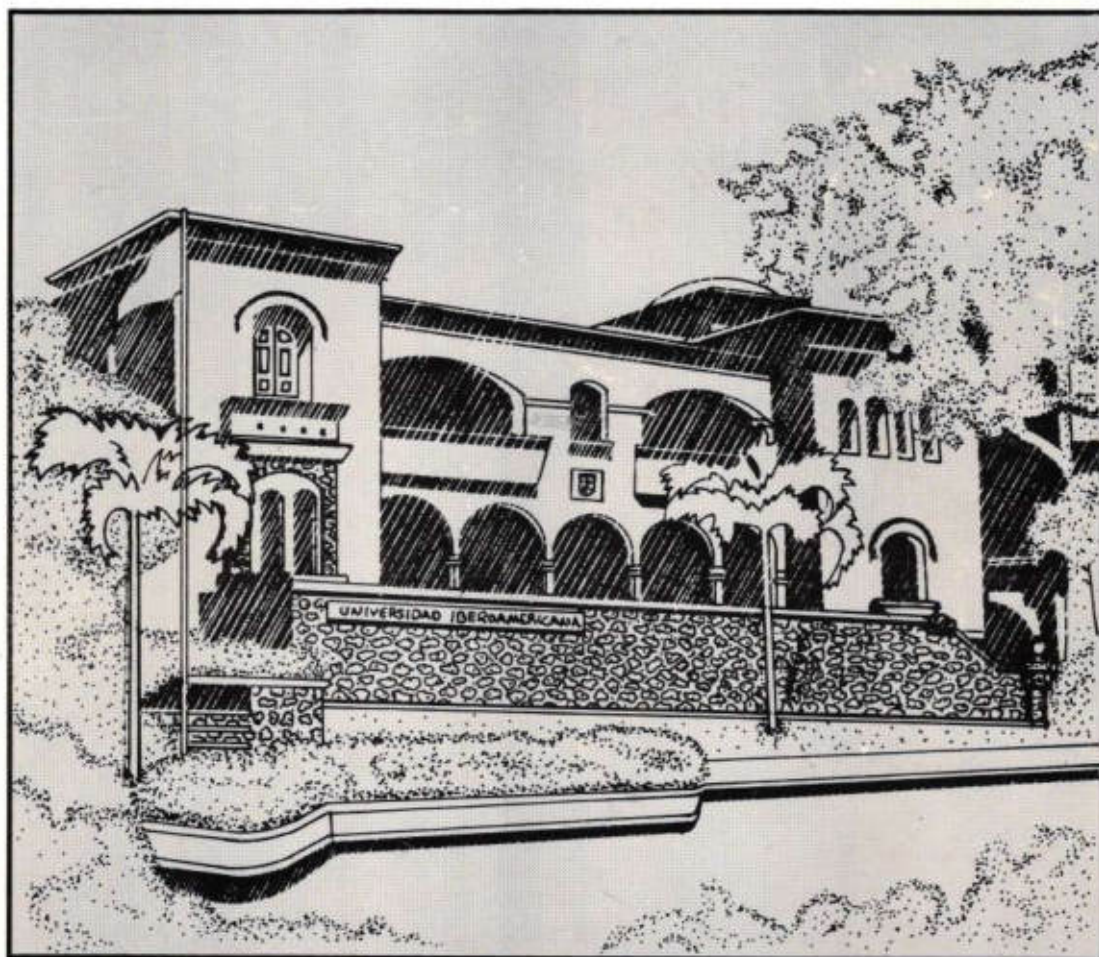


REVISTA DE CIENCIA Y CULTURA

UNIBE

VOL. 5, Nos. 1,2 y 3, ENERO-DICIEMBRE, 1993



ESTRUCTURA DE UNIBE

Abraham J. Hazoury
Rector

Dr. Gustavo Batista V.
Vicerrector Académico

Rosi Escoto de Matos
Vicerrectora Administrativa

REVISTA UNIBE DE CIENCIA Y CULTURA

VOL. 5, Nos. 1, 2 y 3 ENERO-DICIEMBRE 1993

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. RD\$90.00	Exterior US\$20.00
Núm. suelto:	RD\$35.00	US\$ 8.00

COMITE DE INVESTIGACIONES Y PUBLICACIONES (CIP):

Dr. Gustavo Batista V.
Dra. Milagros Rodríguez.
Lic. Zoila González, MSc.
Lic. William Gutiérrez, MSc.
Dr. Rubén Darío Pimentel.
Lic. Rolando Tabar Manzur.



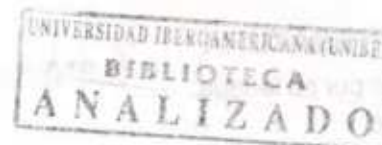
CONTENIDO

EDITORIAL

- Vencer la tuberculosis ahora y para siempre 1

INVESTIGACIONES

- Conocimientos y actitudes de pediatras de Santo Domingo sobre la vacunación con BCG
Bello-Paredes Y. *et. al.* 3
 - Reforma del código tributario: impacto en la economía nacional
Frias J. *et. al.* 11
 - Evaluación de la recesión gingival en pacientes periodontales de la Escuela de Odontología de la Universidad Iberoamericana (1992-1994)
Santamaría-Herrera Z y Cruz R. 17
 - Meningitis tuberculosa en el Dispensario Antituberculoso Infantil "Santo Socorro" de Santo Domingo, República Dominicana
Pimentel RD, *et. al.* 27
 - La condición de la mujer en el nuevo código de trabajo de la República Dominicana
Pérez-Cornielle JE y Gutiérrez W. 31
 - Estudio sobre la prevalencia de caries dental y caries rampante en la población pre-escolar de San Juan de la Maguana
Reyes Rodríguez AM y Pimentel RD. 37
 - Presentación de dos casos de dextrocardia
Almonte C, *et. al.* 45
 - La franquicia y su importancia en el tráfico económico y marco legal para su aplicación
Espinoso A, *et. al.* 49
 - Factores etiológicos de la tos habitual entre estudiantes adolescentes de Santo Domingo
Pimentel RD, *et. al.* 55
 - Importancia del diagnóstico en la patología periodontal no inflamatoria
García-Tiburcio W, *et. al.* 59
 - Paro cardiorespiratorio en niños: epidemiología, manejo y perspectiva
Pimentel RD, *et. al.* 65
 - Prevalencia de estudiantes fumadores en la zona urbana de Santo Domingo
Peralta-Fermín D, *et. al.* 73
 - Factores causantes de temor en la atención odontológica
Castro-Valenzuela EO y Pimentel RD 81
- ### REVISIONES
- Actualización acerca de la recesión gingival en pacientes periodontales
Santamaría-Herrera y Cruz R. 87
 - Enfoque actualizado acerca de la patología periodontal no inflamatoria
García-Tiburcio W. *et. al.* 101
 - Privatización de las empresas públicas
Espaillet S. 113



ARTÍCULO INVITADO

- El artículo de revisión en la literatura médica actual
Mulrow CD.

115

ARTE Y LITERATURA

- Castigado por su lengua
Pimentel RD.

121

RESEÑAS

- Libros

125

VENCER LA TUBERCULOSIS AHORA Y PARA SIEMPRE

El brillante descubrimiento del bacilo de la tuberculosis por Robert Koch en 1882 ha sido el primer paso en el largo camino hacia la eliminación de esta plaga que desde hace tanto tiempo representa una importante amenaza para la salud pública. ¿Cómo es posible que hoy, ciento catorce años después de ese descubrimiento, el número de casos de tuberculosis continúe aumentando?

Desde hace más de cuarenta años disponemos de medicamentos y de una vacuna eficaces, con lo cual la tuberculosis se ha convertido en una enfermedad que puede prevenirse y curarse. En el plano técnico, las estrategias de prevención, de detección de casos y de tratamiento de la tuberculosis se han ido perfeccionando gradualmente.

Pero los progresos han sido preocupantemente lentos. A pesar de las excelentes armas de que disponemos para combatir la tuberculosis, la enfermedad continúa siendo un importante problema de salud pública en todo el mundo. En la República Dominicana, al igual que en los demás países, la situación epidemiológica ha mejorado muy poco o nada. Cada año se registran entre cuatro y cinco mil nuevos casos altamente infecciosos que contribuyen a que a nivel mundial su registro sea de alrededor de cuatro a cinco millones, llevando a la muerte por lo menos a tres millones de personas en todo el mundo anualmente. Estos datos tienen tendencia a aumentar por la aparición del SIDA, que le ha dado un nuevo rostro. Aún en los países que cuentan con servicios de salud bien desarrollados, la tuberculosis sigue presentando un riesgo considerable para los grupos más desfavorecidos.

El ciento catorce aniversario del descubrimiento de Koch, celebrado el domingo 24 de marzo pasado, debe servir para evaluar nuestras estrategias de lucha contra la tuberculosis. Debemos tener el valor de reconocer que se han cometido errores graves así como comprometernos a eliminar, o por lo menos paliar, de aquí al año 2000, este gran problema. Este objetivo es

perfectamente realizable, aunque para alcanzarlo es necesaria una mejor comprensión de las verdaderas causas de las génesis y de la propagación de la enfermedad, al igual que una política para enfrentarla.

Sabemos que la tuberculosis es la resultante de la asociación de una serie de factores tanto socioeconómicos como biológicos, tales como la desnutrición, las viviendas insalubres, la carencia de higiene y de agua, los efectos debilitantes de las infecciones y de las diarreas agudas. En consecuencia, es necesario tomar medidas en todos estos sectores a fin de permitir al cuerpo humano sacar el mejor partido posible de los mecanismos de defensa que le son propios. Es en ese contexto que las medidas específicas de prevención y tratamiento podrán resultar efectivas.

Koch hizo una contribución esencial, la cual ha tenido repercusiones que van mucho más allá del campo de la tuberculosis.

Se ha demostrado que la salud sólo se logra si se toman medidas diversas, tanto en el propio sector de la salud como en aquellos que se relacionan con ella. Dichas medidas deben aplicarse en el plano de la comunidad con objeto de resolver toda la gama de problemas cuyos efectos combinados atentan contra la salud de la población. Es necesario rescatar el principio que inspira la noción de atención primaria de salud accesible a todos, en un espíritu de equidad social, y la de sistemas de salud basados en la atención primaria. Esos sistemas constituyen la piedra angular de la estrategia mundial que para el año 2000 fue adoptada por los 156 Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante su Asamblea, en mayo de 1981.

Al adoptar esa estrategia, dicha Asamblea señaló que la consideraba como un contrato entre los gobiernos, la OMS y la población de todas las condiciones sociales, así como las organizaciones no gubernamentales que participan en la vida de la población. El papel de las organizaciones de voluntarios continúa siendo

de enorme importancia para la prevención y la lucha contra la tuberculosis. La Universidad Iberoamericana (UNIBE) apoya la lucha contra la tuberculosis en el país. UNIBE se declara orgullosa de asociarse a la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enferme-

dades Respiratorias (UICTR) y la OMS/OPS para celebrar el descubrimiento de Koch que marcó un hito en el largo camino que nos conducirá a "vencer la tuberculosis ahora y para siempre".

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PEDIATRAS DE SANTO DOMINGO SOBRE LA VACUNACION CON BCG*

Yvelise Bello Paredes**, Lilliam Scarlett Martínez Pérez**, Rubén Darío Pimentel***

RESUMEN

Con el propósito de medir el nivel de conocimiento y actitudes que tienen los pediatras acerca de la vacunación con BCG, se llevó a cabo un estudio epidemiológico transversal en una muestra representativa de especialistas en niños, de los que ejercen su oficio, tanto público como privado, en la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana.

Los resultados de esta investigación muestran importantes deficiencias en los conocimientos globales de los pediatras acerca de la vacunación con BCG en recién nacidos, lactantes y niños. Las actitudes de estos profesionales de la salud también evidencian un marcado deterioro.

Al establecer relaciones entre las características personales y laborales de los pediatras con sus conocimientos y actitudes, se encontró que las deficiencias son más acentuadas en los pediatras de mayor edad, en los que se han formado en el exterior y en los que se dedican a la práctica privada. En cambio, no hubo diferencias significativas ($p > 0.05$) al establecer comparaciones según el sexo.

Por último, se dan sugerencias básicas para eficientizar el programa de lucha antituberculosa en la República Dominicana, particularmente en la vacunación con BCG, por parte de las instituciones llamadas a cumplir con esta tarea.

INTRODUCCIÓN

En numerosas comunidades en desarrollo de la República Dominicana la tuberculosis sigue siendo una amenaza mayor para la salud de la población, a pesar de la existencia de los medicamentos modernos. Aún no se ha logrado detectar y tratar adecuadamente

los casos de tuberculosis en esas comunidades.

El éxito de todo programa depende esencialmente de tres medidas de control: la detección de los casos contagiosos, el tratamiento que los volverá no contagiosos y la protección de la población con riesgo de contagio por medio de la vacunación con BCG¹.

Una tarea difícil para el control de la tuberculosis en el país es persuadir a los médicos, particularmente a los pediatras, de que vacunen a los recién nacidos con el BCG. El desconocimiento acerca de esta vacuna y el escepticismo sobre su eficacia hacen aún más difícil esta tarea.

No deben existir dudas acerca de los beneficios que pueda aportar el BCG a los programas de lucha antituberculosa. Dos grupos de expertos reunidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se pronunciaron en favor de la vacunación con BCG contra la tuberculosis, a pesar de los resultados de un estudio realizado en el sur de la India, que cuestionó la eficacia de la vacuna².

En los países con alta prevalencia de tuberculosis como la República Dominicana, la vacunación con BCG debería practicarse lo más tempranamente posible, ya que se ha podido demostrar que juega un rol importante en la prevención de formas graves de tuberculosis infantil, tales como la meningitis y la tuberculosis miliar.

Se carece de datos científicos recientes sobre el efecto protector del BCG en clima tropical.

Prácticamente todos los conocimientos sobre el efecto protector de la vacuna se han adquirido en países de clima templado, en particular mediante estudios realizados en Europa y Norteamérica².

No se ha desarrollado ningún estudio a gran escala (excepto el de la India) que haya tenido lugar "en las condiciones que caracterizan a los países en vías de desarrollo".

* Tesis de grado para optar por el título de doctor en Medicina, Universidad Iberoamericana (UNIBE).

** Doctores egresados de UNIBE.

*** Asesor, profesor UNIBE.

E inclusive, el estudio realizado en la India no ha proporcionado aún información suficiente sobre el efecto del BCG en lactantes y niños, así como el conocimiento y el comportamiento en el terreno del personal de salud³.

La finalidad de esta investigación es medir el nivel de conocimiento y las actitudes de pediatras residentes en Santo Domingo con relación a la aplicación de la vacuna BCG. Se espera que los resultados de este estudio sirvan para implementar estrategias que aumenten la cobertura con BCG en el país hasta el nivel requerido.

MATERIALES Y MÉTODOS

Durante el periodo comprendido entre los meses de julio a septiembre de 1994 se llevó a cabo un estudio prospectivo de carácter epidemiológico transversal dirigido a los pediatras de la zona urbana de la ciudad de Santo Domingo, para medir el nivel de conocimiento y sus actitudes con respecto a la vacunación de recién nacidos, lactantes y niños con BCG.

La información fue recolectada por dos estudiantes de término de medicina, a través de un cuestionario inspirado en parte por los investigadores y por otros colaboradores.

El cuestionario incluye, además de los datos personales de los pediatras, preguntas relacionadas a la vacunación con BCG.

El universo al cual se dirigió este cuestionario fue la población de pediatras residentes en la zona urbana de Santo Domingo, de ambos sexos, de diferentes edades y que ejercen tanto a nivel público como privado o en ambos niveles. Este universo está formado por 350 pediatras, según la Sociedad Dominicana de Pediatría. Tomando en consideración un nivel de confianza de 95 por ciento, un nivel de precisión de cinco por ciento y un nivel de conocimiento aceptable de 70 por ciento, se calculó la muestra a entrevistar a partir de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{T^2 (p \times q) N}{Nd^2 + T^2 (p \times q)}$$

en donde:

T = nivel de confianza = 1.96;

p = proporción estimada de pediatras con nivel adecuado = 0.70;

q = proporción estimada de pediatras con nivel no adecuado = 0.30;

d = nivel de precisión = 5 por ciento = 0.05;

N = 350 pediatras;

n = 155 pediatras;

encuestando a 155 pediatras será suficientemente representativo, sin embargo, se decidió agregar el 10 por ciento (16 pediatras) de la cantidad seleccionada para evitar posibles sesgos, o sea, que la muestra total fue de 171 pediatras.

Estos pediatras fueron entrevistados por el personal investigador, quienes llenaron los formularios previamente descritos de manera directa.

La información obtenida a través de la presente encuesta fue analizada utilizando el *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*. Las diferencias relacionadas con los conocimientos y las actitudes, según las diferentes variables, se establecieron mediante análisis del test del chi-cuadrado (χ^2), considerándose de significación estadística una $p < 0.05$.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

Características generales

De un total de 171 pediatras a los que se dirigió la encuesta sobre conocimientos y actitudes acerca del BCG, 163 (95.3%) llenaron adecuadamente el formulario. De estos últimos, 95 (58.3%) eran mujeres y 68 (41.7%) hombres.

Entre las mujeres, 46 (48.4%) habían hecho alguna subespecialidad y entre los hombres, 41 (60.3%) eran subespecialistas.

A la práctica pública se dedicaban 76 (46.6%) pediatras, a la privada, 64 (39.3%) y a ambas, 23 (14.1%).

La edad promedio de los especialistas en niños entrevistados fue de 37.5 años (rango: 24-71 años) correspondiendo más de la mitad (54.0%) a los adultos jóvenes (<25 años) un tercio (33.1%) a los adultos con edades entre 35 y 45 años (cuadro I).

Cuadro I. Distribución de los pediatras entrevistados según sexo, edad, lugar de trabajo y respuesta adecuada. Santo Domingo, 1994.

Variables	Frecuencia	Porcentaje
I. Total de la muestra:	171	100.0
• Total de formularios mal llenados	163	95.3
• Total de formularios mal llenados	8	4.7
II. Sexo:	163	100.0
• Femenino	95	58.3
• Masculino	68	41.7
III. Lugar de trabajo:	163	100.0
• Público	76	46.6
• Privado	64	39.3
• Ambos	23	14.1
IV. Edad (años)	163	100.0
<35	88	54.0
35-45	54	33.1
46-55	16	9.8
56	5	3.1
V. Subespecialidad:	163	100.0
• Sí	87	53.4
• No	76	46.6
VI. Subespecialidad según sexo:	87	53.4
• Mujeres	46/95	48.4
• Hombres	41/68	60.3

Nivel de conocimientos

Al integrar a los pediatras sobre el nivel de conocimiento que poseen sobre el grado de protección de la vacuna BCG contra las diferentes formas de tuberculosis, sólo 28.8 por ciento posee la información adecuada. No hubo diferencia significativa ($p < 0.05$) cuando se comparó este nivel de conocimiento según la práctica (13.5% para la pública, 11.7% para la privada y 3.7% para ambas) (Cuadro II y figura 1).

Cuadro II. Distribución de los pediatras entrevistados según conocimientos sobre la protección de la vacuna BCG en las distintas formas de tuberculosis, Santo Domingo, 1994.

Variables	Conocimiento					
	Pediatras		Adecuado		No adecuado	
	F	(%)	F	(%)	F	(%)
Protección contra diferentes formas de TB	163	(100.0)	47	(28.8)	116	(71.2)
Práctica:						
• Pública	6	(46.6)	22	(13.5)	141	(86.5)
• Privada	64	(39.3)	19	(11.7)	144	(88.3)
• Ambas	23	(14.1)	6	(3.7)	157	(96.3)
Sexo:	163	(100.0)	47	(28.8)	116	(71.2)
• Masculino	68	(41.7)	20	(12.3)	48	(29.4)
• Femenino	95	(58.3)	27	(16.5)	68	(41.7)
Edad:	163	(100.0)	47	(28.8)	116	(71.2)
<35	88	(54.0)	24	(14.7)	14	(39.3)
35 - 45	54	(33.1)	13	(8.0)	41	(25.1)
46 - 55	16	(9.8)	8	(4.9)	8	(4.9)
56	5	(3.1)	5	(3.1)	3	(1.9)
Lugar de estudio:	163	(100.0)	47	(28.8)	116	(71.2)
• Nacional	111	(68.1)	34	(20.9)	77	(47.2)
• Extranjero	52	(31.9)	13	(8.0)	39	(23.9)

Fig. 1. Opiniones pediatras según conocimiento protección del BCG y tipo de práctica



Fuente: Cuadro II

Las diferencias con respecto al sexo tampoco son significativas ($p < 0.05$). Sin embargo la edad parece tener una influencia significativa ($p < 0.01$). El conocimiento sobre la protección que el BCG confiere sobre la meningitis tuberculosa y miliar es mayor a medida que los pediatras son más jóvenes. Por otra parte, los pediatras que estudiaron en el país tienen un mayor conocimiento sobre esta protección. Cuando se relacionan estas dos variables (estudios en el extranjero y en el país), se encuentra una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.01$).

La mayoría de los pediatras, 145 (89.0%) piensa que la incidencia de la tuberculosis en niños vacunados con BCG se relaciona con el tipo de riesgo a que están expuestos los pacientes. Sin embargo, 15 (9.2%) piensa que no y 3 (1.8%) no respondió. En este sentido el nivel de conocimiento de los pediatras que laboran a nivel público es significativamente ($p < 0.05$) más importante que los que laboran a nivel privado.

Cuadro III. Relación de las respuestas dadas por los pediatras entrevistados sobre el tipo de riesgo y lugar de trabajo. Santo Domingo, 1994.

Lugar de trabajo	Tipo de riesgo (respuesta)				
	Total	Sí	No	NR	
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
Público	77 (47.2)	67 (41.0)	9 (5.5)	1 (0.6)	
Privado	61 (87.4)	58 (35.6)	1 (0.6)	2 (1.2)	
Ambos	25 (15.3)	20 (12.2)	5 (3.1)	0 (0.0)	
Total	163 (100.0)	145 (89.0)	15 (9.2)	3 (1.8)	

Una proporción de pediatras significativamente importante, 151 (92.6%) atribuye a la falta de biológico, la causa más relevante en la no aplicación del BCG a los niños, particularmente a los recién nacidos. Otras razones dadas fueron: causas médicas, 18 (11.0%);

falta de iniciativa, tanto de los médicos como de las enfermeras, 17 (10.4%), entre otras (Cuadro IV). Como puede observarse en el mismo Cuadro IV, los niveles de conocimientos para los pediatras según la práctica no tiene variaciones significativas ($p=ns$), excepto para la variable "causas médicas", donde sí hubo una diferencia estadísticamente significativa ($p<0.01$) a favor de los pediatras que ejercen a nivel público.

Cuadro IV. Posibles causas, según opinión de los pediatras, que impiden la vacunación del niño con BCG. Santo Domingo, 1994.

Causa	Total	Lugar de Trabajo		
		Público	Privado	Ambos
Falta del biólogo	51 (92.6)	67 (41.1)	64 (39.2)	20 (12.8)
	18	17	0	1
Causas médicas	17 (11.0)	8 (10.4)	6 (0.0)	3 (0.6)
Falta de iniciativa	46 (10.4)	16 (4.9)	21 (3.7)	9 (1.8)
Otras	21 (28.2)	03 (9.8)	16 (12.9)	2 (5.5)
NR	21 (12.9)	03 (1.8)	16 (9.8)	2 (1.2)

Aptitudes

La mayoría de los pediatras, 147 (90.2%) apoya la aplicación de la vacuna BCG a los niños al momento de nacer o en los primeros días de este acontecimiento, 16 (9.8%) no está de acuerdo con esta práctica (Cuadro V).

Cuadro V. Opiniones de los pediatras según estén o no de acuerdo con la aplicación del BCG, sexo y lugar de trabajo.

Variables	Aplicación del BCG al nacer			
	Total	Sí		No
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
Sexo:				
• Femenino	163 (100.0)	147 (90.2)	16 (9.8)	
• Masculino	95 (58.3)	93 (57.1)	2 (1.2)	
Lugar de trabajo:	163 (100.0)	147 (90.2)	16 (9.8)	
• Público	76 (46.6)	75 (46.0)	1 (0.6)	
• Privado	64 (39.3)	51 (31.3)	13 (8.0)	
• Ambos	23 (14.1)	21 (12.9)	2 (1.2)	

En el mismo Cuadro V se muestra las actitudes de los pediatras según sexo y práctica. Cuando se comparan según sexo se encuentra que existe una diferencia estadísticamente significativa ($p<0.01$) a favor de las mujeres con respecto a los hombres, lo mismo sucede para los pediatras que laboran en hospitales públicos con respecto a los que trabajan a nivel privado.

El Cuadro VI muestra la opinión de los pediatras entrevistados acerca de su actitud con respecto a algunas variables relacionadas con la vacuna BCG según grupos de edades, sexo, práctica y procedencia. El 90.2 por ciento apoya la aplicación de la vacuna

BCG al nacer, correspondiendo la mayoría (40.5%) de estos pediatras a menores de 35 años y de sexo femenino (30.7%) y formados en el país (43.6). No hubo diferencia al compararlos según la práctica.

El comportamiento de los pediatras con respecto a la aplicación de la prueba de la tuberculina fue adecuado en apenas 9.2 por ciento, manteniendo los pediatras más jóvenes las actitudes más adecuadas.

Sólo el 25.2 por ciento aplicaría la dosis de BCG correcta. No hubo diferencias importantes con relación a la edad, al sexo ni al tipo de práctica, en cambio, sí se registró una diferencia estadísticamente significativa ($p<0.01$) al comparar los pediatras formados en el país (19.6%) con los formados en el exterior (5.5%) (Cuadro VI).

Con respecto a la vía y el lugar de administración de la vacuna BCG, 85 (52.1%) respondieron adecuadamente. En este aspecto es evidente la supremacía del conocimiento de los pediatras mayores de edad. En cuanto al sexo, la práctica y el lugar de formación no se registró diferencia.

En el Cuadro VI también se muestra la opinión de los pediatras acerca de la reacción del PPD esperado al año de haber aplicado una vacuna BCG y a los 7 años luego de una posible revacunación. Sólo en 44 (27.0%) pediatras la respuesta fue correcta [36 (22.1%) al año y 8 (4.9%) en los revacunados]. No existen diferencias importantes al comparar estas opiniones según la edad, el sexo, la práctica y la procedencia de su formación.

Con relación a la protección que pueda conferir la aplicación de la vacuna BCG al niño, sólo 79 (48.5%) respondieron adecuadamente. Los médicos jóvenes superaron a los mayores en esta opinión. En las demás variables comparadas no hubo diferencias importantes.

Por último, se analizan las opiniones de los pediatras con respecto a la idea que puedan tener acerca de si la aplicación de la vacuna BCG puede interferir en los resultados a la hora de aplicar una PPD y por ende en el diagnóstico de la tuberculosis. Más de la mitad, 88 (54.0%) respondió que sí. Las respuestas dadas en este sentido establecen un mayor conocimiento en los jóvenes (25.8%), en las mujeres (33.1%) y en los pediatras que se formaron en el país.

Promedios de conocimientos y actitudes

Las áreas de contenido tomadas en consideración para determinar los promedios de los conocimientos y

Cuadro VI. Opiniones de los pediatras entrevistados acerca de las características del BCG según edad, sexo, práctica y lugar de estudio

CARACTERÍSTICAS	PEDIATRAS	ADMINIST. PPD (F%)	DOSIS DE BCG (F%)	LUGAR DE ADM. Y VIA (F%)	GICATRIZ VACCINAL		PROTECC. DEL BCG F(%)	INTERF. DE BCG-PPD (F%)	CONTRA-INDICAC. F(%)
					AL AÑO F(%)	REVACUN. (F%)			
EDAD (AÑOS)									
<35	54.0	5.5	9.8	28.2	11.7	1.2	25.2	25.8	12.3
35-45	33.1	1.8	7.4	17.2	6.1	1.2	12.9	17.2	6.7
46-55	9.8	1.2	4.9	4.9	2.5	0.6	7.4	8.6	4.9
>56	3.1	0.6	2.5	1.9	1.9	3.1	3.1	2.5	1.7
SEXO									
-Femenino	58.3	4.3	14.1	25.8	12.3	3.1	27.0	33.1	19.7
-Masculino	41.7	4.9	11.0	26.4	9.8	1.8	21.5	20.9	11.0
PRACTICA									
-Pública	46.6	4.9	11.7	30.7	9.2	3.1	22.7	23.3	11.0
-Privada	39.3	2.5	9.8	14.7	7.4	1.2	18.4	22.1	11.7
-Ambas	14.1	1.8	3.7	6.7	5.5	0.6	7.4	8.6	3.1
LUGAR DE ESTUDIO									
-Nacional	68.1	6.1	19.6	30.7	14.7	3.1	30.1	39.4	25.8
-Extranjero	31.9	3.1	5.5	21.5	7.4	1.8	18.4	19.6	9.2

las actitudes fueron: características personales y laborales, conocimientos sobre uso y aplicación, así como contraindicaciones del BCG, entre otras.

En el Cuadro VII se muestra los promedios globales en conocimientos y actitudes de los pediatras entrevistados según características personales. Con relación al sexo no hubo diferencia significativa ($p=ns$), en cambio, el conocimiento acerca de la BCG se deteriora a medida que avanza la edad ($p<0.01$), sin embargo, en las actitudes no hubo diferencia significativa ($p=ns$).

Cuadro VII. Relación entre las características personales de los pediatras y sus conocimientos y actitudes sobre la vacunación BCG, Santo Domingo, 1994.

Características	Pediatras		Conocimiento		Actitudes		Conocimientos y Actitudes	
	F	(%)	%	P	F	P	F	P
SEXO								
- Hombre	68.0	(41.7)	58.8		60.0		60.8	
				NS*		NS		
- Mujer	95.0	(58.3)	59.7		63.2		63.4	
EDAD (AÑOS)								
<35	88.0	(54.0)	67.3		67.1		67.0	
35-45	54.0	(33.1)	64.5		57.1		60.2	
				<0.01		NS		<0.01
46-55	16.0	(9.8)	61.6		60.4		60.3	
>56	5.0	(3.1)	56.4		58.2		60.0	

Las características laborales de los pediatras y sus conocimientos y actitudes sobre vacunación BCG se analizan en el Cuadro VIII. Globalmente se encontró una diferencia significativa ($p<0.05$) con respecto a la edad, sin embargo, cuando se analizan por separados los conocimientos y las actitudes, las diferencias no son significativas.

Cuando se analizan los conocimientos y las actitu-

des con respecto a la especialidad las diferencias son significativas tanto globalmente como para cada una de las variables estudiadas. Lo mismo ocurre para con los pediatras formado en el país o en el extranjero (Cuadro VIII).

Cuadro VIII. Relación de las características laborales de los pediatras y sus conocimientos y actitudes sobre vacunación BCG. Santo Domingo, 1994.

Características	Pediatras		Conocimiento		Actitudes		Conocimientos y Actitudes	
	F	(%)	%*	P**	%	P	F	P
Lugar de trabajo								
-Público	76.0	(46.6)	56.8		57.9		57.4	
-Privado	64.0	(39.3)	54.2	NS*	51.4	NS	52.8	<0.05
-Ambos	23.0	(14.1)	55.6		56.3		56.0	
Especialidad								
-Pediatra general	76.0	(46.6)	63.9		64.9		64.4	
-Pediatra con subespecialidad	87.0	(53.4)	54.0		55.4		54.7	
Lugar de Especialidad								
-Nacional	111.0	(68.1)	62.4		62.1		62.3	
-Extranjero	52.0	(31.4)	56.8		59.0		57.9	

* Valores promedios.

** Valores de "p" se refieren a las diferencias estadísticas en los promedios de cada una de las características.

Se consideró que una calificación adecuada era aquella superior al 70 por ciento de preguntas contestadas correctamente. Partiendo de este valor, se observó que únicamente el 28.8 por ciento de los pediatras superaba esta calificación en el total de conocimientos y actitudes, encontrándose un promedio de calificación mínimo de 25 por ciento de respuestas correctas hasta un máximo de 85 por ciento. El 18 por ciento de los pediatras obtuvo una calificación adecuada en las preguntas que evaluaron los conocimientos sobre vacunación (Cuadro IX).

Cuadro IX. Porcentaje de pediatras con conocimientos y actitudes adecuadas sobre vacunación BCG y rango de variación de las respuestas. Santo Domingo, 1994.

Variables	% de pediatras con Calificación adecuada*	Rango de variación	
		Calific. Mínima	Calific. Máxima
Conocimientos y actitudes	28.6	20	85
Conocimientos			
Vacunación BCG	18.0	0	95
Conocimientos sobre			
contraindicaciones del BCG	8.6	31	85
Conocimientos sobre			
efecto protector del BCG	54.0	0	100
Actitudes hacia la			
utilización del BCG	32.9	0	100
Actitudes hacia el uso			
del BCG en SIDA	20.4	0	90
Actitudes sobre el			
BCG y el PPD	11.4	0	85

* Se considera adecuada una calificación superior al 70 por ciento.

Por último, en el Cuadro X se muestra el promedio de los conocimientos y las actitudes de los pediatras y las diferencias estadísticas. Cuando se comparan los promedios de los conocimientos y actitudes (65.2), el promedio de conocimiento (66.1) y el promedio de actitudes (64.4) el valor de p no es estadísticamente significativo (p=ns).

El promedio total de conocimientos y actitudes fue significativamente superior en los pediatras que se dedicaban a la práctica pública (p<0.05). Los promedios inferiores se observaron en los médicos dedicados a la práctica privada.

El promedio total de calificación obtenido en conocimientos fue similar al de las actitudes (p=ns). Además no se observó correlación al comparar las modificaciones en conocimientos con los cambios en actitudes (r=0.28) (Cuadro X).

Cuadro X. Promedios totales de conocimientos y actitudes de pediatras sobre vacunación BCG. Santo Domingo, 1994.

	Promedio	p*
Conocimientos y actitudes	65.2	
Conocimientos	66.1	
Actitudes	64.4	NS**

* Valor de "p" se refiere a las diferencias estadísticas en los promedios.

** No se encontró relación entre los promedios de conocimientos y actitudes (r=0.28, p=NS).

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio muestran impor-

tante deficiencias en los conocimientos y las actitudes del pediatra sobre la utilización de la vacuna BCG en los niños, que se van deteriorando aún más al aumentar los años de ejercicio de la profesión. Este nivel de deterioro es más marcado en los médicos que practican la medicina privada, que estudiaron en el exterior y que han hecho alguna subespecialidad.

Sin embargo, la pobre correlación que se observó entre los conocimientos en relación con las actitudes, pone en evidencia que existen otros factores que obstaculizan el desarrollo de prácticas asistenciales adecuadas. Por lo tanto, si el interés es mejorar la atención que se brinda al recién nacido, al lactante y al niño; es importante analizar la calidad y periodicidad de las actividades de capacitación que recibe no sólo el pediatra, sino los equipos de salud, así como la metodología utilizada para impartirla y evaluarla por las instituciones de educación superior que a ello se dedican. Pero no se debe olvidar que existen también barreras administrativas, socio-económicas y culturales que deben ser tomadas en consideración si se quiere lograr ese propósito.

RECOMENDACIONES

Después de examinar a fondo la información obtenida de los pediatras de la ciudad de Santo Domingo acerca de la vacunación con BCG, incluidos los diferentes informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratoria (UICTER), los autores del presente trabajo recomendamos que se siga utilizando la vacuna BCG como medida antituberculosa. Esta sugerencia se debe fundamentalmente a que la República Dominicana es un país con alta prevalencia de tuberculosis, y la vacunación con BCG se debería administrar lo antes posible, puesto que existen pruebas de que puede tener un papel valioso en la prevención de formas graves de tuberculosis infantil, es decir, tuberculosis miliar y meningitis.

Y coincidiendo en lo fundamental con las políticas actuales de vacunación con BCG hacemos las siguientes sugerencias:

1. La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), a través de la división de la lucha contra la tuberculosis debe implementar programas de capacitación acerca de la vacunación con BCG dirigidos a médicos y personal de salud en general. Lo mismo pudieran hacer las sociedades especializadas, particularmente, las de Pediatría, Neumología

y Medicina Interna, entre otras. Otro tanto, deben hacer las instituciones que ofrecen salud a nivel privado.

2. Las instituciones encargadas de la formación del personal de salud del país deberían revisar la currícula e implementar las innovaciones de lugar para lograr un mejor conocimiento y una actitud más positiva acerca de la vacunación con BCG a recién nacidos, lactantes y niños.
3. Es necesario también una evaluación y supervisión adecuadas del programa de vacunación con BCG existente en el país.
4. Por último, además de la investigación, los autores recomendamos que se organicen actividades de investigación operativa con el fin de obtener información útil para mejorar el nivel de conocimiento y el comportamiento del personal de salud y así contribuir al mejoramiento de la efectividad de los programas de BCG en el país.



REFERENCIAS

1. Stanford JL, Shield MJ, Rook CAW. Investigación de una nueva serie de tuberculosis primera parte: los efectos de la edad, del lugar de residencia, de la vacunación con BCG y de la tuberculosis. **Bol UICT** 1981; 56 (1-2) : 31-38.
2. OMS. Políticas de vacunación con BCG. Informe de un grupo de estudio de la OMS. **Bol UICT** 1981; 56 (1-2) : 74-75.
3. Tuberculosis Prevention Trial. Trial of BCG Vaccines in South India for Tuberculosis Prevention. **Indian Journal of Medical Research** 1979; 70: 349-363.
4. Mori T, Takizawa MA, Shimao T. Meningitis Tuberculosa Infantil en Japón. **Bol UICT** 1982; 57(1) : 44.
5. SESPAS, Departamento de Informática. Informa de la Lucha antituberculosa. Santo Domingo, 1993.
6. Haro AS. Medición y uso de los indicadores de riesgo de infección de una población vacunada con BCG. **Bol UICT** 1982; 57(1) : 34.
7. Villemain JA. Etudes Expérimentales et clinique sur Tuberculose. Baillière et Fils, Paris, 1868.
8. Editorial. Dr. Wilson Fox on "artificial tuberculosis", **Lancet** 1883; II, 1000.
9. Koch, R. Weiters Mitteilunger uber ein Heilmittel gegen Tuberkulose. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1880; 16-17 : 1029, 1189.
10. Koch, R., Schutz, W., Neufeld, F. Meissner, H. (1905). Uber die Immunisierung von Rindern gegen Tuberkulose. *Zeitschrift fur Hygiene und Infektionskrankheiten*, 51, 300.
11. Editorial (1882). Recent researches on bacteria. II. Koch's investigations on tuberculosis. **British Journal** I, 706.
12. Mahler H. Vencer la tuberculosis ahora y par siempre. *Salud Mundial*. Enero de 1982: 3.
13. Farga V. Tuberculosis, 2da ed., Santiago de Chile: Mediterráneo, 1992.
14. Vargas G. BCG. **Bol Epidemiol Antioq** 1982; 7(3): 81-84.
15. Organización Panamericana de la Salud: Control de la Tuberculosis. Manual sobre los métodos y procedimientos para los programas integrados. Washington: OPS. Publicación Científica No. 489, 1987.
16. Meneghello J. Diálogos en pediatría I, Santiago (Chile): Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 1990:126-134.
17. D'Andrea C. Liofilización de vacuna BCG. **Rev Argent Tuberc Enf Pulm Salud Pública** 1983; 44(2): 21-29.
18. Kantor I, Cetrangolo R, Mansilla C. Vacuna BCG liofilizada. Normas de controles de calidad de la vacuna. **Rev Argent Tuberc Enf Pulm Salud Pública** 1983; 44(4): 87-94.
19. Gheorghiu M. Parámetros para considerar la calidad de la vacuna BCG en la lucha contra la tuberculosis. *Rev. Argent. Tuberc Enf Pulm Salud Pública* 1985; 46(3): 27-43.
20. Nikolajuk R, Manterola A. Vacuna contra la tuberculosis. Presente y futuro de las inmunizaciones. 1980: 40-48.
21. Stylalo K, Meijer J. Impact of BCG Vaccination Programmes in Children and Young Adults on the Tuberculosis Problem. **Tubercle** 1976; 57:17.
22. Aspectos de la vacunación con BCG. Simposio. **Bol Unión Int Tuberc Enf Respir** 1990; 65 (2-3): 32.
23. Cruz Bournigal E, Sánchez N, Fernández R, Acosta N. Reactividad a la tuberculina en los niños vacunados con BCG. **Arch Dom Ped** 1985; 21 (2): 61-65.
24. Calvette C, Domínguez G, Irurzur R. Evaluación del Efecto protector de la Vacunación con BCG. **Bol Sanit Panam** 1986; 100 (3): 300-306.
25. Indian Council of Medical Research: Estudio sobre la prevención por BCG en la India [The Indian prevention Trial]: 15 años de seguimiento. **Bol Union Int Tuberc** 1987; 62 (3): 65.
26. Miceli I, Kantor I, Colacicovo. Eficacia de la vacunación con BCG evaluada mediante el método de los casos y testigos en Buenos Aires, Argentina. **Bol Sanit Panam** 1988; 104 (5): 440-448.
27. Kantor I. Eficacia y control de la vacuna BCG en América Latina. **Bol Of Sanit Panam** 1989; 107(4): 253-257.
28. Gheorghiu M. Estabilidad e inmunogenicidad de un nuevo tipo de vacuna BCG liofilizada de crecimiento profundo. *Rev. Argent. Tuberc. enfermedades pulm. Salud Pública* 1987; 48(1): (63-64).
29. Rodarte H, Rubi F. Vacunación con BCG. *Salud Pública Méx.* 1982; 24(3): 279-288.
30. Rivera-Garay P, Gorená-Palominos M. Uso de BCG en cáncer de vejiga. **Rev Med Sur** 1987; 12(1): 22-24.
31. Kudo S, Suzuki T, Inazumi H. The role of lymphocytes and histiocytes as mechanisms of action of BCG for bladder cancer. *Nippon-Hinyoki Kagakai-Zasshi* 1993; 84(2): 303-312.
32. Smith RL, Alexander RF, Aranda CP. Pulmonary granulomata: a complication of intravesical administration of bacillus Calmette-Guerin for superficial bladder carcinoma. **Cancer** 1993; 71(5): 1846-1847.
33. Hakim LS, Heany JA, Heinz T, Zuolak RW. Psoas abscess following intravesical bacillus Calmette-Guerin for bladder cancer: a case report. **J Urology** 1993; 150(1): 188-189.
34. Arrese M, Ebel L, Hofmann E. Tuberculosis miliar como complicación de inmunoterapia con BCG en el cáncer de vejiga: caso clínico. **Rev Méd Chile** 1992; 120 (8): 910-913.
35. Lotte A y cols. Complicaciones ocasionadas por la vacuna BCG: Estudio retrospectivo. **Bol Union Int Tuberc** 1980; 55:57.
36. Fishman JR, Walton DT, Flynn NM, Benson DR, Devere-White RW. Tuberculous spondylitis as a complication of intravesical bacillus Calmette-Guerin therapy. **J Urology** 1993; 149(3): 584-587.
37. Goupille P, Soutif D, Vaist JP. Arthritis After Calmette-Guerin Bacillus Immunotherapy for Bladder Cancer. **J Reumatol** 1992; 19(11): 1825-1826.
38. Pollard M, Luckert PH. The anti-metastatic effect of intravenous-

- inoculated BCG on prostate tumor cells. *Anticancer Res*. 1993; 13(3): 765-708.
39. Wilson J, Braunwald E, Isselbacher K. Principios de medicina interna; 12a ed.; México: Nueva editorial Interamericana, 1991. Vol I: 755-756.
40. Peter G, Halsey N, Marcuse E, Pickering L. Report of the Committes on Infectious Diseases; 23a ed.; Illinois, E.E.U.U.: **American Academy of Pediatrics**. 1994.
41. Jorge J. Drogas, embarazo y pediatría, Santo Domingo (República Dominicana); Impresora Amigo del Hogar. 1982: 120-121.
42. Pimentel RD, Custodio J, Fontana V. Probemas actuales en el diagnóstico de la tuberculosis (T B) en niños dominicanos. **Rev Cost Cienc Méd** 1987; 8(4): 285-293.
43. Noak P., Pande D., Johnson B, Ashely D. Evaluation of oral erythromycin and local Isoniazid instillation therapy in infants with Bacillus Calmette-Guerin lymphadenitis and abscesses. **Pediatrics Infectious Diseases J** 1993; 12(2): 136-139.
44. Mallol J, Girandi G, Quezada A, Montenegro C, Espinoza P. Reacción tuberculínica en lactantes sanos vacunados con BCG al nacer. **Rev Chil Ped** 1990; 61(5): 252-257.
45. Feigin RD. Pediatric Infectious Diseases. **American Pediatrics J** 1984; 30(2): 2367-1369.
46. Cruz Bournigal E, Alvarez G, Aquino Lora P. Respuesta a la prueba de tuberculina (PPD) en escolares. **Arch Dom Ped** 1986; 22(1) : 5-8.
47. Kantor I, Astarloa L, González Montaner L. Asociación entre tuberculosis e infección por virus de la inmunodeficiencia humana en la Argentina. **Bol Ofic Sanit Panam** 1994; 116(4): 356-463.
48. Espinal M. SIDA, infección por VIH y tuberculosis: su asociación e impacto en la República Dominicana. **Bol Ofic Sanit Panam** 1994; 116(5): 452-461.
49. García M, Valdespino Gómez J, García Sancho M. Epidemiología del SIDA y la tuberculosis. **Bol Ofic Sanit Panam** 1994; 116(6): 546-559.
50. Pimentel RD, Martínez-Bello A, González-Carpio, Paniagua-Alvarez M, Tejada-Mora D. Tuberculosis, SIDA y otras micobacterias: un peligro nos amenaza. **Rev IDSS** 1991; 12(3).

REFORMA DEL CÓDIGO TRIBUTARIO: IMPACTO EN LA ECONOMÍA NACIONAL*

Judith Frias**, Jorge Ardavin**, William Gutiérrez**, MSc

RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue llevar a cabo un estudio de la Reforma del Código Tributario y su incidencia en la economía nacional. Igualmente en esta investigación se evalúa los criterios que utiliza la Administración Tributaria para el cumplimiento de las leyes fiscales en el país; analizar la racionalización del sistema tributario dominicano en su conjunto y destacar la concordancia que existe entre las leyes tributarias y los objetivos de la política económica del gobierno. Igualmente ha reducido las tasas, tanto en su número como en el porcentaje al cual se elevan éstas, cobradas en los distintos impuestos del presente código.

Para realizar el presente trabajo se realizó recopilación de la legislación existente y entrevistas a especialistas.

El nuevo Código Tributario ha establecido una legislación fiscal de más fácil comprensión, tanto para el contribuyente como para el funcionario de la administración tributaria.

También se ha aprobado la derogación de las leyes de incentivo, que favorecían a sectores de gran peso económico como el turístico, el industrial y el agroindustrial.

A través del nuevo Código Tributario el gobierno pretende llevar a cabo una política de desarrollo económico y social manteniendo la estabilidad económica, al no tener necesidad de financiar sus gastos con inorgánicos, que provocan inflación y devaluación. El crecimiento económico se pretende alcanzar con una política de fomento de la inversión gracias a la simplificación de la legislación y tributaria y a la reducción de impuestos (lo cual se cree ayudará a incentivar la inversión tanto nacional como extranjera). Éste consta de tres impuestos:

- El Impuesto sobre la Renta (ISR);
- El Impuesto a la Transferencia de Bienes Industrializados y Servicios (ITBIS);
- y, el Impuesto Selectivo al Consumo (ISC).

Como justificación para este trabajo podemos decir que todas las actividades económicas de una Nación están regidas por ciertas leyes, entre ellas las tributarias, radicando en ello la importancia de éstas y la utilidad de su estudio e investigación.

Se recomienda modificar el código para reestablecer las antiguas leyes de incentivos a los sectores productivos: turismo, industria y agroindustria.

1. INTRODUCCIÓN

El Código Tributario es un conjunto ordenado de reglas y disposiciones de carácter fiscal que tienen como fin primordial el integrar en un documento todo lo relacionado a los pagos de los impuestos. La ley de Reforma del Código Tributario fue promulgada por el Poder Ejecutivo el 10 de mayo de 1992.

La importancia del tema radica en la incidencia que tienen las leyes tributarias en la economía del país. Además su relevancia está en que a través de ellas el gobierno obtiene sus ingresos, con los cuales hace frente a sus gastos.

Es importante hacer mención que el nuevo Código Tributario ha hecho posible la unificación de criterios en la delicada gestión de control de los impuestos; así como la modificación, simplificación, coherencia, claridad y transparencia del sistema tributario en su conjunto.

Es necesario por lo tanto evaluar el nuevo impuesto sobre la renta y sus características, así también es importante considerar si el ITBIS incorpora nuevos servicios a la tributación y si la creación de impuestos selectivos al consumo contribuiría a cambios en las tasas específicas por ad valorem.

* Trabajo de investigación final para optar por el título de: LICENCIADO EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS

Otro de los propósitos de esta investigación es destacar los procedimientos que tienen los contribuyentes para defender sus derechos ante la administración tributaria.

2. ANTECEDENTES

Gumersindo del Rosario y Susana Gómez en su libro "Estructura impositiva y bienestar social en la República Dominicana (1976-1984)", dan una explicación de la importancia de los impuestos en la redistribución del ingreso a través de la política fiscal. Igualmente establecen que la mayor parte de los ingresos corrientes del Estado son tributarios y que el mayor defecto que tiene nuestro sistema tributario es su regresividad, debido al peso de los impuestos indirectos.

Por otro lado, ambos autores concluyen en este libro que los gastos fiscales del gobierno tienen un papel importante en el proceso económico del país, ya que los ingresos públicos absorben recursos de los contribuyentes, que debe servir para distribuir estos ingresos entre los sectores más desfavorecidos de la población, a través de servicios gratuitos (educación, salud, etc.) o en forma de pagos monetarios (donativos, subsidios, etc.).

Andrés Dauhajre (1984), en su libro "El Sistema Tributario Dominicano Propuesta de Reforma", ofrece una serie de pautas para el establecimiento de una reforma tributaria en la República Dominicana que mejore la eficiencia económica y la distribución del ingreso analizando las características del sistema tributario dominicano; la relación entre el sistema impositivo dominicano y la inflación; presentado las propuestas de reforma del sistema tributario dominicano;

Para Dauhajre si no se produce una reforma sustancial del sistema tributario dominicano las posibilidades de crecimiento serán muy limitadas.

3. OBJETIVOS

- Destacar la unificación de criterios en la administración tributaria.
- Investigar la racionalización del sistema tributario en su conjunto.
- Analizar la concordancia del Código Tributario con los objetivos de la política económica y de desarrollo trazados por el gobierno.

- Elaborar una propuesta para orientar de una manera cabal tanto al contribuyente como al funcionario de la administración pública de sus desechos y deberes fiscales.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Total de ingresos fiscales del Gobierno Central

Los ingresos fiscales del Gobierno Central han pasado de los RD\$7,161.8 millones en el año de 1989 a los RD\$20,715.2 millones del año de 1993, lo que representa un incremento de un 189.25%. Esto ha sido posible gracias a la Reforma del Código Tributario y del Arancelario. Esto así, debido a que con el nuevo Código Tributario se han derogado las leyes de incentivo; a que ha habido un aumento del 6 al 8% en el (ITBIS); a la creación del Impuesto Selectivo al Consumo; a la aplicación del ITBIS a bienes y servicios que antes no lo pagaban; al aumento de los precios de los combustibles; a la devaluación de la moneda; a la reducción y simplificación de los impuestos en Aduanas, lo que ha provocado un aumento de las importaciones, entre otros.

4.2. Ingresos tributarios y no tributario del Gobierno Central

Los ingresos tributarios son aquellos ingresos derivados de la prestación en dinero que el Estado en su ejercicio de poder exige con el objeto de obtener recursos que le permitan el cumplimiento de sus fines. Mientras que los ingresos no tributarios son aquellos en los cuales no existe una obligación preestablecida por parte del contribuyente.

En el año 1989 los ingresos tributarios ascendían a RD\$5,297.8 millones para pasar a RD\$18,029.5 millones en el año de 1993, habiendo un incremento de 340.32%. En cuanto a los ingresos no tributarios éstos pasaron de los RD\$1,516.8 millones en 1989 a RD\$1,386.4 millones en 1993, produciéndose un decrecimiento de un (8.6%).

Los ingresos no tributarios experimentaron un fuerte crecimiento debido básicamente a la Reforma del Código Tributario que le permitió al gobierno el aumentar sus recaudaciones, mientras que los ingresos no tributarios experimentaron un decrecimiento, producto del desinterés mostrado por el gobierno por recaudar las tasas de aquellos servicios que presta a particulares.

4.3 Ingresos tributarios por partidas del Gobierno Central

Las partidas en que se dividen los Ingresos Tributarios del Gobierno Central son:

- Los impuestos sobre los ingresos, estos pasaron de los RD\$1,284.8 millones en el año de 1989 a los RD\$3,110.2 millones en el 1993, con un incremento de un 242.08%. Este incremento se ha debido sobre todo a la desvalorización de la moneda y a la derogación de las leyes de incentivo.
- Los impuestos sobre el patrimonio, que para el año 1989 ascendían a RD\$45.5 millones y para el año de 1993 alcanzaban la suma de RD\$116.1 millones, con un crecimiento de 255.16%.
- Los impuestos sobre las mercancías y servicios que pasaron de los RD\$1,544.2 millones en 1989 a los RD\$8,008.3 millones en 1993 con un crecimiento de 518.61%. Este aumento tan elevado se ha producido por el aumento del 6 al 8% en el ITBIS a la creación del impuesto Selectivo al Consumo; al aumento experimentado por las importaciones; al aumento en los precios de los combustibles; etc.
- Los impuestos sobre el Comercio Exterior que en el año de 1989 alcanzaban la suma de RD\$2,174.2 millones y en 1993 se elevaban a RD\$6,696.4 millones con un crecimiento de un 308% esto se ha debido al incremento experimentado por las importaciones y a la devaluación de la moneda.
- Los otros impuestos tributarios que el año de 1989 fueron RD\$249.1 millones y en el 1993 alcanzaron la cantidad de RD\$98.5 millones, con un decrecimiento de un (60,46%).

Los principales ingresos tributarios están constituidos por los impuestos sobre las mercancías y servicios (44.2% en 1993); los impuestos sobre el comercio exterior (37.14% en 1993); y, los impuestos sobre los ingresos (17.25% en 1993). En total estos tres impuestos representan el 98.81% del total de los impuestos tributarios.

4.4 Ingresos fiscales por oficinas recaudadoras del Gobierno Central

Las oficinas recaudadoras del Gobierno Central son:

- *La Dirección General de Aduanas*, cuya recau-

dación en el año de 1989 fue de RD\$2,502.3 millones en el año de 1993 RD\$8,401.9 millones para un incremento de 335.77%. Este gran incremento fue producto del aumento de las importaciones (debido a la simplificación y reducción de los aranceles) y a la devaluación de la moneda (que elevó el valor de los bienes importados).

- *La Dirección General del Impuesto sobre la Renta* cuya recaudación aumentó de los RD\$1,740.1 millones en el año 1989 a los RD\$4,560.0 millones en el año 1993 para un crecimiento de 262,05%. Este incremento ha sido producto de la derogación de las leyes de incentivo y a la simplificación del Código Tributario, incrementando con ello la base imponible en el país.
- *La Dirección General de Rentas Internas* cuya recaudación pasó de RD\$1,063.5 millones en el año de 1989 a los RD\$2,631.6 millones en el año 1993 experimentando un crecimiento de 247.45%. Este incremento ha sido producto del aumento del 6 al 8% en el ITBIS y a la creación del Impuesto Selectivo al Consumo.
- *La Tesorería Nacional*, cuya recaudación pasó de los RD\$909.4 millones del año 1989 a los RD\$4,364.3 millones del año 1993, con un incremento de 479.91%. Este aumento enorme experimentado por las recaudaciones de la Tesorería Nacional ha sido producto del aumento en los precios de los combustibles.
- *El Banco Central*, que aunque no es una oficina recaudadora, actúa como depositaria de fondos especiales del Estado, cuya recaudación pasó de los RD\$946.5 millones en el año de 1989 a los RD\$86.3 millones en el año de 1993 con un decrecimiento de (90.88%). Este descenso tan notorio es producto del cierre de muchas ventanillas de financiamiento debido al atraso del país en el pago de su deuda externa.

