otro grupo aboga por la tiroidectomía total o casi total. El tratamiento para los tumores de células de Hurthle siempre ha sido controversial. Se aboga por una tiroidectomía total⁵ mientras que otros apoyan la lobectomía⁵. Pero debemos recordar que se debe individualizar el tratamiento quirúrgico de esos tumores de acuerdo a la historia y a las características del nódulo.

Carcinoma medular, como éstos son tumores de células C, no van a responder a una terapia de levotiroxina y por ello se cree que la cirugía ofrece las mejores posibilidades de curación. Se deberá realizar tiroidectomía total sobre todo a causa de su multicentricidad⁵.

Carcinoma anaplásico: el tratamiento sería la tiroidectomía total y disección del cuello, pero en casi todos los casos la lesión no es resecable. Todo lo que se puede hacer con la cirugía es asegurar una adecuada vía aérea⁵.

Linfomas: se recomienda resección quirúrgica seguida por radioterapia⁴.

PRONÓSTICO

Carcinoma papilar: la muerte es rara. El pronóstico de si está limitado al tiroide, siendo su pronóstico excelente o si es extratiroideo resultando la muerte por invasión local. Sin embargo en más del 75 por ciento de los casos los pacientes no mueren debido al lento ritmo de crecimiento²³.

Carcinoma folicular: Es una forma más agresiva que el carcinoma papilar. El pronóstico depende en gran parte de la extensión de la invasión en el momento de iniciar el tratamiento: si la invasión es capsular o vascular limitada, el pronóstico resulta muy optimista. Si por el contrario, la diseminación ha tenido lugar el pronóstico es poco satisfactorio¹, donde el 50 por ciento de los pacientes afectados sobreviven por 6 años²³.

Tumor de células de Hurthle: el pronóstico depende del estadio de la neoplasia al hacer el diagnóstico⁶.

Carcinoma medular: el pronóstico es variable⁵. No tan bueno como el de los carcinomas foliculares. Sin embargo es mejor que el de los anaplásicos¹.

Carcinoma anaplásico: la mortalidad es casi del 100 por ciento. Típicamente causa la muerte en el 75 por ciento en menos de 1 año⁵ por invasión local o metástasis a distancia²³.

Linfomas: la supervivencia a los 5 años puede ser superior a 80 por ciento cuando el tumor se limita al tiroide. El pronóstico será más agresivo a medida que se haga extratiroideo⁴.

REFERENCIAS

1. Werner SC, Ingbar SH. el Tiroides: Conocimientos básicos y clínicos. Barcelona; ed. Salvat 1997; 223-231, 272-284, 331-339.
2. Harrison. Principios de Medicina Interna. 11a ed., México, Interamericana Mc Graw-Hill 1989 vol. 1: 1984-1987.
3. Arcuch J. Cáncer de Tiroides. *Rev Chil Cir* 1994; 46 (4): 385-92.
4. Sabiston D. Tratado de Patología Quirúrgica: bases biológicas de la práctica quirúrgica moderna. 14a ed., México 1995; 329-340.
5. Schwartz SI, Shires GT, Spencer F, Husser W. Principios de Cirugía 5a ed., México, Interamericana 1988; 1194-1209.
6. Robbins SL, Colran RS. Patología Estructural y Funcional. 3a ed., México, interamericana 1988; 1194-1209.
7. Simkim DO, Gonzales- Aguilar O, Ries-Centeno C, et, al. Cáncer diferenciado de la glándula tiroides, factores pronóstico. *Rev Argent Cirug* 1992; 62(9): 132-140.
8. Stenberg SS. Diagnostic Surgical Pathology. 2nd ed., New York, Raven Press 1991; vol 1: 531-543.
9. Gómez-Sosa E, Fleiter-Batista G, Peralta-Pérez R, et al. Correlación entre la gammagrafía, el ultrasonido y la punción tiroidea preoperatoria en el diagnóstico de tumores de la glándula tiroides. Primer informe. *Rev Cubana Oncol* 1988; 4(2): 101-108.
10. Pedrosa CS, Casanova R. Diagnostico por Imagen. Madrid. Interamericana 1992; 741-750.
11. Delgado B. Error de los métodos diagnóstico en patología tiroidea. *Cir Urg* 1992; 62 (1-3): 13-6.
12. Pérez JL, Martínez-Aldo JL, Secades I, et al. La captación de radioyodo en el estudio de la función tiroidea. Situación actual. *MM* 1989; 45: 226-235.
13. Olavarrieta LJ, Arcia M, Vasquez JC, Torres J. Nódulo frío y carcinoma de tiroides. *Centro Med* 1992; 38(2): 45-2.
14. Santana-Pérez F, Zamora-Esnard R, Cos-campos O, Wolff-Carreña N. Nódulo único del tiroides. *Centro Med* 1992; 38(2): 45-2.
15. Bibbo M. Comprehensive Cytopathology. Philadelphia, WB Saunders 1991; 649-665.
16. Ascraft M, Van-Herle AJ. Management of thyroid nodules. II scanning techniques thyroid suppressive therapy and fine needle aspiration. *Head Neck Surg* 1993; 3: 297-322.
17. Silverman JF, west RL, Finley JL. Fine Needle aspiration vs large biopsy in evaluation of thyroid nodules. *Diagn Cytopathol* 1988; 2:25.
18. Keyhani-Rofagha S, Otoole RV, Lyden C. Problems in Neoplastic and non-neoplastic thyroid lesions by aspiración cytology. *Acta Cytol* 1990; 28:628.
19. Rojas MT, Glarib H. Nodular thyroid disease. *New Engl J Med* 1987; 313: 428-436.
20. Ackermans. Surgical Pathology. 7a ed., New York, Ravenpress 1989; vol 1: 391-433.
21. Williams. Textbook of Endocrinology. 8th ed., Philadelphia, Saunders 1992; 406-409.
22. Frohman. Endocrinology and Metabolism. 3a ed., New York, Mc Graw-Hill 1995; 533-546.
23. Calabres P. Schein P. Medical Oncology. 2nd ed., New York, Mc Graw-Hill 1993; 795-800.

La atención primaria de salud y el desarrollo

Rubén Darío Pimentel*, Rosa Uniathai Uribe**

RESUMEN

En vista del aumento inquietantemente progresivo de la distancia que media entre los privilegiados y los desposeídos, aumento que en los últimos años ha tomado mayores dimensiones, se ha considerado importante que con los conocimientos técnicos de que hoy se dispone se podría alcanzar un estado de salud mejor que el actual, pero por desgracia, en la mayor parte de los países esos conocimientos no se aplican en beneficio de la mayoría de la población. Como la atención primaria de salud es la clave para conseguir un grado aceptable de salud para todos, ayudará a las gentes el contribuir a su propia evolución social y económica.

Por ello, es muy natural que la atención primaria de salud forme parte integrante del progreso general de la sociedad, ya que el desarrollo entraña la mejoría de las condiciones y la calidad de la vida de que disfrutaban los miembros de un conglomerado social.

Palabras claves, Atención Primaria de Salud, Desarrollo, participación comunitaria, salud pública.

INTRODUCCIÓN

La atención primaria de salud es la clave para alcanzar, en todo el mundo y en un futuro previsible, un nivel aceptable de salud, que forme parte del desarrollo social y se inspire en un espíritu de justicia. Es igualmente válida para todo los países, desde los más desarrollados hasta los de menor desarrollo, aunque adoptará diversas formas según las diferentes modalidades políticas, económicas, sociales y culturales. Sobre todo, para los países en desarrollo es de una necesidad apremiante, y esa es la razón de que este artículo se centre en las necesidades de esas comunidades.

SITUACIÓN ACTUAL

En el campo de la salud, va en aumento la distancia que media entre los "privilegiados", o países ricos, y los "desposeídos", o países del mundo en desarrollo. Esta distancia se aprecia también dentro de ciertos países, cual que sea su grado de desarrollo.

En todo el mundo cunde el desencanto acerca de la asistencia sanitaria, por razones que no son difíciles de discernir. Con los conocimientos técnicos de que hoy se dispone se podría alcanzar un estado de salud mejor que el actual, por desgracia, en la mayor parte de los países esos conocimientos no se aplican en beneficio de la mayoría de la población.

Los recursos de salud suelen asignarse principalmente a instituciones médicas de alto nivel establecidas en zonas urbanas. Aun dejando de lado la dudosa premisa social en que se basa ese

proceder, la concentración de tecnología complicada y costosa en sectores limitados de la población no presenta siquiera la ventaja de mejorar la situación sanitaria. De hecho, se viene confundiendo este mejoramiento con la prestación de asistencia médica a cargo de un número cada vez mayor de especialistas, que emplean tecnologías médicas muy específicas en beneficio de la minoría privilegiada. Las personas han pasado a ser casos sin personalidad, y se ha perdido el contacto entre quienes prestan asistencia médicas y los que la reciben.