4.5 Nivel de exención

El nivel de exención ascendente a \$60,000.00 pesos anuales por contribuyente que sea persona física es realista y razonable tomando en consideración el actual costo de la vida. Sin embargo el 65 por ciento de los entrevistados considera esto como negativo y aducen que esta cantidad es insuficiente debido al alza en el costo de la vida y que no ha sido ajustada de acuerdo a la inflación.

4.6 Tipos de deducciones

Los tipos de deducciones existentes en el actual Código Tributario fomentan el crecimiento de la economía, como lo considera el 70% de los entrevistados. Un 20% no lo consideran de esa forma y un 10% fue indiferente.

Esta mayoría que contestaron afirmativamente considera que las deducciones son incentivos que el gobierno concede a los empresarios para que inviertan, ayudando a la economía a crecer.

4.7 Nivel de las tasas

Un 65 por ciento de los entrevistados considera que la tasa del 30 por ciento reducida anualmente hasta llegar al 25 por ciento en un periodo de 3 años es alta, sólo un 30 por ciento no lo consideran así, y únicamente un 5 por ciento no contestó.

La mayoría dice que dicha tasa es alta porque reduce las ganancias netas de las empresas por lo que éstas invierten menos y porque el país tiene que competir con naciones que cobran tasas menores a sus empresas.

4.8 Efectividad de las sanciones fiscales

Las actuales sanciones (multas, recargos e intereses) aplicados por la administración tributaria en base a lo estipulado por el Código Tributario no son lo suficientemente efectivas para combatir la defraudación fiscal. Esto fue expresado por el 60 por ciento de los entrevistados.

Este porcentaje considera que estas sanciones raramente son aplicadas y cuando lo son, los contribuyentes tiene maneras y medios para evitar su aplicación, demorando lo más posible ésta y anulándola en la mayoría de las ocasiones, incluso con el uso de medios que no son legales.

4.9 Estabilidad económica y de precios

La reforma tributaria logrará darle estabilidad económica y de precios al país según lo considera la mitad (50%) de los que opinaron, pero un alto por ciento (30%) no lo ven así. En tanto que el 20 por ciento no opinó al respecto.

La mayoría que contestó afirmativamente considera que la reforma del Código Tributario fue llevada a cabo por el gobierno con el fin de aumentar sus recaudaciones para de esa forma cubrir sus gastos sin

necesidad de recurrir a los inorgánicos que causan inflación y devaluación.

4.10 Nivel de la tasa del ITBIS

Cuestionados los entrevistados sobre gravar bienes y servicios por el ITBIS el 65 por ciento señaló que lo es mientras que el 25 por ciento dijo que no. El 10 por ciento no contestó. La posición de la mayoría (los que dijeron que sí) es que es preferible para el crecimiento de la economía el que se fijen impuestos indirectos (que no gravan la inversión). Además consideran que los impuestos indirectos (como el ITBIS) son fuente importante de recaudación para el gobierno, y que el nivel de este impuesto (8%) no es elevado en comparación al nivel existente en otros países, además de que este impuesto no grava los productos de primera necesidad.

4.11 Leyes de incentivo

La eliminación de las leyes de incentivo han afectado a aquellos sectores (turismo, industria y agroindustria) que se beneficiaban de ellas el 35 por ciento lo consideró así. El 60 por ciento no contestó. La mayoría consideró que las leyes de incentivo eran una puerta falsa por la cual el estado dejaba de recaudar cantidades importantes de impuesto.

4.12 Relación entre el Código Tributario y la política macroeconómica del gobierno

El Código Tributario es un instrumento utilizado por el gobierno para implementar una macroeconómica. Sólo el 20 por ciento de los entrevistados lo considerará así. El 75 por ciento dijo que no. Los que dijeron que no sostienen que el Código Tributario es en realidad un instrumento recaudatorio para el Estado.

5. CONCLUSIONES

Las principales conclusiones son:

- El nuevo Código Tributario ha hecho posible la unificación de criterios de la Administración Tributaria y ha logrado la modificación, simplificación, coherencia, claridad y transparencia del sistema tributario.
- El Código Tributario ha beneficiado al contribuyente, al reducir tasas y hacer más comprensible todos los procedimientos.
- La derogación de las leyes de incentivo han

significado un duro golpe para el turismo, la industria y la agroindustria.

- El actual Código Tributario ha tenido como fin primordial el repartir la carga fiscal entre los impuestos directos y los impuestos indirectos.
- El nuevo Código Tributario ha sido elaborado con el fin de modernizar y eficientizar las leyes tributarias.
- La exención fiscal de 60,000.00 pesos anuales es considerada insuficiente de acuerdo con el actual costo de la vida.
- Las actuales deducciones fomentan el crecimiento de la economía al convertirse en incentivos a la inversión.

La actual tasa del 25 por ciento del ISR de las sociedades es considerada alta ya que le resta fondos a las empresas para invertir.

Las actuales sanciones (aplicadas por la administración tributaria a los evasores son insuficientes debido a la incapacidad de éstas para aplicarlas.

El cambio experimentado por las leyes tributarias no ha conllevado a su vez un cambio en la mentalidad de los contribuyentes, que no consideran un mal defraudar al fisco.

Como conclusión final podemos decir que el Código Tributario es un medio eficaz para redistribuir de una manera más equitativa la renta de la nación.

6. RECOMENDACIONES

En el trabajo de investigación que llevamos a cabo, con respecto a la reforma del Código Tributario y su impacto en la economía nacional se presentan varias sugerencias que se presentan a continuación:

1) Establecer una exención fiscal en el Impuesto sobre la Renta de unos 90,000.00 pesos por persona física anuales (7,500.00 pesos mensuales) para actualizar dicha exención a los actuales costos de la vida.

2) Restablecer las antiguas leyes de incentivo para fomentar la inversión en sectores claves para la economía como el turístico, el industrial y el agroindustrial; en esta ocasión con mayores controles que les permitan evitar el fraude

3) Reducir la actual tasa que pagan las empresas en el Impuesto sobre la Renta del 25%.

4) Combatir el fraude no sólo con sanciones (multas, recargos, intereses) sino también con penas de

prisión para los grandes defraudadores y lo reincidentes. Igualmente publicar en los periódicos los nombres de los empresas y grandes defraudadores para que las personas sepan quienes no cumplen con sus deberes fiscales, adecantar a la administración tributaria profesionalizando a su personal y entregándoles los recursos económicos que necesite para realizar su labor.

6) Además de las reformas llevadas a cabo en el Código Tributario, es necesario llevar a cabo reformas estructurales en la economía dominicana para que esta pueda crecer y ser competitiva en los actuales mercados internacionales globalizados.

7) Educar a los contribuyentes dominicanos para que no consideren que el defraudar el fisco no es un acto inmoral y reprochable.

6.1 Propuesta de modificación del actual Código Tributario de la República Dominicana

Nuestra propuesta de modificación del actual Código Tributario consiste en el restablecimiento de las antiguas leyes de incentivo para fomentar la inversión en sectores claves de la economía como lo son los sectores turístico, industrial y agro-industrial con más controles que permitan evitar el fraude.

Esta propuesta de modificación es de suma importancia, ya que los sectores turístico, industrial y agro-industrial son sectores de peso de en la economía del país. Estos han creado miles de puestos de trabajo y generado millones de dólares al país.

Luego de la derogación de las leyes de incentivo que beneficiaban a estos sectores, se pudo apreciar un estancamiento en el crecimiento de éstos, exceptuando el sector turístico, lo que ha conllevado a una reducción de las inversiones, y por lo tanto a un nulo aporte en empleos y divisas a la economía del país, además de los ya aportados.

El gobierno no puede pretender elaborar un Código Tributario cuyo único fin sea el de aumentar sus recaudaciones; éste debe de ser utilizado básicamente para influir y fomentar a la economía, lograr que esta crezca. Para ello es necesario fomentar e incentivar la inversión, lo cual se lograba en los sectores turístico, industrial y agro-industrial cuando existían las leyes de incentivo.

El gobierno debe entender que la inversión es fundamental para que crezca la economía; para que se

creen puestos de trabajos; para que se generen divisas con los cuales poder equilibrar la balanza de pagos del país; para que en resumidas cuentas el gobierno pueda recaudar más al ampliarse la base fiscal producto del aumento de la riqueza nacional.

Por ello es importante que el gobierno restablezca las leyes de incentivo, sobre todo por tratarse sectores tan importante para la economía de la nación como lo son el turístico, el industrial y el agro-industrial.

Por supuesto es necesario el mejorar y ampliar los controles a la hora de ofrecer estos incentivos, para evitar que como en el pasado estos sean utilizados por unos cuantos para defraudar al Estado Dominicano.

Solo de esta manera estos incentivos influirán veredaderamente en la economía del país, aumentando la inversión; creando puestos de trabajo; generando divisas; y, aportando recursos al público.

REFERENCIAS

- Báez Ortiz, Bolívar (1978). "Administración Tributaria". Santo Domingo, República Dominicana. Segunda Edición. Editora Taller. 149p.
- Canahuate, Francisco (1992). "Código Tributario". Editora Corripio. Santo Domingo, República Dominicana. 213 p.
- Dahuaje, Andrés. (1989). "El Sistema Tributario Dominicano: Propuesta de Reforma". Editora Taller. Santo Domingo, República Dominicana. 161 p.
- Del Rosario, Gumersindo y Gómez, Susana. (1987). "Estructura impositiva y bienestar social: en la República Dominicana (1977-1984)". Editora Taller. Santo Domingo, República Dominicana. 102p.
- Gómez Sabaini, Juan y González Cano, Hugo. (1987). "Manual de finanzas públicas y política tributaria". Santo Domingo, República Dominicana. 179 p.
- Oficina Nacional de Administración y Personal (ONAP). (1975). "Manual de Organización del Gobierno". Santo Domingo, República Dominicana. 223 p.

EVALUACIÓN DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES PERIODONTALES DE LA ESCUELA DE ODONTOLÓGIA DE LA UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA (UNIBE) PERÍODO 1992-1994*

Zoraima Santamaría Herrera**, Roberto Cruz***

RESUMEN

Se presenta un estudio retrospectivo sobre la evaluación de la recesión gingival en pacientes periodontales de la escuela de odontología de la Universidad Iberoamericana (UNIBE) en el periodo 1992-1994.

La población total abarcó un total de 112 pacientes que demandaron atención en la clínica de UNIBE y fueron atendidos en el área de periodoncia en el periodo de estudio.

Del total de pacientes 71 (63.4%) presentaron recesiones gingivales con una edad media de 41 años.

El diagnóstico más frecuente fue la periodontitis del adulto (67.6%). Un 25.3 por ciento de la enfermedad periodontal no se asoció a ninguna patología.

Las recesiones mayormente estuvieron localizadas en el área de premolares y canino inferior en la hemiarcada derecha entre los pacientes estudiados.

Palabras claves: recesión gingival, enfermedad periodontal

INTRODUCCIÓN

A través del tiempo, dentro del quehacer de la odontología han existido grandes preocupaciones siendo en primer plano, en torno a la caries dental y luego en cuanto a las enfermedades periodontales, las cuales no sólo se igualaron al nivel de prevalencia junto a las primeras, sino que hoy día sobrepasan las estadísticas de aparición.

Actualmente han sido descritas una gama de enfermedades periodontales siendo nuestro interés evaluar la recesión gingival en los pacientes

periodontales de la Universidad Iberoamericana (UNIBE), dando la investigación una característica transversal, retrospectivo descriptivo que estriba en revisión y evaluación de las fichas de los pacientes periodontales del periodo 1992-1994.

Dentro de los problemas periodontales es poco lo que se conoce acerca de la recesión gingival, eso sin olvidar que si las enfermedades periodontales no se diagnostican a tiempo, subsecuentemente aparecerán inflamaciones en los tejidos que podrían conllevar a la reabsorción ósea, recesiones gingivales, movilidad dentaria y finalmente pérdida de las piezas dentarias.

Es importante nombrar que la literatura con la que se cuenta en periodoncia es en su mayoría de origen extranjero y tenemos que recurrir a ella, de modo que el despliegue de datos es más bien sobre casos extraños, a los cuales en ocasiones trataremos de transportarnos con respecto a lo que nuestra realidad se refiere.

Esta investigación consta de un marco teórico específico, en el que se definen los conceptos concernientes al área de periodoncia, puntualizando los íntimamente relacionados a la recesión gingival, así como también características normales del periodonto, para señalar las alteraciones que pueden darse en éste.

En cuanto al tipo de metodología empleada para llevar a cabo la investigación mostraremos los resultados obtenidos y de acuerdo a lo establecido en el mismo expondremos nuestras conclusiones y recomendaciones de lugar.

El deseo de esta investigación es determinar si existe relación de la enfermedad periodontal con la recesión gingival, señalando posibles factores de riesgo, causa más comunes para que la misma pueda presentarse, nombrar sus posibles tratamientos y soluciones haciendo énfasis en la importancia de la misma, procurando que ésto sirva de incentivo al que

* Tesis de grado para optar por el título de doctora en odontología.

** Odontóloga egresada de UNIBE.

*** Profesor de UNIBE.

sufre de la recesión gingival ya sea por una u otra causa, motivándolo para que emprenda a la evaluación de su padecimiento ya que la prevención y el bienestar de nuestros pacientes es el objetivo final a todo lo largo de nuestro esfuerzo.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se trata de un diseño de investigación transversal, retrospectiva descriptiva que consta de la revisión de las fichas clínicas de los pacientes periodontales atendidos en la clínica dental de la Universidad Iberoamericana (UNIBE), en el período comprendido entre los años 1992-1994 y tomando en cuenta los errores inherentes en éstas; iniciándose en septiembre de 1994 hasta agosto de 1995.

Sujeto

La población total fue de 112 pacientes que consultaron a la clínica de UNIBE y fueron atendidos en el área de periodoncia en el período de estudio.

Operacionalización de variables a estudiar

Variables demográficas: sexo y edad.

a) El sexo fue clasificado en:

- Masculino
- Femenino

b) Edad: variable continua con un valor ordinal para cada paciente.

Otras variables estudiadas fueron:

c) Diagnóstico, clasificado en:

- Ninguno (no apareció registrado en las fichas de los pacientes)
- Gingivitis asociada a la placa
- Periodontitis del adulto
- Periodontitis rápidamente progresiva
- Periodontitis pre-puberal
- Periodontitis juvenil
- Periodontitis ulceronecrotizante aguda
- Periodontitis refractaria
- Agrandamiento gingival combinado
- Agrandamiento gingival inflamatorio
- Absceso periodontal.

d) Localización de las recesiones:

- Ninguna (cuando no se observaron recesiones gingivales)

- Zona de molares superior (sup.) derecho
- Zona de premolares sup. derecho
- Zona de canino sup. derecho
- Zona de lateral sup. derecho
- Zona de central sup. derecho
- Zona de central sup. izquierdo
- Zona de lateral sup. izquierdo
- Zona de canino sup. izquierdo
- Zona de premolares sup. izquierdo
- Zona de molares sup. izquierdo
- Zona de molares inferior (inf.) izquierdo
- Zona de premolares inf. izquierdo
- Zona de canino inf. izquierdo
- Zona de lateral inf. izquierdo
- Zona de central inf. izquierdo
- Zona de central inf. derecho
- Zona de lateral inf. derecho
- Zona de canino inf. derecho
- Zona de premolares inf. derecho
- Zona de molares inf. derecho
- Generalizado.

Los terceros molares fueron descalificados para la investigación por las irregularidades de aparición de éstos y por la dificultad de observación de las recesiones gingivales en los mismos por su posterior ubicación en la cavidad bucal.

e) Causas de las recesiones gingivales.:

- Ninguna (cuando no se especificaba en la ficha periodontal).
- Ausencias dentarias.
- Obturaciones clase V. desbordantes
- Obturaciones clase II desbordantes
- Presencia de cálculo
- Bruxismo
- Caries cervicales
- Giroversiones
- Diastemas
- Bridas
- Contactos inadecuados
- Apiñamientos
- Migraciones y/o movilidad dentaria
- Mala técnica de cepillado
- Estrusiones
- Malposiciones dentarias
- Prótesis mal adaptadas.

f) Marca de cepillo dental utilizado a la hora en que consultó:

Inespecífico (utilizado cuando el paciente no recordaba del cepillo en uso o refería marcas no conocidas que no brindaban un aporte significativo al estudio).

- Coigate
- Oral B
- Indicolor
- Pro
- Butler
- Reach.
- g) Tipo de cepillo:
 - Inespecífico
 - Recto
 - Angulado
 - Blando o suave
 - Multi-penacho
 - Semi-blando
 - Duro

h) Frecuencia de cepillado, la cual fue clasificada en:

- 0 veces al día
- 1 vez al día
- 2 veces al día
- 3 veces al día
- 4 veces al día.

i) Técnica de cepillado realizada por el paciente al llegar a la consulta:

- Inespecífica.
- Vertical
- Horizontal
- Bass
- Violín
- Hacia adelante y detrás
- Abajo -arriba, arriba- abajo
- Barrido
- Circular
- Mala
- Buena
- Regular.

Instrumento

Se elaboró un informe escrito de consentimiento solicitando al departamento de Odontología de la UNIBE permiso para la revisión de las fichas clínicas de los pacientes referidos al área de periodoncia de la clínica; los datos se registraron en un formulario de datos demográficos y de otras variables a estudiar.

Procedimiento

La investigadora se dirigió a la clínica odontológica de UNIBE donde procedió a la revisión de las fichas clínicas de los pacientes periodontales que acudieron a la unidad periodontal de dicha clínica durante el período de estudio.

Cada una de las fichas periodontales cuenta con un trazado a nivel de contorno marginal de la encía el cual es indicado en rojo en el dentigrama, punto que tomamos en cuenta y a partir del cual son referidas las recesiones gingivales, que no son más que las retracciones de la encía más allá del nivel normal o fisiológico al borde de la encía que rodea normalmente los dientes³, tomando en cuenta los errores inherentes en éstas.

Se seleccionaron 112 fichas que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio constituyendo así la población blanco de la investigación. No se incluyeron las fichas de los pacientes que no habían sido dados de alta. Los casos que cumplieron con los criterios de inclusión se les aplicó un cuestionario que recogía aspectos sociodemográficos y otras variables, los cuales fueron tabulados y graficados. Posteriormente estos datos fueron analizados y comparados con investigaciones previas.

Técnica estadística

Se calcularon las proporciones y frecuencias mediante el uso de Epiinfo 6.0 y Foxpro. Los intervalos de confianza fueron realizados mediante el paquete estadístico APIPAK.

RESULTADOS

En la Universidad Iberoamericana (UNIBE) en el período 1992-1994 consultaron un total de 3,737 pacientes de los cuales 112 resultaron con afección periodontal en sus encías, siendo este grupo atendido y dado de alta durante este mismo tiempo. Del total de pacientes periodontales 71 (63.4% I.C.: 95% = 53.8%-72.3%) casos presentaron recesiones gingivales, 61 (63.3% I.C.: 58.5 - 78.3) en el año 1992 y 10 (41.6% I.C.: 22.8 - 63.1) en el año 1993. (ver tabla 1 y/o gráfica 1).

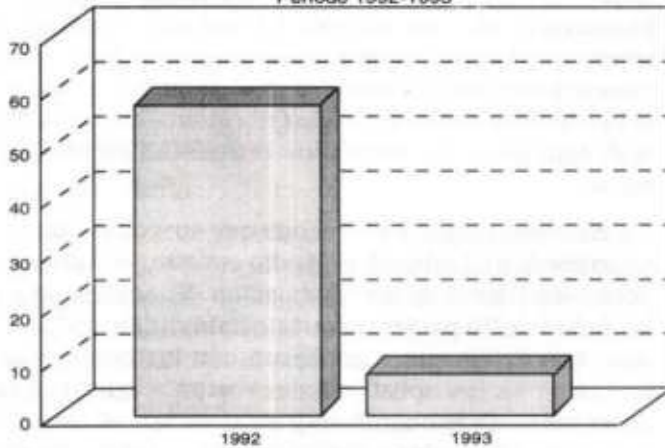
La media de edad de los pacientes periodontales que a su vez padecían de recesión gingival oscilaban entre los 41 años de edad con una desviación estándar

Tabla 1
Incidencia de recesión gingival en pacientes periodontales de la Clínica odontológica UNIBE.

AÑO	N*	I*	IC*
1992	61 / 88	63.3	58.5 - 78.5
1993	10 / 24	41.6	22.8 - 63.1
TOTAL	71 / 112	63.4	53.8 - 72.3

* N = Número de pacientes en año
** I = Incidencia
*** IC = Intervalo de confianza

Gráfica I
Incidencia de recesión gingival en pacientes periodontales de la Clínica Odontológica de UNIBE Período 1992-1993



de más o menos 13 años. (ver tabla 2). Otra variables sociodemográfica estudiada fue el sexo observándose el masculino en menor frecuencia de masa evaluados (36.6%) que de femeninos (63.4%). (ver tabla 3 y/o gráfica II).

Tabla 2
Edad de los pacientes periodontales con recesión gingival de la Clínica Odontológica UNIBE período 1992-1993

VARIABLE	MEDIA DE EDAD	DESVIACION ESTANDAR
Edad*	41.28	13.4

* Se excluyeron 5 pacientes porque no presentaban la edad en las fichas periodontales.

Tabla 3
Clasificación de acuerdo al sexo de los pacientes periodontales con recesión gingival de la Clínica Odontológica de UNIBE período 1992-1993

SEXO	N	%
Masculino	26	36.6
Femenino	45	63.4
TOTAL	71	100.0

Como único diagnóstico el más frecuente fue la periodontitis del adulto (PA) con un 67.6 por ciento seguido de la periodontitis juvenil la cual se observó en una frecuencia de 8.5 por ciento. (ver tabla 4 y/o gráfica III) La tabla 5 muestra las combinaciones de patologías mayormente diagnosticadas (ver tabla V).

Entre las causas de enfermedad periodontal encontramos que en la mayor parte de los casos no fueron asociadas a ninguna patología (25.3%), cabe señalar que en un 5.6 por ciento la enfermedad periodontal fue atribuida a mala técnica de cepillado y un 4.2 por ciento a ausencias dentarias, (ver tabla 6 y/o gráfica IV).

Tabla 4
Pacientes periodontales con recesión gingival clasificados por un sólo diagnóstico Período 1992-1993

DIAGNÓSTICO	N	%
Periodontitis del adulto	48	67.6
Periodontitis juvenil	6	8.5
Gingivitis asociada a la placa	2	2.8
Ninguno	2	2.8
Otros	2	2.8
TOTAL	60	84.5

* Denominador = 71 pacientes. Fueron excluidos 11 excluidos 11 por presentar más de un diagnóstico.

Gráfica II
Clasificación de acuerdo al sexo de los pacientes periodontales con recesión gingival de la Clínica Odontológica de UNIBE Período 1992-1993

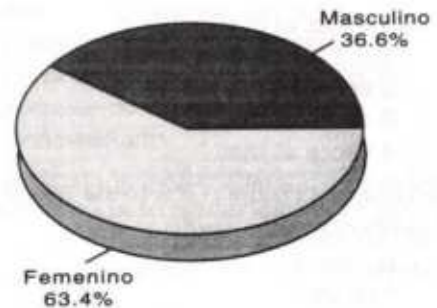
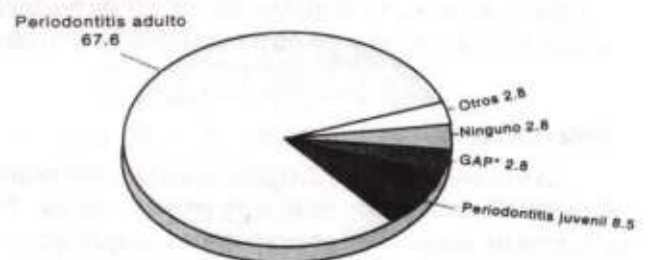


Tabla 5
Presencia de más de un diagnóstico en pacientes con recesión gingival de la Clínica Odontológica de UNIBE Período 1992-1993

DX	N*	%
Gingivitis asociada a la placa (GAP) + Periodontitis del adulto (PA)	9	12.7
GAP+Periodontitis juvenil	1	1.4
PA+Absceso periodontal	1	1.4
TOTAL	11	15.5

* Denominador = 71 pacientes.

Gráfica III
Clasificación de los pacientes periodontales con recesión gingival de acuerdo a la presencia de un solo diagnóstico Período 1992-1993



*Gingivitis Asociada a la Placa

Gráfica IV
Causa de enfermedad periodontal en los pacientes periodontales de la Clínica Odontológica de UNIBE. Período 1992-1993

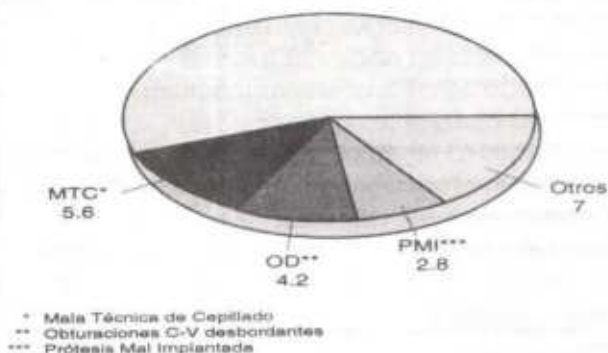


Tabla 6
Clasificación de los pacientes periodontales con recesión gingival de la Clínica Odontológica de UNIBE, según la causa de enfermedad periodontal Período 1992-1993

CAUSA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL	N*	%
Ninguna	18	25.3
Mala técnica de cepillado	4	5.6
Ausencias dentarias	3	4.2
Prótesis mal adaptadas	2	2.8
Otros	5	7.0
TOTAL	32	44.9

* Denominador = 71 pacientes.

En la tabla 7, se observa la marca comercial del cepillo dental utilizada por el paciente periodontal de UNIBE, y antes del tratamiento, la categoría de inespecífico fue de un 53.5 por ciento, esta clasificación tomando en cuenta si el paciente no recordaba la marca de su cepillo dental así como cuando usaba marca poco reconocida en nuestro medio, las cuales resultaban irrelevantes, (ver tabla 7 y/o gráfica V).

En cuanto a lo que tipo de cepillado se refiere, podemos decir que el inespecífico fue el de mayor frecuencia con un 80.3 por ciento, el blando o suave con un 11.3 por ciento mientras que el duro sólo se usó en un 4.2 por ciento, (ver tabla 8).

Tabla 7
Marca comercial de cepillo utilizado por los pacientes periodontales con recesión gingival de la Clínica Odontológica de UNIBE Período 1992-1993

MARCA DE CEPILLO	N	%
Inespecífico	38	53.5
Colgado	19	26.8
Oral (B)	9	12.7
Pro	4	5.6
Reach	1	1.4
TOTAL	71	100.0

Gráfica V
Marca comercial de cepillo utilizado por los pacientes con recesión gingival de la Clínica Odontológica de UNIBE. Período 1992-1993

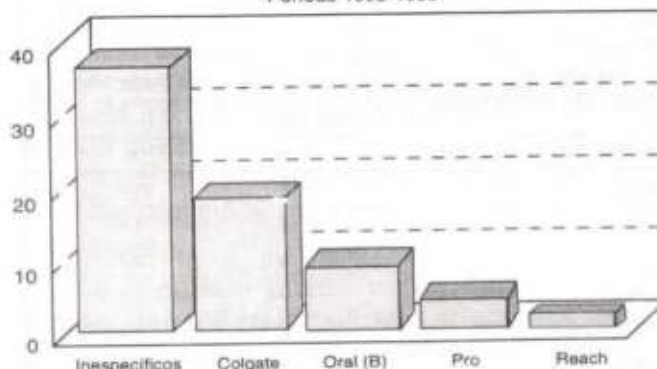


Tabla 8
Tipo de cepillo utilizado por los pacientes periodontales con recesión gingival de la Clínica Odontológica de UNIBE Período 1992-1993

TIPO DE CEPILLO	N*	%
Inespecífico	57	80.3
Blando o suave	8	11.3
Duro	3	4.2
Otros	1	1.4
TOTAL**	69	97.1

* Denominador = 71 pacientes

** Fueron excluidos 2 pacientes por presentar combinaciones = recto y multipenacho angulado y semiblando

Otro aspecto estudiado fue viéndose la mayoría de frecuencia de cepillado en los pacientes que padecían de recesiones gingivales siendo de 2 veces al día en un 50.7 por ciento mientras que el 39.4 por ciento lo hacían 3 veces al día. (ver tabla 9).

Las técnicas de cepillado más realizada antes del tratamiento periodontal en pacientes con recesión gingival fue la llamada técnica de violín con 21.1 por ciento; la técnica arriba-abajo y barrido se establecieron en igual porcentaje en un 5.6 por ciento cada una,

Tabla 9
Frecuencia de cepillado en los pacientes periodontales con recesión gingival de la Clínica Odontológica de UNIBE Período 1992-1993

FREC. DE CEPILLADO	N	%
0 veces al día	1	1.4
1 vez al día	5	7.0
2 veces al día	36	50.7
3 veces al día	28	39.4
4 veces al día	1	1.4
TOTAL	71	100.0

la técnica de cepillado horizontal tuvo un porcentaje de 12.7 por ciento; otras técnicas reportadas se observaron en la tabla 10.

Tabla 10

Técnica del cepillado antes del tratamiento de los pacientes periodontales con recesión gingival de la Clínica Odontológica de UNIBE Período 1992-1993

TÉCNICA DEL CEPILLADO	N*	%
Violín	15	21.1
Inespecífica	10	1.4
Horizontal	9	12.7
Vertical	7	9.9
Abajo-Arriba	6	8.4
Arriba-Abajo	4	5.6
Barrido	4	5.6
Mala	2	2.8
Circular	1	1.4
TOTAL	58	81.6

*Denominador = 71; no se incluyeron 13 pacientes por presentar más de una técnica

El 16.9 por ciento de los casos reportaron combinaciones de las técnicas de cepillado viéndose que la técnica vertical combinada con la horizontal fue de 12.7 por ciento. Las demás combinaciones se presentaron en 1.4 por ciento. (ver tabla 11).

Tabla 11

Clasificación de los pacientes periodontales con recesión gingival de la Clínica Odontológica de UNIBE según las combinaciones técnicas de cepillado antes del tratamiento Período 1992-1993

COMBINACIÓN TÉCNICA DE CEPILLADO	N*	%
Vertical + Horizontal	9	12.7
Vertical + Horizontal + Barrido	1	1.4
Vertical + Circular	1	1.4
Abajo-Arriba-Arriba-Abajo+Circular	1	1.4
TOTAL	12	16.9

*Denominador = 71

En cuanto a la localización de las recesiones gingivales se observó que la categoría de múltiples combinaciones en una misma cavidad oral, fue lo más frecuentemente reportado con un 84.5 por ciento.

El resto fueron localizaciones específicas en la zona de premolares y canino inferior en la hemiarca derecha observadas en 2.8 por ciento respectivamente. Y otras zonas fueron de 1.4 por ciento a 2.8 por ciento, (ver tabla 12).

Los datos registrados en las fichas periodontales no fueron lo suficientemente explícitos para hacer un trabajo de estadística más completo.

Tabla 12

Localización de recesión gingival en los pacientes periodontales de la Clínica Odontológica de UNIBE Período 1992-1993

LOCALIZACIÓN	N*	%
Premolar inferior derecho	2	2.8
Canino inferior derecho	2	2.8
Zona lateral inferior derecho	1	1.4
Zona central inferior izquierda	1	1.4
Zona lateral inferior izquierda	1	1.4
Premolares inferior derecho	1	1.4
Zona molares superior izquierdo	1	1.4
Canino superior izquierdo	1	1.4
Ninguna	1	1.4
Múltiples combinaciones	60	84.5
TOTAL	71	100.0

DISCUSIÓN

En el período de estudio de 1992-1994, se consultaron 2,737 pacientes y resultó que sólo un 3 por ciento fueron referidos al área periodontal de nuestra escuela, según nuestro estudio de ese 3 por ciento el 63.3 por ciento resultó con recesión gingival ya que se observó que de cada 2 pacientes uno presentó la afección de recesión gingival.

Está estipulado que la recesión gingival puede ser observada en todas las edades en algunos grupos de individuos, esto depende de una gran variedad de factores etiológicos que determinan dicha afección⁵.

Estudios previos²⁰ reportaron que en un 90 por ciento de los pacientes periodontales con recesión están alrededor de los 50 años de edad. Los mismos autores reportan que los pacientes con 30 años de edad presentaban recesión gingival en 90 por ciento y los de 40 años en 100 por ciento de los casos consultados, lo cual se asemeja a los hallazgos encontrados en nuestra serie respalda lo postulado en la literatura odontológica que las edades de 41 a 60 años es de mayor susceptibilidad a las recesiones. Cabe señalar que los pacientes de 60 años que acuden a nuestra clínica odontológica suelen llegar parcial o totalmente edéntulos.

La recesión gingival en pacientes periodontales fue mayormente vista en el sexo femenino que en el masculino, esto probablemente se debió a que las mujeres asistieron con más frecuencia a nuestra consulta y en consecuencia más casos de recesiones gingivales se evaluaron, lo cual puede sugerir una mayor preocupación del sexo femenino por el cuidado de la estética dental.

Aunque los estudios realizados anteriormente^{5,10,11} no buscaron la relación entre diagnósticos periodontales y recesión gingival, posiblemente porque la relación halla sido evaluada por el odontólogo como tal o relacionado directamente la causa y no la enfermedad periodontal de ésta, en la cavidad oral, encontramos una relación realmente considerable entre periodontitis del adulto y la presencia de recesión gingival (67.6%) lo que debería probablemente tomarse en consideración a la hora del tratamiento periodontal (a más de considerar de antemano los tratamientos más conservadores en caso de decir si éste va a realizarse o no) aunque esta relación debe ser investigada más a fondo.

Cuando evaluamos los agentes causantes de recesión, clasificamos las posibles causas de diagnóstico periodontal recopilados en las fichas periodontales, si de alguna manera podemos relacionar estos a la presencia de recesiones podríamos entrar en contradicción con estudios anteriormente realizados⁸ donde se atribuía la mayor causa de recesión a una mala técnica de cepillado, mientras que en nuestra investigación la mayoría de los pacientes no reportaron la causa clínica ni para el padecimiento del diagnóstico periodontal; ni para la recesión gingival; más aún la mala técnica de cepillado sólo estuvo considerada en 5.6 por ciento de parte de los pacientes examinados, aún así debemos señalar que la muestra de nuestra investigación es pequeña y que probablemente una mayor población de pacientes pueda arrojar otros resultados.

En cuanto al cepillo dental utilizado antes del inicio de su primera fase de tratamiento periodontal, la mayoría de los pacientes no fueron capaces de especificar el tipo y la marca de cepillo dental utilizada o refirieron marcas desconocidas. Por otro lado, el 46.5 por ciento que sí sabía su marca comercial de cepillo dental prefirió el uso del cepillo Colgate y en segundo lugar el Oral B probablemente los pacientes dijeron usar estas marcas no por sus propiedades constituyentes a la hora de precisar un buen cepillado, sino por haberlas escuchado antes por campañas publicitarias o por otro particular cualquiera.

Es importante señalar que cuando se usa un cepillo dental no se usa una marca comercial solamente, sino que debemos enfatizar en las condiciones que nos oferta esa marca comercial para incrementar las propiedades de nuestro cepillo dental considerando el tipo de cerdas, la cantidad de éstas, su forma así como la cabeza del cepillo dental y la angulación de su mango, relacionándolas entonces de manera particular a nuestras necesidades higiénicas.

Se ha postulado¹ que la mejor técnica de cepillado es la que cada quien realiza para obtener buenos resultados, en nuestro estudio se observó que la mayor parte de los pacientes periodontales reportaron una frecuencia de cepillado de 2 veces al día, y la técnica más utilizada fue la de violín. Aunque se halla reportado una frecuencia de cepillado aceptable debemos recalcar que esto no es en sí lo más importante sino la técnica que estos pacientes realizaron al momento de estos dos cepillados, no importa si de manera única o combinada.

Como nuestro interés fue la evaluación de la recesión gingival en sí, podemos aclarar que seguramente la técnica más recomendada para aquel que sufre la misma es la técnica de Stillman realizada con un cepillo de cerdas con puntas redondeadas, así como el uso de una cantidad mínima de dentríficos abrasivos los cuales no pudieron ser calificados en los elementos accesorios de la ficha, pues no eran considerados en la mayoría de las fichas periodontales llenadas por los estudiantes que atendieron a nuestro grupo de pacientes periodontales.

En referencia al área más comúnmente afectada cabe señalar que la zona de los terceros molares no fue calificada porque de estar presentes el primer y segundo molar era muy dificultoso en la mayoría de los casos una minuciosa evaluación de parte del estudiante encargado, considerando también que la recesión gingival tampoco es minuciosamente examinada y en muchos de los casos ésta puede que pase desapercibida, no obstante en nuestra serie las áreas más afectadas corresponden a la zona de primer y segundo premolar y canino inferior en la hemiarcada derecha y por la superficie bucal en cada uno de los casos, lo que difiere encontrado en otras literaturas²⁰ que reportaron en primer plano la zona anteroinferior abarcando ambos centrales y laterales inferiores y en un segundo plano la zona de premolares y canino, debido quizás a la angulación de estos dientes en la arcada y el grosor del epitelio en estas zonas en la publicación de dicha literatura.

Debemos aclarar que las áreas más frecuentemente afectadas fueron consideradas por los casos observados en las fichas de los pacientes pertenecientes a nuestro periodo de evaluación, pero puede que como la recesión no es evaluada en esta ficha de manera individual ni con la debida importancia, se hallan escapado algunas áreas afectadas.

Es bueno señalar que nuestro estudio posee algunas limitaciones, por ejemplo la muestra de nuestra investigación es relativamente pequeña ya que la

misma está constituida por pacientes exclusivamente dados de alta en nuestro período de estudio. Otro aspecto es que los estudios retrospectivos transversales, nos someten a causalidad, puesto que al revisar nuestro grupo de fichas encontramos que muchas de éstas tenían un incorrecto llenado por parte del estudiante, lo que en algunos casos reflejaba quizás una falta de supervisión más detallada de parte del odontólogo encargado del área periodontal. No obstante es bueno señalar que nuestro interés es que con este estudio logremos sentar bases para futuros proyectos de investigaciones prospectivas ya que con el mismo damos el primer paso de descripción y características de la relación de enfermedad periodontal y recesión gingival.

CONCLUSIONES

Después de nuestros resultados nuestras conclusiones son las siguientes:

1. En el período 1992-1994, el 3.4 por ciento de los pacientes periodontales presentaron recesiones gingivales.
2. El sexo femenino fue el que con mayor frecuencia consultó a la clínica en dicho período de estudio.
3. La media de edad de los pacientes periodontales que padecen de recesión gingival estuvo por los 41 años de edad.
4. La periodontitis del adulto fue el diagnóstico periodontal que mayor número de veces estuvo acompañado de recesión gingival en nuestro período. (67.6%).
5. La mayoría de nuestros pacientes evaluados no supo especificar la marca y tipo de cepillo dental utilizado antes del inicio de su tratamiento periodontal.
6. Los pacientes estudiados refirieron realizar 2 veces al día su cepillado dental pero la mayoría de los estudiantes en el llenado de la ficha no fueron capaces de referir si este cepillado resultó ser bueno, regular o malo al momento de que el paciente llegó a nuestra consulta periodontal.
7. La técnica de cepillado dental más comúnmente utilizada entre los pacientes estudiados prefirieron la técnica de violín, cuando refirieron combinaciones la más combina-

das fueron la técnica vertical con la horizontal.

8. Las recesiones mayormente estuvieron localizadas en el área de premolares y canino inferior en la hemiarcada derecha entre los pacientes vistos.
9. Nuestra hipótesis de relación entre enfermedad periodontal y recesión gingival estuvo comprobada afirmativamente.

RECOMENDACIONES

Luego de nuestra conclusión, nos permitimos exponer algunas recomendaciones, con el interés de que las mismas sean tomadas en consideración no sólo para el bienestar de la salud oral de los pacientes que acuden a nuestra clínica dental, sino para fortalecer el área periodontal de nuestra institución a bien de nuestros educadores y los estudiantes que practican en dicha área.

1. El encargado del área de diagnóstico debe exigir al estudiante un minucioso examen del paciente con la finalidad de una mejor evaluación del mismo enfatizando en la detección de las recesiones gingivales en los pacientes periodontales.
2. El profesor encargado del área de periodoncia debe supervisar el correcto llenado de la ficha.
3. En cuanto a la ficha periodontal, sugerimos que exista un área específica para el diagnóstico de recesiones gingivales así como la señalación de su causa, en caso de su existencia y las consecuencias de las mismas, si al momento pueden ser descritas y/o observadas.
4. Las recesiones deben ser indicadas en otro color dentro de la ficha diferente al del margen gingival aparentemente sano.
5. La descripción de los diagnósticos periodontales descritos por el estudiante deben estar dentro de las agrupaciones más modernas de las enfermedades periodontales.
6. La descripción de los diagnósticos periodontales descritos por el estudiante deben estar dentro de las agrupaciones más modernas de las enfermedades

periodontales.

8. Hacer estudios posteriores de seguimiento para evaluar minuciosamente la relación de enfermedad periodontal y recesión gingival estableciendo factores de riesgos en los pacientes periodontales.

Nota: Deseo con esta investigación motivar a los estudiantes de odontología no sólo a la evaluación de la recesión gingival en sí misma, sino también a las demás enfermedades periodontales para que algún día éstas en su mayoría logren ser evitadas, pues aunque hoy contamos con técnicas de tratamiento muy avanzadas, nos queda mucho por resolver.

REFERENCIAS:

1. Carranza F. Histometric Evaluation of Periodontal Pathology. **J Periodontology** 38; 741-797.
2. Lindhe J. Periodontología Clínica, Buenos Aires: Edición Médica Panamericana, 1986: 15-58, 371-382, 385-402.
3. Glickman. Periodontología Clínica, 9na. Edición, Editorial Interamericana 1986: 324-422.
4. Gorman W. Prevalence and Etiology of Gingival Recesion. **J Periodontal** 1967; 38; 315-463.
5. Barnes JP, Parker WH, Lyon TC, Fufts RP. Indices used to evaluate sings, symptoms and Etiologic Factors Associated with diseases of the periodontium **J Periodontal** 1986; (56) 643-51.
6. Patur B. Osseous Defects Evaluation of Diagnosis and Treatment Methods. **J Periodontal** 1974; (45) 523.
7. The American Academy of Periodontology Proceedings of the world Workshop in Cltrial Periodontis. Consensus Report, Discussion section I. P. Digresis and Diagnostic help or Aids, Chicago 1989; 123-131.
8. Irwing RK. Recognition and Tretment Gingival Recesion Tex Dente. **J Periodontal** 1974, 93: 6.
9. Moronta C. Recesión Gingival Diagnóstico y Tratamiento. Tesis Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD); Santo Domingo, 1989.
10. Borghelli R. Epidemiología, periodoncia Carranza Fermin. Editorial Mundí, primera edición.
11. Loe H., Theilade E., Jensen SB. Experimental Gingivitis in man. **J Periodontal** 1965; 36:177.
12. Marshall Day CD, Stephens RG, Quigley Lf, J. periodontal disease: Prevalence and Incidense, **J. Periodontal** 1955; 185:93.
13. Nyman S, Lindhe J. Examination of pattens with periodontal disease. Ing; Lindhe I, Ed, text book of clinical periodontology. Copenchangen: Muncksgaard; 1983: 298:300.
14. Orban. Periodoncia de teoría práctica (Daniel A. Grant, Irving B. Stern, Frank Enverett) cuarta Edición, nueva editorial Interamericana 1975.
15. Page RC. Gingivitis, **J Clin periodontal** 1986; 13:45.
16. Ramford y Majord M. Ash. Periodontología y periodoncia. Editorial científico técnico 1984.
17. Socansky SS, Haifajoe, AD, Goodson IM, Lindhe J. New concepts of destructive periodontal disease. **J Clin Periodontal** 1984; 11:21.
18. The Journal of the american dental association. 113(2), August 1986.
19. Journal of periodontics. Vol 10 No. 3, 1986.
20. Journal of periodontics. 10(2), 1986.
21. The Journal of the american dental association. 114 (6), June 1987.
22. The Journal of periodontics. 11(3), Spring 1987.
23. The Journal of the american dental association. 115(4), October 1987.
24. The Journal of the american dental association. 118(3), March 1989.
25. The Journal of the american dental association. 118(3), August 1989.
26. The Journal of the american dental association. 119(1), July 1989.
27. The Journal of the american dental association. Vol 1990 Jada special edition. Periodontal Up date. ¿What's new in periodontic case? W. J. 0908 w Ff V121.
28. Journal of the american association. Diagnosing Periodontal disease. Vol 121. October 1990.
29. Journal of periodontology. The natural history of periodontal disease in man: Prevalence, Severity and Extend of Gingival Recesion. 63(6), June 1992.
30. Journal of periodontology. Guided tissue Regeneration Versus Mucogingival surgery in the treatment of Human Bucal Gingival Recesion. 63(11), November 1992.

INTRODUCCIÓN

La recesión gingival es una de las manifestaciones más comunes de la enfermedad periodontal. Se define como el descenso del borde gingival por debajo de su nivel fisiológico, lo que resulta en la exposición de la raíz del diente. Este fenómeno puede ser causado por una variedad de factores, entre los que se encuentran la inflamación crónica de la enfermedad periodontal, el cepillado agresivo, el tabaquismo y los factores hereditarios.

El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia y el grado de recesión gingival en pacientes periodontales que acuden a la Escuela de Odontología de la Universidad Iberoamericana (UNIBE) durante el periodo 1992-1994. Se realizó un estudio descriptivo y transversal en el que se examinó a un grupo de pacientes con diagnóstico de enfermedad periodontal moderada a grave.

Los resultados del estudio muestran que la recesión gingival es una condición prevalente en esta población de pacientes. El grado de recesión varía desde leve hasta moderada, afectando principalmente a los dientes anteriores superiores e inferiores. Se observó una mayor prevalencia de recesión en los dientes con mayor tiempo de exposición a la enfermedad periodontal y en aquellos con mayor grado de inflamación gingival.

Estos hallazgos subrayan la importancia de un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado de la enfermedad periodontal para prevenir o reducir el grado de recesión gingival. Se recomienda a los pacientes con diagnóstico de enfermedad periodontal que realicen un cepillado suave y regular, eviten el tabaquismo y acudan regularmente a revisiones odontológicas para el control de su enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio se realizó en el consultorio de Periodoncia de la Escuela de Odontología de la Universidad Iberoamericana (UNIBE) durante el periodo 1992-1994. Se seleccionó una muestra de 100 pacientes con diagnóstico de enfermedad periodontal moderada a grave, que habían sido referidos por otros especialistas de la escuela.

Los criterios de inclusión para el estudio fueron: pacientes con diagnóstico de enfermedad periodontal moderada a grave, que no habían recibido tratamiento periodontal específico en los últimos seis meses y que no estaban tomando medicamentos que pudieran interferir con el estudio.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes con diagnóstico de enfermedad periodontal leve, pacientes con diagnóstico de enfermedad periodontal grave, pacientes con diagnóstico de enfermedad periodontal que no habían sido referidos por otros especialistas de la escuela y pacientes que no pudieron asistir a las revisiones programadas.

El estudio se realizó en un consultorio de Periodoncia equipado con un equipo de radiografía panorámica, un equipo de radiografía periapical, un equipo de radiografía de tomografía axial computarizada (TAC) y un equipo de radiografía de tomografía axial computarizada (TAC).

Los procedimientos de diagnóstico y tratamiento se realizaron de acuerdo con los protocolos establecidos en el consultorio de Periodoncia de la Escuela de Odontología de la Universidad Iberoamericana (UNIBE).

Los datos obtenidos se analizaron estadísticamente utilizando el método de Chi-cuadrado para determinar la asociación entre las variables estudiadas.

MENINGITIS TUBERCULOSA (TBM) EN EL DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO INFANTIL "SANTO SOCORRO" DE SANTO DOMINGO, REPÚBLICA DOMINICANA

Rubén Dario Pimentel*, Ana Fortuna**, Mildred Gómez Félix***

RESUMEN

Mediante un estudio retrospectivo se recolectó la información existente sobre los casos de tuberculosis meningea (TBM) contactados en el Dispensario Antituberculoso Infantil "Santo Socorro" desde 1980 hasta 1990 incluido.

Durante este periodo recibieron tratamiento antituberculoso niños menores de 15 años y de ambos sexos, registrándose 39 (2.6%) tuberculosis meningea. La edad promedio fue de 3.5 años (rango: 4 meses - 14 años). Al grupo de 0 a 4 años correspondió el 82.1 por ciento de las meningitis tratadas. Las tasas de incidencias para los grupos de edad de 0-4 años y 5-15 años fueron de 3.3 y 0.4 por 100,000, respectivamente.

En el 38.5 por ciento había lesiones pulmonares asociadas. En el 74.4 por ciento se documentó antecedente de contacto tuberculoso.

El pronóstico final evaluado, en promedio, un año después del tratamiento fue el siguiente: 23.1 por ciento había fallecido, 10.3 por ciento aún continuaba en tratamiento; 66.7 por ciento estaban curados y entre las dos últimas categorías, 25.7 no tenía secuelas y 41.0 por ciento, tenía secuelas graves.

Por último, es importante destacar la importancia de la protección de la BCG contra los casos graves y el grado de letalidad de esta enfermedad. Paradójicamente en 1990 la cobertura de vacunación por BCG en niños menores del año fue de 41.38 por ciento, la mitad de lo que debería de ser la cobertura aceptada.

Palabras claves: meningitis tuberculosa, prevalencia, niños.

INTRODUCCIÓN

La información disponible sobre tuberculosis da como testimonio de que la forma meningea es la más grave¹⁻³. Entre el 5 y el 10 por ciento de los infectados antes de los dos años de edad desarrollan esta forma de tuberculosis, mientras que la frecuencia disminuye aproximadamente al 1 por ciento en los grupos de más edad^{4,5}.

En el pasado la enfermedad era casi siempre fatal⁶. Hoy día, con la utilización de la BCG, su frecuencia ha disminuido y su letalidad también ha descendido significativamente al igual que las secuelas que deja^{1,5,6}.

El propósito de este estudio es establecer la frecuencia de meningitis tuberculosa en niños de 0 a 5 años y de 5 años de edad o más y determinar la influencia que ejerce la vacuna BCG en la movilidad, en la mortalidad y en la presentación de secuelas de esta enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se recolectó, mediante un estudio retrospectivo, la información existente sobre los casos de tuberculosis meningea (n=39) contactados en menores de 15 años en el Dispensario Antituberculoso Infantil "Santo Socorro", Santo Domingo, República Dominicana.

La recolección de la información se obtuvo a través de un cuestionario que además de los datos personales, incluía información relacionada con la meningitis tuberculosa como: otros tipos de lesiones asociadas, antecedentes de contacto con enfermos tuberculosos y de vacunación con BCG, tratamiento, evolución y presencia de secuelas, entre otras:

Tres investigaciones participaron en la recolección de la información, que abarcó el periodo comprendido de 1980 a 1990 incluido, y que se efectuó durante los meses de febrero y marzo de 1991.

* Hospital Infantil "Dr. Robert Reid Cabral".

** Residente de Pediatría

*** Residente de Patología

Los datos obtenidos a partir de la presente investigación fueron analizados en frecuencia simple y las variables susceptibles de comparación fueron analizadas mediante la prueba del chi-cuadrado (χ^2) considerándose de significación estadística una $p < 0.05$.

RESULTADOS

De un total de 1,484 niños menores de 15 años que recibieron tratamiento antituberculoso durante el periodo de 1980 a 1990, 39(2.6%) fueron meningitis tuberculosas (TBM). La edad promedio de los niños con TBM fue de 3.5 años (rango: 4 meses - 14 años). Las tasas de incidencia para los grupos de edad de 0-4 años y 5-15 años fueron de 3.25 y de 0.40 por 100,000, respectivamente. (Cuadro I).

Cuadro I. Distribución de 39 TBM según algunas características. Dispensario antituberculoso infantil "Santo Socorro". 1991.

	No.	%
Tuberculosis:		
• Todas las formas	1,484	100.0
• Meningeas	39	2.6
Edad (Años)		
• 0-4	32	82.1
• 5-15	7	17.9
Tasas:		
• 0-4	3.25/100,000	
• 5-15	0.40/1000,000	
Sexo:		
• Masculino	17	43.6
• Femenino	22	56.4
Procedencia:		
• Urbana	24	61.5
• Rural	15	38.5
Antecedentes de contactos T.B.		
• No	10	25.6
• Si	29	74.4
Pronóstico (al Año):		
• Fallecidos	9	23.0
• Aún con tratamiento	4	10.3
• Curados	26	66.7

Al sexo femenino correspondió el 43.6 por ciento; al masculino, el 56.4 por ciento. Una proporción superior al tercio (38.5%) procedía de zonas rurales y 61.5 por ciento, de zonas urbanas. Cerca de tres

cuartas partes (66.7%) eran niños domiciliados en el Distrito Nacional y; 33.3 por ciento, en las regiones: Sur (12.8%), Norte (12.8%) y Este (7.7%), respectivamente. Al grupo de 0 a 4 años correspondió el 82.1 por ciento, mientras que al grupo de 5 a 15 años, sólo el 17.9 por ciento.

A pesar de que el 61.5 por ciento de los líquidos cefalorraquídeos (LCR) obtenidos a través de una punción lumbar, fue sometido a examen bacteriológico, no se aisló el bacilo tuberculoso y el diagnóstico de la TBM reposó básicamente en características "sujetivas": clínicas, bioquímicas y/o citológicas del LCR.

En el 38.5 por ciento había lesiones pulmonares asociadas. En el 25.6 por ciento no se pudo identificar antecedentes de contactos tuberculosos y/o tosedores crónicos, en 74.4 por ciento se documentó esta fuente de contacto (64.1% intradomiciliario y 10.3%, extradomiciliario).

El pronóstico final evaluado, en promedio, un año después de la instauración del tratamiento fue el siguiente: 9(23.1%) habían fallecidos; 4(10.4%) aún estaban en tratamiento; 26(66.7%), estaban curados y entre estas dos últimas categorías, 10(25.7%), no tenían secuelas y 16(41.0%), tenían secuelas graves. (Cuadro II).

Cuadro II. Distribución de 39 TBM según evolución y vacunación BCG. Dispensario Antituberculoso Infantil "Santo Socorro". 1991.

EVOLUCIÓN	TOTAL N(%)	ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN BCG	
		Si N(%)	No N(%)
Sin secuelas	14(35.9)	10(25.7)	4(10.2)
Con secuelas	16(41.0)	-	16(41.0)
Fallecieron	09(23.1)	2(5.1)	7(8.0)
Total	39(100)	12(30.8)	27(69.2)

Fuente: Dispensario Antituberculoso Infantil "Santo Socorro".

Hubo una diferencia significativa ($p < 0.01$) de la letalidad de la TBM en relación con los grupos de edades, y la incidencia de secuelas graves fue más elevada en el grupo de 0-4 años. En 12(30.8%) niños la enfermedad se desarrolló a pesar de haber recibido la vacuna BCG. Hubo una diferencia significativa importante ($p < 0.001$) al comparar las secuelas graves entre vacunados y no vacunados con la BCG. La letalidad fue de 5.1 por ciento entre los vacunados con BCG y de 18.0 por ciento entre los no vacunados.

COMENTARIOS

La información obtenida en la presente investigación, que incluye una muestra significativa de niños menores de 15 años enfermos de tuberculosis y que recibió tratamiento en el Dispensario Antituberculoso "Santo Domingo", muestra una prevalencia de meningitis tuberculosa de 2.6 por ciento.

Las tasas de incidencia para los grupos de edad de 0-4 años y 5-15 años fueron de 3.3 y de 0.4 por 100,000, respectivamente. Las tasas más altas de meningitis tuberculosa se encuentra entre los grupos provenientes del Distrito Nacional. Para los niños procedentes de las zonas urbanas las tasas son mucho mayores que para aquellos de las zonas rurales. Lo mismo ocurre para los niños menores de 5 años.

Aunque la tuberculosis infantil es causa de sufrimientos humanos considerables y produce una mortalidad elevada (si el riesgo de infección es alto y no se aplica la quimioterapia) su impacto sobre la situación epidemiológica global de la comunidad es muy limitada. La razón es que en los niños, la tuberculosis es infecciosa sólo en una pequeña proporción de casos. Los casos que revisten una importancia particular en este sentido son aquellos de tuberculosis pulmonar con frotis positivo que son las más importantes fuentes de infección⁷. En realidad, un niño con tuberculosis constituye muy rara vez una fuente de infección para sus contactos^{7,8}.