Al mismo tiempo, en todo el mundo existen grupos desfavorecidos que no tienen acceso a ninguna forma permanente de atención de salud. Esos grupos, localizados principalmente en las zonas rurales y en los barrios urbanos míseros, representan en conjunto, probablemente, las cuatro quintas partes de la población mundial.

En algunos países, aunque existen establecimientos de salud físicamente accesibles para esos grupos, la imposibilidad de pagar o los tabúes culturales los sitúan fuera de su alcance.

Viene a complicar la situación el hecho de que, con demasiada frecuencia, los sistemas de salud se organizan al margen de la corriente principal del desarrollo social y económico.

Casi siempre, esos sistemas se limitan a la prestación de asistencia médica, aunque la industrialización y la alteración deliberada del medio crean problemas de salud cuya solución adecuada escapa, con mucho, al ámbito de esta clase de asistencia.

En consecuencia, la mayoría de los sistemas tradicionales de atención de salud resultan cada vez más complejos y costosos y de

* Profesor de la Universidad Iberoamericana (UNIBE).

** Centro de Gastroenterología, Hospital Dr. Luis E. Aybar.

dudosa eficacia social, deformados por las imposiciones de las tecnologías médicas y por los esfuerzos mal orientados de una industria que facilita a la sociedad bienes de consumo de carácter médico.

Aún algunos de los países más próspero han acabado por advertir la disparidad existente entre los elevados costos de la asistencia y los escasos beneficios para la salud que reportan esos sistemas. Es evidente, pues, que los países en desarrollo no deben seguir importándolos y que es indispensable buscar otros procedimientos.

CONCEPTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La Atención Primaria de Salud es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable, de forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos, y con su plena participación.

Ese concepto ha evolucionado con los años, en parte gracias a la experiencia positiva y negativa, acumulada en varios países en materia de servicios básicos de salud. Pero la atención primaria de salud es mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud; abarca factores sociales y de desarrollo y si se aplica de manera apropiada influirá en el funcionamiento del sistema de salud.

Su forma viene determinada por los objetivos sociales, tales como el mejoramiento de la calidad de la vida y la obtención de beneficios sanitarios óptimos para el mayor número posible de individuos; y esos objetivos se alcanzan con la aplicación de medios sociales, como la aceptación de una mayor responsabilidad en materia de salud por parte de las comunidades y los individuos y su activa participación en el esfuerzo por alcanzarlos.

Cuanto mejor sea el estado de salud de la población, más probable será que ésta contribuya al desarrollo social y económico, desarrollo que, a su vez, facilita los nuevos recursos y la energías social que propician el desarrollo de la salud. En consecuencia, la atención primaria de salud y los esfuerzos de la comunidad con miras a su desarrollo social y económico tendrán, en general, mayores probabilidades de ser eficientes cuando se apoyen mutuamente.

Así como para que el sector de la salud llegue a su mayor eficacia ha de funcionar en armonía con los demás sectores sociales y económicos. Es también necesario que al interior del sector de la salud se combine armónicamente el apoyo que, de todos los demás niveles, debe recibir la atención primaria de salud.

Ha llegado el momento de que todos los niveles del sistema de salud revisen con espíritu crítico sus métodos, técnicas, equipos y medicamentos, con el propósito de utilizar únicamente las tecnologías de valor probado y de costo proporcionado a los recursos disponibles.

Para la atención primaria de salud esto es vital, porque hasta ahora ha habido la tendencia a concentrar los recursos en beneficio

de tecnologías más apropiadas para su empleo en el hospital que en los servicios de primera línea. El alcance y el objetivo de la atención primaria de salud, así como la preparación técnica de los que la dispensan, hacen que sean más importante que nunca disponer de una tecnología apropiada.

La Atención Primaria de Salud está a cargo de agentes sanitarios de la comunidad. Los conocimientos que este personal debe tener y, en consecuencia, su preparación, variarán mucho de unos a otros lugares del mundo, de conformidad con el tiempo de atención primaria de salud que se haya de dispensar.

Cualquiera que sea su nivel de preparación, conviene que ese personal comprenda las verdaderas necesidades sanitarias de las comunidades a las que presta servicios y que se gane la confianza de la población. Para ello será indispensable que resida en la comunidad a la que debe atender y, en muchas sociedades, que sea elegido por la misma comunidad.

APOYO POR PARTE DEL SISTEMA DE SALUD

Se necesita el apoyo de otros sectores del sistema de salud para que la población pueda beneficiarse de los conocimientos técnicos útiles y eficaces por la complejidad o el elevado costo de su aplicación primaria de salud.

Esos sectores constituyen una fuente de información útil en materia de salud. Además, los agentes Sanitarios de la comunidad deben recurrir a otras personas más capacitadas para recibir de ellos orientación y adiestramiento; los servicios de atención primaria de salud necesitan contar con apoyo logístico y financiero.

La aceptación de la atención primaria de salud hace necesaria la organización del resto del sistema de salud para que éste pueda prestar apoyo y contribuir a su desarrollo ulterior. Esto supone que el sistema de salud, en su totalidad, ha de aceptar el objetivo social de poner al alcance de todos la asistencia sanitaria indispensable.

La consecuencia de esta aceptación para la política sanitaria es la asignación preferente de los recursos a las poblaciones de la periferia social, con el fin de satisfacer, sobre todo, y ante todo sus necesidades esenciales en materia de atención de salud, porque la experiencia ha demostrado que la mejora general de la situación sanitaria de un país depende de las mejoras conseguidas en el estado de salud de esos sectores de su población.

Fortalecidas con nuevos recursos, las comunidades estarán en mejor situación para poder aceptar mayores responsabilidades, en cuanto a su propia salud, y para ejercer esas responsabilidades por medio de la atención primaria de salud. Las necesidades más especializadas de salud influirán en el tipo de servicios que se habrá de facilitar en los niveles más centrales del sistema de salud. Todo ello debe redundar en el establecimiento de vínculos más estrechos entre las instituciones de salud que ocupan una posición más central y las comunidades a las que han de atender.

COORDINACIÓN CON OTROS SECTORES

El sector sanitario, por sí solo, no puede alcanzar la salud. En los países en desarrollo, en particular, el progreso económico, las

medidas de lucha contra la miseria, la producción de alimentos, el agua, el saneamiento, la vivienda, la protección del medio ambiente y la educación contribuyen a la salud y tienen el mismo objetivo de desarrollo humano. La atención primaria de salud, como parte del sistema de salud y del desarrollo social y económico en general, debe apoyarse necesariamente en la debida coordinación, en todos los niveles, entre el sector sanitario con todos los demás sectores interesados.

MEDIOS DE MEJORAMIENTO: LA INFORMACIÓN Y LAS INVESTIGACIONES

Los principios de la atención primaria de salud son bien conocidos, pero son susceptibles, sin duda, de mejoramiento y de extensión progresivos.

En la práctica, existen en todo el mundo muchas formas diferentes de atención primaria y de todas ellas se pueden extraer provechosas lecciones. Sería útil, por ejemplo, disponer de mayor información sobre la participación y el comportamiento de la comunidad, la acción conjunta con otros sectores, la tecnología apropiada, la formación y supervisión de los agentes sanitarios de la comunidad y las cuestiones relativas a su vida profesional, sus medios de apoyo y de envío de pacientes, y los medios de comunicación entre la atención primaria de salud y los demás niveles del sistema sanitario.

La práctica puede enseñar mucho, pero hace falta además organizar investigaciones estrechamente vinculadas a la prestación de servicios.

CÓMO SUPERAR LOS OBSTÁCULOS

Es fácil advertir que la aplicación apropiada de la atención primaria de salud tendrá consecuencias de vasto alcance, no sólo en todo el sector de la salud, sino también en otros sectores sociales y económicos, en el plano de la comunidad. De la misma manera, su aplicación influirá en gran medida en la organización general de la comunidad. Es de prever cierta resistencia a esos cambios. Así, es muy posible que la introducción de una distribución más equitativa de los recursos de salud tropiece con la resistencia de grupos de presión políticos y profesionales, y que el empleo de una tecnología apropiada suscite oposición por parte de las industrias médicas.

Estos obstáculos se podrán vencer si se han previsto con antelación. El factor que por sí solo puede tener mayor importancia para la promoción de los obstáculos es una voluntad y un apoyo político firmes, lo mismo en el plano nacional que en el de la comunidad, fortalecidos por medios de una resuelta estrategia nacional, pero cabe emplear antidotos específicos.

Por ejemplo, es posible influir en los profesionales de la salud invitándoles a participara en su desarrollo. Será preciso hacerlos comprender que, lejos de renunciar a sus funciones médicas, están acrecentando sus responsabilidades en materia de salud. De manera parecida, cabe desarmar la posible resistencia del público en general mediante la celebración de debates en las comunidades y el uso de

los medios de comunicación de masas.

Esos debates deben tener por objeto hacer comprender a la gente que facilita a todos, a un costo asequible, la atención sanitaria disponible, dentro de un espíritu de justicia social, en lugar de prestar una asistencia médica muy elaborada a unos pocos privilegiados, en contra del espíritu de equidad social.

La posición de las industrias médicas se puede encauzar en una dirección positiva, interesándolas en la producción de equipos apropiados para la tecnología que se haya de aplicar en la atención primaria de salud.

Cualquier pérdida causada por la disminución de la venta de cantidades limitadas de equipos costosos podría perfectamente compensarse con creces con la venta, en mercados inexplorados, de mayores cantidades de equipos y de suministro menos costosos para la atención primaria de salud.

Es posible que algunas escuelas de planificación económica manifiesten reservas, partiendo de la creencia común de que el crecimiento económico por sí solo tendrá como consecuencia la solución de los problemas de salud. En respuesta a esa hipótesis debe explicarse que, se bien es cierto que el verdadero desarrollo social y económico puede indudablemente contribuir al mejoramiento de la salud, es también necesario aplicar directamente medidas de salud para mejorar la situación sanitaria y que, como se ha dicho ya, las actividades de todos los sectores interesados se fortalecen mutuamente.

También puede ocurrir que el apoyo que se preste a la atención primaria de salud parte del supuesto erróneo de que lo que se ha de hacer es facilitar a los pobres el tipo más barato de asistencia médica, con el mínimo apoyo financiero y técnico. Esa actitud sólo puede superarse mediante la intervención política acompañada de explicaciones convincentes acerca de la finalidad y el alcance propios de la atención primaria de salud.

REPERCUSIONES POLÍTICAS Y FINANCIERAS

El apoyo político a la atención primaria de salud supone algo más que la aprobación oficial del gobierno y de los dirigentes de la comunidad. Exige una nueva orientación de las estrategias nacionales de desarrollo sanitario. En particular para los países en desarrollo, esto impone la necesidad de aumentar la transferencia de recursos de salud a esa parte más numerosa de la población que se encuentra insuficientemente atendida y, al mismo tiempo, aumentar el presupuesto nacional de salud hasta que la atención sanitaria esencial quede al alcance de todas las personas.

Gran parte de ese aumento se habrá de consagrar a las instituciones que prestan apoyo directo a la atención primaria de salud.

Las consecuencias del apoyo político de los países desarrollados a la atención primaria de salud son igualmente de vasto alcance y repercuten además directamente en los esfuerzos de los países desarrollado.

También los países desarrollados deben racionalizar su

sistema de asistencia sanitaria y frenar sus costos crecientes. Hace falta igualmente establecer una política explícita en virtud de la cual los países prósperos se comprometan a una distribución más equitativa de los recursos internacionales de salud para que los países en desarrollo, y en particular los menos desarrollados, puedan aplicar la atención primaria de salud.

NECESIDAD DE UNA ACCIÓN MUNDIAL

Los organismos internacionales, gubernamentales y no gubernamentales, deben ser estimulados para priorizar la APS en el sector sanitario. La adopción de una política y una estrategia de atención primaria de salud en el ámbito mundial sería además de suma importancia para el apoyo de las políticas y estrategias nacionales y para su debida aplicación.

Ha llegado el momento de que la atención primaria de salud quede firmemente establecida en la escena política mundial. Esto exige un acuerdo internacional sobre adopción de una política y una estrategia mundial para la atención primaria de salud, encaminadas al objetivo de poner al alcance de todos los habitantes del mundo la asistencia sanitaria indispensable.

También es necesaria una acción internacional para asegurar un generoso apoyo de la comunidad internacional y para animar a los países a poner en marcha la atención primaria de salud, a mantener su ímpetu inicial y a colaborar en la supervisión de los obstáculos. Una auténtica determinación internacional de esta índole constituirá un ejemplo sobresaliente de la aplicación práctica de la cooperación técnica entre los países, cualquiera que sea su respectivo grado de desarrollo.

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y EL DESARROLLO

La relación entre la salud y el desarrollo

El desarrollo entraña la mejoría gradual de las condiciones y la calidad de la vida de que disfrutan los miembros de la sociedad. Es un proceso continuo que se da en todas las sociedades; pocas afirmarían que han completado su desarrollo.

Ya no se puede hacer distinción alguna entre desarrollo económico y desarrollo social. El primero es necesario para alcanzar la mayoría de las metas sociales, y el desarrollo social es necesario para lograr casi todos los objetivos económicos.

En efecto, los factores sociales son la verdadera fuerza motriz del desarrollo.

La finalidad del desarrollo es que el pueblo pueda llevar una vida económicamente productiva y socialmente productiva y socialmente satisfactoria.

Satisfacción social y productividad económica son términos que se interpretan de modos muy distintos según sean los valores sociales y culturales predominantes en cada sociedad.

En todas partes, la gente se da cuenta de que lo que la impulsa a aumentar sus ingresos no es la simple acumulación de bienes,

sino reportarle, así como a las nuevas generaciones, por ejemplo mejoras de alimentación y de vivienda, mejor grado de instrucción, más tiempo libre, y por último -aunque no sea lo menos importante, el disfrute de salud. Únicamente cuando alcanzan un grado aceptable de salud pueden los individuos, las familias y las colectividades disfrutar de los restantes beneficios de la vida. Por ello, las mejoras de la salud son para mejorar la salud y la situación socioeconómicas, se han de ver mutuamente complementarios, en vez de rivales.

Los debates sobre si el fomento de la salud les hace más que consumir recursos o si es un factor económicamente productivo que contribuye al desarrollo, ya no tienen razón de ser.

Aportación de la atención primaria de salud al desarrollo

Como la atención primaria de salud es la clave para conseguir un grado aceptable de salud para todos, ayudará a las gentes a contribuir a su propia evolución social y económica.

Por ello es muy natural que la atención primaria de salud forme parte integrante del desarrollo general de la sociedad.

La atención primaria de salud contribuye al desarrollo mediante el mejoramiento de la situación sanitaria y el estímulo de las medidas que favorezcan ese proceso evolutivo. Por ejemplo, la lucha contra ciertas enfermedades transmisibles mediante la atención primaria de salud y por otros medios suele favorecer al desarrollo en general.

La lucha contra el paludismo, la enfermedad del sueño y la oncocercosis puede abrir nuevas zonas geográficas a la colonización, pero esos éxitos hay que consolidarlos manteniendo la salud y las posibilidades de mejora de los colonizados. Una nutrición adecuada y la disminución de las enfermedades, son factores que aumentan la productividad laboral.

Romper el círculo vicioso de la malnutrición y la infección mejora el desarrollo físico y mental del niño. La reducción de la mortalidad infantil puede (en las sociedades donde los ancianos son atendidos directamente por la familia) conducir con el tiempo, a una reducción en el número de hijos, ya que, si se sabe que los dos o tres primeros van a vivir y disfrutar de buena salud, los pobres se sienten seguros de contar con el apoyo necesario para su vejez.

En general, la disminución de la mortalidad de niños y adultos nos hace ver la conveniencia de planear para el futuro. Además, al aprovechar recursos humanos y financieros que hasta ahora no habían sido utilizados, la atención primaria de salud puede contribuir al despertar del interés social, tan importante para lograr la cooperación popular en pro del desarrollo. Como se ve, la atención primaria de salud puede ser una palanca que mejore la conciencia y el interés social, la iniciativa y la innovación.

Los demás niveles del sistema de salud de un país pueden también contribuir al desarrollo, con tal de que estén en condiciones de prestar apoyo a toda la gama de actividades de atención primaria de salud. Por ejemplo, pueden concentrar su esfuerzo en combatir los riesgos sanitarios que directa o indirectamente influyen en

fomento de actividades comunitarias que tienen a promover la salud y a evitar la enfermedad. Pueden desempeñar un papel más amplio en la formación del personal de salud, enseñándoles a actuar en armonía con quienes trabajan en sectores sociales y económicos afines, con la mira común del desarrollo.

Pueden contribuir a asegurar en los estamentos administrativos apropiados la aceptación de ideas y propuestas encaminadas a partir de comunidades que fomenten un enfoque integrado de la salud y el desarrollo. Asimismo pueden contribuir a moldear en esos niveles administrativos, los mecanismos que permitan adoptar decisiones en favor de un desarrollo integrado.

Apoyo de otros a la atención primaria de salud

Ninguno de los sectores del desarrollo socioeconómico puede funcionar bien aisladamente; no hay sector cuyas actividades no influyan en las metas de otro sector; de ahí la necesidad de que los principales sectores sociales y económicos se consulten constantemente unos a otros para asegurar el desarrollo y fomentar la salud como parte de él. La atención primaria de salud requiere también el apoyo de otros sectores; estos pueden además servir de puntos de entrada para el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud.

El sector agrícola es de particular importancia en la mayoría de los países. De él depende que la producción de alimentos para el consumo de la familia pase a ser parte integrante de la política agraria y que los alimentos lleguen realmente a quienes los producen, lo que en algunos países puede exigir cambios en el sistema de presión de la tierra. Asimismo, estado nutricional se puede mejorar mediante programas de agricultura y de economía doméstica encaminadas a atender las principales necesidades de la familia y de la comunidad.