Sin embargo, el hecho de que una gran proporción de meningitis tuberculosas tuvieran lesiones pulmonares asociadas, podría justificar en parte, el hecho de pensar en posibles transmisores de la tuberculosis por estos enfermos.

Por lo tanto, es sorprendente que desde los años 50 hasta mediados de la década del 70 se creyera que la prevención de la enfermedad en los niños mediante el BCG o la quimioprofilaxis podía tener una influencia sustancial sobre la situación epidemiológica de la comunidad⁹. Aún en el Noveno Informe del Comité de Experto de la Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁹ se declaraba que de la vacunación con BCG se podían esperar beneficios no solamente directos, previniendo el desarrollo de casos en los sujetos vacunados, sino también indirectos, rompiendo la cadena de transmisión y previniendo el desarrollo de la tuberculosis en los sujetos no vacunados.

En cerca de tres cuartas partes (74.4%) de los niños enfermos de TBM se documentó antecedentes de contacto tuberculosos y/o tosedores crónicos, la ma-

yoría (64.1%) intradomiciliario. En 30.8 por ciento la enfermedad se desarrolló a pesar de haber recibido el BCG.

La incidencia de tuberculosis en los niños vacunados con BCG se relaciona con el tipo de riesgo a que están expuestos. La incidencia es más elevada en los niños en contacto estrecho con una fuente de infección que en aquellos en contacto casual solamente. Sin embargo, la incidencia en niños vacunados con BCG, con frecuencia sólo representa una fracción de aquella observada en los niños no vacunados, particularmente en el caso de formas severas⁶. Allí donde se aplica la vacunación sistemática con BCG, el grupo de personas con cicatriz vacunal incluye a quienes ya habían sido infectados antes de la vacunación. Cuanto más temprano se vacuna a un niño, menos casos de infección habría. En las zonas de alta prevalencia en particular, un número determinado de niños será infectado en el lapso de 6 a 8 semanas antes de que se instale la inmunidad⁶.

Tanto la meningitis tuberculosa como la tuberculosis miliar son manifestaciones post primarias tempranas, que aparecen entre 2 y 9 meses después de la infección primaria¹⁰. Desafortunadamente hoy en día, frecuentemente el diagnóstico se plantea con retraso, siendo comunes los retrasos mentales y otras deficiencias neurológicas^{6,7}. En el presente estudio, más de la mitad (51.3%) de los niños con TBM presentó secuelas graves. Además se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$) al comparar estas secuelas entre los niños vacunados con aquellos no vacunados.

También la edad es un factor importante a considerar. Los lactantes y los niños de corta edad contraen formas homogéneas diseminadas de tuberculosis con mucha mayor frecuencia que toda otra categoría de enfermos⁶. La frecuencia de meningitis tuberculosa encontrada en el Dispensario Infantil Antituberculoso "Santo Socorro" fue más alta (82.1%) en el grupo de 0 a 4 años que en el de 5 a 15 años. Esta alta proporción de meningitis tuberculosa en el grupo de más baja edad podría deberse a la gran permeabilidad que se ve aumentada por las afecciones inflamatorias, tal como sucede en la infección por el M. Tuberculosis¹⁰.

En lo que se refiere a la eficacia de la vacunación de los niños con BCG para protegerlos del riesgo de meningitis tuberculosa post primaria, los resultados observados en el Dispensario Antituberculoso Infantil "Santo Socorro" son aplicables al conjunto de la República Dominicana. Estos resultados concuerdan igual-

mente con estudios similares, prospectivos y retrospectivos, efectuados en otros países^{1,3,5,8}.

Por último, es importante destacar que aislar el bacilo tuberculoso en niños es difícil. De los 39 líquidos cefalorraquídeos obtenidos en el presente estudio a través de punción lumbar, 24 fueron cultivados sin aislarse el bacilo tuberculoso. Esperar el aislamiento del bacilo tuberculoso para instaurar terapéutica antituberculosa en el niño depende del criterio individual del médico, aunque podría tener importantes repercusiones adversas desde el punto de vista pronóstico de estos niños. En cambio, la iniciación temprana de dicha terapia con base en los criterios de Pimentel¹¹ y en los hallazgos citológicos y bioquímicos del líquido cefalorraquídeo (LCR)¹⁰ ofrecen una oportunidad valiosa en estos enfermos.

REFERENCIAS

1. Ogawa SK, Smith MA, Brennessal DJ and Jony FD. Tuberculosis meningitis an urban medical center. *Medicine* 1987; 66 (4): 317-326.
2. Mori T, Takizana H, Hokimy y Shinao T. La meningitis Tuberculosa del niño en Japón. *Bol UICT* 1984; 59 (4): 201-203.
3. Soalli M, Benomar S, Ghazli M, Omazzani S, Sabti F2. Les meningitis Tuberculoses de L'enfant en milieu de Ranimation. Libro de Resúmenes 19º Congreso Internacional de Pediatría, 23-28 de julio de 1989, Francia, Pag. 452.
4. Pimentel RD, et. al. Tuberculosis y vacunación BCG en enfermos pediátricos: la experiencia del Dispensario Antituberculoso Infantil "Santo Socorro". *Arch Ped Esp* 1988; 39: 153-162.
5. Udani PM, Dastur DK. Neurotuberculosis, con referencia especial al manejo de meningitis tuberculosa en el niño. *Bol UICT* 1982; 57(1): 43-45.
6. Pimentel RD, Categorías diagnósticas de la Tuberculosis del niño. *Rev Cost Cienc Med* 1987; 8(3): 240-245.
7. Pimentel RD, et. al. Problemas actuales en el diagnóstico de la tuberculosis (T.B.) en niños dominicanos. *Rev Cost Cienc Med* 1987; 8(4): 285-293.
8. Kilpatrick ME, et. al. Tuberculosis Meningitis-clinical and Laboratory Review of 100 patients. *J Hyp* 1986; 96(2): 231-238.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Política de vacunación con BCG. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Serie de informes técnicos 652. 1980.
10. Pimentel RD, et. al. Evolución y pronóstico de la meningitis tuberculosa en niños según hallazgos citológicos y bioquímicos del líquido cefalorraquídeo. *Rev UNIBE de Cienc y Cult* 1991; 3(3): 53-56.
11. Pimentel RD. Criterios de guía en el diagnóstico de la tuberculosis infantil. *Rev Med Dom* 1988; 49(3): 89-91.

LA CONDICIÓN DE LA MUJER EN EL NUEVO CÓDIGO DE TRABAJO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA

Jerry E. Pérez Cornielle*, William Gutiérrez**

RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue realizar un estudio sobre "La Condición de la Mujer en el Nuevo Código de Trabajo de la República Dominicana". Es importante destacar que toda mujer debe conocer los deberes y obligaciones a los cuales se encuentra sometida en materia laboral. La legislación actual le confiere a la trabajadora garantías de estabilidad ligadas en gran medida a la protección de la maternidad. La Declaración Universal de los Derechos Humanos establece el derecho de la mujer al trabajo y su libertad a escogerlo, de la misma manera que el hombre. A través de este trabajo se da a conocer los derechos conferidos a la mujer en el ámbito laboral, y de manera especial aquellos que tienen que ver con la protección de la maternidad, de conformidad con los cambios introducidos en el nuevo Código de Trabajo.

Para llevar a cabo esta investigación se utilizaron los métodos: descriptivo, análisis - síntesis, inducción - deducción, comparativos e histórico. De igual manera, para la obtención de las informaciones presentadas, se utilizaron instrumentos y técnicas específicas, tales como: la observación, la entrevista, la recopilación documental, y el análisis de contenido.

Se realizó una recopilación y desarrollo de temas de suma importancia, lo que nos permitió establecer con claridad cuáles son los derechos que posee la mujer en el ámbito laboral y su evolución hasta llegar a lo que es hoy en día nuestro nuevo Código de Trabajo, a fin de sentirnos edificados para poder externar nuestras recomendaciones.

Es necesario precisar que es hora de que toda trabajadora haga valer sus derechos y los ejerza en todos aquellos casos en que el patrono realice una acción en su contra. Es preciso además velar porque

las medidas tendentes a la protección de la maternidad sean cumplidas a cabalidad, como es el hecho de crear guarderías infantiles en aquellas empresas con más de cierto número de trabajadoras, que les permitan amamantar a sus hijos durante los periodos legalmente establecidos.

Palabras claves: Código de Trabajo, trabajadora, mujer.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación es de gran importancia para la mujer trabajadora, ya que la misma encierra una serie de aspectos que destacan la necesidad de crear, empleos para la mujeres y la adopción de medidas preventivas de cualquier tipo de discriminación en el trabajo; de crear guarderías infantiles que garanticen la estabilidad de la madre trabajadora, entre otros.

En los últimos años se han realizado gran número de trabajos de investigación relacionados con el tema destacándose de manera especial, las modificaciones introducidas en el Nuevo Código de Trabajo. En tal sentido, podemos encontrar la tesis desarrollada por Simón Pérez (1993), sobre "La maternidad en el Derecho Laboral", en la cual se realizó un estudio limitado al trabajo de las mujeres durante su embarazo o después del parto, con relación a la forma en que se encuentra prevista esta situación en Derecho Laboral. De igual manera, existen otros trabajos relacionados con el tema objeto de estudio como lo son los realizados por Moya (1977) sobre "Igualdad de oportunidades en el empleo para el hombre y la mujer", y el realizado por Velasco Gómez (1976), sobre "El trabajo de la mujer"; en ambos trabajos se discute la igualdad de derechos y obligaciones que tiene la trabajadora con respecto al trabajador.

La Revolución Industrial llegó a transformar la vida de la mujer, la cual pasó de las plácidas y sumisas

* Testis Escuela Derecho UNIBE.
 ** Dr. en Derecho, Universidad Iberoamericana (UNIBE).
 *** Profesor Metodología Científica UNIBE.

tareas del hogar, a desempeñar trabajos que hasta entonces eran considerados propios de hombre.

Para la década de los años cincuenta se inicia la promulgación de leyes y decretos destinados a impulsar la modernización e institucionalización del país. Muchas de estas leyes carecieron entonces y ahora de una base de sustentación estructural funcional efectiva, perdiéndose así en el vacío orgánico, los efectos que se pretendían alcanzar.

Con el Código de Trabajo de 1951, se facilita la integración de la mujer al trabajo y a la vida productiva no tradicional en cuyas disposiciones se tendía a proteger a la madre trabajadora, cumpliendo con un importante contenido histórico. No obstante esto, en la actualidad dicha legislación resulta demasiado prohibitiva y, protectora, ya que en la misma se establecían ciertas medidas en las cuales se limitaba el trabajo de la mujer.

En ese sentido, el Código de Trabajo de 1951 confería a la mujer trabajadora, ciertas medidas especiales tendentes a la protección de la seguridad y a la salud de la mujer en el trabajo. En su artículo 218, dicho Código señalaba como trabajos que ofrecen peligro para la vida o salud de las trabajadoras en general, los que exigen algún esfuerzo muscular realizado en mina, subterráneos, carreteras, puentes, edificaciones, excavaciones, fábricas de fuegos artificiales, aserraderos, engrasados y separación de mecanismos de movimientos, tenerías, conducción de caminos o vehículos pesados, y en general, todos aquellos trabajos pesados en las cuales se requería para ejecutarlos condiciones especiales de vigor y resistencia muscular, y que por lo tanto no fuesen apropiados a la capacidad física de la mujer.

En lo que respecta al trabajo nocturno, éste se encontraba prohibido a la mujer durante un período comprendido entre las diez y la siete de la mañana, salvo determinadas excepciones que no ofrecen riesgo. A saber.

1. servicio doméstico;
2. los trabajos en hospitales, clínicas sanitarias de demás establecimientos dedicados exclusivamente a beneficencia, o estudios médicos o asistencia de enfermo;
3. los servicios de comunicación, incluyendo telefonistas;
4. los trabajos en espectáculos y en establecimientos donde sólo se vendan refrescos, con-

fituras, dulces y otros artículos análogos;

5. el servicio de enfermeras, y
6. los trabajos que, por razones especiales y justificadas, sean expresamente autorizados, de manera general, por la Secretaría de Estado de Trabajo.

El fundamento común de estas normas, se encuentran en la necesidad de preservar la salud de la trabajadora y en parte también de mantener su papel en la familia.

A través del Nuevo Código de Trabajo, la mujer pudo lograr muchos adelantos en los derechos relativos al trabajo. Se trata de proteger especialmente la maternidad estableciendo normas relativas al descanso pre y post-natal; el derecho a vacaciones; el derecho a amamantar al niño durante las horas de trabajo; así como el derecho a una licencia cuando el trabajo que realiza la mujer sea perjudicial para su salud o la del niño como consecuencia del embarazo o el parto. Además, durante los períodos legalmente establecidos, la trabajadora se encuentra protegida de todo despido o desahucio ejercido por el empleador por el hecho del embarazo.

El Código de Trabajo de 1992, eliminó las limitaciones y proteccionismo previstos en el Código de 1951 en relación con el trabajo de la mujer, confiriéndole a ésta los mismos derechos y obligaciones que al trabajador.

Los redactores del nuevo Código de Trabajo, han mostrado preocupación por proteger a la mujer en forma especial durante el embarazo o el disfrute de los descansos por maternidad, frente a los despidos o terminaciones injustificadas de su relación laboral. En este sentido, los artículos 232 y 233 de dicho Código se han pronunciado al respecto, declarando nulo el desahucio ejercido por el empleador durante el período de gestación, así como el despido por el hecho del embarazo. De manera que, todo despido o desahucio por motivo del embarazo no es válido ante la ley, por ende, será declarado nulo. Es necesario destacar que ha habido un gran paso de avance al respecto, ya que en el Código de 1951, no se establecía limitaciones para el ejercicio del desahucio en contra de la mujer embarazada, aunque para el despido sí.

Toda trabajadora tiene derecho a un descanso obligatorio con disfrute de sueldo durante las seis semanas que preceden a la fecha probable del parto y las seis semanas que siguen. El descanso pre y post-natal, de conformidad con el artículo 239 del Nuevo

Código, es retribuido con el salario ordinario devengado por la trabajadora, y si ésta se encuentra protegida por las leyes de seguros sociales, el empleador, está obligado a pagarle la mitad del salario y el Instituto Dominicano de Seguros Social (IDSS), le pagará un subsidio en dinero igual al cincuenta por ciento del salario.

Por otra parte, el artículo 240 del nuevo Código de Trabajo le confiere a toda trabajadora el derecho a tres descansos remunerados de veinte minutos cada uno, como mínimo, para amamantar a su hijo en el transcurso de la jornada de trabajo. Sin embargo, estos tres descansos conferidos a la mujer trabajadora con el objeto de amamantar al hijo, se ven afectados por la falta de salas maternas y guarderías infantiles para los niños de cierta edad y determinadas condiciones, en aquellos establecimientos donde presten servicios un número determinado de trabajadoras.

No obstante, contener el nuevo Código de Trabajo más del sesenta por ciento (60%) de las disposiciones del Código anterior, se lograron muchos avances en los derechos del trabajo de la mujer. Entre las modificaciones más importantes introducidas en el nuevo Código de Trabajo podemos mencionar las siguientes:

- a) la nueva legislación tiene su punto de partida en la elevación a la categoría de principio fundamental, la prohibición de cualquier discriminación, exclusión o preferencia basada en motivos de sexo (Principio Fundamental VII) y la proclamación de la igualdad jurídica de los sexos (Principio X);
- b) se desliga el trabajo de la mujer del trabajo de los menores y se le da un tratamiento reglamentario por separado a cada tipo de trabajo;
- c) el artículo 210 del código de trabajo año 1951 que exigía que la mujer presenta un certificado médico para acreditar su aptitud física para desempeñar cualquier tipo de trabajo fue abolida;
- d) fue derogada la prohibición de emplear mujeres en trabajos subterráneos o que ofrecieran peligro para la vida o la salud y, por ende, la facultad de la Secretaría de Estado de Trabajo de establecer cuáles eran trabajos peligrosos (artículo 217 y 218 del Código de Trabajo de 1951).
- e) Se abrogó la prohibición que impedía a la mujer ser empleada y trabajar de noche (art. 219 C.T. de 1951).

- f) Ha quedado establecida definitivamente la plena capacidad de la mujer casada para celebrar contratos de trabajo, predecir las retribuciones convenidas y ejercer todos los derechos y acciones que la ley le acuerda al trabajador. (Quedó abolida la referencia que se hacía en el artículo 216 del Código de Trabajo al artículo 216 Código Civil).
- g) En el ordinal 9no. del Nuevo Código, se le prohíbe al empleador ejercer acciones contra el o la trabajador (a) que puedan considerarse de acoso sexual y también prohíbe apoyar o no intervenir en caso de que lo realicen sus representantes. En el proyecto originalmente elaborado, el acoso sexual es concebido sólo contra la mujer y ahora es entendido también contra el hombre.

En el anteproyecto elaborado por encargo del Poder Ejecutivo, se prohibía ejercer el desahucio contra la trabajadora durante el año siguiente de ésta haber presentado denuncias de acoso sexual, contra el empleador o su representante por ante el Departamento de Trabajo (art. 79, ordinal 4to.). Esta protección del trabajo para la trabajadora víctima de acoso sexual que denuncia su empleador, no fue incluida en el nuevo Código.

El acoso sexual es una simple prohibición sancionada, en caso de sometimiento del empleador, con una multa equivalente a tres salarios mínimos.

- h) El aspecto importante y novedoso de la nueva legislación es que proclama como único propósito de las leyes de protección en el trabajo el de la protección de maternidad (art. 235 y principio X), encabezando el Título I del libro IV con el epígrafe "De la protección a la Maternidad". Se comprenden en la protección directa a la maternidad trabajadora las siguientes medidas.
 1. El art. 240 del nuevo Código incorpora la Ley No. 4099 del 1955 sobre el derecho que tiene la trabajadora embarazada a un descanso pre y post-natal de seis semanas cada uno. La única novedad en este sentido consiste en que cuando la trabajadora no haga uso de todo el descanso prenatal, el tiempo no utilizado se acumula.
 2. El nuevo Código es reiterativo al enfatizar que la duración del descanso por maternidad nunca será menor en conjunto de doce semanas (art. 241).

3. El artículo 242 obliga al empleador a acceder a la solicitud de vacaciones de la mujer inmediatamente después de concluido el descanso post-natal.
4. Las prestaciones de maternidad y su forma de financiamiento son las mismas que consignaba la anterior legislación, con la misma incertidumbre e interrogante de quien pagará el 50% correspondiente al Instituto Dominicano de Seguros Sociales cuando el empleador no asegure a la trabajadora.
5. Las facilidades para la lactancia siguen siendo los mismos tres descansos extraordinarios de veinte minutos cada uno que establecía el anterior artículo 214. La única innovación consiste en conceder medio día cada mes a la madre para llevar al niño a la atención pediátrica durante el primer año.
6. Al igual que antes, no existe garantía en el empleo para la maternidad: la indemnización por la pérdida de empleo ha sido aumentada aún más en relación a la legislación anterior, siendo una indemnización de cinco meses de salario en adicción a las prestaciones laborales correspondientes.
7. Permanece sin ningún cambio la obligación del empleador de conceder una licencia, sin disfrute de salario, por todo el tiempo que los médicos estimen convenientes, si como consecuencia del embarazo el trabajo que realiza la mujer es perjudicial para su salud y el empleador no le pueda conseguir otra posición de trabajo que no sea perjudicial. Lo novedoso es que este beneficio, fue extendido para tomar en cuenta, no solamente si el trabajo es perjudicial a la salud de la mujer, sino también tomando en cuenta la salud del niño.

En la actualidad, un gran número de mujeres han pasado a formar parte de la población Económica Activa (PEA), por esta razón se hace cada día más necesario el mejoramiento de las condiciones de trabajo de la mujer, estableciendo medidas tendientes a solucionar las deficiencias y dificultades que se suscitan en el campo del Derecho del Trabajo, que faciliten la correcta y debida aplicación práctica de las disposiciones laborales relativas al trabajo de la mujer, y de manera especial, a la protección de la maternidad.

En efecto, la falta de salas de lactancia en las distintas empresas donde trabajan cierto número de mujeres dificulta la aplicación del artículo 240 del

Código de Trabajo, en el cual se consagra el derecho conferido a la trabajadora tres descansos diarios de veinte minutos cada uno para amamantar a su hijo. Además, tanto la ausencia de locales apropiados que les permitan a la trabajadora prestar sus servicios sin temor a que su salud se vea afectada, como la ausencia de licencias especiales por enfermedad de los hijos menores de edad, constituyen deficiencias de la legislación laboral nuestra en material de protección de la maternidad que deben ser solucionadas de forma inmediata.

Otro factor importante en nuestra legislación laboral, es la falta de reglamentación y de sanción relativa a conductas de naturaleza sexual como lo es el acoso sexual en los centros de trabajo. El acoso es visto como una simple prohibición y no como una conducta indeseada que afecta a la trabajadora.

Las mujeres han participado en el desarrollo económico de la República Dominicana de diversas formas. En principio, la tendencia general de considerar a las mujeres fuera de la actividad económica procede de antiguas visiones culturales que afirmaron una división social del trabajo, atribuyéndosele a éstas la responsabilidad del trabajo doméstico y a los hombres la actividad pública y económica. Si bien esta división del trabajo ha sido superada, todavía se considera a las mujeres socialmente responsables de realizar las tareas domésticas, surgiendo de este modo la llamada "doble jornada". Se ha llegado a establecer que entre las fuentes de empleos para las mujeres pobres de nuestro país, podemos encontrar: el servicio doméstico, las zonas francas y la prostitución.

Con lo que respecta a la participación de la mujer en el campo sindical la misma ha sido muy limitada, en cierto modo, debido al temor de perder su empleo si entra a formar parte de un sindicato, ya que, en la mayoría de los casos dependen de él para su sostén personal y de su grupo familiar.

Debido a la incorporación de la mujer en el desarrollo social y económico del país, se hizo necesario crear normas con el objeto de eliminar todo tipo de discriminación contra la mujer, así como de proteger de aquellas condiciones de trabajo que pueden resultar peligrosas para su función de reproducción, garantizar la igualdad de oportunidades y de trato para la mujer y el hombre en el empleo. En este sentido existen ciertos organismos e instituciones que se dedican a proteger los derechos de la mujer, tal es el caso de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) a través de sus normas internacionales; la Secretaría de Estado

de Trabajo (SET) con sus reglamentos y soluciones; la Dirección General de Promoción de la Mujer (DGPM), y las organizaciones no Gubernamentales.

En conclusión, podemos decir que el nuevo Código de Trabajo ha colocado a la trabajadora en un plano de igualdad con relación al trabajador, otorgándole los mismos derechos y obligaciones que a éste, y ha tomado en cuenta su condición de madre, llegándole a dedicar un título completo a suprotección como tal. Estos derechos conferidos a la mujer se encuentran protegidos por los distintos organismos e instituciones nacionales e internacionales, que procuran eliminar todo tipo de discriminación contra ella, y garantizar la igualdad de oportunidades y de trato para la trabajadora y el trabajador en el empleo.

Es importante incluir en nuestra legislación una disposición que establezca la obligación para los empleados de crear, en aquellos establecimientos donde trabajen un número considerable de mujeres, una guardería infantil que cuente con un personal adecuado y especializado, donde los niños sean debidamente alimentados y atendidos durante el tiempo en que sus madres trabajen. Asimismo, se debe introducir modificaciones al Código de Trabajo tendentes a sanciones al acoso sexual a la trabajadora de manera rigurosa, y tipificar esta conducta molesta como una infracción grave.

REFERENCIAS

- Acosta Pérez, Luz Dalls. (1993). "Los Derechos de la Mujer", Editora Universitaria. Santo Domingo. 117p.
- Albuquerque, Rafael. (1990). "La Reglamentación del Trabajo". 3ra. edición. Editora Corripio. Santo Domingo. 320 p.
- Albuquerque, Rafael. (1992). "Estudios del Derecho del Trabajo". Editora Taller. Santo Domingo. 524 p.
- Ander-egg, Ezequiel. (1982). "Técnicas de Investigación Social". 19 edición. Editora Humanitas, París. 500p.
- Báez, Clara Glnny Taulé. (1995). "Mujer y Trabajo". Periódico Listín Diario, 5 de marzo de 1995, pág. 18.
- Brom, Juan. (1967). "Esbozo de Historia Universal". 4ta edición. Editora Grizaldo. México. 245 p.
- Cabanellas, Guillermo. (1964). "Contrato de Trabajo". Volumen IV. Editora Bibliográfica Omega. Buenos Aires. 539 p.
- Cabanellas, Guillermo. (1949). "Tratado de Derecho Laboral". Tomos I, II, III. Editora "El Gráfico". Buenos Aires.
- Calderas, Rafael. (1960). "Derechos del Trabajo". 2da. edición. Editora El Ataneo. Buenos Aires. 611 p.
- Centro de Investigación para Acción Femenina (CIPAF). (1994). "Plan de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres". 2da. edición. Santo Domingo. 39 p.
- Centro de Investigación para Acción Femenina (CIPAF). (1990). "La Mujer en el Código de Trabajo". Ediciones Populares. Santo Domingo. 50 p.
- Fundación Economía y Desarrollo. (1992). "Entierro Código de Trabajo Trujillo el 30 de Mayo del 1992". Periódico Última Hora. 13 de mayo de 1992. Pág. 14.
- Gaitán Gómez, Julián. (1965). "Derecho Internacional del Trabajo". Editora Mega. Bogotá. 92 p.
- García Gómez, Ramón A. (1990). "La Responsabilidad en Materia Laboral y Otros Temas de Derecho de Trabajo". Departamento de Publicaciones Pontificia Universidad Madre y Maestra. Editora Corripio. Santo Domingo. 156 p.
- González Canahuate, Almanzor L. (1979). "Recopilación Jurisprudencial Integrada. Materia Laboral y Procedimiento Laboral. Cinco años 1974-1978". Editora Impresmundo. Santo Domingo. 291 p.
- Guerrero, Euquerio. (1975). "Manual de Derecho de Trabajo". 7ma edición. Editorial Porrúa. México. 565 p.
- Hernández Quezada, Porfirio. (1993). "Nociones de Derecho del Trabajo". Editora Corripio. Santo Domingo. 162 p.
- Hernández Rueda, Lupo. (1994). "Manual de Derecho de Trabajo". Tomos I, II. 6ta edición. Editora Corripio. Santo Domingo.
- Molina Morillo, Rafael. (1995). "La Trabajadora Doméstica". Familia y Sociedad. Santo Domingo. Año 3, No. 56. Pág. 2.
- Nash, Mary. (1984). "Presencia y Protagonismo. Aspecto de la Historia de la Mujer". Ediciones El Serbal. España. 397 p.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). Ministerio de Asuntos Sociales. (1993). "Regulación del Trabajo de la Mujer en América Latina". España. 542 p.
- Peguero, Valentina y Danilo de los Santos (1979). "Visión General de la Historia Dominicana". Editora Taller. Santo Domingo. 462 p.
- Plasencia, Aleida. (1994). "Descartan SET haga Código visible". Periódico El Siglo. 10 de agosto de 1994. Pág. 30.
- Sabino, Carlos A. (1988). "El Proceso de Investigación". Editora Alfa & Omega. Santo Domingo. 188 p.
- Subero sa, Jorge A. (1991). "Tratado Práctico de Responsabilidad Civil Dominicana". 2da. edición. Editora Taina. Santo Domingo. 246 p.
- Unión Nacional de Empresarios (UNE). (1992). "La UNE y el Nuevo Código de Trabajo". Periódico El Siglo. 4 de marzo de 1992. Pág. 8B.
- Vicioso, Chiquí. (1995). "Hacia un Rescate de la Dignidad de la Trabajadora Sexual en la República Dominicana". Periódico Listín Diario. 14 de julio de 1995. Pág. 4D.

ESTUDIO SOBRE LA PREVALENCIA DE CARIES DENTAL Y CARIES RAMPANTE EN LA POBLACIÓN PREESCOLAR DE SAN JUAN DE LA MAGUANA*

Ana Maribel Reyes Rodríguez**, Rubén Darío Pimentel***

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo en niños de ambos sexos con edades comprendidas entre 2 y 6 años de la zona urbana de San Juan de la Maguana con el propósito de conocer la prevalencia de caries dental y caries rampante.

De un total de 400 niños estudiados 192 (48.0%) presentaron caries común; 197 (49.3%) caries rampante y 11 (2.8%) sanos.

Los niños con caries de ambos tipos tuvieron higiene bucal entre el 80 y el 96 por ciento.

La utilización del biberón se asoció comúnmente a la caries rampante que a la común.

Por último la aplicación de flúor fue mínima (entre 8.6 y 13.2%).

Palabras claves: caries común, caries rampante, prevalencia.

INTRODUCCIÓN

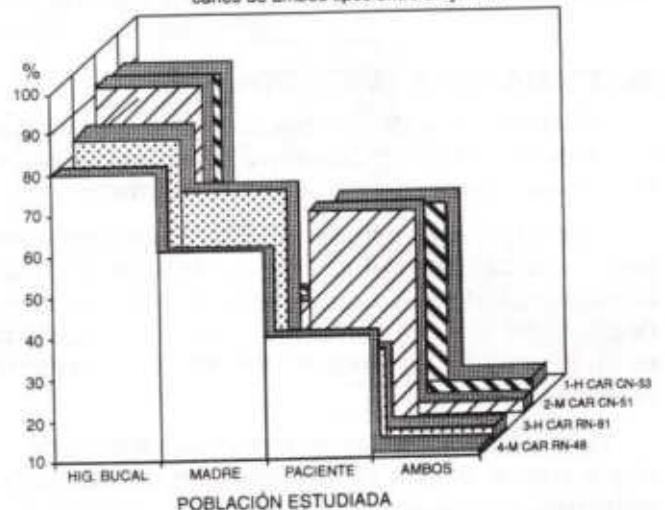
De las enfermedades, la caries dental es la más extendida y la causa principal de pérdida de las piezas dentales. La literatura reporta que en la República Dominicana el 95 por ciento de la población general padece esta enfermedad². Los estudios sobre estadísticas de caries dental generalmente se realizan con niños en edad escolar, entre 6 y 12 años; en base a esto se sabe que en esta etapa del 80 al 90 por ciento de la niñez está afectada³.

En la caries dental común hay destrucción lenta y progresiva de las piezas dentarias; afecta principalmente fosita y fisuras de molares y premolares o zonas que tienden a acumular placa dentobacteriana que no es removida durante el cepillado y en general en áreas que no reciben el beneficio de la autoclisis⁴.

Existe un tipo de caries denominada rampante e irrestricta que afecta principalmente a un sector poco estudiado de la población infantil, antes de los 20 meses de edad; este padecimiento es de evolución rápida y destructiva, cuyo índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO-D) es igual o mayor a 5, según los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵.

La caries rampante es una enfermedad que afecta a la dentición primaria y con frecuencia se le ha relacionado con hábitos de alimentación a base de líquidos azucarados en el biberón por tiempo prolongado, por lo que a menudo se le denomina "síndrome de biberón"⁶. La historia natural de la caries rampante inicia con el daño de las superficies dentales labiales, palatinas, caras proximales y finalmente el borde incisal de incisivos de maxilar superior; posteriormente a primeros molares superiores e inferiores, caninos superiores e incisivos inferiores (Figs. 1 y 2), los cuales rara vez están afectados.

Fig. 1. Realización de higiene bucal. Niños con caries de ambos tipos entre 80 y 96%.



* Tesis de grado para optar por el título de doctora en odontología - Universidad Iberoamericana (UNIBE).
 ** Oficina Nacional de Estadísticas (ONE).
 *** Profesor de UNIBE.

Fig. 2. Endulzado de alimentos, Entre 82 y 92% niños con caries usaron princip. azúcar



Este patrón de destrucción se relaciona con la cronología de erupción, duración del hábito del biberón y la posición de labios, mejillas y lengua durante la alimentación^{7,8}.

En el adulto existe un tipo de caries rampante que daña el tercio cervical de las piezas dentarias. Esta enfermedad afecta principalmente a individuos que bajo ciertas condiciones patológicas tienen disminuido o ausente el flujo salival, ya que no cuenta con las inmunoglobulinas, complejos de peroxidasa y lisozima⁵.

La caries dental es de etiología multifactorial en la que interactúan el huésped, microflora bucal^{9,10}, tiempo, sustrato⁹ y otros factores como el flúor¹⁰. Además, deben ser considerados aspectos genéticos, por la tendencia familiar que existe y aspectos inmunológicos, ya que los anticuerpos secretorios de saliva inhiben la adherencia bacteriana a las superficies dentarias^{11,20}.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue diseñado para comparar la caries dental común y la rampante en relación a los hábitos de higiene, alimentación y costumbres.

La población en estudio estuvo comprendida por niños de ambos sexos de 2 a 6 años de la zona urbana del municipio de San Juan de la Maguana, República Dominicana. De esta población se tomó una muestra estratificada proporcional, de los diferentes sectores del municipio.

Para seleccionar a los niños que tomaron parte en el estudio se utilizó el muestreo aleatorio simple, definiendo el tamaño de la muestra en base al total de

niños correspondientes al grupo de edad pre-escolar existente en San Juan para el año 1994*. En base a dicha población se determinó que el tamaño de la muestra fuera de 400 de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(1.96)^2 d^2}{\text{gamma}^2}$$

en donde:

n = tamaño de la muestra

d² = desviación estándar de la variable de la población;

gamma² = es el límite de error aceptado entre el promedio de la muestra y el promedio real de la población general y el valor 1.96 es el factor que nos asegura que estamos dentro de los límites del error en el 95 por ciento de los casos.

Se diseñó una encuesta para obtener información, que incluía los siguientes datos: edad en que aparecía la caries, primeras piezas dentarias afectadas, higiene bucal, aplicación de flúor y quiénes la realizan y uso de biberón simple o con miel; fármacos ingeridos: tetraciclinas; cuándo y durante qué tiempo, tipo de lactancia: seno materno o biberón, tiempo y hábitos, líquidos utilizados en el biberón; cuál y con qué lo endulzan, entre otros.

La encuesta fue llenada por tres estudiantes y el procedimiento para la identificación de los indicadores de salud bucal consistió en un examen clínico efectuado en mayo de 1994 por estudiantes de la Escuela de Odontología de la Universidad Iberoamericana (UNIBE) de Santo Domingo, de último nivel, debidamente entrenados. El examen clínico se efectuó en los hogares de la población evaluada, con luz natural y utilizando para ello espejo bucal plano explorador en forma de hoz y sonda periodontal.

También fueron utilizados el número de piezas dentales cariadas, perdidas y obturadas por niño y el total de estos componentes representa el índice CPO-D¹. Las evaluaciones de la presencia y gravedad de la enfermedad periodontal fueron realizadas mediante el índice de alteraciones periodontales, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)², que cuantifica la presencia o ausencia de alteraciones por segmentos

comprendidos de la siguiente manera:

- * los segmentos centrales comprenden los incisivos y caninos, los laterales izquierdos y derechos, los molares y premolares.
- * las variables sometidas a este índice son la presencia de depósitos blandos, cálculo dental, gingivitis intensa y periodontitis avanzada. El total del índice representa la sumatoria de la presencia de alteraciones. Y para el grado de higiene bucal se utilizó el índice de Higiene Oral Simplificado de Greene y Vermillón³.

Las informaciones obtenidas fueron analizadas en frecuencia simple para su mejor comprensión y para establecer diferencias entre las diferentes variables se utilizó la prueba del chicuadrado (χ^2), considerándose de significación estadística una $p < 0.05$.

Como complemento del interrogatorio se obtuvo el índice de caries, así como el índice para caries rampante, la cual fue clasificada en leve, moderada o severa, de acuerdo a los siguientes criterios:

0. sanos;

1. caries en cualquier superficie de incisivos superiores temporales;
2. caries en primeros molares superiores abarcando más de dos superficies;
3. caries en primeros molares inferiores, abarcando más de dos superficies;
4. caries en caninos superiores o inferiores;
5. caries en segundos molares superiores temporales, abarcando más de dos superficies;
6. caries en segundo molares temporales inferiores, abarcando más de dos superficies;
7. caries en incisivos inferiores en cualquiera de sus superficies;
8. espacio vacío por ausencia de corona, pero persistencia del resto radicular.

Para cuantificar se consideró como caries rampante leve cuando ésta abarcaba las categorías 0, 1 y 2 arriba mencionadas. Cuando se encontraba entre las categorías 3 y 4 se consideró como moderada y de la categoría 5 en adelante se consideró severa. Cada pieza dentaria fue revisada en todas sus superficies con ayuda del explorador.

RESULTADOS

De 400 niños estudiados, 192 (48.0%) presentaron caries común; 197 (49.3%) caries rampante y 11 (2.8%)

sanos. Los niños con caries de ambos tipos tuvieron higiene bucal entre el 80 y el 96 por ciento. En el grupo con caries rampante la madre realizó la higiene en mayor número de pacientes, a diferencia de los niños con caries común en quienes la higiene fue realizada en mayor porcentaje por ellos mismos (figura 1). De igual manera, entre el 82 y el 91 por ciento de los niños con ambos tipos de caries endulzaron sus alimentos prin-

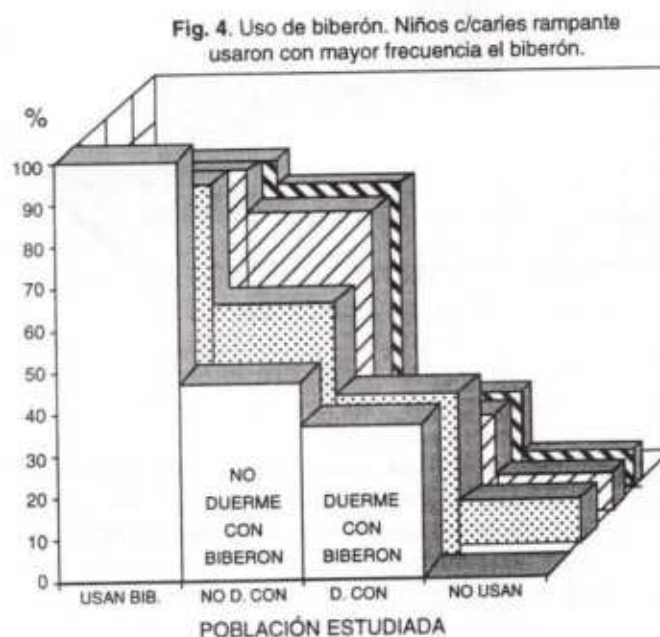
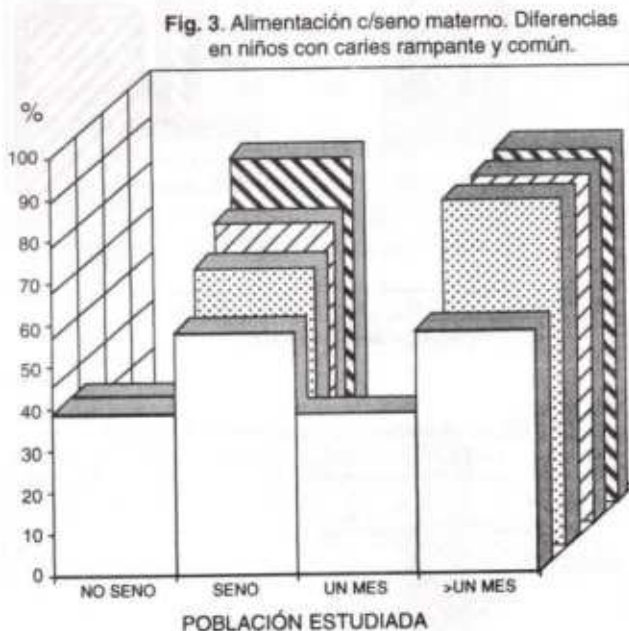


Fig. 5. Uso de chupón. Alto porcentaje no uso. Uso fue mayor en caries rampante.

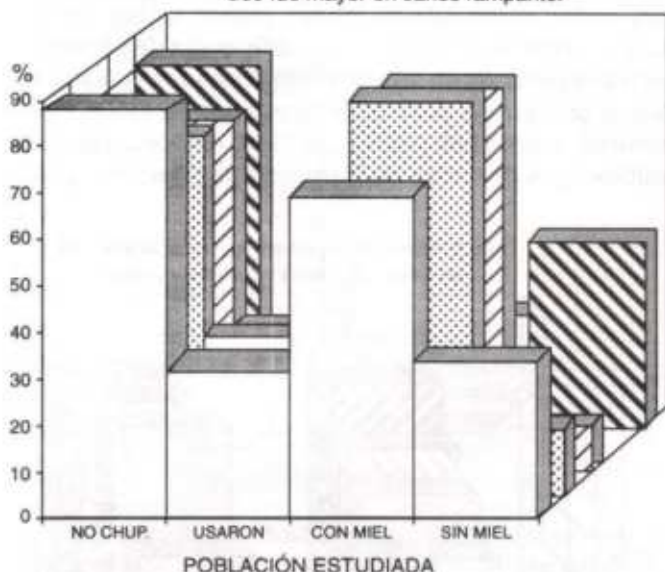


Fig. 7. Administración de flúor > de 90% niños con caries rampante no recibió flúor

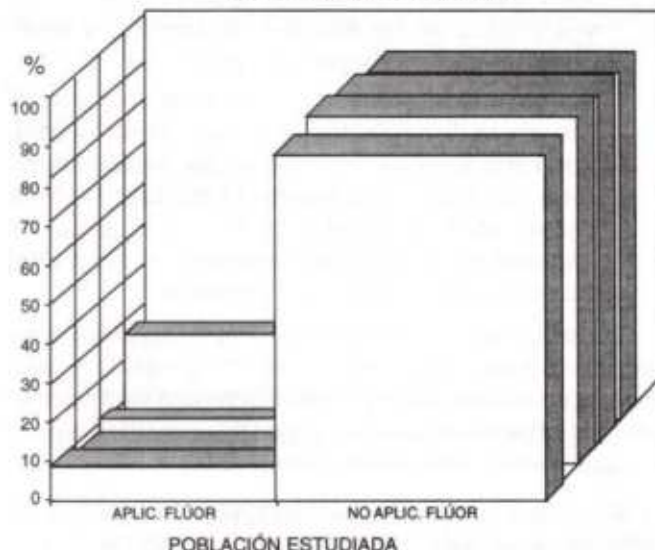


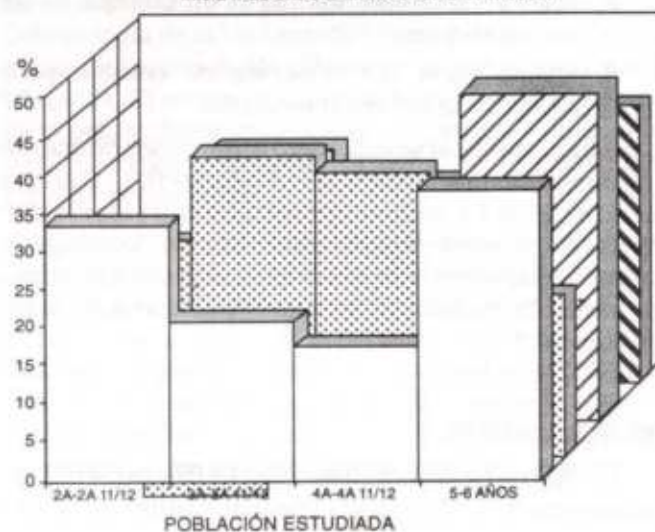
Fig. 6. Alimentos más frecuentes en biberones. Leche más empleada pacientes c/caries



El biberón fue usado por más tiempo en niños con caries rampante.

De igual manera, el uso del biberón está ligado a la frecuencia del uso del biberón, aunque el porcentaje que lo usa con miel es variable en la muestra estudiada (Figs. 3, 4 y 5). En nuestro estudio no encontramos diferencias en relación a los alimentos tomados en el biberón en los niños con caries rampante y con caries común, los alimentos más frecuentemente usados son en orden de importancia: leche, jugo y otros (chocolate, refresco, agua de azúcar y té) (Fig. 6).

Fig. 8. Edad en que aparece caries. La rampante inicia más entre 2 años- 3 años 11 meses.



principalmente con azúcar, aunque en el grupo de niñas con caries rampante el 23.8 por ciento lo hicieron con miel (figura 2). La alimentación a seno materno fue más frecuente y por más tiempo en niños con caries común a diferencia de los niños con caries rampante.

Fig. 9. Primer diente afectado. En la rampante primeros afectados son molares

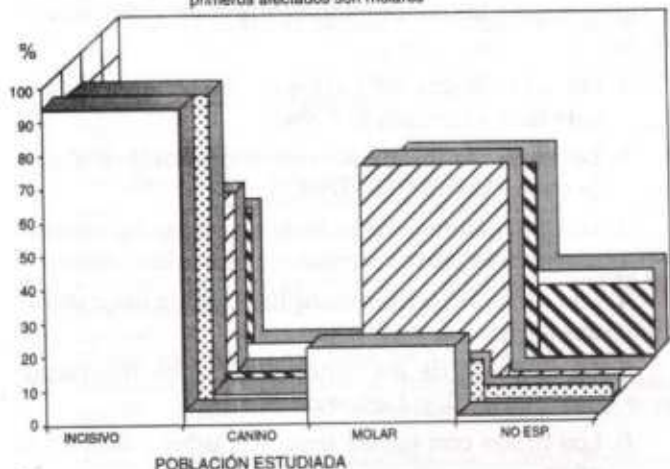


Fig. 10. Primer diente afectado. En la rampante primeros afectados son molares

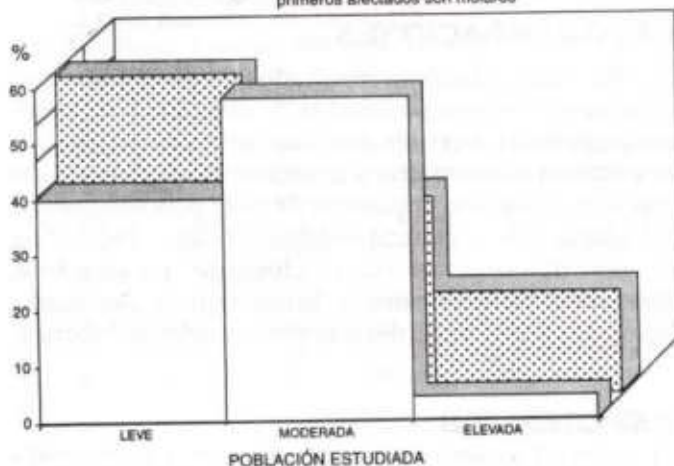
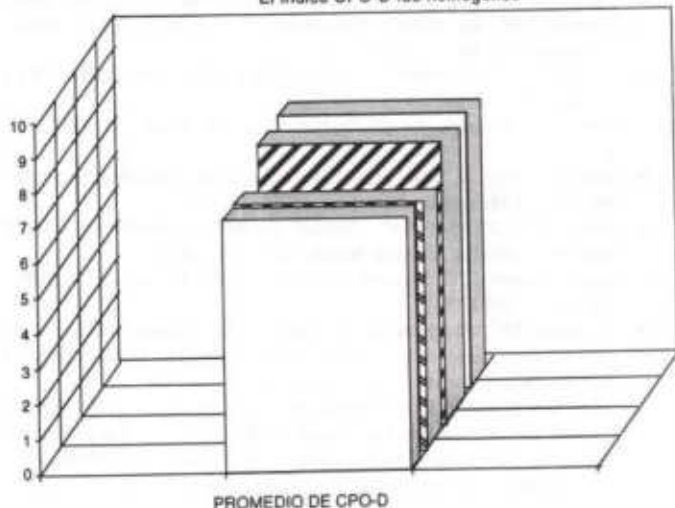


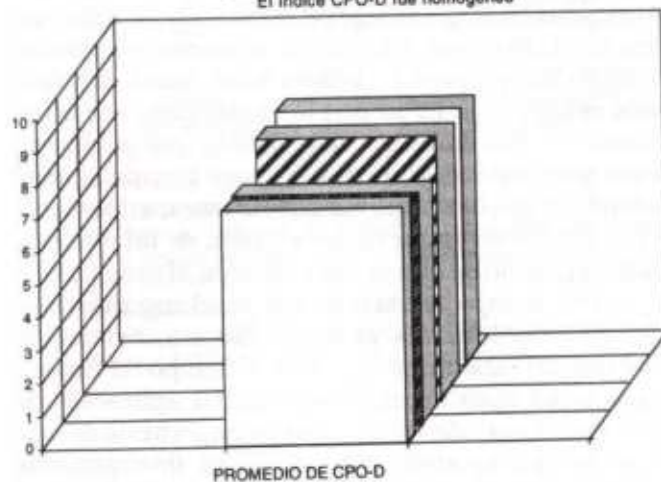
Fig. 10. El paciente co ambos tipos de caries El índice CPO-D fue homogéneo



De la población estudiada tuvieron aplicación de flúor entre el 8.6 y el 13.2 por ciento y de ellos los que tuvieron el menor porcentaje de aplicación fueron los niños con caries rampante (Fig. 7). La presencia de caries común y rampante en los niños estudiados no tiene relación al número que ocupan en la familia.

Con respecto a la edad en que aparece la caries, un alto porcentaje de caries rampante inicia entre los 2 y los 3 años y 11 meses, en contraste con los niños que padecen caries común, cuyo inicio es más frecuente entre los 5 y 6 años (Fig. 8). Los primeros dientes afectados en la caries rampante son los incisivos superiores y en la caries común son los molares (Fig. 9). De acuerdo a nuestra clasificación, el porcentaje de leve a moderado fue similar, en tanto que la severa la padeció un bajo porcentaje (Fig. 10). El índice de caries (CPO-D) fue homogéneo en ambos tipos (Fig. 11).

Fig. 10. El paciente co ambos tipos de caries El índice CPO-D fue homogéneo



DISCUSIÓN

Durante los últimos años se han realizado diferentes estudios para predecir la incidencia y prevalencia de caries utilizando diversos criterios, tales como, la higiene oral, hábitos dietéticos y varios factores en saliva, concentraciones de *streptococcus mutans* y lactobacilos, administración de flúor, etc. Ninguno de los mencionados parece ser determinante para el desarrollo de la misma y tampoco hay evidencias que señalen que una variable sea superior a otras. La razón puede ser que se han creado diseños, validación y selección de criterios diferentes en edad y sexo.

Nuestro estudio se realizó en una población que de alguna manera tenía problemas de caries; así detectamos que el 49.3 por ciento de los niños presentó caries

rampante: a diferencia de otros estudios realizados en otros países como el de Codenas *et. al.*¹⁴ en donde el estudio se llevó a cabo en 100 niños que presentaban específicamente la caries dental rampante y el efectuado por Jackson y Mendoza¹⁵, realizado en 50 niños con "síndrome de biberón". En Kuwait se efectuó un estudio en donde se detectó que de 5,473 niños, el 11.5 por ciento padeció caries rampante en población abierta.

Nosotros encontramos que tiene importancia la edad en que se inicia el proceso, ya que ésta es entre los 2 y 3 años, sin embargo, en los estudios antes mencionados no parece tener importancia esta variable. Encontramos al igual que en otros estudios que las primeras piezas dentarias afectadas son los incisivos superiores en la caries rampante¹¹⁻¹⁴. A diferencia de que en la caries común, las piezas dentarias principalmente afectadas son los molares⁷. La mayor parte de los estudios realizados por otros investigadores resaltan la importancia que tiene la presencia de alimentos azucarados en el desarrollo de la caries rampante, así como la alta frecuencia del uso de la tetera y del biberón por largo tiempo para tal enfermedad. Muchos resultados están de acuerdo con lo encontrado por otros autores¹¹⁻¹⁴. Sin embargo, detectamos que niños con caries rampante se alimentaron poco tiempo al seno materno siendo el tiempo máximo un mes, a diferencia de los que presentaron caries común, de tal manera, resulta el hecho de que la alimentación al seno materno por más tiempo pueda tener un papel importante en la prevención de caries, ya que al disminuir el tiempo en el uso del biberón, tenga menor tiempo de exposición a otros tipos de alimentación. La aplicación de flúor en el desarrollo de la caries es importante debido a que la alta incidencia de caries es inversamente proporcional a la baja aplicación de flúor. En otros países en donde existen programas de aplicación periódica de flúor, el porcentaje de caries es bajo³⁷⁻⁴⁰. Cuando se aplicó el CPO-D en ambos tipos de caries no se encontró grandes diferencias ya que se asignó el mismo valor a determinada superficie cariadas sin importar la extensión de la misma. Para poder diferenciar la severidad de la caries tuvimos que idear una tabla de valores cuyas características se describen al principio para clasificar a la caries rampante en leve, moderada y severa, a diferencia del estudio de Kuwait que clasifica el grado de caries considerando otros parámetros por no existir una norma internacional.

CONCLUSIONES

El presente estudio realizado en la población pre-

escolar de la zona urbana de San Juan de la Maguana permite llegar a las conclusiones que se enumeran más abajo.

1. La prevalencia de caries en la población preescolar es elevada (97.3%).
2. La caries rampante fue más elevada (49.3%) que la caries común (48.0%).
3. La utilización de biberón se asoció más comúnmente a la caries rampante que a la común.
4. La población tuvo una aplicación de flúor mínima (entre 8.6 y 13.2%).
5. La mayoría de los niños con caries rampante tenía entre 2 y 4 años de edad.
6. Los niños con caries tenían edades entre 5 y 6 años.
7. El índice CPO-D fue similar tanto en caries rampante como en caries común.

RECOMENDACIONES

En base a nuestros resultados consideramos que deben establecerse programas de atención comunitaria dirigidos a la prevención de daño dental que incluya la atención comunitaria a menores de edad desde los dos años; así como aplicación de flúor periódicamente y destacar la importancia que tiene la alimentación con el seno materno; así como educación en cuanto a alimentos dañinos para la integridad de las piezas dentarias y lo dañino del uso prolongado del biberón.

REFERENCIAS

1. Asencio F y Martínez C. Epidemiología bucal y accesibilidad a los servicios odontológicos de un grupo de adolescentes. Tesis presentada en la Facultad de Ciencias de la Salud de UNIBE para obtener el grado de doctor en odontología. Agosto 1992.
2. Barnes DE. La salud bucodental en el año 2000. Salud Mundial. Junio de 1981: 3-6
3. Greene JC y Vermillion JR. The Simplified oral index. Dent Assoc 1964; 68:7.
4. Lers PA. La caries dental. Salud Mundial. Junio de 1981: 10-13.
5. Schamschula R. Las causas sociales de las afecciones dentales. Salud Mundial. Junio de 1981: 26-29.
6. Klein H y Palmer CE. Dental caries in American indian children. **Public Health Wash** 1937, No. 239.
7. Sardo-Inilrri J. Enfermedades de las encías. Salud Mundial. Junio de 1981: 7-9.
8. Johnson DC, Shultz DN, Shubot DB and Easley MN. Caries patterns in heat start children in fluridates community. **J Public Health Dent** 1984; 44: 61-66.
9. Sánchez-Mena R. Prevalencia de caries en niños de 7-15 años de una escuela pública de Cotuí (1982-1993). Tesis presentada en la Facultad de Ciencias de la Salud de UNIBE para obtener el grado de doctor en odontología. 1993.