Es sobre todo importante lograr que las mujeres disfruten los beneficios del desarrollo agrícola tanto como los hombres.

En muchos países en desarrollo, la mayoría de las mujeres de las zonas rurales se ocupan simultáneamente de la agricultura, de las labores domésticas y del cuidado de los infantes y niños pequeños. Necesitan una tecnología apropiada para que alivie su carga de trabajo y aumente su productividad. También necesitan de que disponen, en particular respecto de la alimentación conveniente para los niños y para ellas mismas durante el embarazo y la lactancia.

Hacen falta, en otros sectores políticos análogos en favor de la salud. El agua para usos domésticos es tan importante como el agua para el ganado, el riego, la energía y la industria. Un suministro abundante de agua pura ayuda a reducir la mortalidad y la morbilidad, especialmente entre los lactantes y niños de corta edad, y hace también más fácil la vida de las mujeres.

Se necesitan planes nacionales para abastecer de agua a la mayor parte de la población urbana y rural en el más breve plazo posible. Este criterio concuerda con la meta de suministro de agua potable para todos en 1990 adoptada por Hábitat; Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos. También la evaluación inocua de desechos y excretas puede influir mucho en la salud.

El sector sanitario puede promover inversiones en abastecimiento de agua y saneamiento, pero por lo general el grueso de las inversiones viene de otros sectores, sobre todo en zonas rurales, y la comunidad puede muy bien mostrarse activa en esas tareas como parte de la atención primaria de salud. Es importante la educación sanitaria sobre el uso y la conservación adecuadas de las instalaciones de agua y saneamiento.

La vivienda, se está debidamente adaptada a las condiciones climáticas y ambientales de la localidad, influye positivamente en la salud. Es preciso que las casas, lo mismo que los albergues para animales y los almacenes de alimentos, estén no sólo protegidos de la intemperie, sino también contra los insectos y roedores que transmiten enfermedades. Todas esas construcciones han de ser fáciles de limpiar, en particular las cocinas y las construcciones higiénicas. También en este caso es importante enseñar a la población la manera de cuidar de las viviendas y del terreno circundante.

Ciertos aspectos de las obras públicas y comunicaciones tienen importancia estratégica para la atención primaria de salud, sobre todo cuando se trata de poblaciones dispersas. Los caminos secundarios y vecinales no sólo facilitan el acceso del agricultor a los mercados, sino que permiten la afluencia a las aldeas de personas que llevan nuevas ideas a las vez que suministro necesarios para la salud y otras atenciones.

La radio-comunicación bidireccional en las localidades que pueden disponer de ella, mantiene en contacto a las zonas aisladas con niveles administrativos más centrales y al mismo tiempo sirve de medio de instrucción. En varios países en desarrollo se utiliza con éxito para las actividades de atención primaria de salud de muy bajo costo.

Asimismo, el sector docente tiene un importante papel que desempeñar en el desarrollo y el funcionamiento de la atención primaria de salud. La esperanza comunitaria ayuda a la gente a comprender sus propios problemas sanitarios, sus posibles soluciones y el costo de distintas alternativas. El sistema educativo puede preparar y distribuir literatura instructiva.

Las asociaciones de padres y maestros pueden asumir ciertas colectividad, por ejemplo, respecto de programas de saneamiento, campaña alimentarias en pro de la salud o cursos sobre nutrición y primeros auxilios.

Los medios de información de masas pueden cooperar en la función educativa aportando información adecuada sobre la salud y los medios de alcanzarla y describiendo los beneficios que se pueden conseguir mediante el mejoramiento de prácticas sanitarias en el marco de la atención primaria de salud. Por ejemplo, podrían apoyar una política farmacéutica conveniente haciéndole ver al público que los medicamentos con nombres comunes son tan buenos como los productos de marca comercial que se anuncian. También podrían contribuir a popularizar la atención primaria de salud difundiendo noticias auténticas sobre ella en las distintas comunidades.

Muchas actividades agrícolas e industriales pueden producir efectos secundarios perjudiciales para la salud. Así puede ocurrir,

entre otros muchos casos, con los planes de riego que pueden crear condiciones ideales para la reproducción de los mosquitos transmisores del paludismo; los embalses pueden provocar la proliferación de los moluscos portadores de la esquistosomiasis.

La industrialización puede acarrear la contaminación del aire y del agua con sustancias químicas tóxicas, y la urbanización consiguientes puede suscitar problemas psicosociales.

Por todo ello será prudente incorporar medidas preventivas a los proyectos industriales y agrícolas que supongan un riesgo especial para la salud. Esas medidas pueden insertarse en los planes para desarrollar obras de riego y embalses; se pueden adoptar precauciones para reducir los accidentes y la contaminación industrial.

Es posible identificar a los presuntos portadores de enfermedades en los grandes movimientos de población, y se puede prestar especial atención a la protección de la salud física y mental de los trabajadores migrantes. La atención primaria de salud tiene una función que desempeña en la mayoría de estas actividades.

Además, el sector industrial puede impulsar la atención primaria estableciendo industrias relacionadas con la salud, en particular para los alimentos y medicamentos esenciales. También son importantes las pequeñas industrias locales, ya que crean empleos y, por lo tanto, mejoran la base económica y el poder adquisitivo locales.

COORDINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE DESARROLLO A NIVEL DE LA COMUNIDAD

La planificación coordinada, a nivel comunitario, permitirá vincular estrechamente la atención primaria de salud con otros sectores, aunando así los esfuerzos para mejoramiento colectivo.

Se puede adiestrar a personas de la comunidad para que presten servicios de diferentes tipos y complementar mutuamente sus funciones. Por ejemplo, el agente sanitario puede asesorar sobre la importancia de mejorar el almacenamiento de alimentos en el hogar y en la granja y dar orientaciones prácticas sobre esta cuestión. Asimismo, el trabajador agrícola que conozca bien los principios básicos de una buena nutrición puede influir en la producción de alimentos apropiados y en su acertado consumo por las familias, con ayuda de una política agrícola local que fomente las cosechas para el consumo en lugar de las destinadas a la venta.

Los representantes de la comunidad en la administración local deben velar porque los intereses comunitarios se tengan debidamente en cuenta al planificar y ejecutar programas de desarrollo. Su gran importancia es el principio de que los servicios públicos deben responder de su gestión ante las comunidades a las que sirven, en particular en cuanto al uso que se haga de los recursos que las comunidades hayan invertido.

La conveniencia de coordinar a nivel local las actividades de los diversos sectores que intervienen en el desarrollo socioeconómico,

y el papel importantísimo de la comunidad en el logro de esa integración, hacen que la participación comunitaria sea un elemento esencial de la atención primaria de salud.

PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD

Una comunidad se compone de personas que viven juntas, en una u otra forma de organización y cohesión social. Sus miembros comparten, en distintos grados, características políticas, económicas, sociales y culturales, así como interés y aspiraciones, incluida la salud. Las comunidades varían mucho en caseríos aislados o en aldeas más organizadas, en pueblos o en ciudades.

La confianza en el esfuerzo y la conciencia social son factores claves en el progreso humano. La participación de la comunidad en el establecimiento de normas y en la planificación, ejecución e inspección de programas de desarrollo es hoy días una práctica muy aceptada. Sin embargo, esa práctica se entiende e interpreta de distintas maneras en distintos países, por cuanto en ella influyen mucho la estructura política general y la situación socioeconómica.

Los estudios de casos sobre participación de la comunidad realizados por el comité mixto UNICEF-OMS de política sanitaria han contribuido a resaltar y aclarar el papel que la participación colectiva desempeña en atención primaria de salud.

La participación de la comunidad es el proceso en virtud del cual los individuos y las familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejorar la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económicos y al comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo.

Para ello, han de comprender que no tienen porqué aceptar soluciones convencionales inadecuadas, sino que pueden improvisar e innovar para hallar soluciones convenientes. Han de adquirir la actitud necesaria para evaluar una situación, pondera las diversas posibilidades y calcular cuál puede ser su propia aportación. Ahora bien, así como la comunidad ha de estar dispuesta a aprender, el sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como de dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las actividades propuestas y de sus costos relativos.

REFERENCIAS

1. OMS. Evaluación del programa de salud. Normas fundamentales para su aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Serie «Salud para todos», No. 6), 1990.
2. OMS. Evaluación de los programas de salud. Normas fundamentales. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1991.
3. OPS. Contribución del sistema de salud cubano al bienestar de la población (resumen). Rev Rev Panam Salud Pública 1997; 1(4): 303.
4. OPS. Existen alimentos que protejan contra los trastornos coronarios (Resumen). Rev Rev Panam Salud Pública 1997; 1(4): 304.
5. OPS. Control de costos y uso irreflexivo de las tecnologías. Cad Saude Publica (Rio de Janeiro) Rev Rev Pana, Salud Pública 1997; 1(4): 304.

Actualización del tratamiento endodóntico por resorción dentinaria interna

Leopoldo Jorge Millet López*, Daysi Fiallo De los Santos**

¿Qué es la Resorción o Reabsorción?

Es una condición asociada a un proceso fisiológico o patológico que produce una pérdida de sustancia de un tejido, como dentina, cemento y hueso alveolar¹. Se puede manifestar de dos maneras:

- Interna: Tipo de reabsorción dentinaria iniciada en la cavidad pulpar. Cuando dicho proceso llega al esmalte se puede ver una mancha rosada que se conoce como "diente rosado"⁴.
- Externa: Reabsorción iniciada en el periodonto y que inicialmente afecta la superficie externa o lateral del diente⁴.

Resorción Dentinaria Interna

La RDI fue descrita bajo el nombre de pink spot (mancha rosada) a fines del siglo pasado por Gaskill, en 1894. Desde entonces hasta la actualidad la RDI, que fue considerada originariamente idiopática, dio lugar a una profunda sinonimia.

Se le ha llamado indistintamente granuloma interno de la pulpa, pulpoma, eburnitis, hiperplasia crónica perforante de la pulpa, metaplasia pulpar, reabsorción idiopática, reabsorción intracanalicular, transparencias anormales en el periodonto, odontólisis y endodontoma².

La resorción dentinaria interna es insidiosa, ya que es asintomática y difícil de identificar en las radiografías hasta que la lesión ha progresado considerablemente. De aquí deducimos que la RDI se inicia en la visión radiográfica con un aumento del espacio ocupado por la pulpa a una altura determinada y variable de la cámara pulpar o del conducto radicular, la ausencia total de sintomatología clínica sólo permite el diagnóstico casual en los

estudios radiográficos de rutina o cuando se investigan radiográficamente lesiones en los dientes vecinos al que aparece este trastorno.

Cuando la reabsorción dentinaria interna se presenta a nivel de la cámara pulpar, especialmente en dientes anteriores, el aumento de volumen de la pulpa permite verla por transparencia a través del esmalte, adquiriendo la corona clínica una marcada coloración rosada.

En los casos de reabsorción de las paredes del conducto radicular, la pulpa puede continuar su labor destructiva a través del cemento y comunicarse con el periodonto. Resulta entonces muy difícil lograr un diagnóstico radiográfico diferencial entre la reabsorción dentinaria interna provocada por la pulpa y la reabsorción cemento (dentinaria externa producida por el periodonto).

La importancia de un correcto diagnóstico radiográfico estriba en que cuando la reabsorción está limitada a las paredes de la dentina sin llegar al periodonto, la pulpectomía total elimina la causa del trastorno, deteniendo el proceso destructivo. Cuando la pulpa y el periodonto se encuentran a través del cemento, se acelera la reabsorción radicular y disminuyen las posibilidades de salvar el diente.

Cuando en la visión radiográfica la cámara pulpar o el conducto radicular aparecen ensanchados en una parte de su recorrido, y con la forma típica de ampolla o balón de bordes regulares y redondeados, podemos pensar en la existencia de una reabsorción dentinaria interna². Si los bordes de la zona de reabsorción son irregulares, y en el interior de la misma se aprecian con distinta radiopacidad las paredes del conducto, se dice que es una reabsorción cemento dentinaria externa².

En el momento actual, la radiografía, utilizada como medio de diagnóstico en la práctica corriente de la endodoncia, permite descubrir un número de reabsorciones dentinarias internas desconocido. Se las puede encontrar en dientes jóvenes como secuela de traumatismos, en biopulpectomías parciales, en las cuales parte

* Odontólogo egresado de la Universidad Iberoamericana (UNIBE).

** Profesora de UNIBE.

de la pulpa es eliminada quirúrgicamente y el mañón remanente se comprime al colocar el material protector.

Los hallazgos histopatológicos, cualquiera sea su etiología atribuida a la lesión, son semejantes. La pérdida irregular de sustancia dentinaria deja, en la unión de la pulpa con la dentina, un borde frecuentemente festoneado, con la presencia, en la superficie reabsorbida, de células gigantes multinucleadas del tipo de los osteoclastos o condroclastos, y que aquí se les llama dentinoclastos. (Ver fig. 1). Éstos se encuentran en oposición íntima con la superficie dentinaria, con frecuencia dentro de lagunas de su propia creación. La dentina perdida es reemplazada por tejido inflamatorio crónico, o en ocasiones por la oposición de un tejido duro de aspecto similar al hueso.



Fig. 1. Micrografía electrónica de una resorción interna en la pared de diente de ser humano. Se creó un defecto en forma de bahía. La dentina perdida por resorción es reemplazada por tejido inflamatorio crónico. En la superficie dentinal se destacan células gigantes multinucleadas (flecha)¹.



Fig. 2. Micrografía electrónica de una forma de reparación asociada con la resorción interna menor. Un tejido, en cierta forma similar tanto a la dentina reparativa como al hueso, ha ocupado la zona de resorción. Contiene células que se asemejan a osteocitos con lagunas. Hay células formativas sobre la zona parecida a predentina (flecha)

El proceso de resorción dentinaria interna es a menudo intermitente, y con frecuencia la reparación puede ocurrir después de la resorción². Durante este período que cesa la resorción, algunas células mesenquimatosas de la pulpa se diferencian para producir tejido semejante a la dentina y el hueso (ver fig. 2)⁶.

Se debe estar consciente que una vez que la resorción interna es visible en las radiografías o puede observarse como un área rosada a través del esmalte, estamos ante una señal de destrucción del diente. En este punto se considera una forma de pulpitis irreversible. En el peor de los casos, la resorción continuará y a la larga destruirá la superficie o debilitará gravemente la estructura del diente. La resorción perforante crea una comunicación desde la pulpa al periodonto, lo que suele dar como resultado una grave lesión periodontal. En el mejor de los casos, la pulpa puede llegar a necrosarse antes de la perforación hacia el periodonto, lo que se considera afortunado, ya que la resorción destructiva, un proceso vital, cesaría.

Orden de Frecuencia, Sexo y Edad, en la RDI

Los dientes se afectan con el siguiente orden de frecuencia: Incisivos, laterales, premolares, caninos y terceros molares. También se han descrito ocasionalmente de forma bilateral y en dientes no empionados⁷.

Se presenta a cualquier edad, siendo más frecuente entre la segunda y tercera décadas.

Referente al sexo es indiferente.



Fig. 3. Resorción interna avanzada en el primer molar inferior. El proceso de resorción se extendió desde la pulpa hacia distal para socavar la restauración y llegó hasta la superficie externa del diente⁴.



Fig. 4. La resorción interna idiopática (flechas) no fue detectada hasta que se extrajo el molar⁶.

Fig. 5. Micrografía electrónica de una resorción idiopática de la dentina radicular. Sin la historia clínica es imposible establecer, sobre la base de este corte, que el proceso de resorción corresponde a la resorción interna y no a la externa. La coloración basófila intensa del tejido conectivo en la zona resorbida señala la presencia de infiltrado inflamatorio abundante. Obsérvese también el conducto accesorio².



Fig. 6. Preparación de perforación con hidróxido de calcio. A. Resorción interna después de un traumatismo 15 años antes. Ha ocurrido perforación labial. B. Se ha controlado la infección, los conductos han sido desbridados y se ha colocado hidróxido de calcio, sulfato de bario y CMCP durante 10 meses. Después se obturaron los conductos. C. Radiografía de control a los dos años².



Fig. 7. Resorción interna masiva (flecha) de molares primarios mandibulares después de pulpotomía con hidróxido de calcio¹.



Fig. 8. Amplia resorción interna desencadenada por causas yatrógenas. En las radiografías preoperatorias (A y B) se ve el estado normal de los dientes antes de la preparación de las coronas. Un año más tarde (C y D) se observa resorción interna ocasionada por el tallado a alta velocidad sin refrigeración con agua⁴.

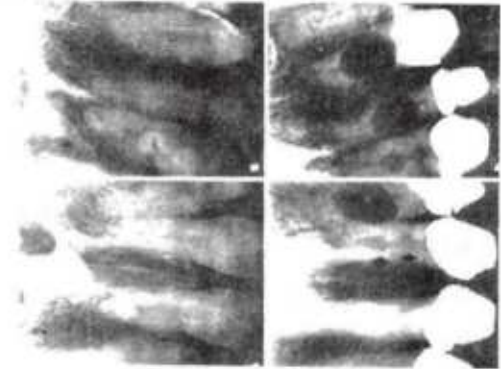


Fig. 9. Complicaciones subsecuentes a un traumatismo. A. Radiografía tomada inmediatamente después del accidente. B. Dos años después el examen radiográfico reveló una lesión apical y pruebas de resorción radicular externa e interna. C. La terapéutica del conducto radicular fue terminada y una radiografía control después de un año muestra la reparación apical².