10. SESPAS. Prevalencia de caries en escolares de la República Dominicana. 1969.
11. Van Houte J, Gibbs G, Butera C. Oral flora of children with "nursing bottle caries". **J Dent Res** 1987; 61: 332-385.
12. Boue D, Armau E, Tiraby G. Bacteriological study of rampant caries in children. **J Dent Res** 1987; 66:23-28.
13. Jackson II, Mendosa AA. Factores condicionantes y determinantes en la incidencia del síndrome del biberón. **Bol Med Hosp Infant Mex** 1988; 45: 240-244.
14. Cadea AG, Llanera ME, Pérez OS. Caries por biberón Práctica Odontológica 1987; 8: 6-12.
15. Babeely K, Kaste LM, Husain J y col. Severity of nursing-bottle syndrome and feeding patterns in Kuwait **Community Dent Oral Epidemiol** 1989; 17: 237-239.
16. Johnson DC. Dental caries patterns in preschool children. **Dental Clin North Am** 1984; 28-3-20.
17. Amaratunge A, Ekanayake SL. Rampant caries en Sri Lanka children. A pilot study. **Odontostomatol Trop** 1984; 7: 133-138.
18. Adenubi JO. Rampant caries in Nigerian children: Preliminary report. **J Int Assoc Dent Child** 1982; 13: 31-37.
19. Moron DW. Caries rampante. Un metro (Colombia) 1985; 1:35.
20. Salonen L, Allander L, Bratthall D, Hellden L. Streptococcus mutans, oral hygiene, and caries in an adult Swedish population. **J Dent Res** 1990; 69: 1469-1475.
21. Van Houte J, Jordan HB, Laraway R, Kent R, Soparkar PM, DePaola PF. Association of the microbial flora of dental plaque and saliva with human root-surface caries. **J Dent Res** 1990; 69-1463-1468.
22. Marsh D, Featherstone A, McKee AS y col. Microbiological study of early caries of approximal surface in school children. **J Dent Res** 1989; 68: 1151-1154.
23. Frencken JE, Rugarabamu P, Mulder J. The effect of sugar cane chewing on the development of dental caries. **J Dent Res** 1989; 68: 1102-1104.
24. Russell LJ, McFarlane WT, Aitchison CT, Stephen WK, Burchell KCH. Caries prevalence and microbiological and salivary caries activity test in scottish adolescents. **Community Dent Oral Epidemiol** 1990; 18: 184-189.
25. Stockwell JA, Metcalf GW, Rutledge GJ, Colman CDJ, Roberts L. Dental caries experience in school children in fluoridated and non fluoridated communities in western Australia. **Community Dent Oral Epidemiol** 1990; 18: 184-189.
26. Frencken JE, Truin JG, Van't Hof MA y col. Prevalence of dental caries in 7-13 yr-old children in Moroboro district, Tanzania, in 1984, 1986, and 1988. **Community Dent Oral Epidemiol** 1990; 18: 2-8.
27. Thellade EJ, Thellade J. Formation and ecology of plaque at different locations in the mouth. **Scand J Dent Res** 1985; 93: 90-95.
28. Gallin JT, Fauci AS. Advances in host defense mechanisms. New York: Raven Press, 1985.
29. Acosta GEA. Inmunización contra la caries dental. Práctica Odontológica, 1988; 9: 31-39.
30. Bratthall D, Widestrom D. Ups and downs for salivary IgA. **Scand J Dent Res** 1985; 93: 128-134.
31. Roit IM, Lehener T. Immunology of oral diseases. New York: Blackwell Scientific Publications. 1980: 307-321.
32. Gómez CJF. Sistema IgA secretor. Práctica Odontológica 1987; 8: 23-26.
33. Strober W, Blaese MR, Waldman TA. The original of salivary IgA **J Lab Clin Med** 1970; 75: 856-862.
34. South AM, Worwick JW, Wollheim Good AR. The IgA system III. IgA levels in the serum and saliva of pediatric patient evidence for a local immunological system. **J Pediatr** 1967; 71: 645-653.
35. Kett K, Brandtzaeg P, Radl J, Haaijman JJ. Different subclass distribution of IgA producing cells in human lymphoid organs and various secretory tissues. **J Immunol** 1986; 135: 3631-3635.
36. Widerstrom L, Bratthall D. Increased IgA levels in saliva during pregnancy. **Scand J Dent Res** 1984; 92: 33-37.
37. Sullivan A, Granath L, Widenheim J. Correlation between child caries incidence and S. mutans/lactobacilli in saliva after correction for confounding factors. **Community Dent Oral Epidemiol** 1989; 17: 240-244.
38. Schafer GW, Haine MK, Levi MB. Tratado de patología. 4ta. ed. México: Editorial Interamericana, 1987: 56-57.

Main body of the document containing several paragraphs of text. The text is extremely faint and illegible due to the quality of the scan. It appears to be a formal document or report.

PRESENTACIÓN DE DOS CASOS DE DEXTROCARDIA

Claudio Almonte*, Gerardo de la Rosa**, Fulgencio Severino***, María López****, Pura Henríquez****, Domingo Taveras*****

RESUMEN

Se presentan dos casos de dextrocardia diagnosticados en el departamento de Ecorcardiografía del Hospital Dr. Salvador B. Gautier: uno con *situs inversus* y el otro con *situs solitus*.

Palabras claves: dextrocardia, *situs inversus*.

INTRODUCCIÓN

La dextrocardia es la posición del corazón localizado en el lado derecho del tórax.

El primer caso reportado en la literatura médica mundial fue el de Fabricio, 1606, y Savus, 1643. La dextrocardia en 1749 fue clasificada por Senac en congénita y adquirida. Una de la serie más grande que reporta la literatura, Lichtman, que en 1931 reportó 370 casos¹.

Una variedad de términos han sido usados: dextroposición, dextroversión y dextrorrotación son usados para describir dextrocardia con *situs solitus*, esto quiere decir que el corazón aparece como si el apex fuera simple y llamamente movilizadado del lado izquierdo al lado derecho¹.

No hemos encontrado información sobre publicación nacional de dextrocardia en el país, a pesar de que se han registrado 9 casos en el periodo de enero 1988 a enero 1994 en el Hospital "Salvador B. Gautier", de los cuales se presentan dos: uno con *situs inversus* y uno con *situs solitus*.

* Jefe Departamento Ecorcardiografía del Hospital "Salvador B. Gautier".

** Médico Ayudante del Departamento de Ecorcardiografía del Hospital "Salvador B. Gautier".

*** Médico Pasante del Departamento de Ecorcardiografía del Hospital "Salvador B. Gautier".

**** Médico General.

***** Médico Residente Hospital "Salvador B. Gautier".

CASO NO. 1

Se trata de paciente femenina de 17 años de edad, con historia de cianosis desde el nacimiento y disnea de esfuerzo desde los 14 años de edad, con varias hospitalizaciones desde la niñez y conocida en el Hospital "Salvador B. Gautier" por un cuadro de fallo cardíaco e hipertensión arterial sistémica.

EXAMEN FÍSICO

TA: 90/70 mmHG FC: 100 L/min. FR: 20 R/min.

Paciente con buen desarrollo pondo-estatural, cianosis central y periférica.

Su tórax mostró apex en 4to. EID con línea media clavicular. Al examen cardíaco encontramos que todos los datos esteto-acústicos se localizan en hemitórax derecho, sobresaliendo primer ruido único y soplo pansistólico en hemitórax derecho con epicentro en línea paraesternal derecha.

En las extremidades superiores e inferiores se observó dedos en palillo de tambor.

Entre los exámenes de laboratorio:

Hematocrito: 67%; 22.1 g.; Glicemia 111 mg/dl.;

Creatinina: 1.0 mgs/dl; Úrea: 46.0 mg/dl. En el examen de orina leucocitos numerosos, albúmina⁽⁺⁾.

En el EKG: Onda P bimodal de 0.16 segs de duración y 3 min de amplitud, con onda Q profunda en el plano frontal y plano horizontal, excepto V1 y AVR.

La radiografía de tórax revela silueta cardíaca a la derecha y un índice cardiorácico de 0.62. El hígado se encuentra a la derecha, la cámara gástrica a la izquierda y los bronquios derecho e izquierdo están en posición normal (Figura 1).

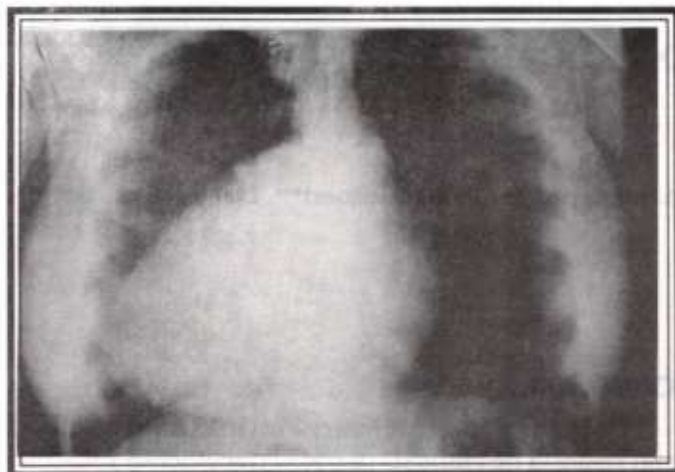


Fig. 1. Radiografía de tórax mostrando silueta cardíaca aumentada de tamaño (cardiomegalia) y de localización derecha.

CASO CLÍNICO NO.2

Paciente femenina de 16 años de edad que ingresa al Hospital "Salvador B. Gautier" con historia de sensación de punzadas precordiales de 3 meses de evolución, acompañada de mareos que se presentan cuando adoptaba la posición decúbito supino. Cefalea de localización bitemporal de leve a moderada intensidad que cedía con analgésicos convencionales.

EXAMEN FÍSICO

TA: 90/60 mmHG FC:88 L/min. FR:24 R/min

Paciente con buenas condiciones generales. Se auscultaron ruidos cardíacos regulares con apex localizado en 5to. Espacio intercostal derecho con Línea medio clavicular.

La radiografía mostró silueta cardíaca a la derecha con cámara gástrica derecha y silueta hepática izquierda (Figura 2).

Su estudio ecocardiográfico mostró presencia de dextrocardia, con discreto prolapso de la valva anterior de la mitral. Las venas suprahepáticas drenan en la vena cava inferior situada a la izquierda, mientras la aorta está a la derecha (Figuras 3 y 4).

COMENTARIOS

La incidencia de *situs inversus* ha sido estimado 1 a 2,500-20,000 personas nacidas. La dextrocardia con *situs solitus* es menos común con incidencia estimada 1:7500-17,500^{3,4}.

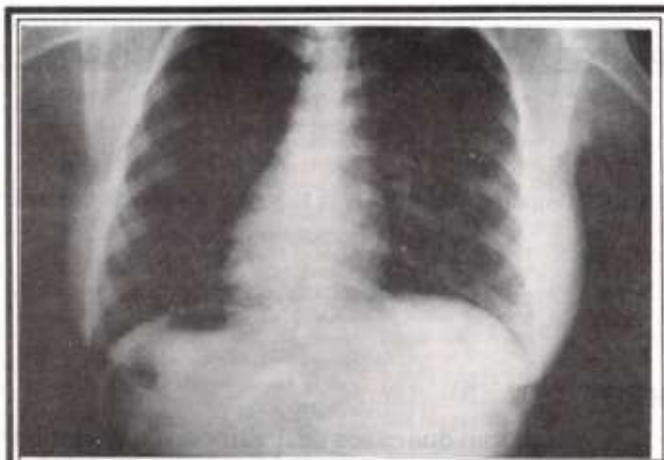


Fig. 2. Radiografía de tórax mostrando silueta cardíaca a la derecha, con cámara gástrica derecha y silueta hepática izquierda.

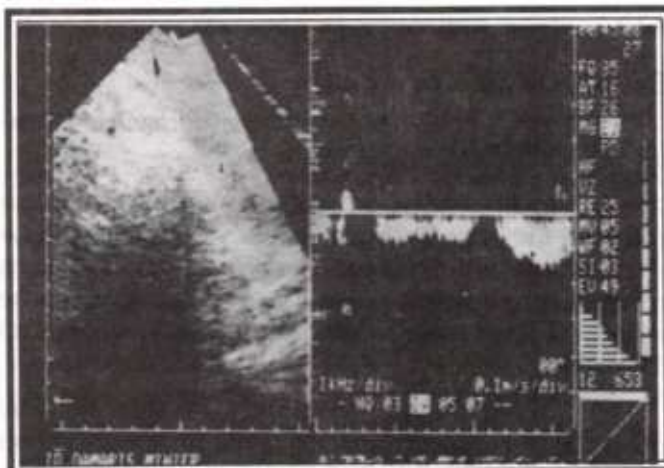


Fig. 3. Ecocardiograma mostrando vena cava inferior a la izquierda.

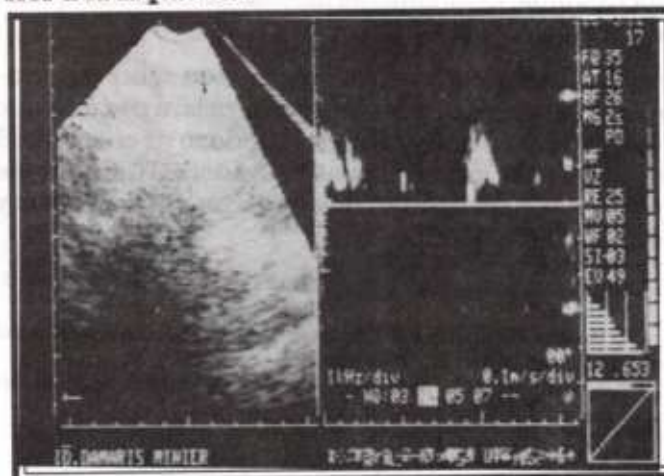


Fig. 4. Ecocardiograma mostrando aorta a la derecha.

En nuestra casuística encontramos 66 por ciento, correspondiendo a dextrocardia con *situs inversus*; 33 por ciento con *situs solitus*. Siendo necesario resaltar que una de las causas con *situs solitus* es el que mayor anomalía congénita presentó.

Algunos autores Campbell *et. al.* encontraron 29 pacientes con dextrocardia en 1,130 pacientes con enfermedad congénita, para un 2 por ciento. De ellos 10 presentaron *situs inversus*, 16 *situs solitus* y 3 *situs ambiguos*².

Mientras que Van Proug en 136 casos de dextrocardia, 66 tuvo *situs solitus*, 24 *situs inversus* y 46 ambiguos⁵.

La importancia de la dextrocardia no es que el corazón esté del lado derecho, sino porque hay una asociación de anomalías cardíacas anatómicas congénitas. Algunas series dan una incidencia de enfermedad cardíaca congénita con dextrocardia primaria en un 10 por ciento en *situs inversus* y superior a 90 por cientos en *situs solitus*¹.

Las anomalías cardíacas más frecuentemente asociadas son: Discordancia Aurículo-Ventricular (A-V) que se presenta en 50 por ciento de casos de dextrocardia con *situs solitus* y 25 por ciento de dextrocardia con *situs inversus*³; ventrículo único, que se asocia en un 25 por ciento con dextrocardia con *situs solitus* y es rara en dextrocardia con *situs*

inversus; defecto del *septum* interventricular que se han encontrado en proporción igual dextrocardia con *situs solitus*, *situs inversus* aproximadamente 60 por ciento de los casos; transposición corregida de las grandes arterias que aparece en el 50 por ciento de *situs solitus* y 20 por ciento de *situs inversus*^{4,5} transposición de las grandes arterias Completa o Clásica, más frecuentemente asociado a *situs solitus*; doble salida del ventrículo derecho, más frecuentemente en *situs inversus*, 30 por ciento y en *situs solitus* y 50 por ciento en *situs inversus*; Arco aórtico, 80 por ciento en *situs inversus* y 5 por ciento en *situs solitus*^{3,4,5,6}.

En nuestra serie no encontramos ningún caso con dextrocardia y *situs inversus* que presentara anomalías congénitas; y con *situs solitus* encontramos solamente un caso de anomalía congénita compleja.

REFERENCIAS

1. Howard P. Cardiac Malposicion Heterotoxy In: Garson, A The Science and Practice of Pediatric Cardiology 2da ed Vol 1, 1990.
2. Campbell M. Dextrocardia and Levocardia 3ª ed, Vol 27, 1965.
3. Snider R. Echocardiography in Pediatric Heart Disease 1ra ed, Oklahoma: Novy, 1990.
4. Harvey F. Echorcardiography 5ta ed, Cleveland: Novy, 1994.
5. Perloff J. Congenital Heart Disease in Adults Heart Disease 4ta ed, Copyright, 1992.
6. Diaz G, Altie F. La secuencia diagnóstica de las Cardiopatías Congénitas. Revista Mexicana de Cardiología, 1982.

Dear Sir,
I have the honor to acknowledge the receipt of your letter of the 10th inst. in relation to the above matter. I am sorry to hear that you are not satisfied with the result of the investigation. I will endeavor to do all in my power to rectify the same.

I have directed the proper authorities to re-examine the case and to report to me as soon as possible. I will be glad to hear from you again when you have had an opportunity to review the report.

I am, Sir, very respectfully,
Your obedient servant,
John D. Smith

I have the honor to acknowledge the receipt of your letter of the 10th inst. in relation to the above matter. I am sorry to hear that you are not satisfied with the result of the investigation. I will endeavor to do all in my power to rectify the same.

I have directed the proper authorities to re-examine the case and to report to me as soon as possible. I will be glad to hear from you again when you have had an opportunity to review the report.

I am, Sir, very respectfully,
Your obedient servant,
John D. Smith

LA FRANQUICIA Y SU IMPORTANCIA EN EL TRÁFICO ECONÓMICO Y MARCO LEGAL PARA SU APLICACIÓN

Espinosa Adnalov**, Cabrera Veriozka**, Gutiérrez William***, Dhimes Jacqueline***

Orígenes y evolución

El origen de la franquicia, como el de cualquier institución de carácter jurídico-mercantil, se encuentra ligado al desenvolvimiento del tráfico económico. En esencia, surge como respuesta jurídica a exigencias de climas de regresión económica, en los cuales el descenso o el simple estancamiento de la demanda no puede cubrir la oferta, a efectos de mantener el equilibrio medio del mercado. La apertura de éste parece entonces la única solución posible. Se trata de conquistar nuevos mercados, asumiendo otros niveles de consumo.

El clima descrito representa, sin embargo, un obstáculo para la consecución de tal objetivo. La descapitalización empresarial se advierte de forma notable en el sector productivo; de ahí la imposibilidad de coordinar los esfuerzos necesarios a nivel de fabricación con los que se requerirán para asumir la amplia gama de funciones distributivas de sectores de consumo a través de la publicidad y la oferta de condiciones económicas y de servicios ventajosos. En este punto, los productores toman conciencia de que la conquista de aquéllos sólo puede llevarse a cabo mediante una estrecha vinculación con los distribuidores.

Las primeras manifestaciones de éste, según opinión generalizada, se advierten en Estados Unidos, en el marco del período de la «reconstrucción» que tuvo lugar tras la guerra de Secesión, cuando los industriales norteamericanos, imposibilitados para extender su actividad hacia el oeste y el sur del país mediante una actuación directa y capital propio, recurren a la colaboración de viajantes y comerciantes locales, dispuestos a arriesgar sus modestos capitales en la venta de unos productos amparados con nombres y marcas de prestigio ya reconocido.

* Resumen tesis de grado para optar por el título de doctor en Derecho, Universidad Iberoamericana (UNIBE).

** Doctores egresados de UNIBE.

*** Profesores Metodología Científica UNIBE.

Pero la verdadera expansión se produjo tras la Segunda Guerra Mundial, momento en el cual se convierte en alternativa eficaz para los soldados desmovilizados que, si bien carecían de la formación técnica necesaria para acometer una actividad empresarial, disponían de un pequeño capital deseosos de invertir; así como para las pequeñas y medianas empresas ya establecidas cuya expansión comercial, ante el peligro de absorción por parte de las grandes entidades, quedaba obstaculizada por la escasez de medios financieros. La institución de la franquicia ofrecía al franquiciado, dotado de una cierta experiencia y de un capital mínimo, la posibilidad de mantenerse en la dirección de su propia empresa entrando a formar parte de una cadena de distribución con éxito ya probado, y corriendo, por tanto, un riesgo limitado.

Desde este momento el sistema de franquicia viene experimentando un vertiginoso crecimiento.

La primera ley del mundo que trata de esta materia es la ley americana "Full Disclosure Act" votada en 1978 y que entra en vigor el 21 de diciembre de 1979 bajo el nombre oficial de "*Franchising and Business Opportunity Ventures Trade Regulations*". Esta ley trata de manera general los problemas que puedan surgir por la adquisición de una franquicia, sin que el franquiciado haya tenido previamente, una información completa del objeto sobre el cual tratara. A partir de esta ley el crecimiento de las franquicias aumentó aún más.

Ahora bien, la expansión del «franchise method» no se detiene en las fronteras de los Estados Unidos.

En esta primera fase, el sistema de franquicia se articula mediante empresas norteamericanas que trasladan su propio sistema al territorio europeo: el franquiciador es una empresa norteamericana, el franquiciado un distribuidor europeo. En la siguiente ambas partes son ya empresas europeas.

El mayor impulso que sufren las franquicias en

Francia tiene lugar a finales de la década de los 70's, época en que surge la Federación Francesa de Franquicias, quienes promulgan el "Código de Deontología de la Franquicia".

Ya para el año 1986 la Corte de Justicia de las Comunidades Europeas se pronuncia sobre la validez del contrato de franquicia.

Sin embargo, parece que la implantación de la franquicia en Europa se debe no tanto a la imitación de la práctica norteamericana como a la necesidad o «intuición» de las empresas europeas en relación con la evolución de los mercados y las necesidades del comercio. Si ha habido imitación algunas veces no ha sido pura y simple: ha habido transposición y adaptación.

Definición

La palabra "franquicia" expresa originalmente la cesión de un privilegio, y un contrato de franquicia tiene por objeto la distribución vertical de productos o servicios, y supone un otorgante (franchisor), poseedor de los derechos involucrados en la franquicia, y un concesionario (*franchisee*).

Analizando las definiciones de juristas tanto latinoamericanos como europeos y estadounidenses se aprecia que, el concepto de franquicia tiene un alcance global. Aún cuando existen divergencias en cuanto a los pormenores la esencia se mantiene igual.

Por lo tanto una definición que involucra todos los puntos esenciales de un contrato de este tipo sería la siguiente: el contrato de franquicia es un conjunto de obligaciones recíprocas y permanentes por el cual el otorgante de franquicia concede al concesionario, comerciante o empresario independiente, contra pago de una cuota, el derecho a vender ciertos productos y/o servicios utilizando el nombre, marca registrada, equipo, patentes, experiencia técnica y comercial del otorgante, y aplicando los métodos de organización y publicidad establecidos por el otorgante, en lo cual este último presta al concesionario ayuda, consejo y formación, reservándose el derecho de control.

Por lo tanto una definición que involucra todos los puntos esenciales de un contrato de este tipo sería la siguiente: el contrato de franquicia es un conjunto de obligaciones recíprocas y permanentes por el cual el otorgante de franquicia concede al concesionario, comerciante o empresario independiente, contra pago de una cuota, el derecho a vender ciertos productos y/o servicios utilizando el nombre, marca registrada, equipo, patentes, experiencia técnica y comercial del otor-

gante, y aplicando los métodos de organización y publicidad establecidos por el otorgante, en lo cual este último presta al concesionario ayuda, consejo y formación, reservándose el derecho de control.

Se debe añadir a esta definición la aclaración que el atractivo de las franquicias radica en la fórmula, generalmente secreta, desarrollada y explotada previamente por el franquiciador, con la cual éste ha obtenido el éxito tanto económico como comercial.

Notas jurídicas sobre el contrato de franquicia

Se plantea de esta forma el problema de buscar encaje a dichas figuras en las normas ya existentes, o bien adaptar éstos a las nuevas realidades mercantiles; en este sentido, se entiende que no es conveniente forzar una equiparación absoluta entre las figuras económicas necesitadas de regulación y las jurídicas ya existentes, pues se corre el peligro de desfigurar unas y otras.

Como consecuencia de esta situación surge un verdadero derecho consuetudinario referente a las nuevas instituciones económicas, que indudablemente llegará a formar parte de los futuros códigos mercantiles.

Elementos constitutivos

Es más comprensible la noción de un todo, si primero analizamos sus partes. Por esta razón es necesario analizar cada una de las partes que hacen de la franquicia una modalidad comercial tan atractiva.

Transferencia de tecnología o know-how

Para fines de la franquicia, es preciso entender la tecnología como con los conocimientos técnicos y científicos propiedad de una empresa determinada, aplicables para un proceso industrial o cualquier otro tipo de proceso para la producción de bienes o servicios, y a la cual se le puede fijar un valor económico. La tecnología comprende de esta manera:

- a. Conocimientos que pertenecen a una persona o empresa determinada;
- b. Conocimientos científicos que se puedan emplear en una actividad comercial o industrial;
- c. Y que a esta se le pueda fijar un valor, o sea, es susceptible de la fijación de un precio.

Los conocimientos científicos y técnicos que pertenecen al público en general no forman parte de dicha tecnología. Tampoco se refiere ésta a cualquier conocimiento científico.

La transferencia de tecnología, es el proceso mediante el cual los conocimientos técnicos, propiedad de una persona o empresa determinada, se transfieren a un tercero para el uso por parte de este tercero de un proceso industrial o económico. En la transferencia de tecnología internacional se crea un vínculo entre el propietario de la tecnología y el beneficiario. De este vínculo, se genera flujo de conocimientos técnicos así como pagos de dinero por concepto de compensación por la transferencia de la tecnología.

Un contrato de transferencia de tecnología, puede transmitir la tecnología en un número de formas diferentes que van desde una transferencia simple de un conocimiento técnico determinado (ejemplo, como usar una máquina para fabricar, unas piezas determinadas, combinación de ingredientes para la elaboración de una salsa secreta) hasta la venta de una planta industrial con toda su maquinaria y equipo, y con toda la ciencia necesaria para poner la planta en operación. Manteniendo presente lo que se entiende por transferencia de tecnología, los acuerdos de venta de tecnología se pueden clasificar según: el grado de tecnología transferida y el monto de transferencias accesorias.

El control y la asistencia técnica

En todo sistema de franquicia permanece un fondo de problemas que pide una iniciativa personal en el frente de operaciones. Es precisamente por esto, a fin de mantener al éxito de dicho sistema, que éste está obligado a prestar ayuda y formación en el aspecto técnico y administrativo. Además, puede y debe ejercer un control riguroso.

El resultado no puede ser obtenido si ellos no se alinean bajo las directivas del franquiciador, cuya ejecución sobre el conjunto del sistema permite una armonización de las actividades.

Abandonando una parte de su independencia los franquiciados transfieren un poder al franquiciador que éste ejerce con la finalidad económica en provecho de todos. Correlativamente, tiene el poder de animar y dirigir la red, a fin de que los objetivos que las partes tienen en vista se realicen en un interés económico común. Cada parte debe encontrar su fuerza en la unión, cuyo fin es asegurar las condiciones óptimas de rendimiento de las firmas participantes.

Cada uno de los asociados debe tender a lograr un rendimiento óptimo, de modo que éste se haga sentir en todo el conjunto. El otorgante de franquicia debe ofrecer su asistencia a cada uno de los franquiciados, especialmente en cuanto a la presentación del producto o servicio y a la manera de llevar al negocio.

La sensación de interdependencia constante entre las partes y al servicio del sistema como un todo es un elemento vital para cualquier sistema de franquicia.

La Licencia de Marca

En un mundo que se vuelve cada vez más competitivo a causa de la gran cantidad de bienes y servicios que inundan el mercado, las marcas e insignias son universalmente reconocidas como un dispositivo utilizado por los productores y ofertantes para identificar los bienes y servicios que fabrica o vende. A través de esta identificación el consumidor puede distinguir los bienes y servicios de acuerdo a su fuente y origen, o sea distinguir los bienes y servicios de una empresa de los otros.

En los sistemas de franquicia, el franquiciador propietario de una marca reconocida ya en el mercado, le concede el uso de esta marca, a través de una licencia. Esta licencia de uso de marca permitirá al franquiciado utilizar el nombre comercial o la razón social de aquél, y/o el rótulo de su establecimiento así como sus siglas o símbolos, logotipos, etc; en general, los signos distintivos que identifican la empresa del franquiciador.

El pago de los Cánones o Royalties y pago del derecho de entrada

La justificación de los contratos de franquicia es permitir la expansión de determinados tipos de actividades comerciales e industriales por parte de empresas que carecen del capital suficiente para hacer inversiones directas para sus programas de expansión. Empresas con conocimientos suficientes de mercadeo y con un producto o imagen buena en el mercado, adoptaron la decisión de transferir franquicias a terceros, quienes actuaban como propietarios del negocio dentro de determinado territorio.

Desde el punto de vista económico el franquiciador no se ve obligado a invertir su propio capital en la expansión e internacionalización de su empresa. No solamente se ve liberado de la inversión propia, sino que además éste recibe el pago de los royalties o

cánones periódicos. En general, constituyen la contrapartida de las ventajas resultantes del contrato, corresponden a los gastos que serían de cuenta del distribuidor si no se beneficiaría de las prestaciones del franquiciador-publicidad, utilización de la marca y otras modalidades de propiedad industrial, asistencia técnica permanente y reciclaje del know-how...-. Se discute, sin embargo, el tema respecto al denominado derecho de entrada.

La Exclusividad

La exclusividad es una limitación a la libertad contractual en el sentido que le impone al contratante que la soporta una obligación fundamental de no hacer. En el caso de la franquicia la obligación para el franquiciador de no celebrar una determinada clase de contratos con personas distintas al franquiciador o para éste la de no concluirlos con otro que no sea aquél.

Modalidades de la franquicia

No es posible en un ámbito como es éste, sometido al principio de la libertad contractual intentar una recopilación de la multitud de modalidades que la práctica ofrece. Siendo su tipología tan variada parece de mayor utilidad, en orden a los fines de este trabajo, mencionar únicamente las que han servido a la doctrina para trazar el marco genérico dentro del cual puede encuadrarse cualquier modalidad de franquicia.

Las franquicias se clasifican según su objeto y la modalidad concertada y la participación de las partes.

Según su objeto, la franquicia puede ser de distribución, de producción o industrial y de servicios.

De acuerdo con la modalidad de exclusividad concertada, se distinguen la convencional o itinerante y la operativa o territorial.

Según su participación de las partes en las inversiones necesarias para el establecimiento de la unidad de venta, se puede considerar la franquicia en copropiedad, en codirección y en locación.

Rasgos descriptivos del contrato de franquicia

Características

Desde un punto de vista jurídico la franquicia tiene como punto de partida la relación que ese desarrolla entre un franquiciado y su franquiciador, la cual está amparada bajo un contrato.

El artículo 1101 del Código Civil define el contrato como "un convenio en cuya virtud una o varias personas se obligan respecto de una o de varias otras, a dar, hacer o no hacer algunas cosas". En otras palabras siempre que exista un acuerdo de voluntades, generando una situación jurídica, se está en frente de un contrato.

El Contrato Internacional de Franquicia presenta las siguientes características:

- Es un contrato sinalagmático o bilateral. Esto consiste en la obligación recíproca que contraen las partes, las una respecto a las otras. Cada uno de los contratantes es, a la vez, acreedor y deudor. La existencia de la obligación de una de las partes está subordinada a la existencia de las otras. Es decir se trata de obligaciones interdependientes.
- Es conmutativo, esto quiere decir que cuando una de las partes se obliga a dar o hacer una cosa que se considera equivalente de lo que hace o da el otro contratante. La contraprestación a recibir por cada una de las partes es un suceso cierto. Al momento de la conclusión del acto la ventaja a obtener por cada una de las partes es susceptible a ser evaluada por ella.
- Es a título oneroso. Mediante éste las partes se obligan a dar, hacer alguna cosa; existen beneficios para ambas partes. El elemento clave de este tipo de contrato es la reciprocidad de ventajas, ambas partes contraen la obligación en busca de un beneficio económico.
- Es de "intuitu personae". Esto se manifiesta en el sentido de que una de las partes contrata en consideración de las cualidades de la otra.
- Es de cumplimiento sucesivo. En este tipo de contratos se exige para su cumplimiento cierto lapso. Las obligaciones jurídicas prolongan a través de la duración del mismo.

Obligaciones y obligaciones de las partes

La obligación, es un vínculo de derecho de aspecto pecuniario que une a dos (o más) personas, una de las cuales, el deudor está constreñida a una prestación a favor de la otra, al acreedor.

Como consecuencia del carácter personal de las obligaciones y de la aplicación del principio de la autonomía de la voluntad en el contrato de franquicia, el número de obligaciones y derechos enumerados en

éste es ilimitado. Sin embargo, para tipificar a este contrato como tal, existen ciertas obligaciones, las cuales deben estar presentes.

Las obligaciones a que están sujetas las partes en un contrato de franquicia son las siguientes, la mayoría de las cuales son enumeradas por el Reglamento de la Comisión de la CEE sobre Franquicia.

Obligaciones del franquiciador

Las obligaciones del franquiciador en una zona determinada del mercado común, el territorio contractual son las siguientes:

- Prestaciones de un "Know-how".
- Obligaciones de asistencia.
- De suministro.
- De concesión de licencia de marca y otros signos distintivos.

Obligaciones del franquiciado

Son obligaciones dirigidas a:

- Mantenimiento de la identidad común y la reputación de la red de franquicia.
- La protección de los derechos de propiedad industrial o intelectual del franquiciador.
- De tipo financiero.

Terminación del contrato

La duración de los contratos de franquicia puede ser determinada o indeterminada. Esta última no es muy frecuente en la práctica porque no corresponde a los intereses ni del franquiciador, ni de los franquiciados. Los contratos de duración determinada pueden llegar a su final como consecuencia de una de estas tres causas:

- Llegada del término.
- Muerte del franquiciado o liquidación de la compañía franquiciada.
- Falta de alguna de las partes en el cumplimiento de obligaciones.

Solución de los conflictos

En vista del carácter internacional tanto de los sistemas como de los contratos de franquicia, éstos

pueden ocasionar inconvenientes en caso de ocurrencia de un conflicto. Se suscitara entonces lo que en la práctica del Derecho Internacional Privado, se denomina Conflicto de Leyes.

Los conflictos de leyes se originan como consecuencia de los hechos tendientes a crear, destruir, o extinguir un derecho, cuando intervienen dos o más estados. De manera que existen conflictos de leyes cuando se plantea determinar cual es la ley aplicable al extranjero con relación al nacimiento o extinción de sus derechos, o determinar la legislación competente de sus derechos creados.

Estas reglas, enumeradas en orden de importancia, y excluyentes la una de la otra, son las siguientes:

- 1) *Lex Fori* o Ley del Foro; aplicación de la ley del tribunal apoderado.
- 2) *Lex Patrae*; aplicación de la ley nacional de las partes.
- 3) *Lex Domicilii*; aplicación de la ley del domicilio.
- 4) *Lex Rei Sitae*; aplicación de la ley de los bienes.
- 5) *Locus Regit Actum*; aplicación de la ley del lugar del acto o del hecho jurídico.
- 6) *Lex Loci Delicti*; aplicación de la ley de lugar del delito.
- 7) La autonomía de la voluntad, aplicación de la ley de elección de las partes.

CONCLUSIONES

Las partes asociadas a la red de franquicia desarrollan una colaboración comercial conjunta, en cuyo éxito todos tienen el máximo interés, tanto el franquiciador, creador y promotor de la cadena, como los propios franquiciados. Su idoneidad, por lo tanto, para la penetración en los mercados exteriores es manifiesta debido a que los franquiciados son empresas autónomas jurídica y económicamente. Esto facilita grandemente la homologación a países reglamentaciones distintas.

Pero el desarrollo de una red de franquicia plantea también problemas. Principalmente desde el punto de vista de que los franquiciadores deben, a fin de mantener la integridad de la red, ejercer un control estricto sobre los franquiciados desde el inicio de la planificación estratégica del sistema.

Se pueden desglosar las ventajas, y desventajas de este contrato.

Ventajas

- Impulsa la expansión rápida del sistema.
- La inversión de capital y los riesgos son mínimos.
- Mayor facilidad de administración.
- Incremento en la valorización de la estructura.
- Mayores ingresos para el franquiciador.
- Utilización óptima del marketing y estrategias publicitarias.

Desventajas

- El control sobre los establecimientos.
- Complejidad de la motivación y la comunicación.
- Los franquiciados tienen una posición jurídica más débil.

Recomendaciones

Redacción del contrato y aplicación en el territorio nacional.

Redacción del contrato de franquicia

En vista de la escasa experiencia que se tiene en la República Dominicana con respecto a los contratos de franquicia, conviene extremar las precauciones en la redacción de los mismos. Debe preceder una exposición de las bases económicas y personales sobre las que se va a asentar el convenio.

En vista de la importancia que el sistema de franquicia ha adquirido, no es de sorprender que,

dadas las numerosas combinaciones posibles, estos contratos sean tan diversos que prácticamente no existan dos casos iguales. Desde los acuerdos que se limitan a fijar algún acuerdo verbal, hasta los volúmenes contrato "standard" de las grandes empresas norteamericanas dispensadoras de franquicia, existe cada una amplísima gama de variaciones, debidas en parte a que cada ramo requiere sus propias formulaciones.

Aplicación en el territorio nacional

Las leyes de los distintos países acusan importantes diferencias en lo que concierne a la condición jurídica de los contratos de franquicia, con frecuencia, regulan de forma particularmente minuciosa las relaciones de derecho que existen entre el franquiciador y su franquiciado.

De ahí que tenga suma importancia que el contrato de franquicia no contenga ninguna disposición incompatible con las disposiciones legales de país alguno en el cual el contrato haya de ser cumplido, en totalidad o en parte. Esto es particularmente importante en la República Dominicana en virtud de la limitación al principio de la libertad contractual establecida por el artículo 6 del código civil.

En vista de lo antes mencionado, debe tomarse en consideración que existen en la República Dominicana cuatro leyes aplicables a la de los contratos internacionales de franquicia. Estas son la ley 173 sobre protección a los agentes Importadores de Mercaderías y Productos; la ley 4994 sobre Patentes; la ley 1450 sobre Registro de Marcas de Fábrica; y la ley 861 sobre la Inversión Extranjera.

FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA TOS HABITUAL ENTRE ESTUDIANTES ADOLESCENTES DE SANTO DOMINGO

Rubén Darío Pimentel*, Virginia M. Núñez**, María A. Nova Soriano**, Mildred Gómez Féliz***

RESUMEN

De enero a abril de 1986, se dirigió una encuesta auto-administrada a 5,506 estudiantes de los dos últimos años de la enseñanza secundaria tradicional de Santo Domingo, obteniéndose respuesta de 5,318 estudiantes, o sea, 96.6 por ciento. La muestra fue seleccionada mediante estratificación e incluyó la mitad de los centros de enseñanza secundaria del Distrito Nacional.

El objetivo de esta encuesta fue indagar sobre síntomas respiratorios, en particular, los concernientes a la tos habitual (matinal, diurna o nocturna).

Los adolescentes que tenían síntomas de tos habitual representaron el 36.2 por ciento: (15.9%, matinal y 20.3%, diurna o nocturna) y aquellos que no tenían ningún síntoma respiratorio, el 53.6 por ciento. Los otros tenían ya sea tos crónica (4.8%) o antecedentes de asma (5.4%).

La tos habitual fue significativamente ($p < 0.001$) más elevada en las mujeres que en los hombres. En cambio, no difiere significativamente ($p = NS$) con la edad. En lo que respecta al tabaquismo, éste tiene un rol muy importante y estadísticamente muy significativo ($p < 0.001$); la proporción de estudiantes que tosen habitualmente fue 2 veces más elevada en los fumadores que en los no fumadores.

Por último, se destaca que la proporción de alumnos que han tenido antecedentes de bronconeumopatías en la época de la lactancia y la edad pre-escolar es netamente más baja en los estudiantes que no tosen que en aquellos que tosen.

Palabras claves: tos habitual, adolescentes, etiología.

INTRODUCCIÓN

La República Dominicana, como otros países en desarrollo, carece de información confiable sobre la morbilidad de las enfermedades crónicas más prevalentes. Respecto a las enfermedades respiratorias, hay también carencia de información y diferencias en los diversos países debido a factores ambientales, climáticos y a diferencias en el nivel de vida de sus habitantes.

Por esta razón, debe esperarse una amplia variación de la morbilidad de estas enfermedades en los distintos países. La prevalencia de síntomas respiratorios en América Latina probablemente varía desde un 4 por ciento en climas cálidos con poca contaminación del aire hasta más de un 30 por ciento entre fumadores residentes en ciudades más frías y con mayor contaminación atmosférica¹.

Conocer la prevalencia real de las enfermedades respiratorias no tuberculosas y sus posibles factores etiológicos a fin de disponer una mejor distribución de los recursos de salud, es un reto de las autoridades sanitarias.

El objetivo de esta encuesta ha sido, indagar sobre síntomas respiratorios, en particular los concernientes a la tos habitual y establecer su relación con el hábito de fumar y los antecedentes de bronconeumopatías de la época de la lactancia y la edad pre-escolar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Elección de la población

A fin de poder estudiar la tos crónica del adolescente era necesario contar con una población numéricamente importante, puesto que la prevalencia esperada era de 2 a 3 por ciento². Para poder responder a este imperativo, debieron entrar en la encuesta 5,706 estudiantes de los dos últimos años de la enseñanza

* Hospital Infantil "Dr. Robert Reid Cabral".
** Médicos Generales.
*** Residente de patología.

secundaria tradicional de la ciudad de Santo Domingo, de un universo de 22.824 estudiantes.

Desde el comienzo se debió excluir a uno de los liceos debido a que su director no aceptaba el protocolo establecido y por tanto, el número de estudiantes que debía participar en la encuesta disminuyó a 5,506.

La muestra se obtuvo mediante una selección bietápica en la cual se seleccionaron, en una primera etapa, uno de cada dos liceos al azar y en la segunda etapa, se seleccionó uno de cada cuatro estudiantes en forma aleatoria. Para realizar la selección se utilizó como marco de referencia una lista de los Centros Educativos de interés suministrada por la división de estadística de la Secretaría de Estado de Educación, Bellas Artes y Cultos y la lista de los alumnos de la clase. La ecuación de selección fue:

$$f = 1/2 \times 1/4 = 1/8 = \frac{22,824}{5,706} = \frac{N}{n}$$

Los estudiantes fueron sometidos a una encuesta auto-administrada³ que en el terreno se realizó simultáneamente en la mitad de los centros educativos, (N=25), de enero a abril de 1986.

En cada liceo, los estudiantes llenaron sus auto-cuestionarios en clase, bajo la vigilancia neutra de un profesor y sin comentarios alguno. En seguida, los cuestionarios fueron recogidos, colocados en sobres cerrados en presencia de los alumnos y enviados a un centro de codificación.

Los alumnos que tenían síntomas de tos crónica fueron seleccionados y luego cada uno de ellos fue pareado con dos testigos sin ningún síntoma actual. El apareamiento se realizó bajo los criterios siguientes: mismo sexo, mismo año de nacimiento, mismos hábitos de tabaquismo y misma categoría socio-profesional del jefe de la familia.

Análisis de la información

Los datos obtenidos a partir de la presente encuesta fueron analizados a través del test del chi-cuadrado (χ^2). Se consideró de significación estadística una $p \leq 5\%$.

RESULTADOS PRELIMINARES

I. Descripción de la población

Los alumnos presentes en clase el día de la encues-

ta y que llenaron el auto-cuestionario fueron 5,318. La edad promedio, comprendida entre 14 y 21 años fue de 16.6 ± 1.3 años. Esta población estaba compuesta por 48 por ciento de hombres y 52 por ciento de mujeres.

Los adolescentes que tenían síntomas de tos crónica representaban el 4.8 por ciento y aquellos que no tenían ningún síntoma 53.6 por ciento. Los otros síntomas ya sea tos matinal (27.8%), tos diurna o nocturna (37.3 por ciento), disnea (14.3%) sibilancias (20.6%) o asma (5.4%), cada uno de estos síntomas pudiendo estar asociados o no a uno o a varios de los otros.

La proporción de fumadores fue de 39.2 por ciento y la de ex-fumadores de 3.4 por ciento. La edad promedio en la que los alumnos habían comenzado a fumar de 15.0 años ± 2.4 y la cantidad promedio de cigarrillos fumados por día y por adolescentes de 8.6 ± 5.9 . Los ex-fumadores habían dejado de fumar desde hacía 9.4 meses ± 1.2 ; antes de la encuesta fumaban 6.0 cigarrillos por día ± 5.3 .

II. La tos según el sexo y la edad y el tabaquismo

Del total de estudiantes, 36.2 por ciento dijeron tener tos habitual (15.9%, matinal y 20.3%, diurna o nocturna) véase figura 1. Estos resultados se presentan en el cuadro I, por sexo, edad y hábitos de tabaquismo.

Cuadro I. Proporción de alumnos que presentaron síntomas de tos habitual, según el sexo, la edad y los hábitos de tabaquismo. Santo Domingo, 1986.

VARIABLES	TOTAL (%)	MATINAL	TOS HABITUAL DIURNA O NOCTURNA (%)
Varones	16.2	14.9	17.4
Hembras	20.0	16.8	23.2
Test estadístico		p=0.002	p=0.001
15 años		15.0	20.4
16 años		16.6	21.4
17 años		15.4	19.4
18 años		16.3	20.9
Test estadístico		NS	NS
No fumadores		9.4	14.1
Fumadores		25.4	30.0
Ex-fumadores		18.5	23.8
Test estadístico		p=0.001	p=0.001

Fuente directa

Se encontró una proporción significativamente ($p < 0.001$) más elevada de tos habitual (20.0%) en las mujeres que en los hombres (16.2%). En cambio, la tos

habitual no difiere significativamente ($p=NS$) con la edad (cuadro I). En lo que respecta al tabaquismo, éste tiene un rol muy importante y estadísticamente muy significativo ($p<0.001$); la proporción de estudiantes que tosen habitualmente fue cerca de 3 veces más elevada en los fumadores que en los no fumadores y cerca de 2 veces más baja en los no fumadores que en los ex-fumadores.

III. La tos según los antecedentes

Los antecedentes de enfermedades respiratorias en la época de la lactancia y en la edad pre-escolar tomados en cuenta en este sentido son aquellos que corresponden a las preguntas siguientes:

- ¿Ha tenido usted varias bronquitis?
- ¿Ha tenido usted afecciones respiratorias tales como neumonías, bronconeumonías, congestiones pulmonares?
- ¿Ha tenido usted otras afecciones respiratorias (pleuresía no tuberculosa, dilatación de los bronquios, etc.)?

La relación tos habitual/antecedentes de bronconemopatía se muestra en el cuadro II. La proporción de estudiantes que han tenido antecedentes de bronconeumopatía es netamente más baja en los alumnos que no tosen: aproximadamente 3 veces más baja para los antecedentes de la época de la lactancia y 2 veces más baja para los de edad pre-escolar. Todas las relaciones son extremadamente significativas y continúan siéndolo después de un ajuste sobre el tabaquismo, lo que demuestra que este factor no es responsable de la relación.

Cuadro II. Proporción de alumnos que han tenido antecedentes de bronconeumopatía entre aquellos que tosen habitualmente.

	sin tos matinal (%)	con tos matinal (%)	Estadístico	sin tos diurna o nocturna (%)	con tos diurna o nocturna (%)
Proporción de sujetos que han tenido varias bronquitis:					
-Antes de los 2 años	4.1	10.7	0.001	3.9	10.1
-Entre 2 y 6 años	14.8	28.5	0.001	13.9	29.4
Proporción de sujetos que han tenido neumopatías:					
-Antes de los 2 años	0.8	2.7	0.001	0.7	2.3
-Entre 2 y 6 años	2.0	5.2	0.001	1.9	5.5
Proporción de sujetos que han tenido pteropatías:					
-Antes de los 2 años	0.3	0.9	0.001	0.3	1.0
-Entre 2 y 6 años	0.6	1.6	0.001	0.5	1.7

Fuente directa.

COMENTARIOS

La primera parte de esta investigación, fue una encuesta epidemiológica transversal que incluyó una proporción numéricamente importante de la población adolescente escolarizada de la ciudad de Santo Domingo, muestra que existe una elevada tasa de prevalencia de tos habitual (36.3%). Sin embargo, las tasas obtenidas a través de esta encuesta son significativamente ($p<0.001$) más bajas que las reportadas por Campos⁷, al estudiar 1,045 estudiantes costarricenses. Este autor encontró una prevalencia de 35.0 a 40.6 por cientos de tos matinal y diurna o nocturna respectivamente, luego superiores a los 15.9 y 20.3 por ciento de tos matinal y diurna o nocturna respectivamente hallada entre los estudiantes de Santo Domingo. Burghar¹⁰, estudiando una cohorte de 29,138 estudiantes franceses, encontró una prevalencia de 39.4 y 46.0 por ciento de tos matinal y diurna o nocturna respectivamente, luego superior a la encontrada en Santo Domingo.

El análisis de estos datos efectuados por el método de segmentación, ha permitido demostrar la importancia del tabaquismo de estos adolescentes en la jerarquía de los factores etiológicos que tienen una influencia sobre los síntomas respiratorios particularmente, sobre la tos habitual: la proporción de estudiantes que tosen habitualmente fue significativamente ($p<0.001$) más importante en los fumadores que en los no fumadores.

La prevalencia de tos habitual en los adolescentes está también ligada a otros factores distintos del tabaco: se encontró una proporción significativamente ($p<0.001$) más elevada de tos habitual en los estudiantes de sexo femenino que en los masculinos. Este hecho, ha sido confirmado por otros autores¹⁻⁵. La edad tiene una influencia significativa ($p<0.001$) en todos los síntomas respiratorios². Sin embargo, al analizar nuestros resultados encontramos que ésta no influyó de manera significativa ($p=NS$) en la prevalencia de la tos habitual. Ya Burghar¹⁰, había informado que sólo la tos crónica aumenta con la edad de manera muy significativa. En un análisis previo, concerniente a los datos sobre tos crónica de esta misma encuesta, habíamos encontrado que sólo la tos crónica aumentaba con la edad de manera muy significativa ($p<0.001$), pasando a más del doble al comparar los más jóvenes con los mayores⁵.

Los resultados de la ocurrencia de distintos factores que puedan influenciar los diferentes grados de tos se puede demostrar estudiando los efectos de los antecedentes de bronconeumopatías. Contrariamente

a lo observado para la edad, los antecedentes de bronconeumopatías se puede probar la existencia de una estrecha relación de causa efecto. La frecuencia de los síntomas respiratorios aumenta con los antecedentes de bronconeumopatías de la edad de la lactancia y de la edad pre-escolar. Esta influencia de la patología broncopulmonar del niño y particularmente de los más pequeños, sobre los síntomas respiratorios de la adolescencia ha sido verificada por otros autores^{7,10} llegándose a la conclusión de que la relación entre la tos del adolescente y los antecedentes de afecciones respiratorias de la infancia es independiente del tabaquismo.

REFERENCIAS

1. González P. Tos y sibilancias en América Latina. **Bol UIC** 1980; 55(3-4): 133-135.
2. Liard R, Perdrizet S, Cooreman J and Bldow S. Smoking and chronic respiratory symptoms: Prevalence in male and female smokers. **Am J Public Health** 1980; 70: 271-273.
3. Cooreman J, Perdrizet S, et. al. Un auto-questionnaire Appliqué à 30,000 adolescents. Evaluation de ce mode de recueil des données. *Revue d' Epidemiologie et de santé publique* 1979; 27: 301-313.
4. Rimpela A. Occurrence of respiratory disease and symptoms Among finnish youth. A Follow-up. **Survey Acta Pediatr Scand** (supple 297) 1982.
5. Neukirch F, Liard R. Prevalence of respiratory symptoms in parisian teenagers According to smoking habits. **J Epidemiol and Community Health** (1982); 36: 202-204.
6. Capos H, Pimente RD, Soto M Bustamante M. Tabaquismo y síntomas respiratorias entre adolescentes colegiales de San José. 19 Congreso Internacional de Pediatría. París, Francia. 23-28 julio 1989; pag. 374.
7. Pimentel RD, Abreu-Moreno Dr, Peña-Toribio PI, Guillén-Huggins FM y Gómez-Félix M. Tabaquismo en los médicos de Santo Domingo: efecto sobre la función respiratoria y actitud frente al hábito de los pacientes. **Bal Cenisme** 1991; 1(8): 59-66.
8. Pimentel RD, Félix E, Pascual Ya, et. al. Opiniones en relación al tabaquismo de profesores de escuelas secundarias en Santo Domingo, Rep. Dom. **Rev Med Costa Rica**. 1987; 50(501): 165-167.
9. Burghard S, Cooreman J, Pedrtzet S, metz-marcy G y Welsch M. Tabaquismo y síntomas respiratorios entre adolescentes de un departamento francés **Bal UIC** 1979; 54:88-91.

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO EN LA PATOLOGÍA PERIODONTAL NO INFLAMATORIA*

García-Tiburcio Wendy*, Monagas-Roedán Karina**, Adames María Isabel**, Martínez-Peña Ramón***, Pimentel Rubén Dario***

RESUMEN

Entre los meses de enero-agosto de 1994 hicimos un estudio retrospectivo sobre la incidencia de la patología periodontal no inflamatoria en diferentes centros de salud y asistencia odontológica de Santo Domingo, República Dominicana. Dichos centros fueron el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, la clínica odontológica de la Universidad Iberoamericana (UNIBE) y un consultorio privado.

El propósito de nuestro estudio consistía en demostrar el conocimiento del odontólogo sobre la patología periodontal no inflamatoria y determinar el nivel de prevalencia de ésta en las instituciones mencionadas.

Nuestro estudio comprendió un universo total de 7,951 pacientes atendidos, de los cuales 399 (5%) presentaron las patologías en cuestión.

De los datos obtenidos se demostró que la patología periodontal más frecuente es el carcinoma epidermoide, con un 4 por ciento de incidencia.

Con el presente estudio llegamos a las conclusiones de que muchas de las patologías periodontales no inflamatorias tienen mayor predilección por el sexo femenino que por el masculino, que también a mayor cantidad de años vividos mayor tendencia a padecer de las patologías periodontales no inflamatorias y, sobre todo, llegamos a la conclusión, a través de muestras realizadas entre profesores y estudiantes de odontología, de que el desconocimiento sobre la existencia y las características clínicas de la patología periodontal no inflamatoria es el pilar principal para que ésta pase desapercibida y en ocasiones pueda comprometer la vida del paciente ante la mirada indiferente del profesional de la salud.

INTRODUCCIÓN

Numerosas son las enfermedades que asientan en las encías, la mayoría de ellas de causas locales, otras como manifestaciones de enfermedades sistémicas¹.

Habitualmente el estudiante de odontología se relaciona más frecuentemente con las enfermedades inflamatorias relacionadas con la placa bacteriana, siendo frecuente el olvido de otras enfermedades que pueden producir sintomatologías parecidas o iguales a un estadio periodontal avanzado, pero que por su severidad o gravedad pueden poner en peligro la vida del paciente.

Como ejemplo podemos mencionar, un melanoma que produce manchas color ocre que frecuentemente son confundidas con las manchas melánicas que presentan los pacientes de raza negra en las encías. Un carcinoma epidermoide puede producir una destrucción del aparato de inserción que deja el diente o los dientes con movilidad grado III. La histiocitosis y específicamente el granuloma eoxinófilo puede producir una osteolisis tan severa que el diente prácticamente queda flotando en la cavidad alveolar, sin que éste tenga relación con una enfermedad periodontal avanzada.

Otras enfermedades como la leucemia aguda pueden producir agrandamiento gingival, petequias y hemorragia⁴, sintomatología que podría confundirse con un estado periodontal inflamatorio.

Un paciente con anemia aplásica y púrpura trombocitopénica también podría tener manifestaciones hemorrágicas severas⁵.

Las encías también son asiento de enfermedades precancerosas como son la leucoplasia y el líquen. Su diagnóstico precoz y tratamiento adecuado es más importante que el diagnóstico en sí correcto de las enfermedades periodontales, pero por lo general ningún paciente pierde la vida por más avanzada que esté la enfermedad periodontal espinocelular a partir de las

* Tesis de grado para optar por el título de doctor en odontología, Universidad Iberoamericana (UNIBE).

** Egresados de UNIBE.

*** Profesores de UNIBE.

lesiones precancerosas señaladas, puede comprometer la biología del paciente.

El propósito de esta investigación es demostrar los niveles de conocimiento del odontólogo acerca de la patología de prevalencia en centros especializados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Durante el periodo comprendido entre los meses de enero a abril de 1994 se realizó un estudio retrospectivo que involucró a una muestra representativa de la Universidad Iberoamericana, Instituto Oncológico "Dr. Heriberto Pieter" y un consultorio privado, en el cual no se discriminó sexo ni edad, esta población fue tomada de los pacientes que acuden en demanda de asistencia odontológica a dichos centros.

La información fue recolectada a través de un cuestionario elaborado por las investigadoras y otros colaboradores, el cual incluyó preguntas relacionadas con los datos personales del paciente y preguntas relacionadas con la patología periodontal tanto inflamatoria como no inflamatoria. También se elaboraron cuestionarios dirigidos a estudiantes de término y odontólogos para indagar el nivel de conocimiento que tienen acerca de las patologías periodontales antes mencionadas: (¿conoce usted cuáles enfermedades generales pueden manifestarse en la boca produciendo alteraciones gingivales?; enumere cinco enfermedades locales que asienten el periodonto no relacionada con la placa bacteriana).

El protocolo fue llenado por los investigadores, supervisados por un odontólogo especializado en el área de referencia.

Los criterios para considerar patología periodontal no inflamatoria⁵ fueron: aquella que no tiene relación con la incidencia de la placa bacteriana; y los criterios para la patología periodontal inflamatoria⁴ son: aquella que está relacionada con la incidencia de la placa bacteriana.

Un total de 35 pacientes de los incluidos en el estudio fueron sometidos a biopsia incisional y/o excisional de acuerdo a la naturaleza de la enfermedad, como puede ser su tamaño, cuyo objetivo es dilucidar sobre la causa y el tipo de patología en cuestión.

Procedimiento

Para medir el nivel de conocimiento de parte de los odontólogos acerca de lo que es la patología periodontal

no inflamatoria, se elaboró un formulario encuesta, el cual fue distribuido a odontólogos y a estudiantes de término de odontología. Se realizó una revisión de las fichas de diagnóstico clínico, periodoncia y cirugía de los tres cuatrimestres del año noventa y tres de la escuela de odontología de la Universidad Iberoamericana, se realizó también una revisión de la historia clínica de los pacientes que acuden al servicio dental del Instituto Oncológico "Dr Heriberto Pieter: y al consultorio privado.

Criterios

Biopsia: es el acto quirúrgico consistente en tomar tejido vivo para luego realizarle estudio histopatológico, constituyendo un valioso auxiliar en el diagnóstico¹.

Puede ser:

Excisional: consiste en la extirpación de la sección completa. Se realiza en lesiones de pequeño volumen;

Incisional: consiste en la extirpación de una porción representativa de la lesión. Se realiza en lesiones voluminosas².

Todas las tomas fueron realizadas usando anestesia infiltrativa y se procedió a la obtención de las mismas mediante el método del bisturí cruento. Luego se procedió a la fijación de los especímenes quirúrgicos, en formol al 10 por ciento, en una relación de 7 volúmenes de líquido fijador, con respecto a la toma biopsica. Luego se procederá a la fijación microscópica, utilizando el método manual, visual y olfatorio, describiéndose el color, tamaño, forma, aspecto, consistencia, superficie y número de los especímenes.

Una vez realizada la macroscopía, se procederá a la deshidratación con alcoholes ascendentes pasados por xilol o toluol e inclusión en parafina. Se realizará el taco, y se procederá al corte, montaje en el portaobjeto, eliminación de la parafina residual en estufa seca, deshidratación en alcoholes descendentes, pasado por agua nuevamente, para producir el viraje de la hematoxilina, pasado por eosina, pasado por agua, pasado por xilol, montaje del cubreobjeto, y se procedió al estudio microscópico en el microscopio de luz (luz reflejada).

Análisis de la información

Los datos obtenidos a través del presente estudio fueron analizados en frecuencia simple. Las diferencias susceptibles de comparación entre las variables involucradas fueron analizadas mediante el test de las

desviaciones cuadráticas (X^2) y se consideró de significación estadística una $p < 0.05$.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

De un total de 7,951 pacientes, 6,091 correspondieron al Instituto Dominicano de Oncología "Dr. Heriberto Pieter"; 1,175 a la consulta privada y 685 a la clínica odontológica de la Universidad Iberoamericana (UNIBE).

La presente investigación nos ha permitido determinar la prevalencia de la patología periodontal no inflamatoria en diferentes instituciones de Santo Domingo involucradas en la asistencia odontológica de pacientes.

El estudio del Dr. S. Hoffman reporta prevalencias que van de 2 a 5 por ciento de patología periodontal no inflamatoria, donde el carcinoma epidermoide juega el papel principal. En nuestro país la prevalencia de esta neoplasia es del orden del 4 por ciento, coincidiendo de esta manera con los hallazgos del presente estudio.

La mayor proporción (4.2%) de la patología no inflamatoria observada correspondió a pacientes que demandaron atención en el Instituto Oncológico Dominicano, seguida por los que procedían del consultorio privado (0.8%). Esta proporción elevada de pacientes con este tipo de lesión se debe a que normalmente los pacientes atendidos en las dos instituciones antes señaladas acuden referidos por problemas básicamente de neoplasias.

Por otra parte en la clínica odontológica de la Universidad Iberoamericana no se reportó patología periodontal no inflamatoria. Esto puede deberse a tres causas; primero: a que generalmente los pacientes que acuden a esta clínica vienen por problemas menores; segundo: a que es posible que el diagnóstico de estas patologías sea obviado debido, según las encuestas realizadas para evaluar su conocimiento entre odontólogos y/o estudiantes de odontología, al poco conocimiento acerca de la existencia y las características clínicas de la patología en cuestión; y tercera: no hay archivo organizado sobre estas patologías.

Como ya se ha mencionado, la neoplasia correspondiente al carcinoma epidermoide sigue siendo la patología periodontal no inflamatoria más importante, coincidiendo nuestra investigación con la mayoría de las realizadas en este sentido (tabla I).

Tabla I. Distribución de pacientes atendidos y patologías encontradas según institución (1994)

	Pacientes	Patologías
UNIBE	685	0
Oncológico	6091	338
Privado	1175	61

Fuente: Instituto Oncológico, UNIBE, Consulta Privada.

En la tabla II se muestran los diferentes pacientes atendidos según año y patología encontrada. Llama la atención que en los primeros 7 años la proporción de patologías no inflamatorias diagnosticadas es de 2 a 3 veces mayor que en los años subsiguientes. También se muestra que de los 7,951 pacientes que demandaron atención en las instituciones ya citadas, 399 (5.0%) presentaron alguna patología no inflamatoria. Es bueno aclarar en este mismo cuadro que para el año 1986 sólo se reportan 79 pacientes atendidos con una incidencia de patología no inflamatoria de 5 (1.3%). Esta disminución en la cantidad de pacientes se debió a que no fueron registrados los pacientes atendidos en ese período, debido a que se extraviaron los archivos de dicho año a nivel público y sólo se registraron los atendidos a nivel de la consulta privada.

Tabla II. Distribución de los pacientes estudiados según años y patologías halladas (1994).

Año	Total Pacientes	
	Atendidos	Patologías N(%)
1976	497	70 (17.5)
1979	486	39 (09.8)
1980	485	40 (10.0)
1981	584	28 (07.0)
1982	588	25 (06.3)
1983	560	26 (06.5)
1984	351	20 (05.0)
1985	343	8 (02.0)
1986	79*	5 (01.3)
1987	384	29 (07.3)
1988	577	25 (06.3)
1989	562	20 (05.0)
1990	290	13 (03.3)
1991	509	16 (04.0)
1992	572	16 (04.0)
1993	1,951	-19 (04.8)
	7,951	399 (05.0)%

*No incluye pacientes públicos.

Fuente: Instituto Oncológico, UNIBE y Consultorio Privado.

A nuestro entender dichas cifras de pacientes atendidos en los primeros 7 años eran más altas que en los años subsiguientes, debido a que aún en esos años no existían otras instituciones en las cuales dichos pacientes con diferentes lesiones no

inflamatorias pudieran acudir. Sólo existía el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter y todos los pacientes hasta del interior tenían que desplazarse hasta la capital para poder ser atendidos, pero en los últimos años ya existen otras instituciones, como el Instituto Oncológico regional de Santiago, otro situado en San Pedro de Macorís, además de un número mayor de profesionales que están incursionando en dicha área de la patología donde muchos pacientes acuden para ser atendidos.

En la tabla III se muestra la distribución de las diferentes patologías no inflamatorias encontradas según sexo. El carcinoma epidermoide ocupa el primer lugar con 152 (37.7%), el granuloma piógeno el segundo lugar con 64 (16%).

Tabla III. Distribución de las diferentes patologías encontradas según sexo (1994).

Patologías	Sexo	
	Femenino N(%)	Masculino N(%)
Carcinoma Epidermoide	71 (17.8)	81 (19.9)
Granuloma Piógeno	47 (11.8)	17 (4.2)
Papiloma	25 (6.3)	18 (4.4)
Hemangioma	24 (6.0)	15 (3.7)
Leucoplasia	23 (5.8)	16 (3.9)
Liquen Plano	20 (5.0)	10 (2.5)
Tumor Embarazo	9 (2.3)	0 (0)
Pénfigo	6 (1.5)	2 (1.2)
Moniliasis	5 (1.3)	2 (1.2)
Linfoma	2 (0.5)	5 (1.2)
Nevo Pigmentario		1 (0.2)
Total	232 (58.1)	167 (41.1)

Fuente: Instituto Oncológico, UNIBE, Consulta Privada.

Según nuestros resultados la presentación de patología periodontal no inflamatoria al ser analizada según su presentación por sexo; se encontró diferencia significativa; cuando se comparan patologías no inflamatorias específicas, según el sexo como es el caso del granuloma piógeno, que fue significativamente más frecuente en la mujer que en el hombre; la leucoplasia fue también más frecuente en mujeres que en hombres, al igual que el papiloma, hemangioma y el liquen plano. En cambio el linfoma tiene una presentación significativamente mayor en el sexo masculino que en el femenino.

La mayor proporción de las patologías periodontales no inflamatorias reportadas se encontró en pacientes mayores de 70 años, siguiendo en orden de frecuencia el grupo de pacientes con edades comprendidas entre 51-60 años (tabla IV). En mejores de 40 años se observó una proporción importante (29.6%), pero debe desta-

carse que en este grupo se englobaron pacientes incluso menores de un año.

Tabla IV. Tipos de patologías encontradas según grupos de edades (1994)

Patologías	grupos de edades (1994)				
	<40 años N(%)	40-50 años N(%)	51-60 años N(%)	61-70 años N(%)	>70 años N(%)
Carcinoma Epidermoide	21 (5.3)	18 (4.5)	24 (6.0)	30 (7.5)	59 (14.8)
Granuloma Piógeno	29 (7.3)	5 (1.3)	13 (3.3)	5 (1.3)	12 (3.0)
Leucoplasia	7 (1.8)	11 (2.8)	7 (1.8)	8 (2.0)	6 (1.5)
Papiloma	15 (3.8)	8 (2.0)	4 (1.0)	4 (1.0)	12 (3.0)
Hemangioma	18 (4.5)	6 (1.5)	7 (1.8)	3 (0.8)	5 (1.3)
Liquen Plano	9 (2.3)	5 (1.3)	8 (2.0)	5 (1.3)	3 (0.8)
Tumor Embarazo	9 (2.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Pénfigo	3 (0.8)	4 (1.0)	1 (0.3)	0 (0)	0 (0)
Moniliasis	3 (0.8)	1 (0.3)	1 (0.3)	0 (0)	2 (0.5)
Linfoma	3 (0.8)	1 (0.3)	2 (0.5)	0 (0)	1 (0.3)
Nevo Pigmentario	1 (0.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Total	118 (29.6)	59 (14.8)	67 (16.8)	55 (13.8)	100 (25.1)

Fuente: Instituto Oncológico, UNIBE, Consulta Privada.

Otra entidad que debe tenerse presente, tanto por su característica de degenerar en un carcinoma epidermoide como su fácil confusión con otras lesiones como aftas, es la leucoplasia, que en la presente investigación correspondió a 9.9 por ciento. La importancia de que el odontólogo tenga plenos conocimientos tanto de la existencia como de las características clínicas de estas y otra patologías que afectan al periodonto radica en que pueden pasar desapercibidas ante estos profesionales y producir incluso la muerte del paciente ante su mirada indiferente.

La neoplasia como los linfomas, que normalmente se asocian con otras áreas de la economía humana como por ejemplo abdomen y cuello, tuvieron cierta representación en el estudio que estamos presentando y que coincide con otros estudios donde ya se le da cierta importancia a neoplasias como el linfoma de Hodgkin y no Hodgkin, en los maxilares, incluso el periodonto.

El liquen plano, al igual que el papiloma y el granuloma piógeno fueron de importancia significativa dentro de los pacientes que fueron objeto de estudio y que también merecen ser considerados ante el diagnóstico diferencial de cualquier patología no inflamatoria que afecte al periodonto, con el propósito de proteger la salud del paciente que acude al odontólogo.

El comportamiento de las diferentes patologías periodontales inflamatorias con respecto a la edad en que fueron diagnosticadas y tradicionalmente descri-

tas indican que a mayor edad mayor es la presentación de neoplasias; sin embargo, es señalar que una proporción significativamente importante, tanto de carcinoma epidermoide como de linfoma se presentó en pacientes cuyas edades no superaban los 40 años. Parece ser que el comportamiento de estas neoplasias, sobre todo del carcinoma epidermoide, ha variado con los años, teniendo cierta predilección a medida que pasa el tiempo en adultos jóvenes y que probablemente este hecho se deba, entre otros factores, a los cambios de hábitos de la población, particularmente en el caso de los hábitos tabáquico y alcohólico.

En el caso de lesiones específicas, como el tumor del embarazo, es lógico pensar que la incidencia tan alta del número de casos en pacientes menores de 40 años se deba a que en la mayoría de las mujeres la etapa de gestación está englobada en ese grupo de edad.

En la tabla V se muestran las diferentes patologías estudiadas según su presentación en el sexo masculino y en el femenino. Se encontró una diferencia significativa entre el sexo femenino con relación al masculino. En la misma tabla se evidencia un aumento significativo en ambos sexos a medida que la edad aumenta. En esta tabla se observa que la mayoría de los casos de patología periodontal no inflamatoria según grupos de edades tiene mayor predilección por el sexo femenino en relación con el masculino. También se evidencia en la misma tabla que a medida que aumenta la edad aumenta la tendencia a padecer de patologías periodontales no inflamatorias.

Tabla V. Relación de las patologías estudiadas según edad y sexo (1994).

Grupo Edad Años	Total N (%)	Sexo	
		Masculino N (%)	Femenino N (%)
<40 años	118 (29.6)	45 (11.1)	73 (18.3)
40-50 años	59 (14.8)	27 (6.8)	32 (8.0)
51-60 años	68 (17.0)	19 (4.7)	49 (12.3)
61-70 años	54 (13.5)	21 (5.2)	33 (8.3)
>70 años	100 (25.1)	55 (13.8)	45 (11.3)

Fuente: Instituto de Oncología, UNIBE, Consulta Privada.

CONCLUSIONES

El presente estudio nos permite sacar las siguientes conclusiones:

I: la patología periodontal no inflamatoria tiene una prevalencia (5%) importante en las instituciones involucradas en la investigación.

II: se encontró deficiencia estadísticamente significativa de afección en el sexo femenino con relación al masculino en cuanto a patología periodontal no inflamatoria.

III: a mayor edad mayores son las posibilidades de padecer de este tipo de enfermedades, aunque las mismas pueden observarse en cualquier etapa de la vida.

IV: el desconocimiento de la existencia de la patología no inflamatoria y de las características clínicas por parte de los odontólogos y/o estudiantes de odontología constituye un elemento primordial en que ésta pase desapercibida y ocasione en algunos casos posteriormente la muerte del paciente. Con esto se corrobora nuestra hipótesis, que también sirve para justificar los hallazgos negativos de la patología periodontal no inflamatoria en la clínica de UNIBE.

RECOMENDACIONES

Por los resultados obtenidos recomendamos:

1. que se realicen seminarios de diagnóstico y patología periodontal no inflamatoria, para reforzar los conocimientos sobre la materia;
2. que se organicen los archivos de instituciones de servicio y docencia en el área de la salud bucal, ya que hemos sido testigos visuales de lesiones periodontales no inflamatorias que han sido extirpadas y estudiadas histopatológicamente y sin embargo no aparecen registradas;
3. crear conciencia en la clase odontológica del interés biológico que representa la patología periodontal no inflamatoria, que aunque cuantitativamente es menor que la patología periodontal inflamatoria, cualitativamente tiene mayor importancia, dado el interés biológico que presentan algunas de ellas.

REFERENCIAS

1. Shafer NG, Lenny BM. Tratado de patología bucal. 2da. ed., México D.F.: Nueva Editorial Interamericana, S.A/. 1987: 325-327.
2. Blaskar SN. Patología bucal. 2da. ed., Buenos Aires (Argentina): Ateneo 1984: 392-393.
3. Splinge JD. Patología bucal 3a. ed., Buenos Aires (Argentina): Mundy, 1977: 299-301.
4. Carranza FA. Periodontología clínica de Glickman. 6a ed., México. D.F.: Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1986: 118-120.
5. Anónimo J and Bay I. Problema and Proposals for Recording

- Gingivitis and Plaque. **Int Dent J** 1975; 25: 229.
6. Carter HC and Barnes GP. The Gingival Bleeding Index. **J Periodontol** 1974; 45:801.
 7. Harding J, Berry NC, Mash C and Jollit CR. Salivary Antibodies in Acute Gingivitis. **J Periodontol** 1980; 51:63.
 8. Santana-Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal; La Habana (Cuba): Editorial Científica Técnica, 1985.
 9. Blaskar SN. Patología bucal. 6a ed., Argentina: El Ateneo Editorial, 1984: 291-295.
 10. Shi Klar JP. Lechen Planus as an Oral Ulcerative Disease. **Oral Surg** 1972; 33: 376.
 11. Page RC, et. al. Rapidly Progressive Periodontitis. A Distinct Clinical Condition. **J Periodontol** 1983; 45: 197.
 12. Breiz PN. The Case of Periodontitis as a Clinical Entity. **J Periodontol** 1971; 42: 516.
 13. Nishimura F, Nagai A, Kurimoto K., et. al. A Family Study of a Mother and Daughter with Increased Susceptibility to Early on Set Periodontitis: Microbiological, Immunological, Heart Defensive, and Genetic Analyses. **J Periodontol** 1990; 12(61): 755-765.
 14. Hall ER, Flaker WA, and Suruki JB. Production of Immunoglobulins in Gingival Tissue Explant Cultures from Juvenil Periodontitis Patients. **Jx Periodontol** 1960; 61(10): 603-608.
 15. G Berdone L, Ramaglia L, and Buccì E. Generalized Juvenil Periodontitis: Report of a Familial Case Followed for 5 Years **Jx Periodontol** 1990; 61(9): 590-596.
 16. Krill AB and Fryt HR. Treatment of Localized Juvenile Periodontitis (Periodontitis). A Review. **J Periodontol** 1987; 58 (1): 1-8.
 17. Oguje O. Necrotizing Ulcerative Gingivitis and Cancrum, oris (Noma) in Ibadan, Nigeria. **Jx Periodontol** 1090; 61(12): 769-772.
 18. Yusof ZA. Early-Onset Periodontitis; Radiographic Patterns of Alveolar Bone Loss in 55 Cases from Selected Malaysian Population. **J Periodontol** 1990; 61: 751-754.
 19. Robertson PB, Walsh M, Eraster V, Grady D, and Hauk W. Periodontal Effects Association with the Use of Smokeless Tobacco. **Jx Periodontol** 1990; 61: 438-443.
 20. Carranza FA. Compendio sw Periodoncia. 3a ed., Buenos Aires (Argentina): Mundi, 1978: 144-146.

PARO CARDIORESPIRATORIO EN NIÑOS: EPIDEMIOLOGÍA, MANEJO Y PERSPECTIVA*

Rubén Darío Pimentel**, Ángela María Mesa Rodríguez***, Andrea Evelyn Ovalle Méndez***, Cristina de los Milagros García Domínguez***

RESUMEN

El presente estudio comprende dos fases: una retrospectiva y otra prospectiva. En la primera fase fueron revisados los expedientes de aquellos pacientes admitidos en el hospital de niños "Dr. Robert Reid Cabral" de Santo Domingo, República Dominicana, con edades por debajo de los 15 años y de ambos sexos y que en los últimos cinco años (1986-1990) recibieron asistencia de reanimación cardiopulmonar (REP) por presentar una parada cardíaca y/o respiratoria.

En la fase prospectiva, que se inició a partir de enero de 1991, se incluyeron todos los niños que cayeron dentro del criterio ya descrito en la fase retrospectiva.

De un total de 401 paros cardiopulmonares se encontró una supervivencia baja.

Se destaca la edad temprana, la resistencia del cerebro y del miocardio y la etiología respiratoria más frecuentes en los niños pequeños, como factores que favorecen que el paciente pueda reanimarse con atención adecuada a las vías respiratorias y a la respiración.

Por último, se resalta la inseguridad con que suele abordarse la reanimación del paciente por parte de médicos y paramédicos.

Palabras claves: paro cardiopulmonar, reanimación cardiopulmonar.

INTRODUCCIÓN

El paro cardiopulmonar aún es la urgencia que exige más al sistema de cuidados médicos en cuanto a oportunidad, coordinación y calidad de respuesta, en

la fase pre-hospitalaria, unidad de urgencias o en el hospital.

Al tratamiento del paro cardiopulmonar como complicación de una patología cardíaca, respiratoria, cerebral y otras, primero en la Unidad de Cuidados Intensivos y ahora en el marco pre-hospitalario, se le ha puesto mucha atención tanto en lo referente a terapéutica como a la secuencia de la intervención rápida (por enfoque de sistema).

Si bien la mortalidad consecutiva a patologías infectocontagiosas (respiratorias y cerebrales) ha disminuido bastante en la comunidad, en los últimos diez años, la muerte cardíaca súbita (más frecuente en adultos) sigue siendo un problema importante que enfrenta la sociedad contemporánea, puesto que en el 25 por ciento de los pacientes con patología cardíaca, la primera manifestación puede ser el paro cardíaco¹, y la comunidad debe estar preparada para atenderlo, desarrollar sistemas de respuestas de urgencias y para cubrir los requerimientos de enfermos con paro cardiopulmonar secundario, debido a ésta o a cualquier otra causa.

En tanto que el sistema debe responder en forma continua al problema agudo, el enfoque final debe incluir la prevención del paro cardíaco.

Tanto en pacientes adultos como en niños, lo más importante como prevención primaria es identificar factores de riesgo que originan enfermedades cardíacas, respiratorias y otras y modificar el comportamiento en la niñez y la adolescencia; y como prevención secundaria, identificar pacientes con riesgo de muerte súbita y dar la terapéutica adecuada para impedir que las disritmias evolucionen a fibrilación ventricular (FV) y paros cardiopulmonares; asimismo la prevención debe ser fundamental en lactantes y niños en quienes el paro cardíaco ocurre principalmente por paros respiratorios e hipoxia.

Entre los principales sucesos previsibles estarían

* Tesis de post-graduat. Hospital Infantil "Dr. Roberto Cabral" (HIRRC).

** Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral.

*** Pediatras egresados del HIRRC.

obstrucción de vías respiratorias por juguetes, manías y otros objetos pequeños, ahogamiento, traumatismo, envenenamiento y dosis excesivas, fármacos e inhalación de humo; por último, causas médicas, entre ellas infección de las vías respiratorias y síndrome de muerte súbita al lactante. La educación al respecto debe comenzar en el hogar y dirigirse a todos los escolares. Los programas deben incluir instrucción en prevención y capacitación de primeros auxilios, con reanimación cardiopulmonar (RCP).

La RCP es importante dado que la causa del paro cardiopulmonar y el sitio donde ocurre son determinantes importantes de la supervivencia. Estas supervivencias después del paro cardíaco están en relación inversa a la duración de la anoxia².

A pesar de la importancia que reviste el manejo adecuado del paro cardiorespiratorio en el niño, la reanimación cardiopulmonar (RCP) de estos pacientes suele abordarse con incertidumbre por médicos pediatras y no pediatras.

La RCP pediátrica se basa en gran parte en el modelo de reanimación del adulto. De hecho, los objetivos inmediatos son idénticos: restituir y sostener circulación adecuada para satisfacer las necesidades metabólicas miocárdicas y cerebrales. Casi todos los conocimientos y habilidades de ejecución básica son compartidos con el modelo adulto. Sin embargo, hay muchos aspectos distintos de la RCP pediátrica. Estas diferencias importantes aumentan los temores del reanimador, por consiguiente el resultado final de la RCP en el niño continúa siendo de una elevada mortalidad.

Consciente de las limitaciones existentes en nuestro medio, hemos programado el siguiente estudio con el propósito de conocer el comportamiento y manejo del paro cardiorespiratorio (PCR) y su perspectiva futura.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio comprendió dos fases: una retrospectiva y otra prospectiva. En la primera fase fueron revisados los expedientes de aquellos pacientes admitidos en el hospital de niños "Dr. Robert Reid Cabral" de Santo Domingo, República Dominicana, con edades por debajo de los 15 años y de ambos sexos y que en los últimos cinco años (1986-1990) recibieron asistencia de reanimación cardiopulmonar (RCP) por presentar una parada cardíaca y/o respiratoria.

En la fase prospectiva, que se inició a partir de enero de 1991, se incluyeron todos los niños que cayeron dentro del contexto ya descrito en la fase retrospectiva.

La recolección de los datos se efectuó por medio de un cuestionario inspirado en parte por los autores y en parte por la Asociación Americana del Corazón⁶.

Este cuestionario incluyó, además de la identidad, el lugar de residencia y las condiciones socio-económicas de los pacientes seleccionados; informaciones relacionadas con el paro cardiorespiratorio (PCR) y eventos y antecedentes previos a la reanimación cardiopulmonar (RCP).

Sobre el paro cardiorespiratorio (PCR) se plantean interrogantes sobre los antecedentes y eventos patológicos previos: etiología, tiempo de duración, lugar donde ocurrió, supervivencia, secuelas, mortalidad y causa de deceso.

Sobre la reanimación cardiopulmonar (RCP) se investigó: tiempo de inicio, si fue practicada extra o intra hospitalaria, duración, personal que realizó el procedimiento, farmacoterapia empleada, etc.

Análisis estadístico

Las informaciones obtenidas fueron analizadas mediante el test del Chi-cuadrado (X^2), considerándose de significación estadística una $p < 0.05$.

Definiciones utilizadas

Para Respiratorio (PR): es la falta de respiración⁷.

Paro Cardíaco (PC): es la falta de circulación¹⁶.

Paro Cardiorespiratorio (PCR): es cuando el paciente no está respirando, tampoco existe circulación espontánea⁷.

Admisión significa que la reanimación ha tenido éxito y hospitalización significa que el paciente conserva latidos cardíacos y presión arterial espontánea. De alta significa que el paciente sale vivo del hospital^{3,4,8}.

RESULTADOS

De un total de 401 paros cardiorespiratorios estudiados, 244 (60.8%) eran del sexo masculino y 157 (39.2) del sexo femenino. La edad promedio de estos niños fue de 2.1 años (rango: 2 días-14 años). Cerca de la mitad de los niños, 194 (48.4%), tenían algún grado

de malnutrición y 49 (12.2%) tuvieron bajo peso para la edad gestacional al momento de nacer (cuadro 1).

Cuadro I. Datos epidemiológicos de los paros cardiorespiratorios estudiados y distribución según eventos previos. Santo Domingo, 1991.

	N	%
Total de paros cardiorespiratorios	401	100.0%
Sexo masculino	244	60.8%
Sexo femenino	157	39.2%
Edad promedio	2.1 años	
Malnutridos	194	48.4%
BPN	49	12.2%

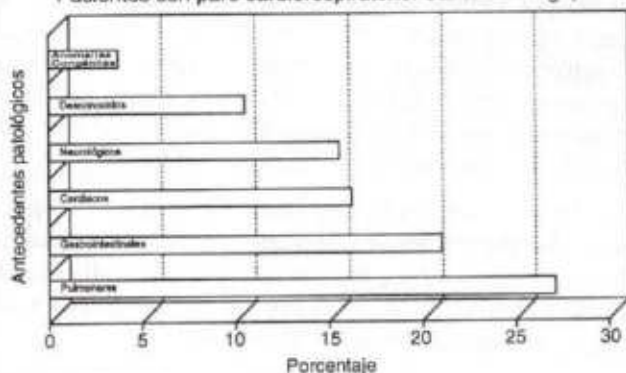
	N	%
Eventos previos		
- Alimentación	104	25.9%
- Administración de medicamentos	81	20.2%
- Cirugía	18	4.5%
- Desconocido	198	49.4%
Total	401	100.0%

Fuente: H.R.R.C.

El evento más importante previo al paro fue la alimentación, 104 (25.9%); seguido por administración de medicamentos, 81 (20.2%); cirugía, 18 (4.5%) y en cerca de la mitad, 198 (49.4%), no se conoció ningún evento previo (cuadro IV).

En más de un cuarto, 106 (26.4%) se estableció la existencia de algún antecedente patológico del tipo pulmonar; en 82 (20.4%), el antecedente fue gastrointestinal; en 62 (15.5%), fue cardíaco; en 60 (15.0%) neorológico; en 32 (8.0%), anomalías congénitas y en 40 (10.0%) no se conocía ningún antecedente patológico (Fig. 1).

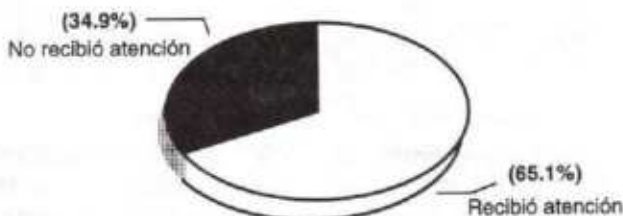
Fig. 1. Antecedentes patológicos. Pacientes con paro cardiorespiratorio. Santo Domingo, 1991



Fuente: H.R.R.C.

En la figura 2 se muestran los niños que hicieron paros cardiorespiratorios, según recibieran o no tratamiento prehospitalario de su enfermedad de base. Se destaca que un alta frecuencia, 261 (65.1%), recibió tratamiento de su enfermedad de base antes de ingresar al hospital.

Fig. 2. Paros cardiorespiratorios según recibieron o no tratamiento prehospitalario



Fuente: H.R.R.C.

El tiempo promedio de los pacientes portando la enfermedad fue de 28 días (rango: 1 día-3 años).

Un total de 92 (22.9%) de los paros cardiorespiratorios se presentaron en horas de la mañana (5:01 a.m.-1:00 p.m.); 104 (25.9%), en la tarde (1:01 p.m.-9:00 p.m.) y 205 (51.1%) en la noche y madrugada (9:01 p.m.-5:00 a.m.); ver cuadro V y figura 3.

Cuadro V. Evolución de los paros cardiorespiratorios estudiados Según hora de ocurrencia. H.R.R.C., 1991.

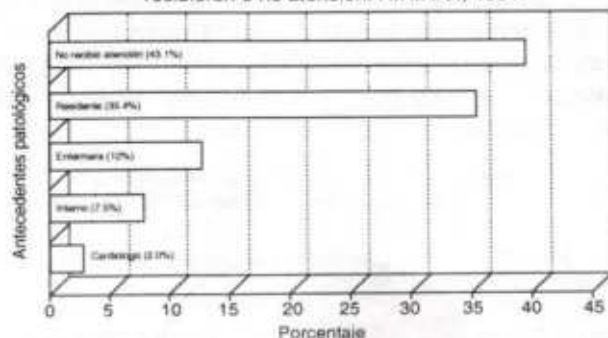
Evolución	Total N(%)	Mañana N(%)	Tarde N(%)	Noche NP(%)
Paros cardiorespiratorios	401 (100.0)	92 (22.9)	104 (25.9)	205 (51.2)
Muerte inmediata	296 (73.6)	42 (10.5)	81 (20.2)	173 (43.1)
Sobrevivencia inmediata:	105 (26.2)	50 (12.5)	23 (5.7)	32 (8.0)
Muerte posterior	79 (19.7)	32 (8.0)	17 (4.2)	30 (7.5)
Dados de alta	26 (6.5)	18 (4.5)	6 (1.5)	2 (0.5)

Fuente: H.R.R.C.

Una proporción significativa, 173 (43.1%) no recibió atención inmediata al paro, correspondiendo estos casos a las horas de la madrugada (1:01 l.m.-5:00 am). El resto fue atendido por residentes, 142 (35.4%); por internos, 30 (7.5%); por enfermeras, 48 (12.0%) y por médicos ayudantes, específicamente cardiólogos, 8 (2.0%); figura 4).

A 228 (56.9%) se les dio masaje cardíaco externo y respiración asistida; a 192 (47.9%) se les aplicó adrenalina intracardiaca y en 40 (10.0%) se hace constar el uso concomitante de bicarbonato de sodio. El otro dato que se hace constar en los expedientes, en una proporción significativa, es el de "medidas físicas y metabólicas", 214 (53.4%), ver cuadro VI.

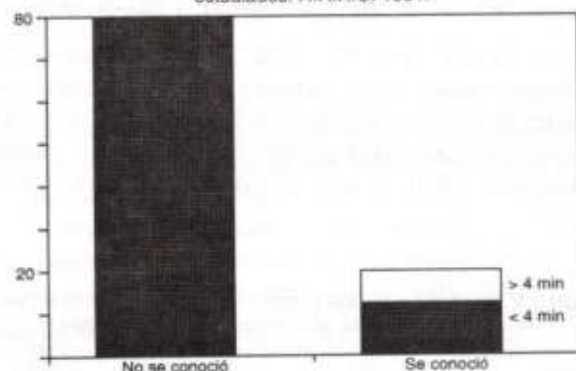
Fig. 4. Distribución de los paros cardiorespiratorios según recibieron o no atención. H.R.R.C., 1991.



Fuente: H.R.R.C.

En pocos pacientes, 80 (20.0%), se hace constar el tiempo de duración del paro cardiorespiratorio: en 48 (12.0%), < 4 min. y en 32, (8.0%) > 4 min. En el resto, 321 (80.0%), se desconoce este evento (figura 5).

Fig. 5. Tiempo de duración de los pacientes en paro estudiados. H.R.R.C. 1991.



Cuadro VI. Actitud del servicio hospitalario ante la presencia del paro cardiorespiratorio. H.R.R.C., 1991.

	N	%
Total de paros cardiorespiratorios:	401	100.0%
Masaje cardíaco externo y respiración asistida	228	56.9%
Adrenalina intracardíaca	192	47.9%
"Medidas físicas y metabólicas"	214	53.4%

Fuente H.R.R.C.

En 160 (40.0%) la causa del paro fue atribuida a patologías respiratorias (neumonías, laringotraqueo-bronquitis, asma); en 84 (20.9%), a causas neurológicas y en 104 (25.9%), a causas cardíacas (cuadro VII).

Cuadro VII. Paros cardiorespiratorios según causa desencadenante. H.R.R.C., 1991.

Causa	N	%
Patologías respiratorias	160	39.9%
Neurológicas	84	20.9%
Cardíacas	104	25.9%
Otras	53	13.2%
Total	401	100.0%

Fuente: H.R.R.C.

En el Hospital Infantil Robert Reid Cabral, la supervivencia inmediata global en los pacientes estudiados fue de 26.2 por ciento. De los 105 sobrevivientes inmediatos, 26 (6.5%) de todo el grupo fueron dados de alta al final (cuadro V).

De los que fueron dados de alta, 17 (4.3%) eran del sexo masculino y 9 (3.2%) del femenino. La edad promedio de los sobrevivientes fue de 0.8 años. En la figura se muestra la distribución de los sobrevivientes según la atención médica y la hora del paro.

COMENTARIOS

En el Hospital Infantil Robert Reid Cabral, la supervivencia inmediata global en los pacientes estudiados fue de alrededor de un cuarto (26.2%). Esta supervivencia está en relación inversa a la duración de la anoxia¹². Cuando la anoxia persiste por más de 4 minutos los peligros son mayores y el riesgo de muerte también^{8,12}.

El hecho de que sólo en 48 niños se pudo constatar una reanudación de la función cardíaca antes de los 4 minutos obviamente explica que sólo un 6.5 por ciento de los pacientes que hicieron paro cardiorespiratorio fueran finalmente dados de alta.

Si tomamos en consideración que quizás la influencia más importante sobre el resultado de la reanimación sea la resistencia del cerebro y miocardio del paciente pediátrico, la ausencia de cardiopatía aterosclerótica e hipertensión de larga evolución hacen que el pronóstico de reanudación de la función cardíaca sea excelente^{5,7,10}.

La supervivencia de los niños en los paros cardiorespiratorios estudiados fue muy baja, si se la compara con una revisión reciente de la experiencia en el *Children's Hospital of Philadelphia*¹⁴, que mostró que el 90 por ciento de las reanimaciones tuvieron éxito para iniciar una circulación eficaz, lo que se explica porque los pacientes pediátricos rara vez tienen padecimientos múltiples o concurrentes, razón por la cual el pediatra no se enfrenta con frecuencia al dilema de tratar un padecimiento, en tanto empeora otro.

Otro factor positivo se relaciona con la etiología del paro. En pacientes pediátricos la etiología es principalmente respiratoria⁷. En los niños del hospital infantil Robert Reid Cabral, 38.5 por ciento cardíacos y 22.4 por ciento del sistema nervioso central.

Estos resultados guardan gran similitud con otras series reportadas^{1,3,7-10}. Los estudios en adultos mues-

tran que más del 50 por ciento de los paros cardíacos son causados por anomalías del corazón⁴. Debido a que frecuentemente la etiología no es cardíaca, el paciente pediátrico puede reanimarse con atención adecuada a las vías respiratorias y a la respiración⁶. Las arritmias cardíacas son mucho menos frecuentes²⁴.

La edad promedio de los paros cardiorespiratorios en general fue de 2.1 años; de los que fallecieron, fue de 2.6 años y de los que fueron dados de alta 0.8 años. No hubo diferencia significativa ($p > 0.005$) entre los dos primeros grupos. En cambio, sí la hubo ($p < 0.001$) entre la edad promedio de los que fueron dados de alta (0.8 años) y de los que fallecieron (2.6 años).

En otros estudios⁹⁻¹¹ la edad media de pacientes con paros cardiorespiratorios tratados, es de 1.8 años. En estos estudios, al igual que en los del hospital Robert Reid Cabral, la supervivencia se define como de alta en el hospital. En Philadelphia se encontró que ésta fue mayor en el grupo de menos de 5 meses que en el de más edad¹⁴. En el Condado de King, en Miami, se demostró que los sobrevivientes al paro eran ocho años más jóvenes, en promedio, que los que murieron en el hospital¹⁹.

El sexo no tuvo un efecto medible sobre la supervivencia o muerte después del paro cardiorespiratorio en los niños analizados. Sin embargo, 76 por ciento en el estudio del Condado King fueron hombres y 24 por ciento mujeres¹⁶⁻¹⁸. Otros estudios^{10,15,16} han señalado porcentajes de igual magnitud en varones, con variaciones entre 60 y 81 por ciento.

Se cree que los antecedentes de los pacientes tienen mucho que ver con la supervivencia, aún cuando este factor no ha sido bien estudiado. En tanto que la mayoría de los niños tenía antecedentes patológicos respiratorios (26.4%), sólo 15.5 por ciento tenía antecedentes cardíacos.

La confrontación de los factores positivos y negativos conduce a un pronóstico global bueno para los pacientes pediátricos que han sufrido paro cardiorespiratorio; sin embargo, en el Hospital Infantil Robert Reid Cabral, la supervivencia inmediata global en 401 pacientes fue de 26.2 por ciento. Quizás la ausencia de personal idóneo influyó en este mal resultado.

Hubo 228 paros cardiorespiratorios que fueron presenciados en forma directa por el médico, o en los que alguien acudió de inmediato por diversas circunstancias. Asimismo, 173 casos no fueron presenciados.

Cuando hubo alguien que presenciara el suceso, un 6.5 por ciento fue dado de alta, comparado con ninguno en el grupo de los que no fueron presenciados.

Otro elemento que debe comentarse es el relacionado con el periodo en el cual ocurrió el suceso. La supervivencia es mayor en las horas de la mañana, cuando la atención médico-hospitalaria es mayor, y tiende a disminuir significativamente ($p < 0.01$) a medida que avanza el día, para ser nula en horas de la madrugada, cuando la presencia del personal médico y/o de enfermería es muy escasa.

Este estudio ha mostrado que los factores relacionados con el servicio hospitalario que afectan la supervivencia son: la clase de servicio médico de urgencia (médico y/o enfermera), iniciación de la reanimación cardiopulmonar (RCP) por quien presencia el paro, tiempo entre el colapso y la atención definitiva.

Hubo una relación significativa ($p < 0.01$) entre la iniciación de RCP por un testigo presencial (médico residente, cardiólogo, enfermera o interno de medicina) y los resultados. Más del 25 por ciento de los pacientes que recibieron RCP por testigos presenciales (médicos residentes y/o cardiólogos) tuvo supervivencia inmediata, comparado con 1.8 por ciento para los casos en los cuales la RCP fue iniciada por internos de medicina y/o enfermeras.

Para las altas, estas cifras fueron de 6.5 y 0 por ciento, respectivamente ($p < 0.01$), debido a que los residentes, por lo general, están en el lugar de los hechos en horas de la mañana, esta mayor tasa es probable que refleje la iniciación más temprana de la RCP.

Generalmente los buenos resultados se deben a que pasa muy poco tiempo entre el colapso y la iniciación de la RCP; si ésta se inició a menos de cuatro minutos del colapso, la supervivencia inmediata fue de 12.0 por ciento y se dio de alta al 6.5 por ciento.

Por el contrario, si la RCP se inició cuatro minutos o más después, sólo tuvo supervivencia inmediata el 8.0 por ciento, y a ninguno se le dio de alta.

Un hecho sorprendente es la alta frecuencia (48.4%) de niños con paros cardiorespiratorios en los que el médico describe su conducta terapéutica como "medidas físicas y metabólicas". En un evento tan grave, donde la vida del paciente está seriamente comprometida, los médicos debemos ser más cuidadosos en el abordaje y descripción del tratamiento, facilitando la posterior evaluación de su conducta ante esta situación.

También describen en más del 56 por ciento de los casos que se le dio masaje cardíaco y respiración asistida, sin embargo, no se describen otras medidas de apoyo a la reanimación de los pacientes tratados, lo que ha dificultado nuestra evaluación desde el punto de vista del manejo intrahospitalario del niño con paro cardiorespiratorio.

Sin embargo, a pesar de estas omisiones, en algunas circunstancias se describe el uso de algunos fármacos, tales como adrenalina y bicarbonato de sodio.

Llama la atención que de un 47.9 por ciento de niños a los cuales se les administró adrenalina intracardiaca a ninguno se le dará de alta.

Se ha escrito mucho sobre el peligro potencial de diversas complicaciones por punción cardíaca o pulmonar²⁶⁻²⁷. De hecho, estos riesgos pueden haber sido más conjeturas que realidades; sin embargo, a pesar de un estudio clínico reciente que afirma un alto grado de seguridad²⁸, no se recomienda el acceso intracardiaco como elección, porque comparado con la vía intravenosa o endotraqueal: 1) no se ha probado que sea más eficaz ni menos peligroso; 2) requiere de mucha habilidad y 3) necesita interrumpir una o varias veces el masaje cardíaco cerrado (MCC), que tiene importancia crítica.

Por lo tanto, la administración intracardiaca durante la reanimación debe reservarse para situaciones en las que sea imposible encontrar una vena y no haya intubación traqueal o aún no se disponga de ella.

En un grupo de pacientes que hicieron paro cardiorespiratorio, en 10.0 por ciento se hace constar el uso del bicarbonato de sodio, sin embargo, no se especifica la vía ni la dosis. Como es bien sabido, el problema fisiológico más grave del paro cardiorespiratorio después de la hipoxia es la acidosis metabólica²⁹. Sin embargo, no debe interpretarse que el bicarbonato es el medicamento más importante para la RCP.

Trabajos previos han demostrado la ineficacia del bicarbonato de sodio sólo para hacer latir el corazón³⁰. El bicarbonato tampoco potencia el efecto de dosis subóptimas de adrenalina²³. De hecho, el bicarbonato a grandes dosis puede ser perjudicial y por tanto causar hiperosmolalidad e hipercarbia por la conversión del bicarbonato en CO₂, acidosis del líquido cefalorraquídeo por hipercarbia y dificultad para eliminar arritmias^{23,31-33}.

El propósito principal de administrar bicarbonato

es corregir la acidosis metabólica, mejorar la función miocárdica deprimida y su respuesta a las catecolaminas. Sin embargo, debemos advertir que este medicamento no debe mezclarse con la adrenalina en la misma jeringa, ni debe agregarse a soluciones intravenosas, puesto que aumenta la probabilidad de mezclarlo con calcio en la misma vena, lo que origina precipitados grumosos²³.

CONCLUSIÓN

La supervivencia del paro cardiorespiratorio en los niños del Hospital Infantil Robert Reid Cabral es baja. Este estudio dio a conocer algunos de los factores que contribuyeron a la alta tasa de mortalidad, entre los que se destacan:

- algunos factores del azar;
- deficiencias en los servicios de asistencia hospitalaria, particularmente en las horas nocturnas y de la madrugada;
- falta de los conocimientos mínimos necesarios para el abordaje de una reanimación cardiorespiratoria óptima y
- duración de la anoxia por tardanza en la intervención por parte del personal médico y/o paramédico de la institución.

Por otra parte, se destacan la edad temprana, la resistencia del cerebro y del miocardio y la etiología respiratoria más frecuente en los niños pequeños, como factores que favorecen que el paciente pueda reanimarse con atención adecuada a las vías respiratorias y a la respiración.

Por último, se resalta la inseguridad con que suele abordarse la reanimación del paciente pediátrico por parte de médicos y paramédicos. Esta actitud, junto a los demás factores señalados, hace que la supervivencia inmediata sea sólo de un 26.5 por ciento y que el porcentaje de los niños dados de alta finalmente, se reduzca a sólo 6.5.

Esta inseguridad es la que, a nuestro juicio, lleva a estos galenos a la no descripción detallada del procedimiento de la reanimación, la cual aparece descrita, con una alta frecuencia, sólo como "medidas físicas y metabólicas".

RECOMENDACIONES

El Apoyo Básico para la Vida (ABV) consiste en una

serie de actividades de sostén en pacientes con paro cardiorespiratorio. Para obtener supervivencia óptima debe complementarse con Medidas Avanzadas de Apoyo Cardíaco (MAAC).

La estabilidad del paciente en el área donde ha ocurrido el paro cardiorespiratorio debe incluir el restablecimiento del ritmo cardíaco y de la actividad mecánica eficaces, antes de trasladar al paciente. Desafortunadamente, el estudio que hemos realizado en el Hospital Infantil Robert Reit Cabral evidencia la ausencia de programas para este tipo de urgencias y la falta de atención a determinadas horas, lo que repercute negativamente en la supervivencia de los niños.

Ante esta situación, creemos pertinente plantear algunas medidas que producirían un impacto favorable sobre la tasa de supervivencia de los niños que por diversas causas hacen un paro cardiorespiratorio. Entre ellas se destacan las que enumeramos a continuación:

1. El personal médico y/o paramédico siempre debe ser capaz de intentar restablecer y estabilizar el ritmo y cuando menos hacer un intento inicial para obtener la actividad mecánica óptima del corazón.
2. Para lograr esta primera meta la institución debe velar porque los niños admitidos, en caso de un paro cardiorespiratorio, tengan la oportunidad de ser vistos por un personal capaz, sin importar la hora ni el lugar.
3. Este personal debe recibir de la institución el adiestramiento mínimo necesario. Para tales fines el hospital deberá implementar un programa de capacitación en técnicas de reanimación cardiorespiratoria (RCP), destinado a los estudiantes y médicos que reciben entrenamiento en pediatría y a los paramédicos. Esto representaría un avance importante para lograr la optimización de los servicios que brinda la institución a sus pacientes.
4. La institución, a través de la Unidad de Enseñanza, debe exigir la adecuada descripción de los pasos dados luego de que un médico trate a un niño en paro cardiorespiratorio.
5. Deben existir normas de abordaje del paro cardiorespiratorio al alcance de todo el personal de la institución.
6. Por último, el hospital como institución debe garantizar el derecho que tienen los pacientes a la vida, brindando un servicio óptimo en los

horarios tanto diurnos como nocturnos, para evitar la ocurrencia de muertes por paro cardiorespiratorio que se evitarían aplicando la reanimación a tiempo.

REFERENCIAS

1. Lund I, Skulberg A. Cardiopulmonary resuscitation by lay people. *Lancet* 1976; 2: 702-704.
2. Thompson RG, Hallstrom AP, Coob LA. Beneficial effect of bystander-initiated CPR in out-of-hospital ventricular fibrillation. *Circulation* 1977; 56: 114.
3. Eisemberg M, Bergner L, Hearne T. Out-of-hospital cardiac arrest: a review of major studies and a proposed uniform system. *Am J Pb Health* 1980; 70: 286-240.
4. Eisemberg M, Bergner L, Hallstrom A. Paramedic programs and out-of-hospital cardiac arrest: I, factors associated with successful resuscitation. *Am J Pub Health* 1979; 69: 30-38.
5. Bergner L, Eisemberg M, Hallstrom A, et al. Evaluation of paramedic services for cardiac arrest. Unpublished final report for grant No. HS-02456. *National Center for Health Services Research*, 1980.
6. American Heart Association. Standards for CPR and ECC. *JAMA* 1980; 244: 5.
7. Anthony CJ, Crawford EW, Morgan BC. Management of cardiac and respiratory arrest in children. *Children Pediat N Am* 1969;
8. Tahernia AC. Managing cardiac arrest in infants and children. *Post Med* 1970; 204-209.
9. Ehrlich R, Emmett SM, Rodriguez-Torres R. Pediatric cardiac resuscitation team: a 6 year study. *Pediatrics* 1974; 81: 152-155.
10. Singer J. Cardiac arrests in children. *J Am Coll Ener Phys* 1977; 6: 198-205.
11. DeBard ML. Cardiopulmonary resuscitation: analysis of six years experience and review of the literature. *Ann Emerg Med* 1981; 10: 408-416.
12. Vaughan VC, McKay RJ. *Textbook of pediatrics*. 10th Edd, W.B. Saunders, Philadelphia, 1975.
13. Terry Lee KW, Templeton JJ, Dougal RM, Downes JJ. *Selection of endotracheal tubes in infants and children*. Presented to American Academy of Pediatrics, Annual Meeting, Las Vegas, April 1980.
14. Melker R, Cavallero D, Krischer J. A pediatric gastric tube airway. *Crit Care Med* 1981; 9: 426-427.
15. Thaler MM, Stobie HC. An improved technique of external cardiac compression in infants and young children. *N Engl J Med* 1963; 269: 606-610.
16. Orłowski JP. Cardiopulmonary resuscitation in children. *Pediat Clin N Amer* 1980; 27: 595-611.
17. Babbs CF. New versus old theories of blood flow during CPR. *Crit Care Med* 1980; 8: 191-195.
18. Ridikoff MT, Freud P, Weisfeldt ML. Mechanisms of blood during cardiopulmonary resuscitation. *circulation* 1977; 56-57 (Suppl III): 97.
19. Forney J, Ornato JP. Blood flow with ventilation alone in a child with cardiac arrest. *Ann Emerg Med* 1980; 45-46.
20. Budassi SA, Bander JJ, Kimmerle L, Eie KF. *Cardiac arrest and CPR*. Rockville, Aspen Publication, 1980: 45-56.
21. Seldinger SI. Catheter placement over the needle in percutaneous arteriography. *Acta Radiológica* 1963; 39: 368-376.
22. Cote CJ, Jobers Dr, Schwarz AJ, Ellison N. *Anesthesiology* 1979; 50: 371-373.

23. Bishop RL, Weisfeldt ML. Sodium bicarbonate administration during cardiac arrest. **JAMA** 1976; 235: 506-509.
24. Dembo DH. Calcium in advance life support. **Crit Care Med** 1981; 9: 358-359.
25. Gutgesell HP, Tacker WA, et al. Energy dose for ventricular defibrillation of children. **Pediatrics** 1976; 58: 898-901.
26. Enarson Da, Gracey Dr. Complications of cardiopulmonary resuscitation. **Heart Lung** 1976; 3: 805-807.
27. Goldberg AH. Cardiopulmonary arrest. **N Engl J Med** 1974; 290: 381-385.
28. Davison R, Barresi V, Parker M, et al. Intracardiac injections during cardiopulmonary resuscitation. A low risk procedure. **JAMA** 1980; 244-1110-1111.
29. Redding JS, Pearson JW. Metabolic acidosis: a factor in cardiac resuscitation. **S Med J** 1967; 60: 926-932.
30. Ostrea EM, Odeil GB. The influence of bicarbonate administration on blood pH in a "closed system": clinical implications. **J Pediatr** 1972; 80: 671-680.
31. Berenyi KJ, Wolk M, Killip T. Cerebrospinal fluid acidosis complicating therapy of experimental cardiopulmonary arrest. **Circulation** 1975; 52: 319-324.
32. Fillmore SJ, Shapiro M, Killip T. Serial blood gas studies during cardiopulmonary resuscitation. **Ann Intern Med** 1970; 72: 465-469.
33. Lawson NW, Butler CG, Ray CT. Alkalosis and cardiac arrhythmias. **Anesth Analg** 1973; 52: 319-324.

PREVALENCIA DE ESTUDIANTES FUMADORES EN LA ZONA URBANA DE SANTO DOMINGO*

Rafael Danilo Peralta Fermin**, Maria Luisa Arias**, De la Cruz Franklin Sasso**, Rubén Darío Pimentel***

RESUMEN

Con el propósito de conocer la prevalencia de fumadores en la zona urbana de Santo Domingo, se realizó una encuesta entre estudiantes adolescentes de la educación secundaria tradicional durante el período comprendido entre abril y mayo de 1994.

Del total encuestado (n=1, 370), 438 (32.0%) eran fumadores; 12 (0.9%), ex fumadores y 920 (67.1%), no fumadores. Entre los fumadores, 19.0 por ciento era del sexo masculino y 13.0 por ciento del sexo femenino.

La edad promedio (13.4 años) en que los hombres e inician en el fumar es más precoz que la de las mujeres (14.4 años). En ambos grupos la mayoría (16.6%) se inició antes de los 15 años.

Los hombres fuman una cantidad superior de cigarrillos por día (X=12.1) que las mujeres (XX=6.8), excepto en el grado severo.

Más de tres cuartas partes de los estudiantes fuman Marlboro y todos fumaban cigarrillos con filtro.

Según nuestros resultados, la cantidad de estudiantes fumadores aumenta proporcionalmente con el hábito tabáquico de sus progenitores.

Por último, los conflictos familiares (12.0%), la televisión (30.4%) y la escuela (12.2%) fueron la causa, el medio y el lugar donde los estudiantes se iniciaron, conocieron o fumaron por primera vez.

Palabras claves: tabaquismo, adolescentes, prevalencia.

INTRODUCCIÓN

El tabaco, concebido por la OMS¹ como enemigo

No. 1 para la salud del hombre, es una droga comercializada legalmente, que está aumentando 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. Esta prevalencia es mayor en los núcleos urbanos de las grandes ciudades y más alta entre los hombres que entre las mujeres.

En 1985, Ferreras *et. al.*³ reportaron que el 30 por ciento de los estudiantes de la educación secundaria institucional fumaba, fecha a partir de la cual no se ha vuelto a medir la prevalencia del tabaquismo en estudiantes adolescentes de Santo Domingo.

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 objeto principal de este estudio es identificar el nivel de prevalencia del tabaquismo en los estudiantes adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 20 años de edad de la población urbana de Santo Domingo.

MÉTODO

Se realizó una encuesta epidemiológica transversal entre estudiantes adolescentes que asistían a establecimientos de educación secundaria de la zona urbana de Santo Domingo, República Dominicana. Esta encuesta se desarrolló en un período que fue de marzo a abril de 1993.

La recolección de la información se efectuó por medio de un cuestionario autoadministrado inspirado en parte por los autores y en documentos elaborados por el *British Medical Research Council*²⁷ y por la OMS²⁸. Este cuestionario fue aplicado de forma directa por parte de los investigadores y de manera simultánea en todos los centros incluidos en el estudio.

* Tests para optar por el título de pediatra, Universidad Iberoamericana (UNIBE).

** Egresados de UNIBE.

*** Profesor de UNIBE.

El cuestionario incluía, además de los datos personales de los estudiantes, preguntas relacionadas con el tabaquismo.

Sobre el tabaquismo se plantearon preguntas acerca del número de cigarrillos fumados por día, la aspiración o no del humo para los fumadores, la edad de los estudiantes en el momento en que habían comenzado a fumar y el tabaquismo de los padres.

Se consideraron fumadores a todos los estudiantes que fumaban como promedio un cigarrillo por día y ocasionalmente en el momento de la encuesta⁶; fumador ocasional al que había dejado de fumar por lo menos seis meses antes de la encuesta y no fumador al que nunca ha probado cigarrillos²⁹.