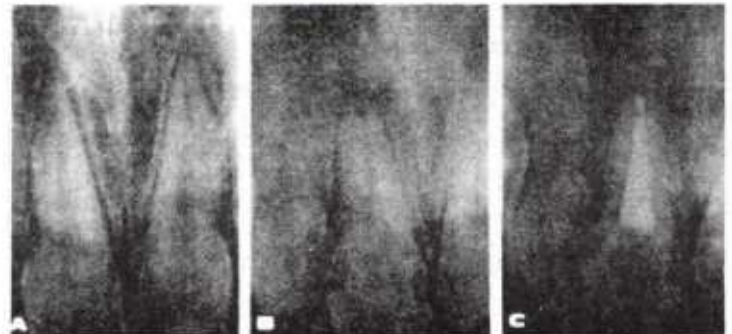
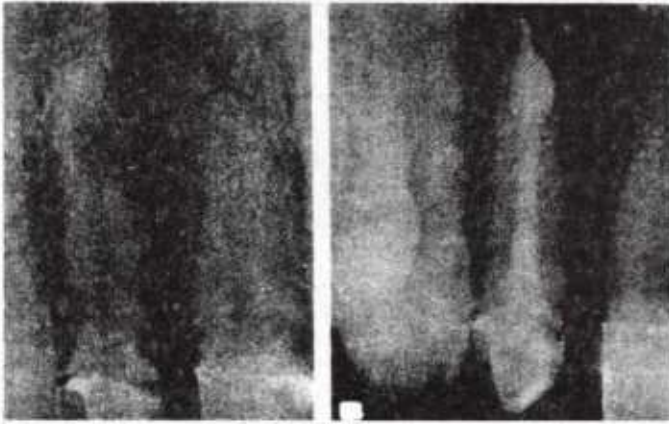


Fig. 10. Resorción interna con antecedentes de traumatismo. B. Inmediatamente después de la terapéutica del conducto radicular².



Agentes Causantes o Causas que Provocan o Producen RDI

- Preparación traumática de cavidades (fig. 3).
- Traumatismos en forma de un golpe occipital (figs. 9, 10).
- Causas idiopáticas (fig. 4, 5).
- Pulpotomías con Ca(OH)₂ en dientes primarios (fig. 7).
- allado de coronas a alta velocidad sin refrigeración con agua (fig. 8).
- Perforaciones en el uso desmedido de instrumentos endodónticos o taladros (fig. 6).
- Dientes sometidos a sobreoclusión.
- Endodoncias con deficiencias en la obturación.
- Aplicación de fuerzas desmedidas en los tratamientos de ortodoncia.
- Errores de diagnóstico radiográfico.
- Uso de blanqueadores activados por calor.

Tratamiento y Técnica de Obturación Empleada

La pulpectomía total elimina la causa del trastorno, deteniendo el proceso destructivo. En algunos casos la técnica quirúrgica y la obturación retrógrada puede emplearse cuando se haya formado una comunicación entre el periodonto y el conducto radicular a través de un área de resorción interna. Pero antes de emplear la exposición

quirúrgica para alcanzar y efectuar una reparación, deberá hacerse un esfuerzo no quirúrgico por reducir el defecto y obturar el conducto. En estos casos extremos y de avanzada reabsorción, el empleo de hidróxido de calcio como agente de actividad biológica puede estimular la lesión ósea para rellenar el defecto y formar una matriz para la obturación desde la porción interna del conducto³.

Existen y se practican actualmente más de 12 técnicas de obturación de conductos, pero la que más confiabilidad y seguridad de éxito nos concierna es la técnica de condensación lateral o de conos múltiples, también conocida como convencional o estandarizada¹. Esta técnica consiste en obturar con un cono principal, el cual debe tener succión proporcionando así una incomunicación apical. A éste se le añadirá cemento pero no en grandes cantidades; así evitamos la sobreobturación de cemento que puede producirse al presionarlo hacia el ápice. Ya cementado el primer cono se desplaza con un espaciador, apoyándolo sobre la pared contraria a la que está en contacto con el instrumento introducido en el conducto. Se gira el espaciador y se retira suavemente, quedando un espacio libre en el que se introducen conos secundarios y así sucesivamente hasta que se complete el espacio libre. Los sobrantes de los conos de gutapercha se recortan y se ataca la obturación a la entrada del conducto con atacadores, Ydejando la obturación de uno a dos milímetros por debajo del cuello clínico¹.

TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS

El único tratamiento complementario que se realizó a los tres pacientes que fueron asistidos endodónticamente en la clínica de UNIBE fue el de blanqueamiento.

La técnica de tratamiento de blanqueamiento aplicada fue la de la Universidad de Guadalajara, ésta consiste en los siguientes pasos:

1. Aislamiento absoluto.
2. Pulir con pasta profiláctica el diente a blanquear.
3. Apertura.
4. Remoción de la obturación dentro del conducto radicular de dos a tres milímetros.
5. Colocar cemento fosfato o IRM de uno a dos milímetros para evitar filtraciones.
6. Lavar la cavidad con alcohol etílico durante 45 segundos, para deshidratar la dentina y emulsificar sustancias grasas que impidan la entrada del blanqueador por los canaliculos.
7. Lavar la cavidad con agua bidestilada a presión durante dos minutos para iniciar la hidrólisis de agentes pigmentantes.
8. Secado con torundas de algodón.
9. Bañar la cavidad con largal ultra durante cinco minutos. Al mismo tiempo se realiza un gravado ácido en la cara vestibular durante cinco minutos.

10. Lavar con agua bidestilada y secar con torundas de algodón.
11. Se llenan cinco jeringas hipodérmicas de cinco milímetros con emulsión de peróxido de hidrógeno de 60 vol. y cinco jeringas con solución de hipoclorito de sodio al 6%.
12. Se colocan ambas agujas dentro de la cámara pulpar y se depositan lenta y simultáneamente liberando éstas oxígeno.
13. Aplicar la solución sobre vestibular.
14. Terminada la sesión de trabajo, se lava con agua bidestilada, se seca con algodón y se obtura con algodón y cemento fosfato de zinc.
15. Pincelar la corona con fluoruro de sodio al 2 por ciento durante 10 minutos para remineralizar y evitar recidivas.
16. Repetir durante una o dos sesiones con intervalos de una semana.
17. Una vez logrado el resultado deseado en color y translucidez, se coloca acrílico autocurable para aumentar translucidez más resina fotocurable, más topicación de

fluoruro de sodio al 2 por ciento por 10 minutos.

REFERENCIAS

1. Berner E., Ferrigno P. *Endodoncia Práctica*, 2da. edición, México DF: Editorial Manual Moderno 1981: 2-17.
2. Dowson J., Garber FN. *Endodoncia Clínica*, 2da. edición, Méico, DF, Editora Interamericana 1970: 1-14.
3. Gibilisco JA., Turlington EG. *Diagnóstico Radiológico en Odontología*, 5ta. edición, México: Editora Panamericana 1988: 142-147.
4. Ingle I., Taintor J. *Endodoncia*, 3ra edición, México, DF: Editora Interamericana; 1985: 389-826.
5. Leonardo M.R., Comelli R.C. *Alteraciones pulpares. Semiología, Diagnóstico clínico e indicaciones de tratamiento*, 3ra. edición, Buenos Aires: Editorial Panamericana; 1983: 52-62.
6. Maisto O.A. *Endodoncia*, 4ta. Edición, Argentina: Editora Mundi 1984; 16-306.
7. Preciado V., Goldber F., Lasala A. *Endodoncia*, 5ta edición, Venezuela: Editora Actualidades Médico-Odontológicas Latinoamericana 1989: 73-165.
8. Robert P.L., Myron J.K. *Interpretación Radiológica bucal*, 2da edición, México DF, Editorial Manual Moderno 1985: 171-176.
9. Seltzer S, Bender IB. *Pulpa Dental*, 3ra edición, México DF: Editorial Manual Moderno; 1984: 250-252.
10. Smalson MH, Sieraskis M. *Histofisiología y Enfermedades de la Pulpa Dental*, 2da edición, Barcelona: Editorial Salvat 1991: 79-99.

ARTE Y LITERATURA

Cada hijo me costó una muela: mitos y realidades

Dr. Leopoldo J. Millet*

El embarazo constituye una situación especial en la vida de una mujer y va acompañado de una serie de cambios hormonales, que repercuten sobre el bien estar de la paciente en general y, más concretamente, sobre la salud dental. Bastarán algunos cuidados higiénicos para poner en duda el mito que relaciona embarazo y pérdida de dientes.

Al final del siglo XX, ¿podremos seguir considerando la pérdida dental como el precio a pagar por cada embarazo?, ¿qué problemas bucales conlleva el embarazo?, ¿qué podemos hacer para prevenirlos?

El embarazo se caracteriza por un aumento de los niveles de estrógeno, hormonas que favorecen la proliferación vascular. A nivel bucal esto se traduce en una inflamación de las encías con enrojecimiento, edema y ligeras hemorragias; que ante mínimos traumatismos causan un leve sangrado con el cepillado dental, al usar palillos interdentes, o el hilo dental. Este cuadro se denomina "gingivitis del embarazo". Es habitual escuchar decir a la mujer embarazada que cada cepillado le origina cierto sangrado de las encías. Desgraciadamente, esto suele conllevar cierto miedo al cepillado y, por lo tanto, una disminución en la frecuencia del mismo, incluso su abandono.