Grado de hábito tabáquico:

- Leve: al que fuma menos de 10 cigarrillos por día.
- Moderado: al que fuma entre 10-20 cigarrillos por día.
- Severo: al que fuma más de 20 cigarrillos por día.

Población y muestra

La población a estudiar comprendía a los alumnos (N=43,230*) de 12 a 18 años y más de edad inscritos en los diferentes cursos de los liceos (N=80) de la enseñanza secundaria tradicional durante el período 1993 de la zona urbana de Santo Domingo.

La muestra objeto de estudio se calculó mediante la fórmula:

$$n_n = \frac{n \cdot N_n}{N}$$

en donde:

N_n = tamaño de la muestra estratificada

n = tamaño de la muestra = 12,969 (30% de 43,230)

N = universo = 43,230 alumnos

N_n = estratos del universo

N_{n_1} = alumnos del primero del bachillerato = 12,210

N_{n_2} = alumnos del segundo del bachillerato = 11,320

N_{n_3} = alumnos del tercero del bachillerato = 10,830

N_{n_4} = alumnos del cuarto del bachillerato = 8,870

N_{n_1} = 366

N_{n_2} = 340

N_{n_3} = 325

N_{n_4} = 258

Los liceos también fueron escogidos al azar, mediante la fórmula:

$$n = \frac{N}{1} \times \frac{1}{4}$$

es decir, un liceo de cada cuatro. Como se incluyeron 20 liceos, en cada uno de ellos se escogió una muestra de:

$$N_{n_1} = 20$$

$$N_{n_2} = 19$$

$$N_{n_3} = 17$$

$$N_{n_4} = 15$$

Se obtuvo una muestra de 1,289 estudiantes con un error estándar de 5 por ciento y un nivel de confianza de 95 por ciento, partiendo de que la prevalencia estimada de estudiantes fumadores era de 30 por ciento utilizando como referencia para dicho cálculo el valor que corresponde a la población escolar de Santo Domingo, estudiada con respecto al tabaquismo en 1985³.

Cuestionando a 1,289 estudiantes, era suficientemente representativo, sin embargo, decidimos elevar el tamaño de la muestra en un 10 por ciento de la población seleccionada, o sea, una muestra de 1,418 estudiantes. Se seleccionaron los 1,418 estudiantes a partir de un listado suministrado por los liceos de Santo Domingo y previa numeración secuencial se eligieron los estudiantes a investigar, utilizando una tabla de números al azar.

Análisis de la información

Los datos obtenidos a partir de la presente encuesta fueron estudiados, en primer lugar como hechos epidemiológicos. En una segunda etapa, efectuamos correlaciones lineales entre los datos según las diferentes variables susceptibles de intervenir en la adquisición del hábito de los estudiantes.

El análisis de estos datos se basó en comparaciones de variables cualitativas utilizando el test del chi-cuadrado (χ^2), considerándose de significación estadística una $p < 0.05$.

RESULTADOS

Características generales

Del total de estudiantes encuestados ($n=1,418$), 1,370 (96.6%) llenaron adecuadamente el

* División de Estadística de la Secretaría de Estado de Educación, Bellas artes y Cultos. 1993.

autocuestionario. De los 1,370 (edad promedio = 16.9 años) estudiantes, 637 (46.5%) eran masculinos con una edad promedio de 17 años (rango: 13-20 años) y 733 (53.5%), femeninas con una edad promedio de 16.8 años (rango: 14-29 años).

Prevalencia de fumadores

De los 1,370 adolescentes, 438 (32.0%) eran fumadores; 12 (0.9%), ex-fumadores y 920 (67.1%), no fumadores (figura 1). Entre los fumadores, 260 (19.0%) eran del sexo masculino y 178 (13.0%), del femenino (figura 2).

El porcentaje de fumadores pasó de 15.4 por ciento en mayores de 15 años a 16.6 por ciento en menores de esta edad (cuadro I). En las mujeres este porcentaje fue mayor en el grupo mayor de 15 años de edad.

FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN ESTUDIANTES FUMADORES, NO FUMADORES Y EX-FUMADORES. STO. DGO., 1994

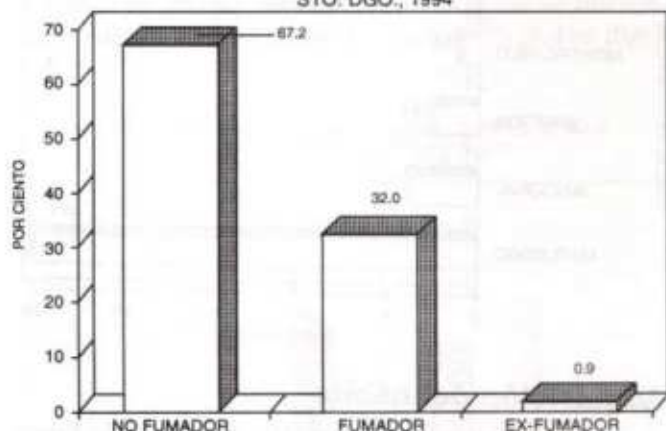
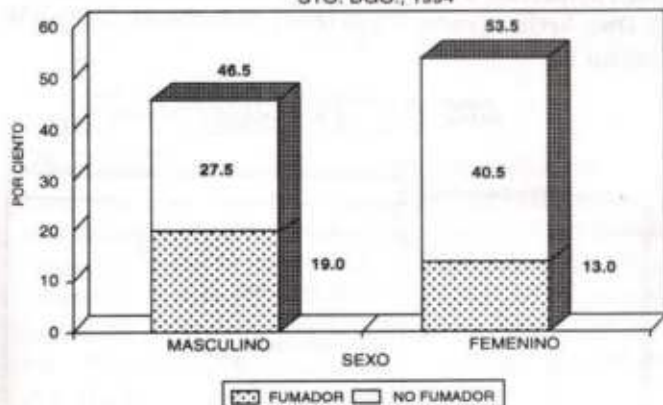


FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN ESTUDIANTES ENCUESTADOS POR SEXO Y HÁBITO TABAQUICO. STO. DGO., 1994



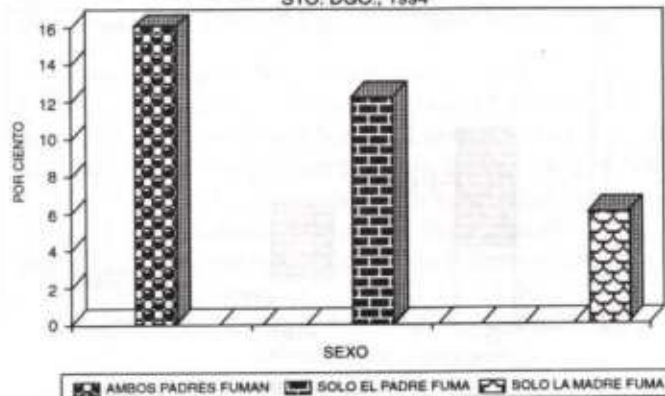
Cuadro I. Producción, exportaciones, importaciones (en toneladas), y consumo de cigarrillos per cápita (por persona de 15 años o más). República Dominicana, 1979-1988.

Año	Producción	Exportaciones	Importaciones	Consumo Per Cápita
1979	3,353	0	0	1,284
1980	3,365	0	26	1,326
1981	3,436	0	30	1,297
1982	3,500	0	0	1,297
1983	3,600	0	0	1,194
1984	3,645	0	0	1,215
1985	3,645	0	0	1,203
1986	3,775	0	0	1,268
1987	4,576	10,943	0	1,396
1988	4,631	15,116	0	1,352

Fuente: Asociación de Fabricantes de Tabaco, 1989.

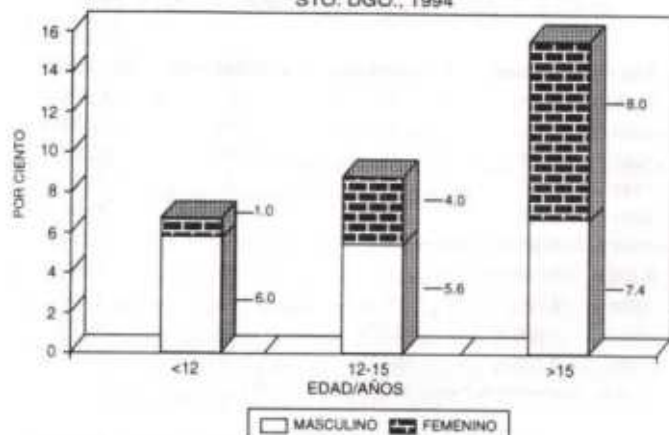
La cantidad de estudiantes fumadores aumenta proporcionalmente con el hábito tabáquico de sus progenitores; siendo esta relación importante cuando ambos padres fumaban (16.0%), moderada (10.0%) cuando sólo era el padre el fumador y menos importante (6.0%) cuando era la madre la que fumaba (figura 3). Hubo significación estadística ($P < 0.01$) al asociar el tabaquismo de los padres fumadores y no fumadores con el hábito tabáquico de sus hijos.

FIGURA 3. RELACIÓN EST. FUMADORES SEGÚN HÁBITOS TABAQUICOS DE SUS PROGENITORES. STO. DGO., 1994



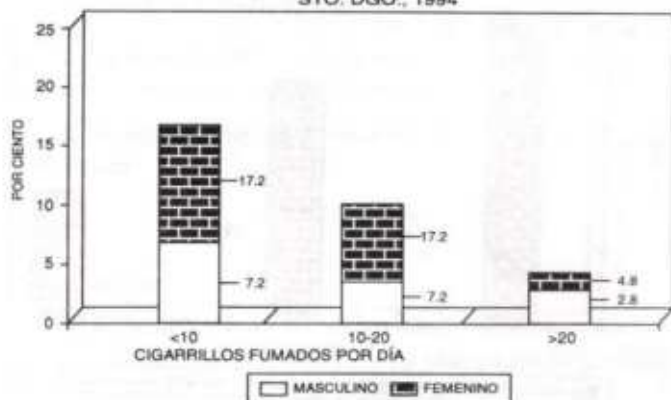
La edad promedio para iniciarse en el hábito de fumar fue de 15.4 años: 17.4 años para las mujeres y 13.4 años para los hombres. Más de la mitad (16.6%) de los estudiantes inició su hábito antes de los 15 años; de los cuales 7.0 por ciento, lo hizo antes de los 12 años (figura 4).

FIGURA 4. ESTUDIANTES FUMADORES SEGUN EDAD DE INICIO DEL FUMADO Y SEXO. STO. DGO., 1994



Con relación al grado de tabaquismo, el cual fue descrito en tres modalidades: leve, moderado y severo, encontramos que el mayor porcentaje, 17.2, correspondió al leve; siendo 10.0 y 4.8 por cientos moderado y severo respectivamente (figura 5). Los hombres fuman una cantidad ($x=12.1$ cigarrillos por día) mayor de cigarrillos que las mujeres ($x=6.8$ cigarrillos por día), excepto en el grado severo.

FIGURA 5. ESTUDIANTES SEGUN CANTIDAD DE CIGARRILLOS POR DIA Y SEXO. STO. DGO., 1994



En la figura 6 se destaca que todos los estudiantes (32.0%) fuman cigarrillos con filtro: 30 por ciento aspiraban el humo del tabaco y 2.0 por ciento no lo hacía. En esta misma figura se destaca que entre los que aspiraban el humo del tabaco, 20.0 por ciento y 12.0 por ciento lo aspiraban profundamente y superficialmente respectivamente.

Más de tres cuartas partes, 342 (25.0%) de los estudiantes fuman Marlboro; 41 (3.0%) fuman Nacional; 32 (2.3%) fuman Winston; 14 (1.0%) fuman

Montecarlo, y 9 (0.7%) fuman Hilton (figura 7).

FIGURA 6. RELACION ESTUDIANTES POR TIPO CIGARRILLO Y SI ASPIRAN O NO EL HUMO. SANTO DOMINGO, 1994

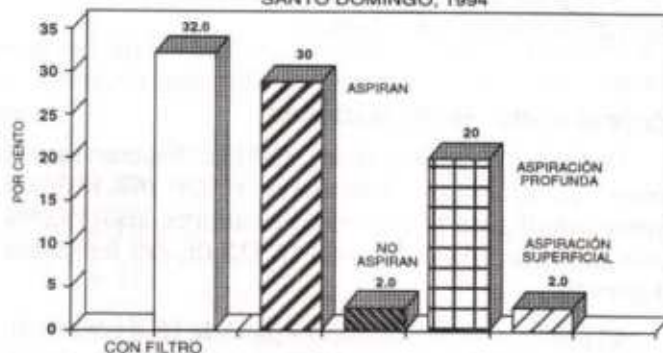
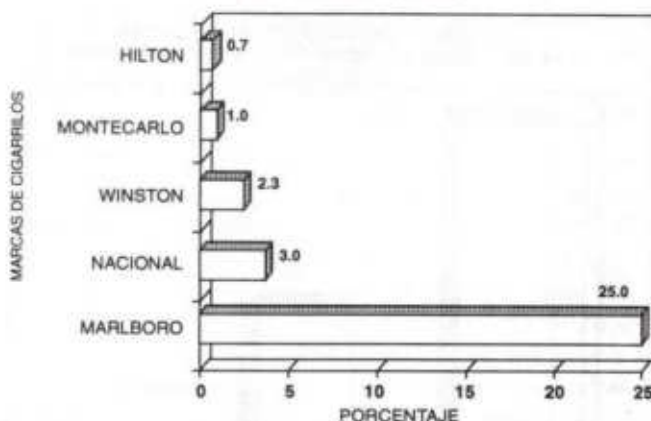


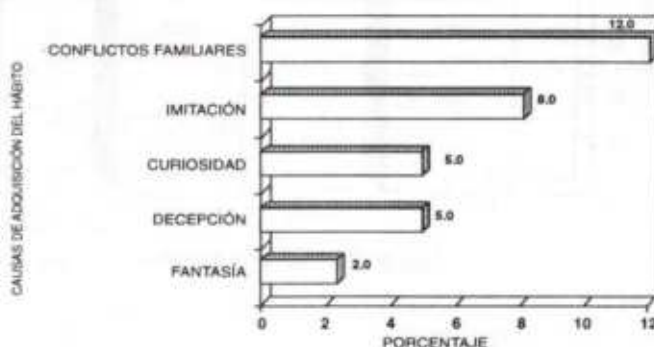
FIGURA 7. TABAQUISMO ENTRE ESTUDIANTES POR MARCAS DE PREFERENCIA. SANTO DOMINGO, 1994



Adquisición del hábito

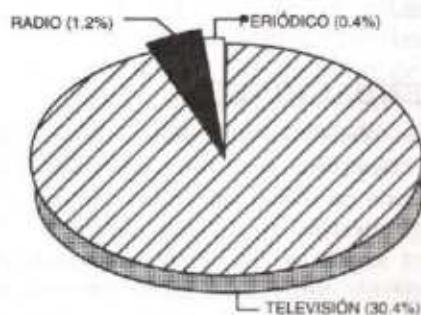
Los conflictos familiares, 164 (12.0%) y la limitación, 111 (8.0%), fueron los motivos más importantes para comenzar a fumar, seguidos por la curiosidad, 68 (5.0%); la decepción, 68 (5.0%) y la fantasía, 27 (2.0%) (figura 8).

FIGURA 8. DISTRIBUCIÓN DE ESTUDIANTES SEGUN CAUSA DE ADQUISICIÓN DEL HÁBITO. SANTO DOMINGO, 1994



La televisión, 416 (30.4%) continúa siendo el medio más importante por el cual los estudiantes conocen el tabaco, seguido por la radio, 16 (1.2%) y los periódicos, 6 (0.4%) (figura 9).

FIGURA 9. RELAC. MEDIOS MÁS IMPORTANTES PARA ESTUDIANTES CONOCER EL TABACO SANTO DOMINGO, 1994



La escuela 167 (12.2%); las fiestas, 127 (9.3%); hogar, 111 (8.1%), son los lugares donde se iniciaron en el fumar, seguidos por las calles, 32 (2.4%) (figura 10).

FIGURA 10. ESTUDIANTES FUMADORES SEGÚN LUGAR DONDE SE INICIARON. STO. DGO., 1994



COMENTARIOS

La información obtenida en la presente investigación, que incluye una muestra importante de los estudiantes adolescentes de la educación secundaria tradicional de la zona urbana de Santo Domingo, muestra un aumento de la prevalencia de estudiantes fumadores (32.0%), si se la compara a la prevalencia de estudiantes fumadores de Santo Domingo (30.0%), reportada en un estudio realizado en 1985³.

Hay que destacar la precocidad en el inicio del hábito tabáquico entre los estudiantes, donde ya a los 7 años algunos se habían iniciado en éste. La iniciación

del consumo de tabaco (medida en las personas menores de 15 años de edad) supera el 16 por ciento. Aunque no se dispone de series temporales sistematizadas la información existente indica que los grupos más recientes (sobre todo del sexo femenino) en las áreas urbanas de la República Dominicana están comenzando a fumar a una velocidad superior a la de sus predecesores⁶. 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 inquietante es que a pesar de que en promedio los hombres fuman mayor cantidad de cigarrillos que las mujeres, la proporción de fumadores severos (más de 20 cigarrillos por día) fue más importante entre estas últimas

En general esto nos muestra que la epidemia del tabaquismo en los adolescentes en la República Dominicana no es de larga duración ni de gran intensidad, y la carga de mortalidad impuesta por el tabaquismo es menor que la de otros países, Norteamérica por ejemplo⁶. Sin embargo, el intervalo que transcurre entre el inicio del consumo de tabaco y el inicio de la mortalidad atribuible al tabaquismo tiene repercusiones futuras alarmantes. En la República Dominicana, la prevalencia cada vez mayor presagia un aumento importante de las enfermedades por esta causa.

Entre los estudiantes encuestados los conflictos familiares y la imitación fueron los motivos más importantes para comenzar a fumar. Llama la atención este hallazgo, debido a que por primera vez en los diferentes estudios que se han realizado, 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 demoralización de la sociedad dominicana.

La televisión continúa siendo el medio más importante mediante el cual los adolescentes escolares conocieron el tabaco, corroborándose una vez más a las escuelas, a las fiestas y al hogar como los lugares donde se iniciaron en el fumar.

Estos resultados coinciden con los reportados en el país en diferentes grupos de poblaciones, entre los cuales se destacan profesores³¹, médicos³², odontólogos³⁰, estudiantes de nivel secundarios⁵ y otros^{2,4}.

Es importante destacar la preferencia de los adolescentes por el cigarrillo Marlboro. Esta preferencia se

debe, en parte, al gran despliegue publicitario desarrollado por las transnacionales que controlan el mercado interno.

El control casi absoluto del mercado internacional por la preferencia de los fumadores hacia el cigarrillo Marlboro, el ingreso a ese mercado del cigarrillo Winston, la ausencia de una legislación que modifique el suministro y las demandas de tabaco y que limite la publicidad, y la falta de programas educativos sobre el tabaquismo en el medio escolar, que aún es una dolencia importante de las actividades de control en la República Dominicana, hacen pensar en una tendencia al incremento del consumo de cigarrillos, particularmente en nuestros adolescentes de las zonas urbanas.

Las evidencias anteriores nos plantean una realidad: las campañas de prevención antitabaco deben estar dirigidas hacia los jóvenes y adolescentes, debido a que el que ya es fumador le resulta difícil dejar su hábito.

CONCLUSIONES

Los resultados planteados en los párrafos precedentes permiten sustentar las siguientes conclusiones:

1. La información obtenida en la presente investigación indica que hay suficiente evidencia de que el tabaquismo, en los estudiantes adolescentes de Santo Domingo se ha elevado.
2. Por lo menos, nueve años de diferencia (1985-1994) se han traducido en un incremento de un 2.2 por ciento de la prevalencia en el consumo de tabaco en Santo Domingo, lo que demuestra que tal incremento es importante.
3. La iniciación del consumo de tabaco es precoz, siendo de 16.6 por ciento antes de los 15 años.
4. A pesar de que los hombres fuman una cantidad de cigarrillos superior a la de mujeres, éstas están aumentando la proporción de cigarrillos fumados, si se los compara a otros estudios previamente reportados.
5. La televisión como medio y la escuela como lugar, continúan ocupando las frecuencias más altas en los hábitos tabáquicos de los estudiantes adolescentes.
6. Los conflictos familiares por primera vez aparecen como causa principal de adquisición del hábito tabáquico, seguidos por la imitación de

los padres.

7. Por último, pese a la crisis económica de los años ochenta e inicio de los noventa, las prevalencias de tabaquismo continúan siendo elevadas (con tendencia a aumentar), particularmente entre los adolescentes, las mujeres jóvenes y los grupos urbanos de ingresos estables.

RECOMENDACIONES

1. La publicidad tiende a incrementar el consumo de cigarrillos, aunque la relación exacta entre ambos es difícil de determinar. Es necesario reglamentar la publicidad, ya que la publicidad sujeta a restricciones se asocia, por lo general, con reducciones del consumo y, en consecuencia, es un elemento importante de los programas de control del tabaquismo.
2. Es necesario volver a plantear si la producción de tabaco debe promoverse por razones económicas. Aunque el tabaco puede ser un producto agrícola muy lucrativo, sus ventajas radican en gran parte en los distintos subsidios, tarifas y restricciones proteccionistas que mantienen alto el precio y proporcionan ganancias a los productores. Aunque la industria tabacalera es una importante fuente de trabajo, la producción de otros bienes generaría un nivel de empleo similar.
3. El aumento del precio de los cigarrillos fluctúa en función del precio, produce una disminución del tabaquismo, sobre todo en los adolescentes. De ahí que los impuestos sobre consumo pueden considerarse una medida de salud pública destinada a reducir la morbilidad y mortalidad, aunque el impacto preciso de los impuestos en el tabaquismo depende, en parte, de las circunstancias económicas locales.
4. Pese a la iniciación tardía de las actividades de prevención y control, y pese al esfuerzo deliberado de la industria tabacalera para expandir la producción y el mercado en República Dominicana y toda América Latina, se aprecia un movimiento creciente de rechazo al consumo de tabaco que ha adoptado diversas expresiones, entre otras, el desarrollo de legislación antitabáquica en diversos países. En el país no existe legislación para regular el suministro de tabaco, como un eficaz mecanismo para alcanzar los objetivos de la salud pública para el

control del consumo del tabaco.

5. Deben implementarse programas educativos a nivel escolar sobre la prevención del tabaquismo. Y las instituciones públicas deben ofrecer programas de ayuda para dejar de fumar.
6. Por último, implementando las anteriores medidas, los distintos niveles de gobierno y las organizaciones no gubernamentales tienen la oportunidad y la responsabilidad de enfrentar la epidemia del tabaquismo, como uno de los problemas de salud pública preponderante de nuestra época.

REFERENCIAS

1. OPS/OMS. Tabaquismo y salud en las Américas. Resumen Ejecutivo 1990.
2. Pimentel RD. Situación actual del tabaquismo en la República Dominicana. **Bol Común** 1992; 2(33).
3. Ferreras JM, González L, Acosta F y Santana DL. Tabaquismo y síntomas respiratorios en la población escolar. **Rev Méd Dom** 1987; 48(3): 21-25.
4. Pimentel RD. Tabaquismo en República Dominicana: análisis de la situación actual. **Bol Común** 1992; 2(16): 1-2.
5. Pimentel RD, Acosta E, Fiallo A y Gómez M. Epidemiología del tabaquismo entre estudiantes de la salud. **Bol CENISMI** 1991; 1(4).
6. OPS/OMS. La adicción al tabaco. Sinopsis Informativa 2/92. Washington, DC Noviembre. 1992.
7. OPS/OMS. Tabaquismo y salud en las Américas. Informe de la cfrujana general 1992, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud. Resumen Ejecutivo 21 de abril 1992.
8. OMS. Lugares de trabajo libres de tabaco más seguros y saludables. Boletín Informativo 31 de mayo, 1992.
9. Pimentel RD, Bautista L, D'Oleo M, et. al. Características y consecuencias del hábito y síntomas respiratorios en la escuela República de Haití. **Acta Med Dom** 1986; 8(2): 80-88.
10. Instituto del Tabaco. Memoria Anual 1989. Santo Domingo: Instituto del Tabaco de República Dominicana, 1989.
11. Chapman S, Wong W.L. Tobacco Control in the Third World. A Resource Atlas. International Organization of Consumers Union. Penang, Malaysia, 1990.
12. Instituto del Tabaco. Programa tabacalero 1989-1990. Santiago: Instituto del Tabaco de República Dominicana, septiembre 1989.
13. Maxwell, J.C.R.J. The Maxwell Consumer Report: International Tobacco 1989, Part One, Richmond, Virginia: Wheat First Securities/Butcher and Singer, Inc. WFBS-5455, 18 de mayo 1990.
14. Davis, R.M. Promotion of cigarettes in developing countries. **JAMA** 1986; 255(8): 993.
15. Banco Mundial. World Development Report 1989. Poverty, New York: Oxford University Press, junio 1990.
16. Candelaria S, Féliz BM. Hábito de fumar en los empleados de la SESPAS. Dirección Técnica de Sistemas, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, 1989.
17. Pimentel RD, Custodio J, Fontana V, et. al. Admisiones hospitalarias por infecciones bronquiales y hábitos parentales de fumar. **Bol CENISMI** 1991; 1(4): 6-7.
18. OPS. Las condiciones de la salud en las Américas. Edición 1990. Washington, DC. Publicación Científica No. 524, 1990.
19. Banco Mundial. World Development Report 1990. Poverty, New York: Oxford University Press, 1990.
20. Cruz Tavárez P, García V, Pimentel RD, et. al. Algunas repercusiones del tabaco sobre el niño y la producción de leche de madres fumadoras. **Arch Dom Ped**; 20(2): 37-40.
21. Tobacco Marchants Association of the United States. Special report: production and consumption of tobacco products for select countries 1979-1988. Special Report 89-3, Princeton, New Jersey, 28 de septiembre 1989.
22. Centro Latinoamericano de Demografía. Boletín Demográfico. Santiago, Chile: CELADE, Vol. 13, No. 45, enero 1990.
23. Instituto del Tabaco. Boletín Estadístico No. 41, 1987. Santo Domingo: Instituto del Tabaco de República Dominicana, 27 de septiembre 1988.
24. Organización Panamericana de la Salud. Control del hábito de fumar - IV Taller Subregional: Mesoamérica, 31 de octubre al 3 de noviembre, 1988. Informe Preliminar.
25. Romero J. Ingresos fiscales y el ITEBI. Bebidas y tabaco aportan 7.5 por ciento tributarios. **Listín Diario** No. 25785, martes 13 de junio de 1989.
26. Vincent AL, Bradhan DD, Fisher SK. A residential survey of smoking in the Dominican Republic. Manuscrito inédito fechado 21 de junio 1991.
27. Cletcher CM. Standardized questionnaires on respiratory symptoms. **Brit Med** 1960; 1665.
28. OMS/OPS. Encuesta sobre las características del hábito de fumar en América Latina. Publicación Científica No. 337. Pág. 03 Washington, DC. USA 1977.
29. Campos-Ramírez A, Pimentel RD, Soto-Quiroz My Bustamante M. Tabaquismo y síntomas respiratorios entre adolescentes colegiales de San José. **NEUMOS** 1992; 7(1): 17-26.
30. Ramírez-Rivas M, González González-Jorge AJ y Pimentel RD. Epidemiología del tabaquismo entre odontólogos de Santo Domingo. **Rev UNIBE de Cienc y Cult** 1991; 3(1): 39-46.
31. Pimentel RD, Féliz E, Pascual YA, Santos A y Lee A. Opiniones en relación al tabaquismo de profesores de escuelas secundarias en Santo Domingo, República Dominicana. **Rev Méd de Costa Rica** 1987; 54(501): 167.
32. Pimentel RD, Abrèu-Moreno DR, Peña-Toribio PI, Gillens-Auggins FM y Gómez Féliz 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.

FACTORES CAUSANTES DE TEMOR EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA*

Emigdio O. Castro Valenzuela**, Rubén Darío Pimentel***

RESUMEN

Se estudiaron 200 pacientes de los que acuden en demanda de atención odontológica a la Clínica Odontológica de la Universidad Iberoamericana (UNIBE) con el propósito de conocer los factores causantes de temor.

En el 74.5 por ciento de los pacientes entrevistados la causa principal en demorarse para asistir al odontólogo fue el temor o miedo.

El estado de ánimo ansioso fue el predominante en el momento de la entrevista con el odontólogo. La mayoría transmite sus temores a otras personas en algún momento de su vida.

Por último, la opinión predominante respecto a la atención odontológica recibida anteriormente fue bueno.

Palabras claves: atención odontológica, temor.

INTRODUCCIÓN

A pesar del gran esfuerzo que se ha venido realizando en la divulgación sanitaria en todos los programas de salud que acomete la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), todavía existen hábitos, opiniones, actitudes y creencias erróneas e inadecuadas en gran parte de la población, que constituyen una verdadera "barrera psicológica" que hay que atravesar para poder enfrentar correctamente los problemas de salud¹. Un ejemplo de lo que estamos diciendo lo constituye el tan frecuente miedo o temor a la atención odontológica.

Todo parece indicar que este fenómeno se ha estudiado poco, pues no hemos encontrado publicaciones nacionales que aborden estos aspectos, por lo

que este estudio pretende ser además una modesta contribución en este sentido².

Si tenemos en cuenta lo planteado por algunos autores como Salye³, Wolff⁴, Lazarus⁵ y otros en cuanto a que hay estrés psicológico cuando la persona conceptualiza una situación como que hace daño o amenaza y que, además esto exige del individuo un enfrentamiento y una respuesta que puede ir desde simples reacciones fisiológicas hasta la inhibición de la acción y la huida; vemos entonces que para nadie es un secreto que asistir a la consulta de odontología constituye una situación de estrés, de miedo o temor para muchísimas personas, lo cual, por simple observación podemos comprobar que está lo suficientemente generalizado en nuestra población como para que sea motivo de preocupación y estudio; tratar de buscar y explicar sus posibles causas y en consecuencia, saber hacia dónde dirigir la educación sanitaria en este sentido, que debe ser tanto individual como colectiva por parte del odontólogo y el equipo de salud en general⁶.

MÉTODO

Se realizó una encuesta epidemiológica transversal entre la población que demanda asistencia en la clínica odontológica de la Universidad Iberoamericana (UNIBE) de Santo Domingo, República Dominicana. Esta encuesta se desarrolló en un período que abarcó de enero a julio de 1994, en diferentes días y horas, una vez por semana.

La información fue recolectada por los investigadores, a través de un cuestionario que incluye, además de los datos personales de los entrevistados, preguntas relacionadas con las causas de asistencia a la consulta y tipos de atención, demoras en asistir a una consulta odontológica y causas de la demora, el estado de ánimo y las causas que genera la ansiedad, entre otras.

* Tesis de grado para optar por el título de doctor en odontología, Universidad Iberoamericana (UNIBE).

** Odontólogo egresado de UNIBE.

*** Profesor de UNIBE.

Población y muestra

El universo estudiado fue la población de ambos sexos de 15 y más años de edad que asiste a la clínica odontológica de la UNIBE.

Según estimaciones pre-establecidas en la clínica odontológica de UNIBE, asisten en promedio 106 personas por mes, lo que representa alrededor de 424 personas en cuatro meses.

Con el interés de obtener la mejor estimación muestral posible, se calculó la muestra con un nivel de precisión de cinco por ciento y un nivel de confianza de 95 por ciento, utilizando como referencia para el cálculo de la muestra el valor de 70 por ciento correspondiente a la población que por una u otra causa puede presentar alguna manifestación de estrés psicológico.

El tamaño de la muestra ideal fue estimado por la siguiente fórmula:

$$n = \frac{T^2 (p \times q) N}{Nd^2 + T^2 (p \times q)}$$

en donde:

T = nivel de confianza = 95% = 1.96

p = proporción estimada de personas que manifiestan algún estrés psicológico = 0.70

q = proporción de personas que no manifiestan ningún tipo de estrés psicológico = 0.30

d = nivel de precisión = 5% = 0.05

N = población total = 424

Aunque entrevistar a 182 personas arrojaba una muestra suficientemente representativa, se decidió elevar el tamaño de la muestra en un 10 por ciento de la población seleccionada, para una muestra de 200 personas.

Estas personas fueron escogidas para entrevistarlas según manifestaran temor o miedo a la atención odontológica, previa pregunta al respecto a su llegada a la institución.

Análisis de la información

Los datos obtenidos a partir de la presente encuesta fueron analizados como acontecimientos

epidemiológicos. Las diferencias relacionadas con las variables involucradas se establecieron mediante análisis de varianza, considerando significativa una $p < 0.05$.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

La edad más frecuente de los entrevistados estuvo comprendida entre los 21 y 30 años con 64 casos (32%), seguida de los comprendidos entre los 31 y 40 años (27%); si sumamos ambas cifras vemos que el 50 por ciento de los casos estudiados son adultos jóvenes (Cuadro I).

Cuadro I. Distribución por edades

Edad (años)	Frecuencia	Por ciento
≤ 20	31	15.5
21 - 30	64	32.0
31 - 40	54	27.0
41 - 50	32	16.0
51 - 60	17	8.5
61 - 70	2	1.0
Total	200	100.0

En cuanto al nivel de escolaridad (Cuadro II), el más frecuentemente encontrado fue el de la primaria (52.5%), seguido del de secundaria (32.5%), lo cual nos indica que la escolaridad de la muestra estudiada no es mala. El 6.5 por ciento era analfabeto.

Cuadro II. Nivel de escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Por ciento
Analfabeto	13	6.5
Primaria	105	52.5
Secundaria	65	32.5
Universitario	17	8.5
Total	200	100.0

En relación con la ocupación de los encuestados (Cuadro III), 113 eran amas de casa (56.5%), seguido de los técnicos medios y obreros (22.5% y 13.0% respectivamente); esto puede estar relacionado quizás con la mayor preocupación de la mujer por los problemas de salud.

Cuadro III. Distribución ocupacional

Ocupación	Frecuencia	Por ciento
Ama de casa	113	56.5
Técnico medio	45	22.5
Obrero	26	13.0
Administrativo	6	3.0
Universitario	5	2.5
Sin trabajo	5	2.5
Total	200	100.0

Por supuesto, el sexo más frecuente fue el femenino, con 160 mujeres (80,0%) (Cuadro IV)

Cuadro IV. Distribución por sexos

Sexo	Frecuencia	Por ciento
Femenino	160	80
Masculino	40	20
Total	200	100

Con respecto al número aproximado de veces que los entrevistados han asistido a la consulta odontológica, vemos que un 49 por ciento de los casos había asistido menos de 10 veces a un odontólogo (casi la mitad de la muestra), lo cual resulta una asistencia pobre si tenemos en cuenta que la mayoría de los entrevistados está entre 21 y 40 años y que, más de la mitad (56.6%) son amas de casa, que tienen más tiempo y posibilidades para asistir a consulta en diferentes días y horas.

En relación con el tipo de atención odontológica recibida (Cuadro V), vemos que las extracciones (95.0%), obturaciones (93.5%) y profilaxis (78.5%) son las más frecuentes y las de mayores porcentajes; llama la atención que el 95 por ciento de la muestra ha sufrido al menos una extracción durante su vida. También es significativo ver cómo el atemorizado paciente de odontología sólo tiene altos porcentajes de atención en los servicios básicos, que al ser referido a las especialidades no comunes a éstos no se consulta, al parecer por el propio temor anterior, tal vez aumentado por el trabajo recibido en estos servicios o sencillamente por tener su problema elemental resuelto y hasta tanto no vuelva a tener dolor o molestia no se preocupará por seguir las orientaciones que le han dado.

Cuadro V. Tipos de atención odontológica

Trabajo realizado	Frecuencia	Por ciento
Extracción	190	95.0
Obturación	187	93.5
Profilaxis	157	78.5
Endodoncia	32	16.5
Periodoncia	17	8.5
Prótesis	16	8.0
Cirugía Maxilofacial	7	3.5

En la tabla VI, al analizar las causas de la asistencia a consulta, vemos que 92 casos (46.5%) refieren que han ido por sí mismos y que el 36.0 por ciento se ha resistido a concurrir y lo ha hecho porque no le ha quedado otra solución; el 11 por ciento ha concurrido obligado por presión social y el 6.5 por ciento ha ido por

orientación médica, lo cual consideramos que es un porcentaje muy bajo, pues si en cualquier consulta del área de salud (Pediatria, Medicina general y Gineco-obstetricia) se tomara más en cuenta por parte del médico la salud bucodental de sus pacientes el número de casos remitidos al odontólogo por esta vía sería mucho mayor que el obtenido por nosotros.

Cuadro VI. Causas de asistencia a consulta

Respuesta	Frecuencia	Por ciento
• Por sí mismo	92	46.5
• Porque no le queda más remedio	72	36.0
• Por presión social	22	11.0
• Por orientación médica	13	6.5
Total	200	100.0

Por otra parte, si sumamos las últimas tres cifras veremos que nos da el 53.5 por ciento del total, o sea, que más de la mitad de los entrevistados acude al odontólogo por otras razones o situaciones que no son las que deben ser, es decir, no que asisten a la consulta odontológica porque creen que no es necesario, ni importante para su salud general.

En relación con las demoras para asistir a la consulta odontológica (Cuadro VII), se puede observar que 74 casos refieren haberlo hecho en menos de 2 semanas (37%); 71 entrevistados dicen haber ido entre 15 y 30 días (35.5%) y 55 plantean que se demoraron más de un mes (27.5%). Si sumamos las últimas cifras vemos que el 63 por ciento del total entrevistado se ha demorado en alguna medida para asistir y recibir atención odontológica y que las causas de dicha demora son las que vemos en el (Cuadro VIII), el cual habla por sí solo, donde 149 casos (74.5%), refieren que ha sido por miedo o temor, seguido por los que han estado enfermos (12.5%), por problemas familiares (4.5%), por despreocupación (4.0%), otras causas (2.5%) y por falta de tiempo 4 casos (2%); aquí suponemos que dentro de estas otras respuestas obtenidas, puede que estén encubiertas algunas más que impliquen miedo o temor a la consulta odontológica, ya que no todo el mundo admite sinceramente que es por dicha causa.

Cuadro VII. Demoras para asistir a consulta

Tiempo transcurrido (días)	Frecuencia	Por ciento
Menos de 15	74	37.0
De 15-30	71	35.5
Más de 31	55	27.5
Total	200	100.0

Cuadro VIII. Causas de la demora

Respuesta	Frecuencia	Por ciento
Miedo o temor	149	74.5
Por estar enfermo	25	12.5
Problemas familiares	9	4.5
Despreocupación	8	4.0
Falta de tiempo	4	2.0
Otras	5	2.5
Total	200	100.0

Con respecto a la pregunta sobre el nerviosismo experimentado anteriormente cuando ha asistido a la consulta, vemos que 168 de los casos estudiados responden que quieren (84%), 27 casos responden que a veces (13.5%) y sólo 5 de los entrevistados (1.5%) responden que nunca se han sentido nerviosos; esto confirma nuestra idea de que para muchos individuos el hecho de asistir a la consulta odontológica constituye una situación estresante, además de corresponderse con las causas de la demora en ir a recibir atención odontológica y con los motivos de asistencia.

En cuanto a los estados de ánimo referidos en el momento de la entrevista (Cuadro IX), vemos que 129 casos respondieron que estaban ansiosos (64.5%), seguidos por los que se sentían preocupados, con 118 respuestas (59%); se sentían tensos el 35 por ciento; inseguros el 29 por ciento y deprimidos el 20.5 por ciento. Esto denota que el sólo hecho de asistir a cualquier tipo de consulta médica genera en el individuo diversos estados de ánimo o la combinación de varios de ellos. Ninguno de los entrevistados refirió sentirse indiferente o alegre.

Cuadro IX. Estado de ánimo referido

Respuesta	Frecuencia	Por ciento
Ansioso	129	64.5
Preocupado	118	59.0
Tenso	70	35.0
Inseguro	58	29.0
Deprimido	41	20.5
Indiferente	-	-
Alegre	-	-

En relación con las causas que generan la ansiedad o temor (Cuadro X), tenemos en primer lugar el ruido o sonido de la "maquinilla" (aerotor) o turbina, con el 64 por ciento; le siguen las inyecciones, con el 55.5 por ciento, el instrumental, con el 37 por ciento y por último las luces, que sólo alcanzan el 5 por ciento; aquí también se obtienen respuestas combinadas, es decir, que no siempre es solamente una la causa que origina la ansiedad. Aunque las conversaciones en la consulta como un factor más que genera ansiedad o

temor está presente en el 27.5 por ciento de las entrevistas (que no es una cifra muy alta), no podemos perderlo de vista, pues es un factor que depende directamente del personal que trabaja en la consulta y es susceptible de eliminarse, ya que otros, como son el equipo, el instrumental, las luces, etc., obviamente tienen que estar presentes.

Es bueno señalar que obtuvimos discímiles respuestas en este aspecto, que van desde el olor característico del cingeno del odontólogo, hasta el miedo a si es "grande y grueso" o si es hombre o mujer, lo cual conspira también contra la estabilidad psicológica de los entrevistados.

Cuadro X. Causas que generan ansiedad, temor o ambos

Respuesta	Frecuencia	Por ciento
Ruido o sonido de la "maquinilla"	128	64.0
Inyecciones	111	55.5
Instrumental	74	37.0
Equipo	57	28.5
Conversaciones de la consulta	55	27.5
Presencia del odontólogo	18	5.0
Luces	10	5.0

Además, también obtuvimos respuestas de diferentes reacciones psicofisiológicas experimentadas por los encuestados como son: hipo e hipertensión arterial, sudoración copiosa, temblores, dolor en el pecho, etcétera estresante.

El 100 por ciento de la muestra responde que le preocupa el estado de su salud bucodental, lo cual contrasta con la demora que ha tenido en acudir a la consulta.

En relación con la transmisión de sus propios temores a hijos, familiares y amigos, vemos que el 48 por ciento refiere que lo hace; pero aquí hay que suponer que la cifra que transmite sus temores sea un poco mayor, ya que no todo el mundo confiesa o acepta abiertamente que lo hace; por supuesto, para nosotros tiene tanta importancia el que dice hacerlo siempre como el que dice hacerlo sólo a veces, ya que ambas respuestas implican la transmisión de dichos temores en alguna oportunidad, y que sumadas ambas cifras vemos que alcanzan el 62 por ciento del total de la muestra.

Con respecto a la atención odontológica recibida anteriormente, podemos observar que 11 casos responden que la misma ha sido muy buena (22%), 149 entrevistados dice que ha sido buena (74%), el 11 por ciento refiere que fue regular, el 2.5 por ciento que fue mala y el 1 por ciento que la misma fue muy mala. Si

sumamos las últimas tres cifras, vemos que nos da el 14.5 por ciento, lo cual indica que todavía no se ha llegado al nivel óptimo en la prestación de los servicios, pues consideramos que el mismo es óptimo cuando el 100 por ciento de la población considere que la atención recibida es muy buena.

CONCLUSIÓN

1. La edad más frecuente de los entrevistados estuvo comprendida entre los 21 y 30 años.
2. La escolaridad que predominó fue la primera.
3. Las amas de casas y los técnicos medio fueron ocupaciones mayormente encontradas.
4. El sexo más frecuente en la muestra el fue femenino (80%).
5. Casi la mitad de la muestra (49%) refiere haber asistido a consulta odontológica hasta en 10 ocasiones aproximadamente.
6. En la mayoría de la muestra estudiada el tipo de atención que predomina es la de los servicios básicos; se destaca que el 95 por ciento de la misma ha sufrido al menos, una extracción durante su vida.
7. Menos de la mitad de los encuestados ha asistido a consulta por sí mismo. El porcentaje de asistencia por orientación médica fue bajo.
8. La mayoría de del total de los entrevistados se ha demorado en alguna medida para asistir y recibir atención odontológica.
9. En el 74.5 por ciento de los entrevistados la causa principal de esta demora ha sido el temor o miedo.
10. Cerca de la totalidad de la muestra refiere haberse puesto nerviosa siempre que ha asistido a consulta.
11. El estado de ánimo predominante en el momento de la entrevista fue el ansioso; ninguno de los entrevistados refirió sentirse indiferente o alegre.
12. La causa principal que genera la ansiedad, el temor, o ambos, es el ruido o sonido del aerotor o turbina.
13. El 100 por ciento de los entrevistados responde que le preocupa el estado de su salud bucodental.
14. La mayoría transmite sus temores a otras personas en algún momento de su vida.
15. La opinión predominante respecto a la atención odontológica recibida anteriormente fue buena.

RECOMENDACIONES

1. Es necesario e importante seguir desarrollando la educación para la salud en toda nuestra población, con énfasis particular en los temas relacionados con la salud bucodental.
2. Esta educación para la salud debe ser tanto individual como colectiva por parte del odontólogo y del equipo de salud, y deben utilizarse todos los medios a su alcance.
3. Hay que eliminar las causas o factores de tipo humano que generan temor o miedo en el paciente (conversaciones en consultas, relación entre odontólogos-asistentes-paciente, información deficiente, etc.).
4. Los médicos del área de salud deben tener más en cuenta la salud bucodental de sus pacientes como una forma más de llevar adelante y practicar la medicina integrar y preventiva.
5. Siempre que sea factible, es aconsejable aplicar anestesia tópica tanto para inyectar como para otro tipo de acción terapéutica.
6. En los casos de nuevo ingreso, la primera consulta debe dedicarse solamente a conocer el tratamiento que se va a realizar, hacer historia clínica, aclarar dudas, conocer al paciente, en fin, establecer una adecuada comunicación entre el odontólogo y el paciente que facilitará todo el tratamiento posterior que requiera el mismo. Esto es válido para todas las especialidades.
7. En los casos de urgencia se hará el tratamiento correspondiente más todo lo anterior.

REFERENCIAS

1. Bech HR. Estrés: Evolución y tratamiento conductual. En: Carrobbles JA (ed); Análisis y modificación de la conducta II. vol. 2, UNED, Madrid, 1985.
2. Brown BB. Stress. and the. New York. Batan Books 1981.
3. Cox T. Stress. University Park Press, Baltimore, 1978.
4. Davison GG y Nesle JM. Psicología de la conducta anormal, México: Limosol, 1989.
5. Ivaneech LM y Mtteson MT. Estrés y Trabajo. Una perspectiva gerencial. México. Trillas 1989.
6. Lazarus RS y Folkman S. Copeny and Adaptation. En Gentry WD (ed.), Handbook of Behavioral Medicine, Guilford Press, New York, 1984.
7. Le Gall A. La ansiedad y la angustia, Editorial Oikos, TAV, Barcelona, 1985.
8. Selye H. The Stress of Life, McGraw Hill, New York, 1956.
9. Spielberg CD. Tensión y ansiedad. México: Harla, 1980.

ACTUALIZACIÓN ACERCA DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES PERIODONTALES

Zoraima Santamaría Herrera**, Roberto Cruz***

ANTECEDENTES

Hoy en día para comprender los términos utilizados en la periodoncia hay que considerar como han evolucionado las enfermedades periodontales, las cuales han sido una preocupación común para el hombre desde su existencia en la tierra.

La antigua egipcia con sus experimentos y estudios de las enfermedades que afectan el periodonto; parece que lograron observar un tipo de periodontitis supurativa crónica.

A las momias pertenecientes a este período se le observó pérdida ósea horizontal y vertical aisladas, las mismas características de una periodontitis marginal o de una periodontosis. El hombre de la Chapelle-Saints presentaba resorción indicativa de una periodontitis marginal.

En antiguos hallazgos médicos existen referencias de enfermedades presentes en las encías. Podríamos mencionar entre estos el Papyrus de Ebers. Celcius e Hipócrates; también estudiaron las enfermedades que afectan las encías, un siglo después de Cristo. Se piensa que el árabe Rhazes (850-923), fue el realizó el estudio más completo de las enfermedades periodontales; su contemporáneo Albucacis (963-1031) relacionó el acúmulo de sarro con las enfermedades de las encías; según él, se producía un depósito de escamas asperas tanto fuera como dentro de la superficie del diente o de las encías, produciendo la exposición del diente con el tiempo. El indicó como tratamiento raspar el área.

A fines del siglo XVIII fue cuando existió una terminología específica de las enfermedades que lesionan el periodonto; se emplearon términos como: "Encías inflamadas, encías esponjosas, aflojamiento de dientes."

El auge de la odontología fue realmente con Fauchard, cuando en 1728 publicó su libro "Le Chirurgien Dentiste" (El Cirujano Dentista). Aquí Fauchard describe a la periodontitis marginal crónica como "Escorbuto de las Encías." En 1746 apareció su segunda edición donde se describe la primera definición precisa de la enfermedad.

En el idioma inglés entre 1771 y 1840 se publicaron once ediciones donde se trataban las lesiones periodontales entre los que se encontraba el importante libro llamado "Natural History of Human Teeth."; escrito por John Hunter. Luego Joseph Fox escribió un libro donde logró clasificar por primera vez las enfermedades del periodonto; publicado en 1806 y llamado "Diseases of the Gums and the Alveolar Process" (Enfermedades de los Dientes, las encías y los procesos alveolares). En su libro Fox describe las enfermedades que afectan las encías y al hueso alveolar y aquellas enfermedades que causan el depósito del sarro sobre los factores generales con las enfermedades periodontales; además que denominó así la Periodontitis Marginal Crónica.

A finales del siglo XVIII se logró hacer distinción entre las lesiones inflamatorias (resorción en los procesos alveolares no inflamatorias) y de las lesiones hiperplásicas o proliferativas (ecrecencias de encías).

El Doctor J. M. Riggs publicó en 1877 y popularizó el término enfermedad de Riggs para declarar a la enfermedad periodontal y a la inflamación gingival; luego surgió el término "Piorrea Alveolar" denominado por Rehnwinkel en un artículo publicado en 1877, este sustituyó al de enfermedad de Riggs.

Luego Blach y Beks concluyeron que la Piorrea Alveolar abarcaba demasiado y no describía en sí la enfermedad, entonces introdujeron otros términos como Paracementosis, Alveolitis, Gingivitis Intersticial y otros.

En conceptos más modernos aparece Weski con el

* Tesis de grado para optar por el título de doctora en odontología, Universidad Iberoamericana (UNIBE).

** Egresados de UNIBE.

*** Profesor de UNIBE.

nombre de Paradencio, que es la unidad estructural y funcional que toma los tejidos de soporte del diente.

Por lo que vinieron luego los términos como paradentitis y periodontitis.

Más tarde Glottlieb estudió las bolsas periodontales y es considerado el primer autor en clasificar las enfermedades periodontales; él la clasificó en cuatro tipos:

Tipo I Schymutz-Piorrea

Tipo II Piorrea Paradental

Tipo III Astrofia Alveolar o Atrofia Difusa

Tipo IV Trauma Oclusal

Basando en la severidad de la destrucción periodontal, Gotllieb hizo también sus clasificaciones, pero este se sustentó en la extensión y agudeza de la lesión, además hizo una división:

- Aguda (Luego sería la gingivitis necrosante ulcerativa o infecciosa de Vicent).
- Crónica (Subdividida en simple y compuesta).

La terminología actual esta basada en la clasificación hecha por Gotllieb y Fox esto relacionó a las manifestaciones clínicas y al supuesto papel existente en los factores etiológicos sistémicos y locales para la aparición de la enfermedad periodontal.

En 1940 Fox y Gotllieb quisieron aclarar más la clasificación, Gotllieb por su parte se alejó totalmente de su primer concepto para su clasificación, denominando esta vez con el nombre de Cementopatías a las enfermedades periodontales, incluyendo la Recesión Gingival, con formación de bolsas. Esto porque sus criterios estuvieron basados en que para que existiera enfermedad de las Encías tenía que haber también una alteración en el cemento.

Hoy por hoy, se distingue la periodontitis de la gingivitis esto fundamentado en si la lesión afecta sólo la encía o vá más allá de los límites de la encía marginal ya con pérdida de hueso.

Se han utilizado las técnicas epidemiológicas para medir la gravedad de las enfermedades periodontales y los datos recopilados refuerzan el concepto de la acumulación de placa como factores que contribuyen al progreso para la aparición de la gingivitis.

MARCO TEORICO

Para adentrar al tema que nos compete, lo primero será aclarar las características de normalidad en el periodonto y sus componentes, para así poder identi-

ficar sus alteraciones y/o patologías, principalmente lo concerniente a la recesión gingival.

PERIODONTO NORMAL

Es el conjunto de tejidos que componen el soporte y protección del diente, constituido por:

- Encía
- Ligamento periodontal
- Hueso alveolar
- Cemento radicular

Su función principal es unir el diente al tejido óseo de los maxilares y mantener la integridad de la superficie mucosa masticatoria de la cavidad bucal, estos están relacionados funcionalmente unos a otros por lo que a continuación serán descritos.

ENCÍA

Podemos definir la encía como parte de la mucosa masticatoria que rodea los dientes y recubre la porción coronaria de la apófisis alveolar o zona de transición de la mucosa masticatoria y la mucosa de revestimiento o mucosa móvil, coronalmente termina sobre el cuello de los dientes.

Anatómicamente la Encía se divide en:

- Encía marginal o libre.
- Encía insertada o adherida.
- Encía papilar, papila o interdientaria.

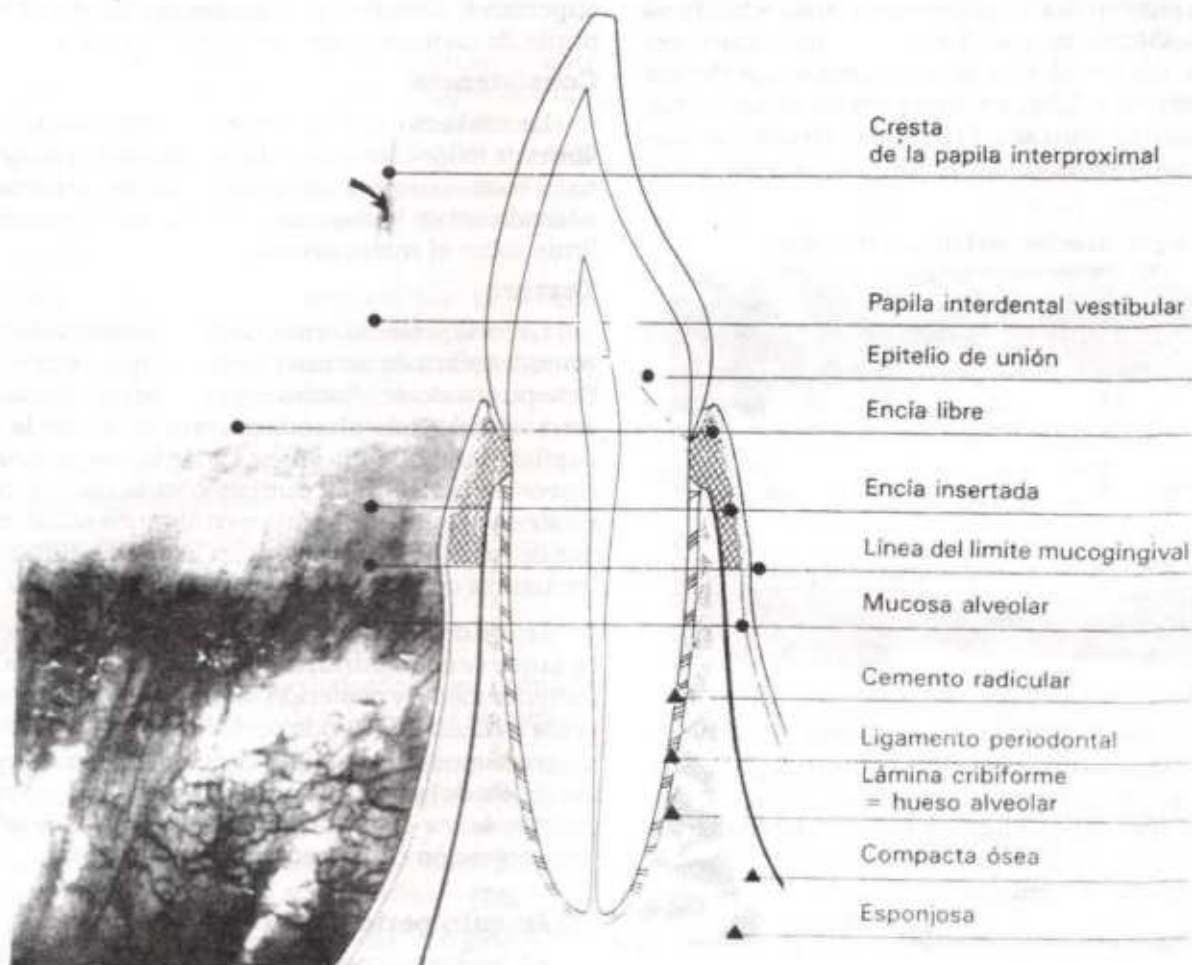
ENCÍA MARGINAL O LIBRE

Es el borde de la encía que rodea los dientes a modo de collar sin adherirse a él. Sus medidas normales son en caras libres de 0.5 a 1.5 mm y en caras proximales de 1.5 a 3 mm. La encía marginal es limitada apicalmente por el surco marginal o línea del surco marginal y coronalmente debe terminar sobre la superficie del cuello de los dientes de manera fina y sin abultamiento.