El cambio en los hábitos alimenticios durante el embarazo es

un fenómeno muy frecuente. Las mujeres gestantes, por lo general, aumentan el número de comidas, variando la composición de las mismas y habitualmente descuidan su higiene bucal. Esto conlleva a un depósito de los restos alimenticios sobre la superficie dentaria, originando la placa bacteriana en pocos minutos. Esta última es la causante de la "caries" y favorece, así mismo, la antes citada gingivitis.

Hay que insistir sobre un hecho capital: la gestación no causa la caries aunque sí la empeora si ésta se encuentra presente.

En conclusión podemos desterrar la idea de que el embarazo produce pérdida de piezas dentales. Queda pues establecido que hay que mantener un estricto cuidado higiénico de la boca en las mujeres en estado de gestación.

Sirvan los siguientes consejos de orientación para ellas:

- Utilización de cepillo semi-blando.
- Pastas dentífricas combinadas: de flúor y clorexhidrina.
- Enjuagues con clorexhidrina (cada noche).
- Masaje de las encías con la yema de los dedos.
- Cepillar los dientes después de cada comida.

Siguiendo estos consejos mantendrá una boca sana.

* Odontólogo egresado de la Universidad Iberoamericana (UNIBE).

Las malas compañías I: el camaleón y el mono

Rubén Darío Pimentel*

La de vivir solo y despreocuparse de los demás, despreocuparse tanto de sus problemas como de sus éxitos, es sin lugar a dudas una costumbre sabia y razonable. Pero ignorar totalmente los rumores, los chismes y escándalos puede causarle a veces algún desazón al ser solitario.

Si Chepado-el-camaleón, el reptil cuerdo y circunspecto hasta en su andar, hubiese compartido con más frecuencia con los habitantes de la maleza, o incluso con los de las aldeas, se habría enterado de lo que todo el mundo pensaba de Chacheta -el- mono. Se habría enterado de cuál era la opinión de los hombres y el sentimiento de los animales con respecto a ese maleante, a ese ser malcriado, grosero, pendenciero y maligno, mentiroso y degenerado, cuya cabeza sólo estaba llena de bromas pesadas por gastarlas al prójimo. Habría sabido por qué razón Chacheta tenía las palmas de las manos negras de tanto tocarlo todo y las nalgas peladas y rojas de tantas zurras recibidas. Sarita -la- liebre le habría dicho sin duda por qué Chacheta no era un compañero deseable; Songa -el- chacal, Fedora -la- hiena e incluso Sojó -el- cuervo le habrían informado de por qué a Chacheta no se le podía frecuentar asiduamente. Ogún -el- sapo le habría confesado, por su parte, que jamás a nadie en su familia, se le había ocurrido hacer de Güilf -la- lagartija su compañero de camino; porque hay compañero y compañera; y que sin la menor duda el trato con Chacheta -el- mono no era lo que más le convenía a él, al camaleón.

Pero Chepado no frecuentaba los mismos parajes que todos ellos; y si de casualidad avistaba a uno de ellos en su camino sabía adoptar, lleno de titubeos y vacilaciones, el color de los objetos que lo rodeaban hasta parecerse a la corteza de un viejo pino, a las hojas muertas que le servían entonces de lecho, o las hiervas verdes a las cuales se pegaba.

Pero un día, en el borde de un sendero, Chacheta -el- mono, que pasaba dando brincos por allí pudo distinguir a Chepado pegado contra la pared de un termitero.

-Tío Chepado, ¿estás en paz?- lo saludó Chacheta con voz melosa.

*Profesor de UNIBE.

El taciturno y solitario Chepado, cuyo humor era menos variable que el color de su piel, se vio obligado a contestar por cortesía. Porque sopolami¹ no es más lindo que saludo y uno debe pagar y puede pagar esta deuda sin empobrecerse. Además, devolver un saludo nunca le ha quemado la boca a nadie.

- En paz estoy- contestó Chepado a regañadientes.

Pero no conocía lo suficiente a Chacheta si creyó que con eso se lo había quitado tan fácilmente de encima.

- ¿Y hacia dónde se dirigen sus sabias patas, tío?- preguntó muy curioso.

- Voy hacia mote mosme²- explicó Chepado; mientras que el mono se acercaba tanto que el camaleón comenzaba a tomar el color de la pelambre de su interlocutor. Al ver esto y sin duda también por la semejanza de sus rabos que les servían a los dos como una quinta mano, Chacheta se creyó autorizado a una mayor familiaridad:

- Muy bien, tío, te voy a acompañar y me adaptaré con facilidad a tu marcha.

Así fueron pues, los dos hacía mote mosme: Chacheta trataba en vano desde los primeros pasos de adaptarse al ritmo ondulado y vacilante de su compañero, que primero tanteaba el aire y a cada instante parecía buscar si no habría alguna espina en su camino. Chacheta, impaciente, se puso a trotar de un lado a otro, delante y detrás para volver al lado del otro y decirle alguna frase.

El sendero que llevaba a mote mosme no era largo, pero la marcha de los dos viajeros, uno de los cuales siempre parecía caminar sobre ascuas y daba brincos y el otro parecía avanzar sobre una manada de erizos, no era de las más rápidas. El sol ardía, duro y firme, encima de sus cabezas, y todavía no habían recorrido la mitad de la mitad del sendero de mote mosme. Chacheta y Chepado se detuvieron en la sombra rala de una palma, encima de la cual colgaba una red con una calabaza.

- ¡Vaya!- exclamó Chacheta, que estaba al tanto de todo-. ¡Vaya, Serapio espera una buena cosecha de vino de palma para

esta noche! Nos refrescaremos la garganta antes que él, porque hace verdaderamente demasiado calor.

- Pero ese vino de palma no es nuestro- contestó el camaleón sorprendido.

- ¿Y qué?- dijo el mono.

- Pero los bienes ajenos siempre se han llamado "no se toca".

Chacheta no le hizo el menor caso; ya estaba en lo alto de la palma, había descolgado la calabaza y bebía a grandes sorbos. Cuando se hubo tomado todo el líquido fresco, espumoso y chispeante, dejó caer la calabaza, que estuvo a punto de aplastar a su compañero. Volvió a bajar y declaró:

- Ese vino de palma de Serapio estaba realmente delicioso. Podemos continuar nuestro camino, mi tío.

Y reanudaron la marcha. Aún no estaban muy lejos de la palma cuando oyeron tras de sí unos pasos más firmes y pesados que los suyos. Era Serapio, que había hallado su calabaza hecha pedazos al pie del árbol y no, como con razón esperaba encontrarla, colgada de la palma y llena de vino. Cuando Chacheta lo vio al volverse, pensó primero en huir y dejar a su compañero solo con el hombre; pero no habría sido digno de su raza si hubiese actuado de forma tan sencilla. Ni hablar de ello: ¿y si Chepado se justificaba ante Serapio y lo acusaba a él, a Chacheta que estaba huyendo, pero con seguridad no lo suficientemente lejos ni por bastante tiempo como para no caer un día u otro en las manos del sembrador de palmas? Así pues, Chacheta se detuvo y le dijo a su compañero que hiciera lo mismo, lo que no requería demasiado esfuerzo por parte de este último. Serapio fue hacia ellos, tan furioso como se puede imaginar:

- Me han robado mi vino de palma y me han roto mi calabaza. ¿Acaso conocen al culpable, si es que no ha sido uno de ustedes?

El camaleón se quedó callado, cuidándose mucho de acusar a su compañero de viaje.

- Yo sí lo conozco- dijo el mono.

Chepado viró un ojo a Chacheta.

- ¡Fue ése!- dijo este último, designando al camaleón con el dedo índice.

- ¿Cómo, que fui yo? -exclamó sofocado Chepado-. ¡Te lo has bebido tú mismo!

- Serapio -propuso el mono-, vamos a caminar los dos, este mentiroso y yo, y verás como titubea el que se ha tomado tu vino de palma.

Dicho esto se puso a caminar y se detuvo, bien parado.

- ¿Acaso estoy ebrio? -preguntó. Luego ordenó: ¡camina ahora tú, camaleón, tú que dices no estar ebrio!

Chepado echó a caminar, luego se detuvo vacilando, como hacen todos los camaleones de la tierra.

- Mira, Serapio -dijo Chacheta- el borrachín no puede ocultarse.

- Serapio tomó a Chepado -el- camaleón, lo golpeó enérgicamente y al abandonarlo le dijo:

- Si esta vez no te maté puedes darle las gracias a Dios y a tu compañero.

Serapio volvió a su palma y los dos viajeros reanudaron su camino. Al anochecer llegaron a los campos de mote mosme.

- Tengo frío- dijo Chepado-; vamos a darle candela a este campo para calentarme.

- Eso no- dijo el mono.

- Te repito que vamos a incendiar este campo- afirmó el camaleón, fue a buscar un tizón y le dio candela al campo.

Sin embargo, sólo quemó una parte y el fuego se apagó enseguida. Pero la gente de mote mosme había visto las llamas. Había acudido y se informaba:

- ¿Quién incendió ese campo?

- No sé, yo vi las llamas y me acerqué- declaró Chepado.

- ¿Cómo?- se asombró el mono-. ¿Acaso quieres insinuar que fui yo quién incendió el campo?

- Ya que no quiere confesar que él fue el culpable, miren nuestras manos.

Al decir eso el camaleón mostró sus manos, cuya palma estaban blancas y limpia.

- Enseña las tuyas ahora, tú que dices que no fuiste el incendiario- ordenó Chepado.

Chacheta mostró sus manos, cuya palma era negra como la de todas las manos de todos los monos de la tierra.

- ¡Miren! -exclamó triunfalmente el camaleón-. El incendiario no puede ocultarse.

Cogieron a Chacheta, que aún recuerda con seguridad el castigo que recibió y quien, desde entonces, nunca más volvió a frecuentar a Chepado -el- camaleón.

RESEÑA

MEDIO AMBIENTE

Robles Gil, Patricio. "Celebración a la vida: testimonios de un compromiso" México: COMES, 1996. 208p.

La belleza, la armonía y el drama del mundo animal, llenan las páginas de éste libro, a través de imágenes que nos hablan con un lenguaje universal, que nos tocan con toda su fuerza; fotográficas en la que no existe el tiempo y en donde el ritmo lo marca el balance de cada ecosistema que cubre la superficie de la tierra. Con un estilo muy característico, cada fotógrafo brinda nos invita a compartir con ellos el compromiso de celebrar a la vida.



Tamames, Ramón. "Ecología y desarrollo sostenible "la polémica sobre los límites al crecimiento" G.ed. ev. y ampl. Madrid: Alianza Editorial, 1995.298p.

El deterioro de la calidad de vida en las grandes ciudades, la polución del aire y de la aguas, la acumulación de desechos industriales, las sombrías perspectivas de agotamiento de lagunas materias primas básicas, las crisis energéticas y el retraso de la producción agrícola, respeto la crecimiento demográfico, son claros síntomas de la crecientes tensiones en Ecología y Desarrollo, son temas analizados en este libro en forma minuciosa e interesante. Los efectos destructores de los procesos económicos sobre el medio ambiente, han puesto en tela de juicio, las ilusiones de las concepciones productivistas e industrialistas en un progreso indefinido, y han suscitado temores racionales y expectativas pesimistas sobre el futuro del planeta. El autor señala, que el tema sobre el cual versa este libro, fue planteado en un nivel abstracto, por los grandes economistas del pasado, pero solo desde los años 70. la polémica adquirió dimensiones dramáticas y una amplia repercusión pública. Esta nueva edición incluye un capítulo sobre desarrollo sostenible, con los avances en la formulación de una economía ecológica.

ENCICLOPEDIA Y DICCIONARIOS

"Gran Enciclopedia de España". I Dirección edit. Javier Arbués Villa, dirección científica. Guillermo Fatás Cabeza. Zaragoza: Enciclopedia de España, 1990. 10v.

De acuerdo con la afirmación de los editores, en la obra "hasta el presente no se había emprendido una obra de carácter enciclopedia y general, que intente, de modo sistemático, presentar una introducción documentada y suficiente al denso

microcosmo de lo español. Esta enciclopedia pretende iniciar la colmatación de esa laguna. Se presenta la realidad de España, de sus variadísimos pueblos, paisajes, costumbres, avatares colectivos y personalidades individuales. Un sinfín de personalidades colectivas y singulares han conformado el mosaico policromo y extraordinariamente rico en lenguas y en modo de estar y de vivir, sobre el que en la actualidad, asienta su ser el pueblo español, que hace frente al siglo XXI con fe en sí mismo y en su capacidad solidaria para con un mundo en cambio permanente".



GUIA ABREVIADA PARA LA PREPARACION DE ARTICULOS

Esta información e instrucciones a los autores para la presentación de manuscritos describe los detalles sobre los temas específicos y el tipo de trabajos que pueden ser considerados por el Comité de Investigaciones y Publicaciones para su publicación. Se distribuye junto con el primer número de cada año; también se encuentra disponible a quien lo solicite a nuestra dirección:

Revista *UNIBE de Ciencia y Cultura*.

Av. Francia No. 129

Santo Domingo

República Dominicana.

Podrán someterse a consideración trabajos de investigación, revisiones, estudio de casos, monografías, resúmenes de tesis u otros de carácter académico y que no hayan sido publicados. También podrán someterse trabajos presentados en eventos científicos, así como, cuentos y poesías, entre otros.

Los trabajos a ser publicados en esta revista deben guardar las siguientes indicaciones:

1. Ser inéditos, escrito a máquina y/o computadora en una sola cara, a doble espacio en papel Bond tamaño (8½ x 11) con márgenes laterales de 2.5 cms. El original se acompañará de dos copias. En el caso de trabajos traducidos, en parte o totalmente, se anexará una copia del material en el idioma original.
2. La extensión del trabajo no deberá sobrepasar las 25 páginas, salvo casos especiales en que el Comité de Investigaciones y Publicaciones lo juzgue pertinente.
3. El título del trabajo será lo más breve posible. Los nombres del autor y de los coautores se pondrán a continuación del título del trabajo. Luego se anotará el nombre de la institución a que pertenecen. Debe proporcionarse asimismo la dirección del autor principal y/o de la institución patrocinadora.

4. Los artículos que aporten datos originales sobre investigaciones deben seguir el formato "IMRYD": introducción, materiales y métodos, resultados y discusión y si fuera del caso, conclusiones y recomendaciones.

5. Los artículos relativos a revisiones bibliográficas deben tener el siguiente formato: introducción, desarrollo teórico y conclusiones.

6. Todo manuscrito debe incluir, al inicio, un resumen en español e inglés no mayor de 250 palabras. Al final del resumen incluir 2 ó 3 palabras claves.

7. Los trabajos sobre aspectos literarios tendrán las características propias de su naturaleza.

8. La lista de referencias bibliográficas se incluirá en páginas aparte, al final del artículo, en orden de aparición.

Ejemplo de revista:

Santana M. Matemática y Lógica. Rev. **UNIBE cienc y cult** 1990; 2 (1): 55-58. pp

Ejemplo de libro:

Subero-Isa J.A. **Tratado práctico de responsabilidad civil dominicana**, 2da ed., Santo Domingo: Editora Taina, 1992: 246 págs.

9. Las figuras y los cuadros con sus títulos y leyendas respectivos se incluirán numerados consecutivamente (en arábigos las figuras y en romanos los cuadros), agrupados al final del texto en páginas aparte; en el cuerpo de éste se indicará el lugar en que se deben incluir.

10. Los símbolos y abreviaturas se usarán al mínimo posible. Únicamente se pueden utilizar los términos aceptados internacionalmente.

11. Los originales no se devolverán en ningún caso. Al autor se le remitirá un ejemplar del número en que aparece publicado su artículo y 10 separatas.

SOLICITUD DE INSCRIPCION A LA *Revista UNIBE de Ciencia y Cultura*

Recibir la **Revista UNIBE de ciencia y cultura** significa tener la ventaja de mantenerse al día en las diversas áreas del quehacer profesional y la satisfacción de colaborar, junto a otros colegas, en el desarrollo y la divulgación de la ciencia, la tecnología, la cultura y las artes, especialmente de la República Dominicana.

Para recibir la **Revista**, llene la solicitud adjunta y envíela a:

Revista UNIBE de ciencia y cultura

Av. Francia No. 129
Santo Domingo
República Dominicana

(Por favor, escriba en letra de imprenta)

Nombre _____

Calle _____ casa / apto. no _____

Ciudad _____ provincia / estado _____

País _____ teléfono _____

Apartado de correos / P.O. Box _____

Deseo recibir la **Revista UNIBE de ciencia y cultura** para el año 19 ____

Precio (franquicia incluida):

	en República Dominicana	para el extranjero
anual	_____ RD\$90.00	_____ US\$20.00
número suelto	_____ RD\$35.00	_____ US\$ 8.00

Incluyo: _____ cheque _____ giro postal _____ efectivo

_____ hago el pago directamente en UNIBE

(Los cheques y giros postales deben hacerse a nombre de **Universidad Iberoamericana**).

PARA REMITIR LA SUSCRIPCION, CORTE EN LA LINEA DE PUNTOS Y DOBLELA.

0132695

Remite:

SELLOS

Revista UNIBE de Ciencia y Cultura
Av. Francia No. 129
Santo Domingo
República Dominicana

Guía abreviada

Revista UNIBE de cienc y cult 1990 2 (2 y 3): 109-110