ENCÍA PAPILAR O PAPILA

La encía papilar conocida como papila es la zona más propensa al desarrollo de procesos inflamatorios y se define como la porción de tejido, tanto vestibular como de la cara oral, que llena y cubre todo el espacio interdentario hasta el punto de contacto en esta parte se forma una área conocida como Col, que es una depresión parecida a un valle que conecta la porción

Estructura del periodonto



vestibular y cara palatina o lingual adaptándose a la parte interna del contacto interproximal.

Es importante señalar que los procesos inflamatorios es en esta zona donde mayormente se localizan, ya que es el lugar de mayor acumulación de placa bacteriana y la misma no se encuentra queratinizada. La forma y tamaño de esta encía suele variar en los distintos grupos de dientes y sobretodo en las papilas, ya que las mismas son de vital importancia clínica y patológica, porque suelen ser las primeras indicadoras de la enfermedad Periodontal.

ENCÍA INSERTADA O ADHERIDA

Se encuentra a continuación de la encía marginal, es firme y flexible y aparece estrechamente unida al periostio del hueso alveolar y cemento del diente. La cara vestibular de la encía insertada se extiende hasta la mucosa alveolar que es

relativamente laxa y movable, de la cual está separada por la unión mucogingival. Sus dimensiones pueden variar con la edad frente a patologías y con la posición de los dientes en las arcadas dentarias, siendo su mayor dimensión en la región anterior del maxilar y vá disminuyendo en la región de premolares y molares.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENCÍA NORMAL

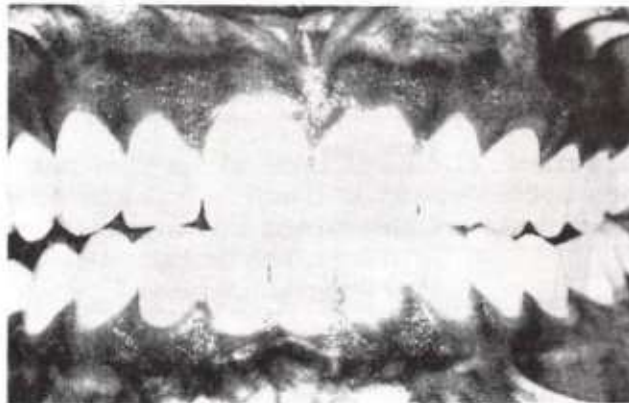
Para estudiar la encía se han establecido una serie de parámetros con los cuales se puede llegar más fácilmente al diagnóstico de cualquier patología que presente la misma, dichos parámetros son los siguientes:

COLOR

La encía sana presenta un color rosa pálido, el cual

puede variar de acuerdo al grado de queratinización, irrigación, pigmentación, grosor del epitelio, y también según los diferentes individuos. Es más claro en individuos de tez blanca que en personass de tez morena, esto es debido a los pigmentos de melanina característica de esta raza. El color de la encía contrasta con el resto de la mucosa oral que es roja lisa y brillante.

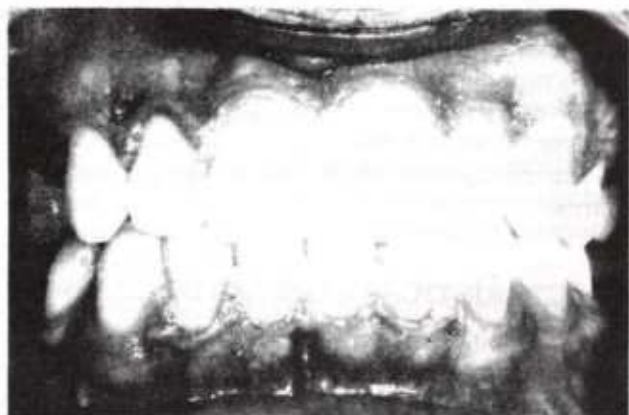
Encía con pigmentación melánica saludable



Volumen

El volumen de la encía es el correspondiente a la suma de sus componentes celulares y de la vascularización que tenga el individuo. La alteración en caso de resecciones gingivales suele notarse en la parte correspondiente a la encía marginal ya que la misma aumenta su tamaño

Encía sin Pigmentación, saludable



Contorno y forma de la encía

Suele variar considerablemente dependiendo de la forma de los dientes y de su alimentación en la arcada: También de la localización y tamaño del área de contacto proximal y de las dimensiones de los nichos

gingivales, esta relacionada con el contorno de las superficies dentales proximales, la localización del punto de contacto y las dimensiones de los nichos.

Consistencia

La encía normal es firme y flexible debido a las fibras de tejido conectivo subyacente que le proporciona el tono muscular para que la encía marginal esté adosada sobre la superficie del diente y la insertada firme sobre el hueso alveolar.

Textura

La encía presenta una superficie finamente lobulada como "cáscara de naranja" y se dice que es punteada. Este punteado se observa mejor cuando la encía está sana, siendo más abundante en la base de la encía papilar, teniendo en cuenta que la encía marginal carece del puntillero. El punteado varía con la edad, no existe en la infancia, aparece en algunos niños alrededor de los 5 años, aumenta en la edad adultez y con frecuencia comienza a desaparecer en la vejez.

Luego de determinar clínicamente las condiciones en la que se encuentran las diferentes zonas de la encía (anterior medio y posterior) se procede al chequeo de la encía utilizando la sonda periodontal, la cual nos sirve de gran ayuda para poder determinar claramente la presencia de bolsas falsas o bolsas verdaderas que nos podrán servir más adelante para la clasificación y determinación de las recesiones gingivales.

Ligamento periodontal

El ligamento periodontal es el tejido conectivo blando que rodea las raíces de los dientes y vincula el cemento radicular al hueso alveolar. Este ligamento periodontal se continúa con el tejido conectivo supralveolar. El ancho del ligamento periodontal es aproximadamente 0.25 mm más o menos 50%.

La presencia del ligamento periodontal es esencial para la movilidad de los dientes y a su vez es importante tener en cuenta que la movilidad está determinada en gran medida por el ancho, altura y calidad del ligamento periodontal. Podríamos en cuanto a sus fibras, la orientación de estas etc. pero nos limitaremos a señalar solo algunas de ellas, ya que otros aspectos de dicho ligamento se irán desarrollando en esta investigación.

Irrigación Sanguínea Del Periodonto

La encía recibe su aporte de los vasos supra-periosticos que son ramas terminales de la arteria sublingual, la arteria mentoniana, la arteria buccinatoria o bucal, arteria maxilar externa o facial, la

arteria palatina mayor, la arteria infraorbitaria y la alveolar posterosuperior.

Se considera que las diversas arterias irrigan regiones bien definidas de la dentición. Pero realmente hay abundantes anastomosis entre las diferentes arterias. Por esto deberíamos considerar al sistema íntegro de vasos sanguíneos y no a grupos individuales de arterias, como unidad nutriente de los tejidos blandos y duros de los maxilares.

La encía vestibular está irrigada por la sangre proveniente sobre todo de vasos supraperiosticos, los vasos terminan en la cresta ósea alveolar. Se originan en vasos del ligamento periodontal forman una red poliédrica que rodea a la raíz. La encía libre recibe su aporte sanguíneo de:

- a) Vasos supraperiosticos
- b) Vasos del ligamento periodontal
- c) Vasos del hueso alveolar.

Sistema linfático del periodonto

La linfa de los tejidos periodontales es drenada hacia los ganglios linfáticos de la cabeza y el cuello.

La encía labial y lingual de la región incisiva inferior drena hacia los ganglios linfáticos submentonarios. La encía vestibular del maxilar superior y la vestibular y lingual de la región premolar-molar inferior drena hacia los ganglios linfáticos submandibulares.

Los terceros molares drenan hacia el ganglio linfático yugolodigástrico y los incisivos inferiores hacia los ganglios linfáticos submentonarios.

Investigación del Periodonto

Al igual que otros tejidos del organismo, el periodoncio contiene receptores al:

- a) Dolor
- b) Tacto
- c) Presión

Sobre el mismo, el ligamento periodontal (no la encía) el cemento y el hueso alveolar, poseen también propioceptores que informan movimientos y posiciones con sensibilidad profunda. Gracias a la presencia de receptores en el ligamento periodontal es posible identificar fuerzas pequeñas aplicadas a los dientes. La encía en vestibular de incisivos, caninos y premolares es inervada por las ramas labiales superiores del nervio infraorbitario. La encía vestibular de la región molar superior está inervada por ramas del nervio dentario superior posterior.

La encía palatina está inervada por el nervio palatino anterior, excepto la zona de incisivos, inervada por el nervio sublingual. La encía vestibular de los incisivos y caninos inferiores está inervada por el nervio mentoniano. La encía por vestibular de los molares está inervada buccinador, o bucal. Los dientes del maxilar inferior incluido su ligamento periodontal, están inervados por el nervio dentario inferior, en tanto que los superiores están inervados por el plexo alveolar superior o dentario.

Cemento radicular

El cemento radicular es un tejido calcificado especializado que recubre las superficies radiculares y a veces, pequeñas porciones de las coronas dentarias. Aunque tiene muchos rasgos en común con el tejido óseo se diferencia del mismo, en que:

1. No posee vasos sanguíneos ni linfáticos.
2. No tiene inervación propia.
3. No experimenta reabsorción y remodelado fisiológico, pero se caracteriza por un depósito continuo durante toda la vida

Se reconocen cuatro tipos de cementos

1. Cemento primario o acelular que se torna en conjunción con la formación radicular y erupción dentaria.
2. Cemento secundario o celular que es el que se forma después de la erupción dentaria y en respuesta a la exigencias funcionales.
3. Cemento fibrilar.
4. Cemento anfibrilar.

El hueso alveolar

Las apófisis alveolares se forman junto con la formación y erupción de los dientes y se reabsorben gradualmente tras la pérdida de los dientes. De este modo, las apófisis alveolares son estructuras dependientes de los dientes junto con el cemento radicular, las fibras del ligamento periodontal y el hueso alveolar constituyen el tejido de sostén de los dientes y distribuyen y equilibran las fuerzas generadas en la masticación y otros contactos dentarios.

Las paredes de los alvéolos están tapizadas por huesos compacto que por el área proximal se conecta principalmente con hueso esponjoso, el cual posee trabéculas óseas cuya arquitectura y tamaño están en parte determinadas genéticamente (siendo diferentes para cada individuo) y por el resultado de las fuerzas a

las cuales están expuestos los dientes durante su función.

PATOLOGÍA DEL PERIODONTO

El periodonto está expuesto a sufrir alteraciones patológicas constantes y estas han sido agrupadas en dos grandes grupos:

1. Gingivitis
2. Periodontitis

Dentro de la clasificación en discusión también clasifican las:

3. Enfermedades Degenerativas

GINGIVITIS

Son de las lesiones que con mayor frecuencia se presentan en la humanidad y pueden definirse como inflamaciones que se limitan a los tejidos blandos, en las cuales no existe pérdida ósea y el epitelio de unión todavía permanece en su sitio. Son de carácter reversible, crónica y por lo regular asintomáticas, desarrollándose no sólo en la especie humana sino también en otras especies produciendo cambios definidos de la encía, alterando su color, forma, contorno y consistencia.

Entre las características clínicas que presenta la gingivitis tenemos que la misma es indolora en su inicio, pudiendo aparecer dolor en su progreso, y aparición del sangrado como signo clínico más evidente.

Entre las gingivitis más comunmente relacionadas con la placa bacteriana se encuentran la forma:

- Aguda
- Crónica

Entre las cuales se encuentran...

- Gingivitis del embarazo
- Gingivitis de la pubertad
- Gingivitis descamativa crónica
- Gingivitis hiperplásica
- Gingivitis úlcero necrotizante aguda

Paciente que padece de gingivitis en el cual se observa recesión gingival en los centrales inferiores.

Con respecto a la evaluación y duración de la gingivitis tenemos:

Gingivitis aguda

Es la inflamación del periodonto de protección en



la cual la encía aparece roja, brillante, hemorrágica, friable y con una sintomatología dolorosa. Suele instalarse rápidamente y es de corta duración.

Gingivitis su-aguda

Es una fase menos dolorosa que la aguda y por consiguiente también menos grave.

Gingivitis recidivante

Es la enfermedad que aparece luego de haber sido eliminada por medio de algún tratamiento o por sí sola la cual puede aparecer y desaparecer espontáneamente.

Gingivitis crónica

Es el tipo más común entre las gingivitis y se presenta como una inflamación gingival de larga duración, que se instala lentamente, es indolora a menos que se encuentre complicada con irritaciones ya sean agudas o sub-agudas. La encía se torna de color magenta, puede ser más fibrosa y no tan hemorrágica como en la inflamación aguda.

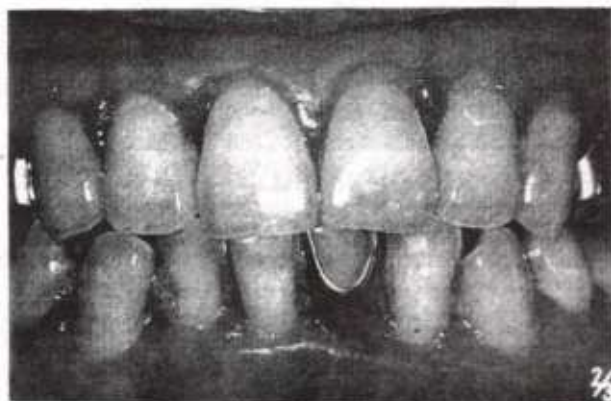
En cuanto la distribución de la gingivitis, la misma se puede presentar como:

- Gingivitis localizada
- Gingivitis generalizada
- Gingivitis marginal
- Gingivitis papilar
- Gingivitis difusa localizada
- Gingivitis marginal generalizada
- Gingivitis difusa generalizada

PERIODONTITIS

Es la inflamación que involucra a los tejidos periodontales de soporte, y se caracteriza principalmente porque aparece pérdida ósea y la formación de bolsas periodontales o verdaderas, el cemento tiende a resblandecerse, debido a la hipermineralización que ocurre cuando este se pone en contacto con los fluidos bucales.

Pacientes con periodontitis en el cual puede observarse resección gingival



La Academia Americana de Periodontología (AAP) divide a las periodontitis en cuatro grupos y estos son:

1. Periodontitis prepuberal
2. Periodontitis Juvenil.
3. Periodontitis rápidamente progresiva.
4. Periodontitis del adulto.

Actualmente se rige por esta clasificación (1990 AAP)

1. Periodontitis del adulto.
2. De temprana instalación:
 - a) prepuberal:
 - 1) generalizada y 2) localizada.
 - 3) Asociada a factores sistémicos
4. Periodontitis ulceronecrotizante aguda (PUNA).
5. Periodontitis refractaria.

Dentro las periodontitis están:

PERIODONTITIS MARGINAL SIMPLE

Es aquella en que la destrucción de los tejidos periodontales, se asocia sólo con la inflamación; existiendo por ende la pérdida ósea de tipo horizontal.

PERIODONTITIS MARGINAL COMPUESTA

Es aquella donde la destrucción tisular por la inflamación es modificada por el trauma de la oclusión; existiendo entonces la pérdida ósea de tipo vertical.

PERIODONTITIS JUVENIL

Es aquella que constituye un grupo especial de lesiones avanzadas en adolescentes jóvenes presentándose dos formas:

- 1) Inicial
- 2) Periodontitis juvenil avanzada.

ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

Atrofia

Se define como la disminución en el tamaño de un tejido u órgano o de sus elementos celulares, después que ha alcanzado un tamaño normal.

En las atrofia periodontales podemos encontrar diferentes tipos como son:

- Atrofia presenil.
- Atrofia por desuso.
- Atrofia gingival o más bien recesión gingival.

Vale esclarecer que existe también una atrofia fisiológica o senil la cual suele presentarse como una recesión de la encía sin inflamación o trauma de la oclusión manifiesta, y se produce con el aumento de la edad, aunque no se debe específicamente al envejecimiento, sino más bien al efecto acumulativo de repetidas agresiones al periodonto.

ATROFIA PRESENIL

Es la disminución prematura de altura del periodonto, uniformemente en toda la boca y sin que exista causa local evidente.

ATROFIA POR DESUSO

Esta se produce cuando la estimulación funcional requerida para el mantenimiento de los tejidos periodontales disminuye intensamente o simplemente está ausente. Esta atrofia se caracteriza por el adelgazamiento del ligamento periodontal: adelgazamiento o reducción del número de fibras periodontales y alteración de la disposición acompañada de complicaciones que implican al hueso alveolar.

RECESIÓN GINGIVAL

La recesión gingival es la migración apical de todos los componentes del periodonto sin formación de bolsas periodontales.

En esta afección hay pérdida de tejido periodontal no inflamatorio. Existe en este tipo de atrofia un

movimiento apicalmente simultáneo de la inserción de los tejidos blandos al diente sin que hayan bolsas formadas.

Hay que tener en cuenta para poder entender lo que llamamos recesión lo que es la posición "real" y "aparente" de la encía. La posición real es el nivel de adherencia epitelial sobre el diente, mientras que la posición aparente es el nivel de la cresta del margen gingival en relación y no adherida al diente.

El grado de la recesión se determina entonces por la posición real y no aparente de la encía lo cual hay que tomar en consideración antes de diagnosticar cualquier tipo de recesión gingival. El término de recesión gingival tiene diferentes nombres y denominaciones, según el origen primario de la afección.

Cuando existe enfermedad periodontal aumenta la profundidad del surco, como consecuencia de esto ocurre un aumento de distancia entre la posición aparente de la encía. La recesión gingival se refiere a la posición real de la encía y no al estado patológico de ésta, en algunos casos se puede confundir la posición aparente con la relación real de la encía, como es el caso de la presencia de inflamación del margen gingival y esta inflamación cubre la recesión por el aumento del volumen de la encía; mientras que la raíz se encuentra desnuda por la recesión que en este momento se considera como oculta. Lo más importante es estar conscientes que: "La recesión se refiere a la localización de la encía, no a su estado".

Encía con resección localizada y señalada



TIPOS DE RECESIONES GINGIVALES

Existen diferentes clases de recesiones gingivales:

1. Aisladas o localizadas
2. Generalizadas o múltiples.
3. Visibles.
4. Ocultas.

1. RECESIONES AISLADAS O LOCALIZADAS

Pertencen al tipo de recesión que se circunscriben a un diente y pueden encontrarse otras recesiones aisladas en diferentes zonas de la boca. Existen recesiones largas y angostas, cortas y anchas.

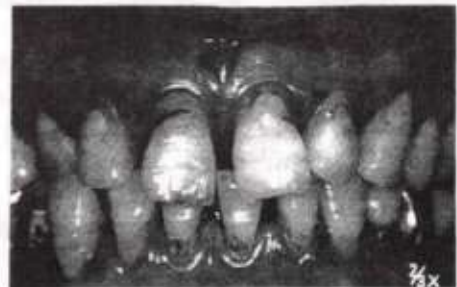
Recesión localizada en dos dientes en zona inferior



2. RECESIONES GENERALIZADAS O MÚLTIPLES

Son aquellas que se presentan en un grupo de dientes continuos o más bien en toda la boca.

Resesión generalizada en la que pueden observarse caries cervicales y algunas obturaciones



3. RECESIONES VISIBLES

Son las que pueden ser observadas de manera clínica.

Resesión fácilmente diagnosticable en zona de canino superior derecho



4. RECESIONES OCULTAS

Son recesiones que están cubiertas por encía, por lo regular edematosa fibrosa y son medidas mediante

la introducción de una sonda hasta el nivel de la adherencia epitelial y sólo pueden ser observadas clínicamente luego de un tratamiento periodontal adecuado.

DIAGNÓSTICO

Un diagnóstico adecuado y verdadero es esencial para la realización de un buen tratamiento. Nuestro interés debe ser dirigido al paciente que padece de la enfermedad y no sólo a la enfermedad en sí misma.

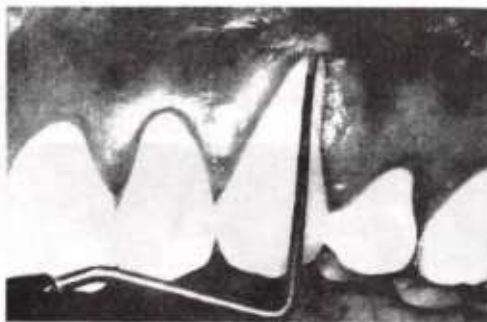
Para determinar el tamaño de la recesión gingival debemos de conocer el ancho de la encía insertada para lo cual se utilizan diferentes métodos, entre ellos:

1. El Método aritmético.
2. El Método de tensión.
3. El Método de tensión con la prueba del Yodo.

EL MÉTODO ARITMÉTICO

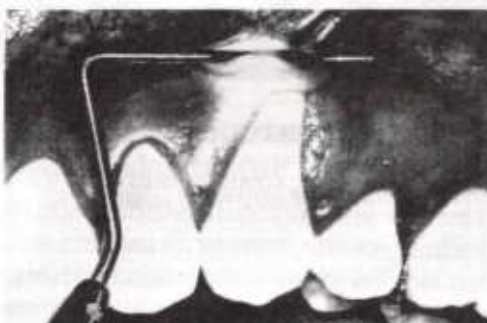
Consiste en restar la profundidad del surco o bolsa a la distancia existente entre la cresta del margen gingival hasta la unión mucogingival.

Pérdida de inserción por recesión gingival



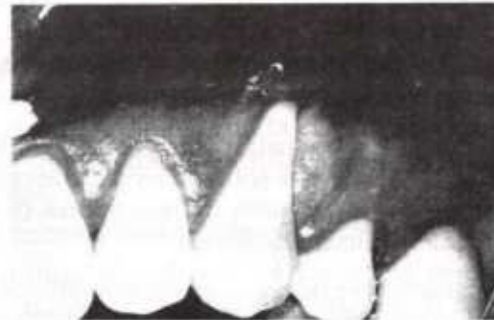
EL MÉTODO DE LA TENSIÓN

Es aquel en el que se rastrean los carrillos y los labios en dirección lateral, localizando de esta manera la línea mucogingival con respecto al margen.



PRUEBA DEL YODO

La misma, consiste en pincelar la encía y la mucosa con una solución yodada de Schiller o solución acuosa diluida de yoduro de potasio. Luego, la mucosa móvil que contiene glucógeno, se tiñe de marrón mientras que la masa de la encía que carece de glucógeno permanece sin teñirse y se logra diferenciar muy claramente.



ETIOLOGÍA DE LAS RECESIONES GINGIVALES

En cuanto a la etiología de las recesiones gingivales se puede decir que sus causas son variadas y por múltiples razones, siendo el primer factor el cepillado dental mal realizado (abrasión gingival), el cual es regularmente realizado con un cepillo de cerdas duras y una técnica agresiva mal dirigida produciendo a largo plazo recesiones gingivales.

El efecto deletéreo del cepillado excesivo aumenta cuando se usan en conjunto dentífricos muy abrasivos. Los cambios gingivales atribuibles al trauma del cepillado pueden ser agudos y/o crónicos.

Los cambios son de aspectos y duración diversos e incluyen:

- Pérdida del epitelio con desviación de tejido conectivo subyacente y
- Formación de una dolorosa herida gingival.

La penetración de cerdas en la encía causan lesiones puntiformes en la zona traumatizada produciendo dolorosas vesículas. Podemos encontrar también como secuela del cepillado excesivo el eritema y la denudación de la encía insertada.

También pueden ocurrir estos cambios gingivales agudos cuando el paciente comienza con el uso de un cepillo nuevo.

Una causa común de absceso gingival agudo es la introducción de una cerda de cepillo en la encía, esto porque se produce una lesión gingival con denudación de la superficie radicular.

A menudo el margen gingival se agranda y aparece apilado, moldeado por los movimientos del cepillado; puede haber surcos lineales que van desde la encía marginal hasta la encía insertada.

Este tipo de recesión causada por una inadecuada técnica de cepillado tiene a ser más frecuente e intensa en pacientes cuyas encías son comparativamente más sanas, poseen poca placa dental y regulamente buena higiene bucal.

TRATAMIENTO PARA RECESIÓN CAUSADA POR INADECUADA TÉCNICA DE CEPILLADO

En estos casos el tratamiento consistirá en dar instrucciones al paciente sobre la técnica de cepillado de Stillman, con un cepillo blando y una cantidad mínima de dentríficos abrasivos.

Si encontramos evidencia de recesión interdientaria por el uso excesivo de los elementos suplementarios de limpieza y mala estimulación interdientaria; debe reinstruirse el buen uso de elementos accesorios a favor de los mismos.

MALPOSICIÓN DE LOS DIENTES

La susceptibilidad que existe a la recesión gingival recibe la influencia de la posición de los dientes en la arcada, la angulación de la raíz en el hueso y la curvatura mesiodistal de las superficies dentales. En dientes rotados, inclinados o desplazados hacia vestibular, la tabla ósea está adelgazada o reducida en su altura.

La presión de la masticación o de un cepillado moderado elimina la encía sin sostén y produce recesión. El efecto de la angulación de las raíces en el hueso sobre la recesión se observa frecuentemente en la zona de los molares superiores.

recesión por palatino en molares superiores visible



FRICCIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS O ABLASIÓN GINGIVAL

Esto es producido bajo el efecto de la acción de los músculos de los labios y carrillos sobre la encía. El término de "ablación dentoalveolar" fue descrito por Sognnaes, quien observó este efecto causado por prótesis artificiales y en dentaduras naturales.

TRATAMIENTO EN FRICCIÓN DE LOS TEJIDOS O ABLASION GINGIVAL

El tratamiento en estos casos suele ser muy selectivo y el mismo dependerá de cada caso en particular.

Por ejemplo: un diente que se encuentre muy vestibularizado, tendrá como tratamiento la colocación de este diente en su lugar apropiado por medios ortodóncicos.

INFLAMACIÓN GINGIVAL, GINGIVITIS Y PERIODONTITIS

La inflamación gingival cuando invade tejidos profundos produce subsecuentemente pérdida ósea, viéndose que la encía que se encuentra por encima del hueso tiende a encogerse buscando su posición real, esto porque se produce un proceso inflamatorio y se destruye el tejido conectivo y en lugar de éste prolifera tejido epitelial provocando un hundimiento de la encía, lo que clínicamente se define como recesión.

Resesión generalizada con gingivitis superior e inferior



MOVIMIENTOS ORTODÓNCICOS EXAGERADOS

Regularmente la aparatología ortodóncica provoca fuerzas excesivas o el ortodoncista desplaza los dientes en forma inadecuada, a veces de manera muy rápida, provocando a tal grado que tienda a desaparecer en una zona determinada creando de este modo una

recesión gingival; es importante tener en cuenta que por medio de aparatología ortodóntica también podemos corregir problemas de recesiones gingivales por recolocación e intrusión o extrusión dentaria.

GROSOR DE LA ENCÍA

Esto es de los casos de recesión en que individualizadamente el grosor de la encía constituye un factor predisponente para la recesión; esto se debe a que en casos de una encía que posea poco grosor frente a un trauma ya sea menor puede reaccionar retrayéndose.

TRATAMIENTO PARA POCO GROSOR DE ENCÍA CAUSANDO RECESIONES

El tratamiento de estos casos deben estar orientados al aumento del grosor de la encía por medio de una cirugía mediante injertos de tejido conectivo (por ejemplo).

INSERCIÓN ALTA DE FRENILLO

Es bueno aclarar que, el frenillo como tal y por sí sólo no produce recesión gingival, el problema ocurre cuando la brida muscular coincide con un área de inflamación haciendo que el frenillo pueda crear una distensión en la encía.

TRATAMIENTO PARA INSERCIÓNES ALTAS DE FRENILLO

En este caso se optaría por la eliminación total o parcial del frenillo o brida muscular.

TRAUMA OCLUSAL

El periodonto está especialmente hecho para soportar las demandas funcionales del diente; el soporte del diente es la única razón de su existencia. El término oclusión traumática introducido por Stillman, se refiere a la tensión normal capaz de producir lesiones a los tejidos periodontales y/o dentales.

En los tejidos periodontales estas lesiones son llamadas traumatismos, o sea, se considera trauma a la fuerza causal y traumáticos al efecto directo sobre el periodonto.

Existe un margen de seguridad "innato" que es común a todos los tejidos y éstos permite una cierta variación en la oclusión, sin que con ésto el periodonto se vea afectado.

Sin embargo cuando las fuerzas oclusales exceden la capacidad de adaptación de los tejidos entonces, lo lesionan. Esta lesión es la que se denomina trauma de oclusión.

Orban, Prichard y otros lo han dividido en traumatismo de oclusión primario y secundario.

1) El Traumatismo oclusal primario

Se refiere a fuerzas parafuncionales o traumáticas que actúan sobre el periodonto sano, es decir libre de inflamación. En efecto las fuerzas que actúan sobre los dientes que poseen soporte normal son mayores que las que pueden ser recibidas sin lesionar al periodonto.

Entre los numerosos cambios que se pueden ver tenemos la recesión gingival, la misma, ocurre por la tensión continua que desde el diente que soporta la fuerza, hasta el tejido de sostén. Si el diente presenta raíces prominentes o está en malposición, se pueden tratar mediante un ajuste oclusal selectivo, para cuyo ajuste puede ser necesario la colocación de prótesis parciales que ayudan en la distribución conveniente de las fuerzas.

2) El Traumatismo oclusal secundario

El trauma de oclusión se considera como causa secundaria de la destrucción periodontal cuando la capacidad adaptiva de los tejidos para soportar las fuerzas oclusales está deteriorada.

Las fuerzas funcionales y/o fuerzas no funcionales actuando sobre un periodonto ya debilitado por la pérdida de hueso de soporte, esta pérdida no es sólo por la enfermedad periodontal en sí sino también por trauma accidental o resorción excesiva relacionada con tratamientos de tipo ortodónticos o endodónticos, sumados en algunos casos a factores sistémicos que también alteran la capacidad del periodonto para resistir las fuerzas oclusales.

Tanto en el trauma de oclusión primario como en el secundario el criterio que determina que la oclusión sea traumática es si se produce lesión y no de como ocluyan los dientes, ya que muchas veces una maloclusión no produce necesariamente trauma; sin embargo, en casos donde la dentición puede que sea aceptable tanto anatómicamente como estéticamente puede que exista funcionalmente algún tipo de lesión.

TRATAMIENTO EN EL TRAUMA DE OCLUSIÓN

El tratamiento en estos casos dependerá del grado de destrucción periodontal y la posibilidad del tratamiento, evidenciándose que cuando el impacto de las fuerzas es aliviado, los tejidos tienden a repararse.

BRUXISMO

Hábito de apretar o rechinar los dientes cuando el individuo no mastica o deglute; pertenece a otras de las causas que tornan al paciente susceptible a las recesiones gingivales, esto porque el hábito del bruxismo asume una importancia adicional en pacientes que

hayan perdido una cantidad importante de soporte periodontal y que tienen periodontitis activa. Con la pérdida avanzada de soporte periodontal hay una creciente posibilidad de que el bruxismo tenga un efecto traumático sobre el periodonto y la combinación de trauma periodontal y periodontitis, puede acelerar la velocidad del deterioro y consecuentemente las formaciones de bolsas.

LAS DESHICIENCIAS

Se definen como la imigración apical de la cresta ósea, es decir son áreas aisladas donde la raíz queda despojada de hueso y la superficie en estos casos sólo está cubierta por encía, pudiendo así aumentar la posibilidad de consecuentes recesiones gingivales.

Las deshiciencias pueden producirse por una oclusión traumática, por una mala posición dentaria, o por un movimiento ortodóntico inadecuado y como alteración en la normalidad periodontal.

Deshiciencia marcada que llega hasta la región apical



EDAD

Podríamos afirmar que nadie escapa a los estragos de la enfermedad periodontal de hecho en la encía encontramos los siguientes cambios producidos con la edad:

- Reducción de la queratinización en hombres y mujeres
- Reducción del punteado y
- Reducción de la celularidad del tejido conectivo.

En pacientes menopáusicas la encía se torna menos queratinizada que en pacientes con una misma edad que tengan ciclos menstruales todavía activos.

Con la edad también se han descrito en el ligamento periodontal alteraciones degenerativas y reducción de su ancho, lo que puede ser como consecuencia de la constante formación de cemento y de hueso.

ZONAS CON MAYOR SUSCEPTIBILIDAD A LAS RECESIONES GINGIVALES

En la boca realmente ciertas zonas tienen mayor predisposición a las recesiones gingivales que otras, entre las áreas que generalmente se observan afectadas encontramos en primer lugar la zona de los dientes anteroinferiores, la zona de premolares, raíces palatinas de primeros molares y los caninos, esto por ser zonas donde el periodonto es delgado, y/o las raíces son muy prominentes.

Zonas de curvaturas (como es el caso de premolares y caninos) anatómica de las arcadas dentarias en el maxilar con relación a la posición del epitelio dentario a la hora de la higiene bucal con el cepillado de los dientes.

IATROGENIAS

Es penoso que muchos de los factores etiológicos secundarios son bajo el resultado de procedimientos terapéuticos mal realizados, entre lo que podemos mencionar:

- Contactos dentarios abiertos
- Ganchos de prótesis parcial removible mal colocados.
- Restauraciones mal talladas.
- Márgenes de coronas mal ajustadas, existiendo una relación entre ellos.
- Zonas de acúmulo de placa creando un círculo vicioso entre la acumulación de placa y los factores retentivos de la misma.

TRATAMIENTOS EN CASO DE LAS IATROGENIAS

En muchos de estos casos el posible tratamiento es eliminar la causa, sin embargo, muchas veces eliminada la causa no logramos la eliminación del problema, lo único que se logra es parar el proceso de la destrucción gingival.

CONSECUENCIAS DE LAS RECESIONES GINGIVALES

- Hipersensibilidad dentaria.
- Acumulación de alimentos, placa y bacterias a causa de la recesión intgerproximal.
- Mal aspecto estético.
- Mayor susceptibilidad a caries a causa de las raíces expuestas.
- Hiperemias pulpaes.

La hipersensibilidad dentaria la principal, secuela de las recesiones gingivales, por lo que con frecuencia los pacientes con recesiones se quejan de dolor con respecto a los cambios térmicos aún ignorando la presencia de estas recesiones. El dolor generalmente puede ser provocado por el contacto de un instrumento o alguna sustancia química. En raíces expuestas se presentan en la mayoría de los casos una sensibilidad térmica, esta sensibilidad disminuye gradualmente durante un periodo de tiempo por aislamiento pulpar para el que desafortunadamente no existe un tratamiento uniforme y efectivo para dicha sensibilidad radicular, sin embargo el cepillado constante con algunos dentríficos que inhiban la sensibilidad disminuye considerablemente la misma; la realidad, lamentablemente, es que el paciente no suele aplicar este método porque le resulta doloroso y agrava aún más la sensibilidad. Existen varios agentes desensibilizantes y éstos resultan efectivos al inicio de el tratamiento pero su eficacia disminuye al poco tiempo; según Hirschfeld, el único agente efectivo que funciona bien por un periodo de tiempo indefinido es el cepillado dental diario. Entre los agentes desensibilizadores se encuentran:

- Flúor.
- Pernisolona.
- Ácido Plurónico.
- Formol.
- Citrato de Sodio.
- Perbonato de Sodio.
- Hasta apósitos quirúrgicos aplicados sobre la raíz seca.

REFERENCIAS

1. Carranza F. Histometric Evaluation of Periodontal Pathology. *J. Periodontology* 38; 741-797.
2. Lindhe J. Periodontología Clínica, Buenos Aires; Edición Médica Panamericana, 1986; 15-58, 371-382, 385-402.
3. Glickman. Periodontología Clínica, 9na. Edición, Editorial Interamericana 1986; 324-422.
4. Gorman W. Prevalence and Etiology of Gingival Recesion. *J Periodontol* 1967; 38; 315-463.
5. Barnes J. P., Parker W. H., Lyon T. C., Fults R. P., Indices used to evaluate sings, symptoms and Etiologic Factors Associated with diseases of the periodontium. *J Periodontol* 1986; (56) 643-51.
6. Patur B. Osseus Defects Evaluation of Diagnosis and Treatment Methods. *J Periodontol* 1974; (45) 523.
7. The American Academy of Periodontology Proceedings of the world Workshap in Clinical Periodontis. Consensus Report. Discussion section I. P. Digress and Diagnostic help or Aids. Chicago 1989; 123-131.
8. Irwing R. K. Recognition and Tretment Gingival Recesion Tex Dente. *J Periodontol* 1974. 93; 6.
9. Moronta C. Recesion Gingival Diagnóstico y Tratamiento. Tesis, Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD); Santo Domingo, 1989.
10. Borghelli, R. Epidemiología, periodoncia Carranza Fermin. Editorial Mundt, primera edición.
11. Loe H., Theilade E, Jensen SB. Experimental Gingivitis in man. *J Periodontal* 1965; 36:177.
12. Marshall Day CD, Stephens RG, Quigley Lf. *J Periodontal Disease: Prevalence and Incidence. J. Incidence. J Periodontal* 1955; 185:93.
13. Nyman S, Lindhe J. Examination of patiens with periodontal disease. In: Lindhe I, Ed, text book of clinical periodontology. Copenhagen: Munksgaard; 1983; 298:300.
14. Orban. Periodoncia de teoria práctica (Daniel A. Grant, Irving B. Stern, Frank Erverett) cuarta Edición, nueva editorial interamericana 1975.
15. Page RC. Gingivitis. *J. Clin periodontal* 1986; 13:45.
16. Ramford y Majord M. Ash. Periodontología y periodoncia. Editorial científico técnico 1984.
17. Soccansky SS, Haffajoe, AD, Goodson IM, Lindhe J. New concepts of destructive periodontal disease. *J Clin Periodontal* 1984; 11:21.
18. The Journal of the american dental association. Vol. 113 No. 2, august 1986.
19. Journal of periodontics. Vol 10 No. 3, 1986.
20. Journal of periodontics. Vol 10 No. 2, 1986.
21. The Journal of the american dental association. Vol 114 No. 6, june 1987.
22. The Journal of periodontics. Vol 11 No. 3 spring 1987.
23. The Journal of the american dental association. Vol. 115 No. 4, october 1987.
24. The journal of the american dental association. Vol 118 No. 3, march 1989.
25. The journal of the american dental association. Vol 118 No. 8, august 1989.
26. The journal of the american dental association. Vol 119 No. 1, july 1989.
27. Journal of the american association. 1990 Jada special edition. Periodontal, Up dale, What's new in periodontic case? W. J. 0908 w Ff. V121.
28. Journal of the american association. Diagnosing Periodontal disease. Vol 121. October 1990.
29. Journal of periodontology. The natural history of periodontal disease in man: Prevalence, Severety and Extend of Gingival Recesion. Volume 63 No. 6, june 1992.
30. Journal of periodontology. Guided tissue Regeneration Versus Mucogingival surgery in the treatment of Human Bucal Gingival Recesion. Volume 63. Number 11, november 1992.

ENFOQUE ACTUALIZADO DE LA PATOLOGÍA PERIODONTAL NO INFLAMATORIA*

García-Tiburcio Wendy*, Monagas-Roedán Karina**, Adames María Isabel**, Martínez-Peña Ramón***, Pimentel Rubén Darío***

RESUMEN

Múltiples son las enfermedades que podemos localizar en la mucosa oral; la mayoría de ellas son benignas, tales como las patologías periodontales inflamatorias, pero hay otras que tienen un alto grado de malignidad. Estas son las patologías periodontales no inflamatorias, que por sus características clínicas se pueden confundir con las benignas, de ahí que a continuación se destacarán las características más importantes de ambos grupos de patologías periodontales: gingivitis marginal crónica, gingivitis del embarazo, gingivitis de la pubertad, gingivitis descamativa crónica, gingivitis ulceronecrotizante aguda, gingivitis herpética aguda, gingivitis alérgicas causadas por diferentes alergias, periodontitis pre-puberal, periodontitis juvenil, periodontitis de rápido progreso, periodontitis del adulto, gingivoperiodontitis ulceronecrotizante, liguen plano, pénfigo, granuloma de encía, granuloma piógeno, nevo pigmentario hemangioma, papiloma, leucoplasia, carcinoma, hemofilia, lingoma y leucemia.

Gingivitis

La gingivitis es la inflamación que sólo abarca el tejido blando, encía o periodonto de protección.

El epitelio de unión no ha sido afectado, todos sus cambios provienen desde el margen hacia arriba.

La gingivitis, inflamación de la encía, es la forma más común de enfermedad gingival. La inflamación se haya casi siempre presente en todas las formas de enfermedad gingival, debido a que la placa bacteriana produce inflamación y los factores irritativos que favorecen su acumulación suelen estar en el medio gingival.

La inflamación causada por la placa bacteriana origina cambios degenerativos, necróticos y proliferativos en los tejidos gingivales. Hay una tendencia a denominar todas las formas de enfermedad gingival con el nombre de gingivitis, como si la inflamación fuera el único proceso patológico que interviene. Sin embargo, en la encía se presentan procesos patológicos que no son causados por irritación local, como son las atrofias, las hiperplasias y las neoplasias⁴.

Tipos de enfermedad gingival

El tipo más común de enfermedad gingival es la inflamación simple causada por la placa bacteriana adherida a la superficie dental. Este tipo de gingivitis se denomina a veces gingivitis marginal crónica o la gingivitis, inflamación de la encía; según la duración, evolución y distribución, la vamos a clasificar en:

- a) según su duración y evolución
 - Aguda: la dolorosa se instala repentinamente y es de corta duración.
 - Sub-aguda: fase menos grave que la afección aguda;
 - recidivante: enfermedad que reaparece después de haber sido eliminada mediante tratamiento o que desaparece y reaparece espontáneamente.
 - Crónica: enfermedad que se instala con lentitud, es de larga duración e indolora, excepto que se complique con urticarias agudas o sub-agudas. La crónica es el tipo más común. La gingivitis crónica es una lesión fluctuante en la cual las zonas inflamadas persisten o se vuelven normales⁵.

* Tesis de grado para optar por el título de doctor en odontología, Universidad Iberoamericana (UNIBE).

** Egresados de UNIBE.

*** Profesores de UNIBE.

Distribución

- Localizada: se limita a la encía de un solo diente o un grupo de dientes.
- Generalizada: abarca toda la boca.
- Marginal: afecta al margen gingival, pero puede incluir una parte de la encía insertada continua.
- Papilar: abarca las papilas interdientarias. Los primeros signos de gingivitis aparecen en las papilas.
- Difusa: abarca encía marginal, insertada y papilas interdientarias⁶.

La distribución de enfermedades gingivales en casos específicos se describe mediante la combinación de los nombres anteriores.

Gingivitis ulcerativa necrotizante aguda

La denominación gingivitis ulcerativa necrotizante aguda (GUNA) se refiere a una enfermedad inflamatoria destructiva de la encía que presenta signos y síntomas característicos. Otros nombres con que se conoce esta lesión son: infección de Vincent, gingivitis ulceromembranosa aguda, boca de trincheras, etc.

La gingivitis ulcerativa necrotizante, la mayor parte de las veces se presenta como una enfermedad aguda. Su forma relativamente más leve y persistente se denomina sub-aguda. La recurrencia se caracteriza por periodos de remisión y exacerbación⁴.

Esta lesión se caracteriza por una aparición repentina, frecuentemente después de una enfermedad debilitante o una infección respiratoria aguda⁷.

Las lesiones se caracterizan por una aparición repentina, frecuentemente después de una enfermedad debilitante o una infección respiratoria aguda⁷.

Las lesiones características son depresiones crateriformes socavadas en la cresta de la encía, abarcando la papila interdental, la encía marginal o ambas. El margen gingival es rojo, brillante y hemorrágico.

El olor fétido, aumento en la salivación y la hemorragia gingival espontánea o abundante ante el estímulo más leve, son otros signos clínicos característicos.

La gingivitis ulceronecrotizante aguda se produce en bocas sanas o sobreañadidas a la gingivitis crónica o la bolsa periodontal.

Gingivoestomatitis herpética aguda

Es una infección de la cavidad bucal causada por el virus del Herpes Simple.

Se presenta más frecuentemente en lactantes y niños menores de 6 años, pero también se ve en adolescentes y adultos.

La afección aparece como una lesión difusa, eritematosa y brillante de las encías y mucosa adyacente, con grados variables de edema y hemorragia gingival.

La enfermedad se acompaña por una irritación de la cavidad bucal, que impide comer y beber⁴.

Junto a las lesiones bucales, hay manifestaciones herpéticas en labios o cara, con vesículas y formación de costras superficiales⁴.

Gingivitis descamática crónica

Es un término que se ha utilizado en medicina oral durante muchos años para describir una lesión especial de la encía caracterizada por el intenso enrojecimiento y descamación del epitelio superficial.

Las características clínicas de éste varían en gravedad, como se describe más abajo.

Forma leve: existe un eritema difuso de la encía marginal intermedia e insertada; es indolora.

Forma moderada: es una forma más avanzada que la anterior. Presenta manchas rojo brillante y áreas grises, que se localizan en la encía marginal y la encía insertada. La superficie es lisa brillante y la encía es normalmente flexible y se torna blanda.

Forma grave: la superficie lingual se halla menos afectada que la labial porque la lengua y la fricción de los movimientos de los alimentos reducen la acumulación de irritantes locales y limitan la inflamación.

Esta forma se caracteriza por irregulares áreas aisladas, en las cuales la encía está desnudada y es de color rojo intenso¹⁰.

Gingivitis del embarazo

Los irritantes locales causan la gingivitis, la gestación es un factor secundario modificante.

La característica clínica más sobresaliente es la pronunciada vascularidad. La encía está inflamada y varía en colocación del rojo brillante al rojo azulado, la encía marginal e interdental es edematosa, se hunde a la presión, presenta aspecto liso y brillante, blando,

friable, y a veces adopta un aspecto aframbuesado⁴.

Las hormonas sexuales femeninas aumentan el flujo del fluido gingival debido probablemente a que estas hormonas aumentan la permeabilidad vascular. En el embarazo, la ovulación y los contraceptivos hormonales aumentan el fluido gingival, trayendo como consecuencia las gingivitis.

Gingivitis de la pubertad

La pubertad va acompañada de una respuesta exagerada de la encía a la irritación local. Inflamación pronunciada, color rojo azulado, edema y agrandamiento con resultado de irritantes locales que de ordinario generan una respuesta gingival relativamente leve⁴.

Durante el periodo menstrual la prevalencia de la gingivitis aumenta.

El exudado de la encía inflamada aumenta durante la menstruación.

La gingivitis de la menstruación se caracteriza por hemorragias periódicas con proliferación rojo brillante y rosada en las papilas interdientarias. Además de ulceración persistente de la lengua y mucosa bucal, que empeora precisamente ante el periodo menstrual.

Periodontitis

Inflamación que se extiende en periodonto de inserción⁴.

Son inflamaciones que involucran tejido periodontal de soporte, caracterizado principalmente por pérdida ósea y la formación de bolsas periodontales o verdaderas.

Un paciente de periodontitis pasó por un episodio de gingivitis anteriormente¹¹.

Hay varios tipos de periodontitis^{4,11,12}, a saber:

1. pre-puberal: aparece a primera edad, siempre va acompañada de un síndrome como el de *Papillon-Lefebvre*;
2. periodontitis de rápido progreso: aparece entre los 30 y 40 años;
3. periodontitis juvenil: se presenta en la adolescencia, de los 17 a los 22 años. Ataca a adolescentes y a adultos jóvenes;
4. periodontitis del adulto: se presenta en la cuarta o quinta etapa de la vida, y puede hacerlo tanto en la forma simple como en la combinada;

5. gingivoperiodontitis ulceronecrotizante.

Periodontitis juvenil

Es un tipo de periodontitis donde clínicamente la encía no presenta cambios aparentes; nos recuerda una encía sana; sin embargo, existe movilidad y migración de los incisivos y primeros molares, lesión de furcación, bolsas profundas, el paciente presenta una mayor tendencia a que se le produzcan abscesos periodontales^{4,13,14}.

Otra característica es que los dientes comienzan a cambiar de lugar.

La periodontitis puede separarse en inicial y avanzada, la diferencia va a radicar, desde el punto de vista radiográfico, en que la inicial ataca los incisivos y los primeros molares. Su forma inicial está bien localizada, la imagen que presenta la radiografía tiende a ser simétrica.

En su forma avanzada ya no está localizada; empieza a atacar debilitando primero los premolares, segundos molares y, por último, los caninos.

La periodontitis avanzada se relaciona a placa bacteriana y trauma oclusal y la inicial se relaciona solamente a la placa bacteriana.

A la combinada se le denomina así porque su etiología es combinada, está asociada a placa bacteriana y al trauma oclusal. Hay predominio de pérdida ósea vertical.

La periodontitis juvenil tiene un rasgo hereditario¹⁵.

La pérdida vertical de hueso alveolar alrededor de los primeros molares e incisivos en individuos sanos, es el signo clásico de periodontitis juvenil.

Es clásico observar una migración distovestibular de los incisivos superiores y aparición de diastemas.

Periodontitis de rápido progreso

Se caracteriza porque hay una relación causa-efecto.

Se presentan dos casos:

1. el paciente tiene poca resistencia a los microorganismos;
2. La velocidad de la destrucción ósea está aumentada.

El paciente presenta bolsas periodontales, movili-

dad dentaria, sangrado al estímulo, los dientes empiezan a ponerse en mala posición.

Periodontitis del adulto

Tiene las mismas características de la periodontitis progresiva y mirándola decimos que presenta una gingivitis crónica, la encía se invagina, se pone roja¹⁶.

El hueso tiene periodos de remisión y de exacerbación.

Radiográficamente sólo vamos a encontrar pérdida ósea horizontal.

Periodontitis ulceronecrotizante

Es una consecuencia de la gingivitis ulceronecrotizante¹⁷.

Periodontitis pre-puberal

Forma generalizada. Estos casos son muy raros y comienzan durante o inmediatamente a continuación de los dientes primarios. Se descubre una inflamación aguda extrema y la proliferación de los tejidos gingivales con una rápida destrucción de hueso⁴.

Liquen plano

Es una enfermedad inflamatoria y eruptiva de la piel, pruriginosa, de mancha crónica y subaguda, que puede involucrar la mucosa, sobre todo la piel⁸.

Su etiología es desconocida; se relaciona con estímulos subjetivos (estados nerviosos y depresivos). Se mencionan también como posibles causas las infecciones, los trastornos metabólicos endocrinos, y en fecha más reciente se ha considerado que la enfermedad puede considerar una reacción de hipersensibilidad retardada.

Como característica clínica vemos que no tiene predilección por sexo; es más común después de la segunda década de la vida y aparece casi exclusivamente en la raza blanca.

La lesión bucal más característica, llamada forma tradicional o "en trauma", se presenta en la encía de color blanco azulado, cortada en ángulos más o menos abiertos, muy finas y constituyendo un ligero relieve sobre el plano de la mucosa. Dichas líneas presentan trayectos caprichosos que forman mallas más o menos tupidas, entre las que se mantienen áreas centrales de mucosa de apariencia normal. El aspecto es comparable con una red o encaje. Se puede presentar bajo otros aspectos: anular, puntiforme, en placa, detritica y erosiva.

Las lesiones se ubican principalmente en la mucosa lingual, labial y vestibular.

Las lesiones bucales pueden presentarse acompañadas de síntoma subjetivo, siendo la más común el ardor y la sensación de quemaduras².

El liquen plano es considerado una lesión precancerosa; esta lesión no tiene tratamiento alguno, regresión espontánea en pocos meses.

Pénfigo

Es una lesión ampollosa de la piel y la muosa, que evoluciona por brotes y que sigue por lo general, un desarrollo crónico. Es importante para el odontólogo, puesto que el 50 por ciento de los pacientes que presentan pénfigo cutáneo tienen complicaciones bucales, las cuales pueden aparecer simultáneamente con las lesiones cutáneas⁸.

La etiología es desconocida; hay indicios de que puede tratarse de un estado autoinmune. Se analizan teorías que tratan de explicar el padecimiento como provocado por factores enzimáticos, tóxicos, bacterianos, víricos y metabólicos; también se menciona su relación con el uso de ciertas drogas y una predisposición racial.

Existen cuatro variedades de pénfigo: vulgar, vegetante, eritematoso y foliácido.

El pénfigo vegetante, eritematoso y foliácido rara vez se encuentra en los tejidos bucales, mientras que el vulgar es el más importante desde el punto de vista práctico y clínico, puesto que es el más frecuente a nivel bucal.

En el pénfigo vulgar, son frecuentes las lesiones bucales; podemos afirmar que la boca es el sitio particular de más incidencia en nuestro medio; las vesículas de la mucosa bucal son similares a las de la piel, apareciendo en la mucosa del carrillo, la lengua, el labio y en cualquier otro sitio; tales vesículas se rompen tempranamente y a continuación aparece una superficie roja, sangrante y erosionada, que es muy dolorosa e impide la alimentación y hasta el habla; los fenómenos de maceración de tejidos, infección añadida y desequilibrado de la flora bucal, originan un olor ofensivo y característico como "olor a ratón".

Una de las complicaciones infecciosas más frecuente es la moniliasis.

Tratamiento sólo sistemático; la enfermedad es fatal en más del 50 por ciento de los pacientes⁹.

Granuloma de la encía

Los datos clínicos van a variar de un paciente a otro; su aspecto depende del tiempo que tenga la lesión en boca, pero la mayoría presenta rasgos clínicos característicos⁵.

Es una masa tumoral saliente, fácil de observar, que puede existir en cualquier región de la boca; está bien localizada, sus bordes están bien definidos, bien vascularizados y son de color rojizo.

La mucosa tiene consistencia blanda, mientras los que tienen mayor tiempo en boca tienen un contenido fibroso y son de consistencia dura; también vamos a observar que el paciente sangra con mucha facilidad.

Su pronóstico es variable, algunas lesiones involucran otras avanzadas⁹.

Granuloma piógeno

El granuloma piógeno, botriomicoma papiloma fibroendotelial o granuloma pediculado telangiectásico, es un proceso limitado de tipo inflamatorio que crece sobre la superficie de la piel y la mucosa, y que puede confundirse con una neoplasia⁹.

Está asociado a factores irritativos de distintos tipos, condicionado por una predisposición individual; debe tenerse en cuenta la incidencia de infección por estafilococos y estreptococos, así como algunos gérmenes saprófitos; hace algún tiempo esta enfermedad se relacionó con una infección botriomicótica.

Lo podemos encontrar en la piel alrededor de la uña y en la boca, teniendo predilección por la encía a nivel del espacio inter-dentario; se puede encontrar en ambos sexos, preferiblemente en mujeres a cualquier edad; se presenta como una formación pequeña 1-3 cm, de color rojizo, blanda y de superficie lisa.

Su tratamiento es excisión; si es incompleta es posible la recidiva, su pronóstico es excelente⁹.

Nuevo pigmentario

Se considera como una mala formación congénita o del desarrollo.

En la mucosa de la boca se observa como una mancha melánica limitada y asintomática de color negro o pardo azulado; puede observarse en el paladar duro, la mucosa del carrillo o en la encía; afecta a ambos sexos y a cualquier edad^{8,9}.

Hemangioma

Es una neoplasia benigna, formada por espacios de diversos tamaños, revestida de células endoteliales y que contienen sangre⁸.

Se considera una verdadera neoplasia, originada en rudimentos endoteliales o en las células endoteliales que revisten los vasos sanguíneos; por otro lado, con sobrada razón, otros investigadores lo citan como un crecimiento hamartomatoso; esta última concepción está apoyada por la presencia de más de 85 por ciento de todos los hemangiomas dentro del primer año de nacido del ser humano.

Los tipos fundamentales de hemangioma son:

- cavernoso
- capilar

Los otros tipos como arteriovenoso, esclerosante, infantil, plexiforme y cirsoideo no tienen importancia alguna en la cavidad oral.

Los hemangiomas tienen predilección por el sexo femenino, sus sitios de preferencia en la mucosa bucal son:

- la lengua
- el labio
- la mucosa del carrillo
- el paladar y
- la encía.

Aparece como una mancha de color rojo vivo azulado de superficie plana o ligeramente levantada; algunos blanquean cuando son comprimidos; su consistencia puede variar por el aumento de tejido fibroso; también pueden ser duros en los recién nacidos, son asintomáticos pero a causa del trauma pueden ulcerarse.

Su tratamiento consiste en la recesión y su pronóstico es desfavorable⁹.

Papiloma escamoso

Es una neoplasia benigna del epitelio de revestimiento, formada por células epiteliales maduras, que sobresalen de la mucosa de la boca, a la cual está unida por una base sesil o pediculada⁸.

Su etiología es desconocida; puede originarse en mucosa plana o relacionarse con infecciones, trauma u otros factores semejantes; para muchos autores los virus no son ajenos a su origen.

Los papilomas afectan a ambos sexos, con predominio del masculino, y pueden aparecer en cualquier edad, pero la mayoría de las veces se presentan en pacientes de 20 a 50 años. Aparecen como un crecimiento exofílico con aspecto de coliflor de consistencia dura, fibrótica, unida a mucosa. Su color varía, es igual al de la mucosa o ligamento rojizo en las zonas no queratinizadas como el paladar duro, la encía, la lengua y la mucosa del labio. Está queratinizada en su superficie y tiende a ser de color blanquecino.

El papiloma escamoso tiene un magnífico pronóstico y cuando se realiza su exéresis, incluyendo la base de implantación, no recidiva; a pesar de ello, por ser un elemento de irritación de la mucosa, debe realizarse su eliminación preventiva⁹.

Carcinoma de la encía

El carcinoma de la encía ocupa el cuarto lugar de incidencia en nuestro estudio (17 por ciento); la tasa nacional es de 0.5 en hombres y 0.2 en las mujeres; el por ciento es de 0.3 y 0.2 respectivamente².

En cuanto a su aparición, la media de edad es de 63 a 81 años, con un intervalo de confianza que oscila entre 61.42 años a 66.20 años para la encía inferior y una media de 58.81 años, con un intervalo de confianza que oscila entre 54.40 años a 65.26 años, para la encía superior⁶.

El carcinoma de la encía inferior tiene mayor frecuencia (75 por ciento) que el de la encía superior (25 por ciento).

El carcinoma de la encía es más común (58 por ciento) en la zona alveolar de los molares. En el espacio retromolar crece en el 28 por ciento de las lesiones y sólo en la zona alveolar de los molares. En el espacio retromolar crece en el 28 por ciento de las lesiones y sólo un 14 por ciento crece en la encía anterior.

Esta lesión está relacionada con traumatismo de origen dental.

Su forma anatomoclínica de presentación del carcinoma de encía, en la encía inferior es semejante a la del resto de la boca, con un predominio de los crecimientos ulcerados, blanquecino y exofílico; la lesión causa erosión temprana del hueso y en su evolución vamos a observar francas imágenes radiolúcidas osteolíticas.

El pronóstico del carcinoma de encía es relativamente bueno⁹.

Linfoma

Habitualmente lo encontramos localizado en la encía, no tiene predilección alguna por sexo y lo podemos encontrar a cualquier edad⁹.

La causa de esto es desconocida aún, muchos la asocian con deficiencias inmunológicas, otros a virus, pero éstas son puras teorías.

Se presenta como una lesión submucosa, duroelástica, de color rojo azulado, asintomática y sin ulceración temprana.

Presenta flacidez de la mucosa, agrandamiento gingival y tumoración deformante.

En el tratamiento del linfosarcoma hacemos una amplia incisión local; pero la recidiva y la metástasis son comunes.

El pronóstico de esta lesión es muy desfavorable.

Leucoplasia

Pueden ser leucoplasia con disqueratosis o leucoplasia verrugosa.

La leucoplasia la podemos localizar en cualquier lugar de la mucosa bucal, sobre todo labio, lengua, carrillo y piso de boca. Tiene una predilección adulta, sobre todo después de la cuarta década y por el sexo masculino⁹.

Clinicamente vamos a encontrar una lesión blanquecina; plana o elevada; puede ser fisurada; áspera o lisa, de cualquier tamaño y asintomática; puede aumentar de tamaño; a veces se presenta con úlcera moteada o con áreas rojas.

El tratamiento de la leucoplasia es excisión total con bastante margen. El pronóstico de estas lesiones puede ser variable, en las no tratadas se convierte en carcinoma de células escamosas y en aquella en que se realiza excisión total el pronóstico es bueno; mejor en lesiones de labio y carrillo que en el piso de la boca o base de la lengua.

Tumor del embarazo

Aproximadamente en 1-2 por ciento de las mujeres embarazadas, con alteraciones inflamatorias de las encías, se presenta el llamado tumor del embarazo, que se destaca como un nódulo único o múltiple, unido a la encía por una base sesil o pediculada, blanda, esponjosa, rojiza, de aspecto vascularizado y sangrante; su tamaño es de 1 cm-3 cm de diámetro; está situado, por lo general, a ambos lados de la encía;

puede interferir la masticación y provocar molestias o dolor discreto.

Estas lesiones tienen un magnífico pronóstico, no son cancerizables y debe regresar espontáneamente al terminar la etapa endocrina involucrada.

Moniliasis

Es importante para nosotros saber de esta patología, porque aunque es una lesión inflamatoria, es la más frecuente de las complicaciones infecciosas que presenta la mayoría de las patologías periodontales no inflamatorias.

La moniliasis es producida por un hongo (*Candida albicans*), el cual es saprófito en la mucosa bucal. Este hongo se transforma en patológico para el organismo cuando el paciente está en un estado de desnutrición severa, cuando está inmunodeprimido, en casos de avitaminosis, en sujetos que han recibido tratamiento prolongado con antibióticos, esteroides o drogas inmunosupresoras.

La moniliasis es importante diagnosticarla y tratarla cuando está en una etapa inicial, porque cuando llega a un estado avanzado puede afectar esófago, faringe y llegar hasta el corazón, produciendo la muerte del paciente. Es una de las enfermedades que están muy relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

A nivel bucal se observan lesiones ulceradas, rojizas y con mancha blanquecina en el paladar, agregada puede aparecer una queilitis moniliásica conocida como perleche y estomatitis moniliásica.

REFERENCIAS

1. Shafer NG, Lenny BM. Tratado de patología bucal. 2da. ed., México D.F.: Nueva Editorial Interamericana, S.A/. 1987: 325-327.
2. Blaskar SN. Patología bucal. 2da. ed., Buenos Aires (Argentina): Ateneo 1984: 392-393.
3. Splinge JD. Patología bucal 3a. ed., Buenos Aires (Argentina): Mundy, 1977: 299-301.
4. Carranza FA. Periodontología clínica de Glickman. 6a ed., México, D.F.: Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1986: 118-120.
5. Anónimo J and Bay I. Problema and Proposals for Recording Gingivitis and Plaque. Int Dent J 1975; 25: 229.
6. Carter HC and Barnes GP. The Gingival Bleeding Index. J. Periodontal 1974; 45:801.
7. Harding J, Berry NC, Mash C and Jollit CR. Salivary Antibodies in Acute Gingivitis. J Periodontal 1980; 51:63.
8. Santana-Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal; La Habana (Cuba): Editorial Científica Técnica, 1985.

9. Blaskar SN. Patología bucal. 6a ed., Argentina: El Ateneo Editorial, 1984: 291-295.
10. Shi Klar JP. Lechen Planus as an Oral Ulcerative Disease. Oral Surg 1972; 33: 376.
11. Page RC, et. al. Rapidly Progressive Periodontitis. A Distinct Clinical Condition. J. Periodontol 1983; 45: 197.
12. Breiz PN. The Case of Periodontitis as a Clinical Entity. J. Periodontol 1971; 42: 516.
13. Nishimura F, Nagai A, Kurimoto K., et. al. A Family Study of a Mother and Daughter with Increased Susceptibility to Early on Set Periodontitis: Microbiological, Immunological, Heart Defensive, and Genetic Analyses. J. Periodontol 1990; 12(61): 755-765.
14. Hall ER, Flaker WA, and Suruki JB. Production of Immunoglobulins in Gingival Tissue Explant Cultures from Juvenil Periodontitis Patients. Jx Periodontol 1960; 61(10): 603-608.
15. G Berdone L, Ramaglia L, and Bucci E. Generalized Juvenil Periodontitis: Report of a Familial Case Followed for 5 Years. Jx Periodontol 1990; 61(9): 590-596.
16. Krill AB and Fryt HR. Treatment of Localized Juvenil Periodontitis (Periodontitis). A Review. J. Periodontol 1987; 58 (1): 1-8.
17. Oguje O. Necrotizing Ulcerative Gingivitis and Cancrum, oris (Noma) in Ibadan, Nigeria. Jx Periodontol 1090; 61(12): 769-772.
18. Yusof ZA. Early-Onset Periodontitis: Radiographic Patterns of Alveolar Bone Loss in 55 Cases from Selected Malaysian Population. J. Periodontol 1990; 61: 751-754.
19. Robertson PB, Walsh M, Eraster V, Grady D, and Hauek W. Periodontal Effects Association with the Use of Smokeless Tobacco. Jx Periodontol 1990; 61: 438-443.
20. Carranza FA. Compendio sw Periodoncia. 3a ed., Buenos Aires (Argentina): Mundi, 1978: 144-146.

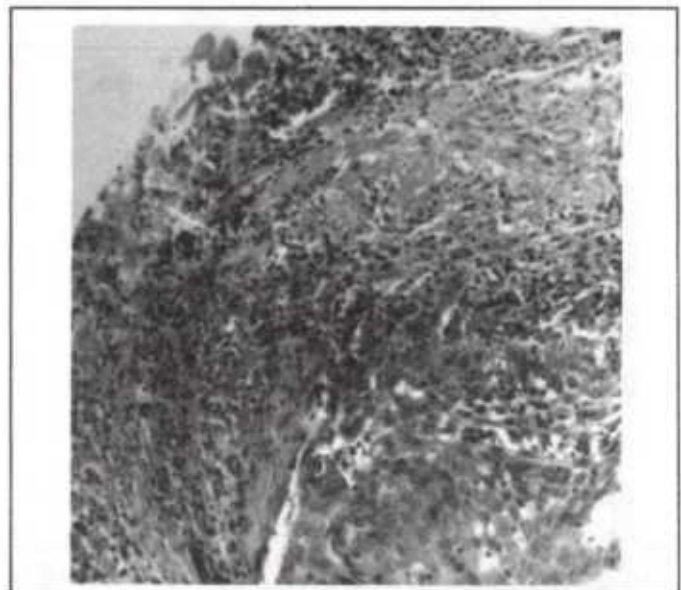


Fig. 1. Microfotografía, aumento 10x15, coloración H.E. Granuloma Piógeno. Puede observarse ulceración epitelial, tejido de granulación, infiltrado inflamatorio agudo y crónico.

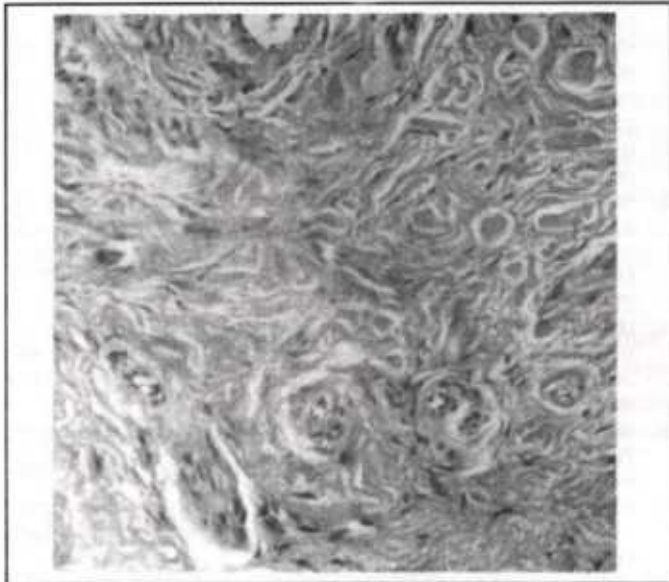


Fig. 2. Microfotografía, aumento 20x15, coloración H.E. Granuloma Piógeno. Puede observarse ulceración epitelial, tejido de granulación, infiltrado inflamatorio agudo y crónico. Hiperplasia fibrosa por irritación donde puede observarse abundante proliferación fibrocolágena.



Fig. 3. Microfotografía, aumento 40x15, coloración H.E. Leucoplasia, el cuadro histopatológico muestra sectores de hiperparaortoqueratosis y alteraciones morfológicas de los brotes interpapilares.



Fig. 4. Microfotografía, aumento 40x15, coloración H.E. Liquen, el cuadro histológico muestra de arriba hacia abajo o zona de hemorragia, hiperqueratosis disqueratosis (perlas córneas).

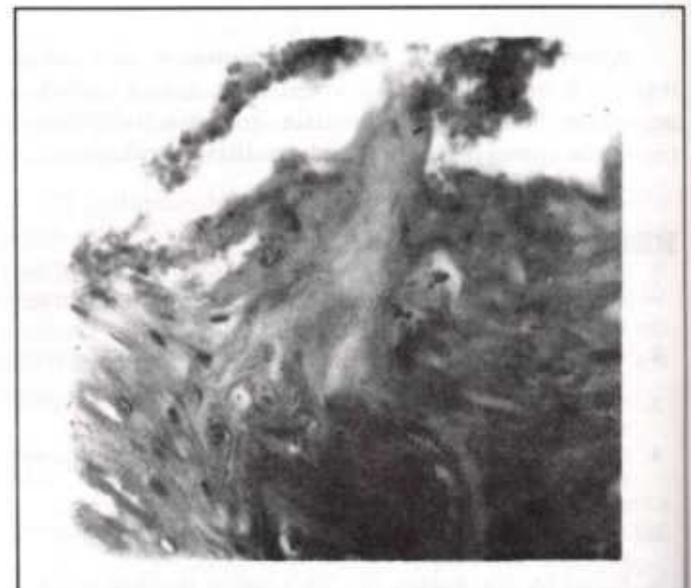


Fig. 5. Microfotografía, aumento 20x15, coloración H.E. Leucoplasia, en la microfotografía puede observarse un sector de papilomatosis, infiltrado inflamatorio crónico sbepitelial correspondiente a una leucoplasia.



Fig. 6. Microfotografía, aumento 20x15, coloración H.E. Hiperplasia pseudoepiteliomatosa, histopatología de una lesión blanquecina gingival que presenta imágenes proliferativas de los brotes interpapilares hacia el tejido conectivo subyacente, pero sin que se observen atipias celulares.

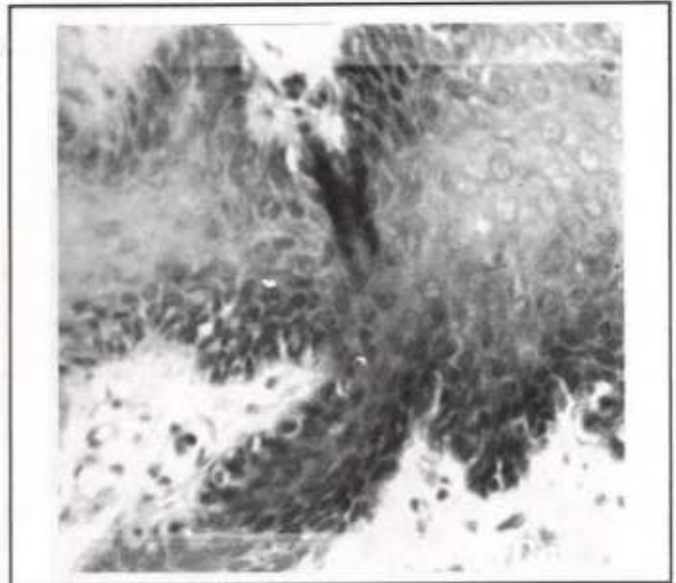


Fig. 7. Microfotografía de otro sector de la hiperplasia pseudoepiteliomatosa de las figuras 9 y 10.

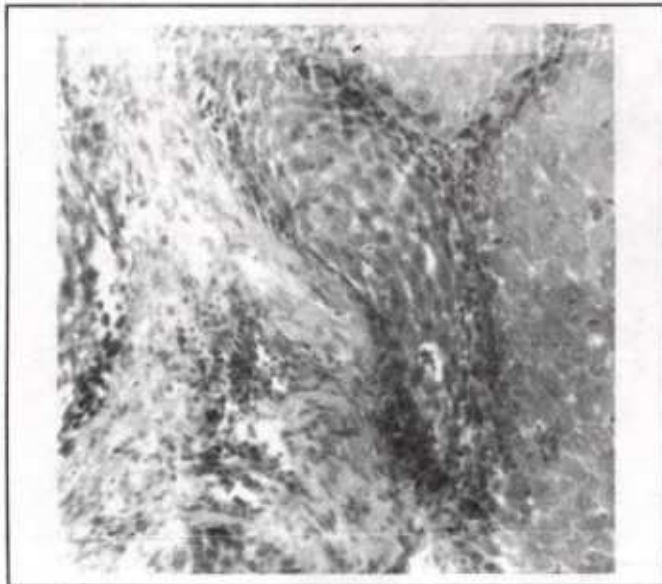


Fig. 8. Microfotografía, aumento 20x15, coloración H.E. Carcinoma espinocelular donde puede observarse el inicio de la invasión de los cordones de células neoplásicas hacia el tejido conectivo subyacente, obsérvese el hiperchromatismo y la pérdida de relación núcleo-citoplasma.



Fig. 9. Microfotografía, aumento 10x15, coloración H.E. Carcinoma espinocelular diferenciado (grado 1), obsérvese la actividad infiltrativa, las numerosas perlas córneas.

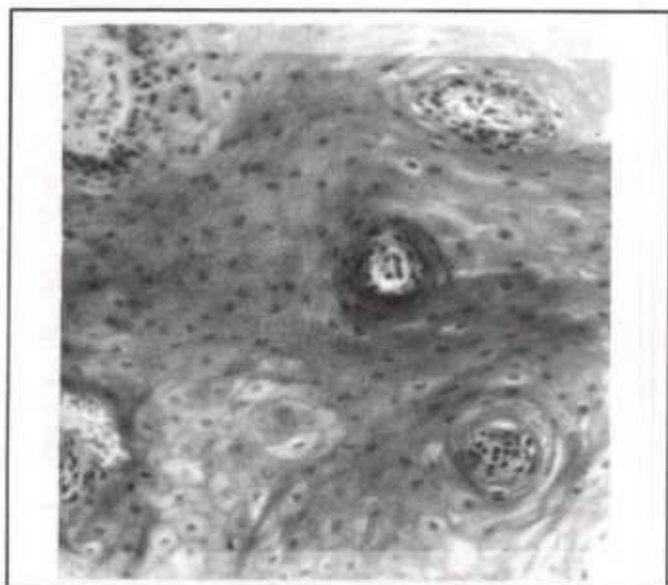


Fig. 10. Microfotografía, aumento 20x15, coloración H.E. Carcinoma espinocelular grado 1, donde se pueden ver numerosas perlas córneas.

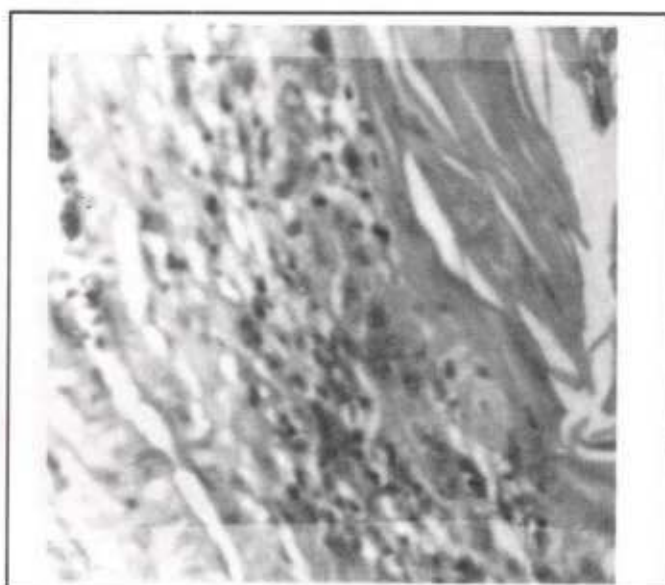


Fig. 11. Microfotografías, aumento 20x15, coloración H.E. Carcinoma espinocelular (grado 1), donde pueden observarse las láminas de queratina integrantes de las perlas córneas.

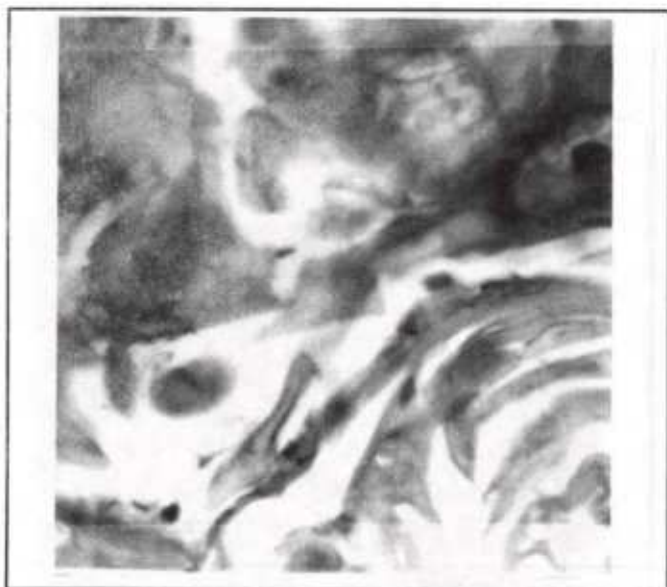


Fig. 12. Microfotografía, aumento 40x15, coloración H.E. Detalles histopatológicos de numerosas perlas córneas de diferentes tamaños, correspondientes a un carcinoma espinocelular grado 1.

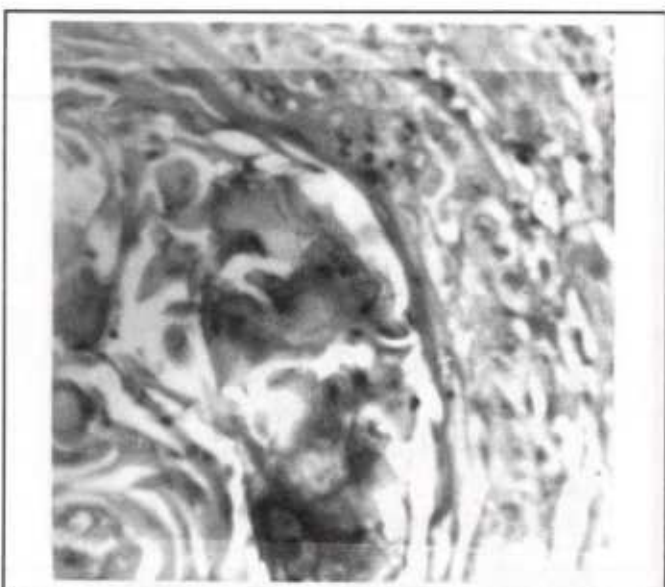


Fig. 13. Microfotografía, aumento 20x15, coloración H.E. sectores de disqueratosis correspondientes a un sector de infiltración de células neoplásicas malignas de un carcinoma espinocelular diferenciado.

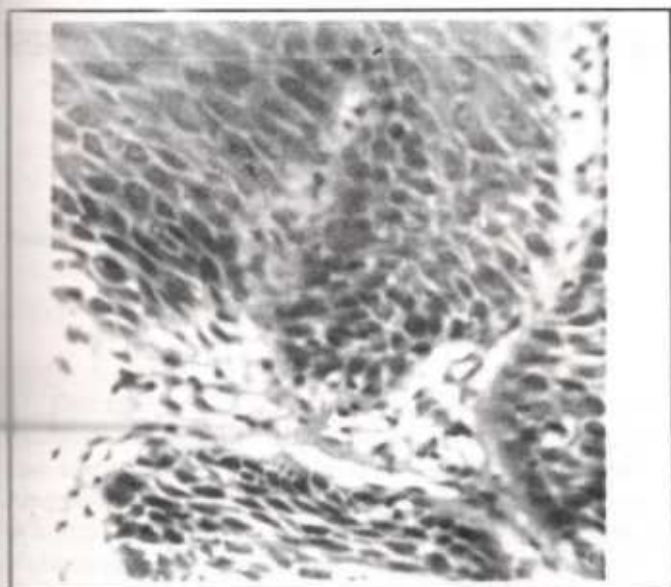


Fig. 14. Microfotografía, aumento 20x15, coloración H.E. Carcinoma espinocelular grado 2, donde puede observarse hiper cromatismo, pérdida de la relación núcleo-citoplasma y actividad infiltrativa.

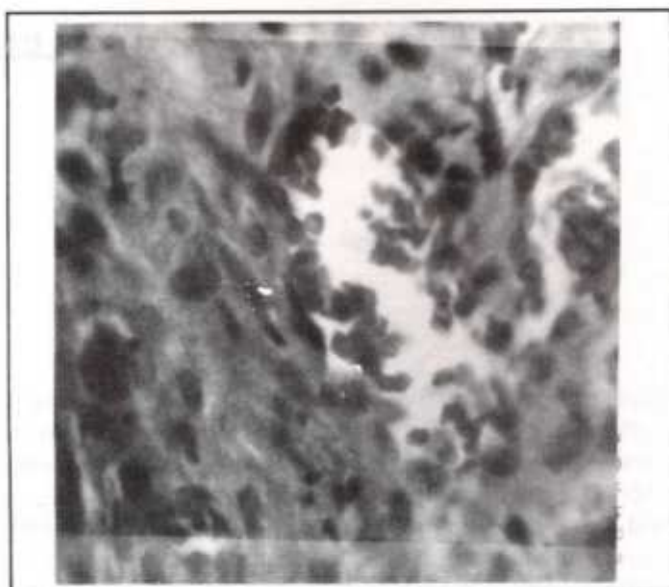


Fig. 15. Microfotografía, aumento 20x15, coloración H.E. Carcinoma espinocelular grado 3, obsérvese la pérdida de relación núcleo-citoplasma, hiper cromatismo, pleomorfismo celular y polidimensionalidad celular. También puede observarse vasos sanguíneos congestivo.

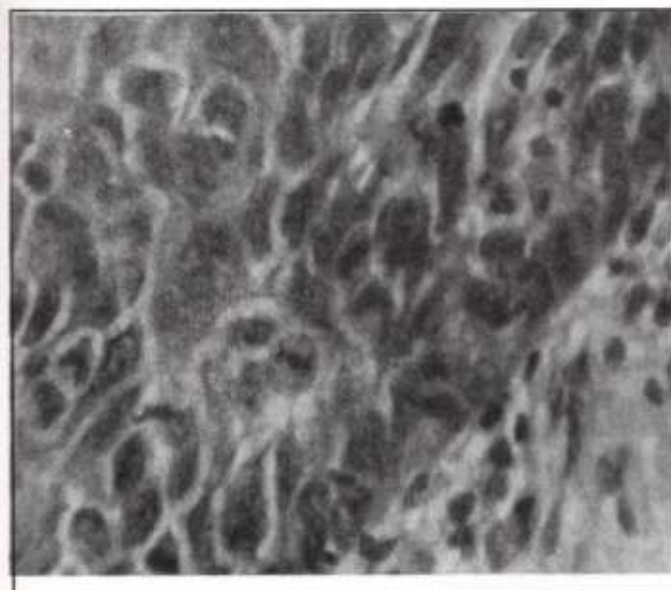


Fig. 16. Microfotografía, aumento 40x15, coloración H.E. Carcinoma espinocelular grado 4 (indiferenciado). Microfotografía donde pueden observarse los detalles de los diferentes periodos mitóticos de las células neoplásicas malignas.

PRIVATIZACIÓN DE LAS EMPRESAS PÚBLICAS

Susan Espaillat*

Durante los últimos años es notoria la tendencia mundial hacia la privatización de las empresas públicas, lo que parece haber tenido sus inicios formales en Alemania antes al 1960 cuando el gobierno decidió privatizar la mayor de sus empresas, que era la Volkswagen¹. Los procesos de liberalización y globalización contribuyeron a su rápida expansión hacia otros países y otras regiones, particularmente países en desarrollo.

A nivel internacional, el número de privatizaciones comenzó a incrementarse durante la década de los 80. En Gran Bretaña, por ejemplo, bajo el gobierno de Margaret Thatcher comenzaron a privatizarse empresas estatales como una meta política muy importante. Desde entonces han sido privatizadas más de doce grandes empresas británicas.

En el continente africano en la mayoría de los países han desaparecido cientos de empresas estatales. En un buen número de países de Asia, en Oceanía y en el sur de Europa existe la misma tendencia.

La privatización gana fuerza en Latinoamérica y El Caribe a partir de 1973 con las primeras experiencias de Chile. Más aún, entre 1988 y 1993 la región alcanzó el tope de la lista de privatizaciones en países en desarrollo, con sumas ascendentes a 55.1 billones de dólares, siguiendo por Asia con 19.7 billones de dólares y Europa del Este y Asia Central con 17.9 billones de dólares. Para el 1997 se espera que la suma alcanzada a nivel global sea de 120 billones de dólares².

Sin embargo, a pesar de la profundidad y amplitud de esa revolución de la privatización, ésta sigue siendo un concepto muy vago para mucha gente. De hecho la privatización alcanza un pasmoso conjunto de técnicas, objetivos y resultados diversos. En este trabajo no se pretende explorar a fondo los múltiples matices de

la privatización. En lugar de eso, se mostrará una amplia visión general de cómo y por qué se ha producido ese fenómeno, y señalando el por qué este aspecto es tan importante como filosofía fundamental del gobierno, en una era en la que la gente de todas las latitudes busca sistemas políticos democráticos, basados en el mercado, para el mejor manejo del Estado.

La privatización se puede definir de un modo simple como el proceso por el cual un gobierno vende las empresas estatales, completas o en bloques de acciones, a inversores privados nacionales del país y del extranjero. Se pueden privatizar las tierras, los servicios públicos, la educación, la construcción, la recolección de basura, contratando para ello empresas privadas. Como es el caso de la Attwoods en República Dominicana.

Si bien es importante entender el proceso mismo de la privatización, lo es aún más comprender su lógica esencial, es decir, que hay límites a lo que el gobierno puede hacer, y que algunas actividades económicas, sobre todo la empresa industrial, pueden ser manejadas con más eficiencia por el sector privado.

Por qué razones optan los países por privatizar? La respuesta radica en la necesidad de reducir el alcance del gobierno, en los casos en que éste se ha vuelto demasiado grande y consume una parte excesiva de los recursos, lo cual impide al sector privado funcionar con eficacia y actuar como el motor del crecimiento de la economía. La experiencia ha demostrado con claridad que los países donde la tarea de generar el crecimiento económico se confía al sector privado, han tenido mucho más éxito que las naciones donde se ha dependido del sector público para ese fin.

Según Lladó (1993) entre los objetivos que se le reconocen a la privatización son los siguientes³:

Elimina monopolio y abre actividades a sectores anteriormente restringidos a las fuerzas competitivas de mercadeo;

* Lic. en derecho, autora del libro "La responsabilidad penal de las sociedades comerciales".

Cambia los patrones de suministro de las empresas a fin de que las estructuras basadas en el parentesco y el padrinazgo político cedan a la competencia;

Promete corregir el fracaso gubernamental en la provisión de servicios básicos (electricidad, agua potable, carreteras) a la población;

Estimula el sector laboral a empeñarse más en mejorar su productividad al tener que prescindir de las alianzas políticas con el régimen de turno;

Puede reducir la inflación al eliminar las fuentes de déficit fiscal y aporta recursos al Estado para obras de trascendencia social;

Moviliza los mercados de capital y estimula la creación de esquemas innovativos de financiamiento ("debt-equity swaps", fondo de pensiones);

Puede reducir la deuda externa y ampliar las oportunidades de negocio ("joint-ventures") y la inversión extranjera;

Puede mejorar las fuentes de suministro y de asistencia técnica;

Conlleva un incremento en la efectividad de las gerencias;

Accesa capitales para la expansión.

En la República Dominicana la expansión estatal tiene sus orígenes en esa visión del Estado como el principal motor de desarrollo. La causa se debió a que las empresas de mayor tamaño e importancia pasaron a manos oficiales como consecuencias de la muerte de Trujillo en 1961 y la desaparición forzosa de su régimen político. Con excepción de la Corporación Dominicana de Electricidad (CDE), la cual fue producto de una nacionalización⁴, este había concentrado la propiedad de una gran parte del aparato productivo nacional durante sus 30 años de gobierno, incluyendo los ingenios azucareros.

¿Por qué es la privatización un aspecto importante de la reforma económica? Dicho de una manera simple, la privatización puede mejorar el desempeño económico y ayuda a promover la inversión privada, ya sea nacional o del exterior. Así mismo, les brinda nuevas oportunidades económicas a los individuos, que así pueden llegar a ser inversionistas o copropietarios de empresas que antes eran del Estado. Dicho de otro modo, la privatización no sólo beneficia a las empresas de propiedad estatal que se privatiza, sino también al sector público, al sector privado y al consumidor.

El debate en torno a la privatización es ante todo una transformación política, es decir, un cambio del papel que el Gobierno tiene en la economía y en toda la sociedad en conjunto. Para que esta estrategia sea eficaz, es preciso que existan las condiciones adecuadas para sostener al sector privado. A causa de esto, la privatización no puede tener éxito, a menos que se lleve a cabo junto con reformas orientadas a crear o fortalecer una economía basada en el mercado.

La privatización no es una panacea para remediar todos los males de la economía, pero cuando se realiza junto con otras reformas estructurales, puede ayudar en forma significativa a que los países logren una mayor prosperidad.

REFERENCIAS

1. Geirger, Erwin. Privatización y Política Económica. San José, Costa Rica, 1992, segunda edición, página 11.
2. Baletti, Aldo. Conferencia sobre Privatización y su impacto en nuestro país. República Dominicana, Abril 1996.
3. Lladó, Juan. La Privatización de las Empresas Públicas en América Latina y sus proyecciones en la República Dominicana. Fundación Economía y Desarrollo, Inc. Privatización de Empresas Públicas y Redimensionamiento del Estado en la República Dominicana, Santo Domingo, Editora Corripio, 1993. Página 9.
4. Es el paso a la colectividad, de la propiedad de ciertos medios de producción pertenecientes a particulares con el fin de servir mejor al interés público.

EL ARTÍCULO DE REVISIÓN EN LA LITERATURA MÉDICA ACTUAL

Cynthia D. Mulrow

Para estudiar los métodos que se utilizan actualmente en los artículos de revisión se evaluaron 50 artículos de este tipo publicados entre junio de 1985 y junio de 1986 en cuatro revistas médicas importantes. La valoración se basó en ocho criterios explícitos, adaptados de cierta orientaciones para síntesis de información ya publicadas. De los 50 artículos, 17 satisficieron tres de los ocho criterios; 32 satisficieron cuatro o cinco, y sólo uno satisfizo seis. La mayor parte de las revisiones especificaban sus objetivos (n=40) y conclusiones (n=37). Sólo en un artículo constaban claramente los métodos seguidos para localizar y seleccionar la información seleccionada y verificar su validez. Muchos artículos (n=43) integraban los datos incluidos en la revisión mediante una síntesis cualitativa; en muy pocos (n=3) se hacía una síntesis cuantitativa. En 21 artículos se daba orientación para investigaciones ulteriores. Estos resultados indican que en las revisiones actuales de la literatura médica no es habitual el uso de métodos científicos para localizar, evaluar y sintetizar información. Los métodos empleados en la presente evaluación sistemática de las revisiones podrían ser convenientes para mejorar la calidad de futuros artículos de revisión.

Los artículos de revisión buenos son joyas preciadas. En esta era de proliferación y abundancia de publicaciones médicas, la capacidad personal de lectura y absorción de información sigue siendo la misma. Reducir la gran masa de información a piezas

masticables es asuntos esencial para la digestión.

Resumir debidamente la información exige indagar críticamente evaluar y sintetizar. El revisor experimentado debe filtrar y clasificar las fuentes de datos, estimar sistemáticamente la calidad de las observaciones e integrar concienzudamente la información esencial en un todo unificado. Se trata de hacer una síntesis convincente e ilustrativa de datos, no un amasijo de información¹.

Por desgracia, las revisiones de la literatura médica a menudo son subjetivas, científicamente dudosas e ineficientes². El método para identificar y seleccionar la información pocas veces se expone. La información recogida se revisa de cualquier manera, sin evaluar sistemáticamente su calidad. En tales circunstancias la elaboración de un resumen plausible es una tarea difícil, cuando no imposible. El objetivo de este artículo es doble; por una parte, describir los métodos de los artículos de revisión recientemente publicados y, por otra, demostrar un método sistemático para la preparación de artículos de revisión.

MÉTODOS

De las 117 publicaciones periódicas indizadas en el Abridged Index Medicus se seleccionaron las cuatro revistas médicas de los Estados Unidos que cuentan con arbitraje editorial y una tirada de más de 50,000 ejemplares³. La muestra incluyó los artículos considerados de revisión o de "progresos médicos" publicados en esas revistas entre junio de 1985 y junio de 1986. Se seleccionaron 10 artículos de revisión *Annals of Internal Medicine*⁴⁻¹³, y 17 de *Archives of Internal Medicine*¹⁴⁻³⁰; cuatro artículos de "conocimientos actuales" o de revisión de *Journal of the American Medical Association*³¹⁻³⁴; y 19 artículos de "progresos médicos" de *New England Journal of Medicine*³⁵⁻⁵³. Las revisiones publicadas en dos partes⁵⁴⁻⁵⁷ se consideraron como si las dos partes fueran un solo artículo.

1. Esta traducción del artículo "The medical review: state of the science" (*Annals of Internal Medicine*, 1987; 106:485-488) se publica con permiso de los autores, el American College of Physicians y la Revista *Annals of Internal Medicine*. Ninguna de estas entidades se hace responsable de la exactitud de la traducción.

2. División de Medicina Interna General, Departamento de Medicina, Centro de Ciencias Médicas de la Universidad de Texas, San Antonio. Las separadas de la versión original en inglés deben solicitarse a: Cynthia D. Mulrow, M.D.; Ambulatory Care (11C), Audie Murphy Veterans Administrations Hospital, 7400 Merton Minter Drive, San Antonio, TX 78284, Estados Unidos de América.

Todos estos artículos de revisión se evaluaron sobre la base de ocho criterios explícitos, adaptados de ciertas orientaciones para síntesis de información ya publicadas^{2, 58, 59}. Los criterios fueron los siguientes: ¿Se plantea el objetivo específico de la revisión? ¿Se indican las fuentes y los métodos de búsqueda de referencias? ¿Se exponen los criterios que determinaron qué material se incluyó y cuál se excluyó de la revisión? ¿Se evaluó la validez metodológica del material utilizado en la revisión? ¿Se integró la información sistemáticamente dando cuenta de las limitaciones e inconsistencias de los datos? ¿Se integró y se ponderó o acumuló la información con un procedimiento métrico? ¿Hay un resumen de los resultados principales obtenidos de la revisión? ¿Se dan orientaciones específicas para otras investigaciones? Los artículos se clasificaron respecto a cada criterio en alguna de las tres categorías siguientes satisfactorio, dudoso y no satisfactorio.

RESULTADOS

En el Cuadro 1 se expone la evaluación de los métodos de los 50 artículos de revisión. Ninguna de las revisiones satisfacía claramente los ocho criterios. Uno satisfizo seis criterios; 32 satisficieron cuatro o cinco criterios y los 17 restantes sólo tres. La mayor parte de los artículos habían sido escritos por más de un autor (mínimo uno, máximo 12) y el promedio de referencias citadas fue 100 (mínimo 18, máximo 381)

Cuadro 1. Evaluación de los métodos utilizados en 50 artículos de revisión de la literatura médica actual. Junio de 1985 a junio de 1986

	Especificado	Dudoso	No especificado
Objetivo	40	1	9
Identificación de los datos	1	2	47
Selección de los datos	1	0	49
Valoración de la validez	1	1	48
Síntesis cualitativa	43	0	7
Síntesis cuantitativa	3	1	46
Resumen	37	12	1
Orientaciones	21	4	25

Propósito indicado

El propósito de la revisión constaba en 40 artículos. Se trataba a menudo de objetivos amplios y exhaustivos. Por ejemplo, en algunos artículos se evaluaron múltiples aspectos de una enfermedad: epidemiología, historia natural, manifestaciones físicas, patogenia, diagnóstico, tratamiento y prevención³⁸⁻⁴². Otras revisiones fueron de menor alcance y

evaluaban solamente el tratamiento^{15, 21, 22, 24}, la patogenia^{35, 49, 52}, la presentación clínica³⁶, o la prevención³⁰. En 10 revisiones no se encontró ningún objetivo claramente definido. De estas, una no indicaba objetivo alguno⁴⁴ y la mayor parte se autodefinían más o menos vagamente como revisiones de "conceptos actuales", "aspectos de la enfermedad", o "lecciones derivadas de 15 años de estudio"^{23, 45, 51}.

La declaración explícita del objetivo es importante por varias razones. En primer lugar, proporciona al lector un marco de referencia para decidir si debe seguir leyendo. Por otra parte, los objetivos específicos ayudan a determinar las estrategias para seleccionar información. Por ejemplo, las revisiones referentes a la eficacia terapéutica podrían limitarse a datos de ensayos clínicos controlados; las revisiones en las que se evalúa la historia natural podrían hacer especial hincapié en los estudios concurrentes de cohortes, y las revisiones de la etiología podrían incluir datos de estudios de casos y controles. Por último, el objetivo específico de la revisión puede determinar los métodos apropiados para evaluar la información. Si lo que se quiere saber es en dónde y en quién funciona una prueba diagnóstica, una intervención o una estrategia determinada, puede ser necesario evaluar cuidadosamente la población y el marco del estudio. Cuando se trata de evaluar el momento más oportuno para una prueba diagnóstica, una intervención o una estrategia de prevención, puede que haya que fijarse especialmente en los métodos que realmente se usaron en la prueba o la intervención.

Localización y selección de la información

El origen de la información revisada se especificó sólo en uno de los artículos⁴², el cual indicaba que se había hecho una búsqueda computarizada de artículos en inglés en el MEDLINE. En dos revisiones^{6, 33} se hizo constar que se habían tenido en cuenta los informes publicados, pero no se especificó el método de investigación ni el período investigado. Los criterios para inclusión de estudios en la revisión constaron únicamente en el artículo de Zarrabi y Rosner³⁰.

La mayor parte de los autores de las revisiones dejaron que los lectores hicieran sus propias conjeturas respecto a si los datos se habían localizado a partir de bases de datos automatizadas, consenso de expertos, tratados sobre la materia, contenido actual de listas de referencias, o una selección de artículos favoritos del autor. En la mayor parte de los artículos tampoco constaba si los datos incluidos se seleccionaron basándose en criterios predeterminados tales como

el tipo de diseño de los estudios o las características de la población. Como resultado, era imposible determinar si el material revisado representaba la información disponible sobre un tema en particular. El sesgo de selección, que hace que los autores citen preferentemente los datos que apoyan sus propias opiniones, no pudo evaluarse. Además fue difícil valorar si se habían excluido datos relevantes. Este juicio requeriría un conocimiento personal significativo del tema revisado, o una fe considerable en la objetividad de los revisores.

Evaluación de la validez

Sólo en uno de los artículos se practicó una evaluación metodológica estandarizada de los datos²². Este artículo tenía tres autores, pero no indicaba si las calificaciones de evaluación representaban el consenso de los autores o la opinión de sólo uno. En ninguno de los otros artículos de revisión se investigó la validez de manera sistemática.

A partir de una indagación crítica de los métodos utilizados para producir los hallazgos, la valoración sistemática de la calidad o validez determina qué conclusiones son justificables. Es necesario indagar sobre el diseño de la investigación, su realización práctica y su análisis. Como la mayor parte de los autores no evaluaron sistemáticamente la información sobre la población, el programa o las características contextuales, la posibilidad de generalizar los resultados, resultaba limitada. El hecho de que no se tuvieran en cuenta los detalles de diseño del estudio (por ejemplo, las técnicas diagnósticas y de medición; las definiciones de enfermedad, exposición y resultado final utilizadas; y los enfoques de la intervención y del análisis) pone en tela de juicio la calidad de los datos incluidos.

Síntesis de la información

Algunos autores^{4, 10, 21, 23, 25, 34, 42} se limitaron a dar una lista de los hallazgos, pero la mayoría (n=43) realizaron algún tipo de integración cualitativa, mencionando limitaciones o inconsistencias en los datos. Este análisis cualitativo fue a menudo escaso y asistemático, aunque tres de los artículos^{15, 32, 52} son buenos ejemplos del valor de integrar críticamente resultados que a primera vista son contradictorios. Hussey¹⁵ puso en claro las diferencias de los informes publicados respecto a una intervención terapéutica indagando las diferencias en las poblaciones estudiadas, los enfoques de la intervención y el indicador de resultados medido. De esta manera se pudo compren-

der mucho mejor la posibilidad de generalizar los resultados, los beneficios terapéuticos se limitaban a poblaciones y marcos específicos. Brewster³³ hizo ver que gran parte de las discrepancias entre los informes de prevalencia de cierto trastorno de salud se podía atribuir a errores, como sesgos de selección y notificación, cometidos sistemáticamente al ejecutar las investigaciones. Clouse y Comp⁵² señalaron cuidadosamente que los conocimientos actuales sobre un mecanismo pato-fisiológico se relacionan con diferencias en las técnicas de laboratorio y fallas en los métodos de medición.

Por contraste, sólo tres de los artículos presentaron síntesis basadas en métodos cuantitativos. Brewster³³ comparó la información sobre prevalencia de ocho estudios reduciendo los datos a un común numerador y denominador. Houston²⁴ combinó los datos de cuatro estudios sobre un tratamiento farmacológico para determinar tasas promedio, magnitud promedio y tiempo promedio de respuesta. Sakata *et. al.*⁸ acumularon los resultados de varios estudios para describir las características clínicas de un grupo de pacientes en particular. En estas revisiones se usaron métodos cuantitativos para proporcionar una unidad común de comparación e identificar efectos promedio o características promedio. No se aprovecharon, en cambio, otras ventajas de las técnicas cuantitativas, tales como la detección de interacciones y efectos menores difíciles de identificar en estudios pequeños aislados.

Resúmenes y orientaciones

En aproximadamente 75 por ciento de las revisiones los hallazgos pertinentes se comentaban brevemente en el resumen inicial o en los párrafos finales. Estos extractos tenían la virtud de reducir los resultados de cada revisión a una extensión manejable, pero requerían mucha precaución para ser interpretados. Algunos parecían afirmaciones sumarias basadas en métodos de revisión "de salón": las conclusiones no siempre estaban sustentadas por procesos de revisión válidos.

Sólo 21 artículos proponían orientaciones para futuros estudios. Específicamente, recomendaban identificar los campos más prometedores para la investigación futura y desaconsejaban la duplicación y el desperdicio de esfuerzos. Estas revisiones contribuyen mucho a avanzar los conocimientos al indicar al planificador de la investigación número 100 lo que se ha aprendido en los primeros 99 estudios.

Conclusiones

Este artículo presenta un método de revisión sistemática y muestra que las revisiones actuales de la literatura médica no usan habitualmente tales métodos sistemáticos para seleccionar, juzgar y sintetizar la información. El objetivo de la revisión (a menudo bastante amplio) se especificó en la mayor parte de los artículos, pero las fuentes y los métodos de selección raras veces se indicaron. Tampoco se usaron criterios metodológicos estandarizados para valorar la validez de los datos. La síntesis de información solía tener mucho de crítica anecdótica e informal, con poco uso de métodos cuantitativos. Se elaboraron resúmenes que no mostraban técnicas de revisión cuidadosas, y a menudo no se dio orientación alguna para investigaciones ulteriores. Algunas revisiones proporcionaron una perspectiva general del tema respectivo, pero sus métodos a menudo no eran reproducibles y sus conclusiones podrían no ser válidas.

Para que las revisiones tengan mayor alcance y más repercusiones y sean de mejor calidad, son necesarias varias cosas. En primer lugar, una revisión bien pensada siempre responde a cierta pregunta. Esta debe constar explícitamente al comienzo del artículo⁶⁰. Además, debe formularse con precisión y no en términos generales o indefinidos.

En segundo lugar, se necesitan estrategias eficientes para localizar el material relevante, de buena calidad, y excluir el material irrelevante o malo. Por lo general, para hallar las publicaciones interesantes puede hacerse una búsqueda computarizada en la literatura y luego cotejar los resultados con las referencias de otros artículos de revisión. Los expertos en el tema que se va a revisar pueden indicar si se han incluido todas las referencias pertinentes, pero no deben ser las únicas fuentes de información. Deben establecerse criterios explícitos para determinar qué datos han de incluirse en la revisión. Esos criterios deben ser acordes con el objetivo de la revisión. De hecho, la definición precisa de los objetivos de la revisión puede determinar las características -diseño de la investigación, población estudiada, definición de enfermedad o período de estudio- que deben usarse como criterios para seleccionar la información incluida en la revisión.

En tercer lugar, el manejo de grandes cantidades de datos de manera objetiva y eficaz exige que en las revisiones se usen más a menudo métodos estandarizados de evaluación del material. Esto implica valorar tanto los diseños de las investigaciones,

como su realización y su análisis. Los investigadores pueden usar formularios estandarizados para uniformar en todo lo posible la valoración. Para evitar los sesgos debidos a un solo revisor, las valoraciones de los datos deben consensuarse entre varios investigadores. La ayuda de expertos de diversas disciplinas, por ejemplo estadísticos y especialistas en el tema estudiado y en metodología de investigación, puede ser valiosa para elaborar formularios estandarizados de valoración y categorizar los datos.

En cuarto lugar, la síntesis final de información debe implicar una integración sistemática y no selectiva. Hay que descartar los datos que a través del proceso de evaluación estandarizada resulten poco claros desde el punto de vista científico. En otros casos pueden signarse pesos o valores relativos a los datos, en función de los resultados de la valoración estandarizada⁶¹. Para ganar comprensión y detectar las limitaciones de los datos observados hay que considerar cuidadosamente los datos contradictorios en las series científicamente válidas. Los revisores deben estar más dispuestos a usar técnicas cualitativas. Pueden usarse métodos cuantitativos para proporcionar una unidad de comparación entre los estudios y combinar los datos de varios estudios. Estos métodos permiten evaluar en qué medida los resultados son generalizables y estimar su consistencia, sus interacciones y los pequeños efectos que no se reconocen fácilmente en estudios aislados.

En quinto lugar, las conclusiones están justificadas sólo cuando el proceso mencionado de recogida, análisis e integración de la información se aplica de forma completa y sistemática. Las conclusiones deben ser resúmenes sucintos y lógicamente ordenados de los datos. Si la evaluación y la síntesis de los datos exigen la ponderación de la evidencia según algún tipo de control de calidad, las conclusiones también deben reflejar ese peso relativo.

Por último, los revisores deben aprovechar su esfuerzo intensivo identificando claramente los huecos del conocimiento actual y sugiriendo iniciativas futuras. Pueden definir los problemas no resueltos y proponer formas de resolverlos. De esta manera, al acabar la revisión el lector tiene una visión de conjunto de lo que se sabe y lo que no se sabe sobre el tema⁶⁰.

Mediante el uso de estos métodos sistemáticos de exploración, evaluación y síntesis, los buenos revisores pueden contribuir al avance del conocimiento científico.

AGRADECIMIENTO

La autora agradece a los doctores A. Diehl, R. Bauer, J. Pugh, R. Vélez y P. Mullen su ayuda en la preparación del manuscrito. Este trabajo recibió apoyo financiero de un Fondo para Docentes e Investigadores del American College of Physicians.

REFERENCIAS

1. President's Science Advisory Committee. Science Government and Information: The Responsibilities of the Technical Community and the Government in the Transfer of Information. Washington, DC: Government Printing Office; 1963.
2. Light RJ, Pillemer DB. Summing Up: the Science of Reviewing Research. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1984.
3. Ulrich's International Periodicals Directory, 24th ed. New York: R. R. Bowker Co.; 1985.
4. Schafer AL. The hypercoagulable states. *Ann Intern Med.* 1985;102:814-828.
5. Gale RP, Foon KA. Chronic lymphocytic leukemia: recent advances in biology and treatment. *Ann Intern Med.* 1985;103:101-120.
6. Packer M. Vasodilator therapy for primary pulmonary hypertension: limitations and hazards. *Ann Intern Med.* 1985;103:258-270.
7. Ausubel K, Furman S. The pacemaker syndrome. *Ann Intern Med.* 1985;103:420-429.
8. Sakata S, Nakamura S, Miura K. Autoantibodies against thyroid hormones or iodothyronine: implications in diagnosis, thyroid function, treatment, and pathogenesis. *Ann Intern Med.* 1985;103:579-589.
9. Bass E. Cardiopulmonary arrest: pathophysiology and neurologic complications. *Ann Intern Med.* 1985;103(6 pt1):920-927.
10. Graham DY, Smith JL. Aspirin and the stomach. *Ann Intern Med.* 1986;104:390-398.
11. Pasulka PS, Bistran BR, Benotti DN, Blackburn GL. The risks of surgery in obese patients. *Ann Intern Med.* 1986;104:540-546.
12. Meltzer RS, Visser Ca, Fuster V. Intracardiac thrombi and systematic embolization. *Ann Intern Med.* 1986;104:689-698.
13. Marton KI, Gean AD. The spinal tap: a new look at an old test. *Ann Intern Med.* 1986;103:840-848.
14. Burch WM. Cushing's disease: a review. *Ann Intern Med.* 1985;145:1106-1111.
15. Hussey KP. Vasopressin therapy for upper gastrointestinal tract hemorrhage: has its efficacy been proven? *Arch Intern Med.* 1985;145:1263-1267.
16. Horowitz M, Collins PJ, Shearman DJC. Disorders of gastric emptying in humans and the use of radionuclide techniques. *Arch Intern Med.* 1985;145:1467-1472.
17. Tobin, MJ. Use of bronchodilator aerosols. *Arch Intern Med.* 1985;145:1659-1663.
18. Barisch CF, Wu WC, Castell DO. Respiratory complications of gastroesophageal reflux. *Arch Intern Med.* 1985;145:1882-1888.
19. Shively B, Goldschlager N. Progress in cardiac pacing: part I. *Arch Intern Med.* 1985;145:2103-2106.
20. Houston MC. Sodium and hypertension: a review. *Arch Intern Med.* 1986;145:179-185.
21. Hoshino PK, Gaasch WH. When to intervene in chronic aortic regurgitation. *Arch Intern Med.* 1986;146:349-352.
22. Levine MN, Sackett DL, Bush H. Heroin vs morphine for cancer pain? *Arch Intern Med.* 1986;146:353-356.
23. Peterson CE, Kwaan HC. Current concepts of warfarin therapy. *Arch Intern Med.* 1986;146:581-584.
24. Houston MC. Treatment of hypotensive emergencies and urgencies with oral clonidine loading and titration: a review. *Arch Intern Med.* 1986;146:586-589.
25. Levin ME, Rigg LA, Marshall RE. Pregnancy and diabetes: team approach. *Arch Intern Med.* 1986;146:758-767.
26. Mallette LE, Eichhorn E. Effects of lithium carbonate on human calcium metabolism. *Arch Intern Med.* 1986;146:770-776.
27. Fulkerson WJ, Coleman RE, Ravin, CE, Saltzman HA. Diagnosis of pulmonary embolism. *Arch Intern Med.* 1986;146:961-967.
28. Park GD, Spector R, Golbberg MJ, Johnson GF. Expanded role of charcoal therapy in the poisoned and overdosed patient. *Arch Intern Med.* 1986;146:969-973.
29. Chan WC, Winton EF, Waldmann TA. Lymphocytosis of large granular lymphocytes. *Arch Intern Med.* 1986;146:1201-1203.
30. Zarrabi MH, Rosner F. Rarity of failure of penicillin prophylaxis to prevent postsplenectomy sepsis. *Arch Intern Med.* 1986;146:1207-1208.
31. Schuckit MA. Genetics and the risk for alcoholism. *JAMA.* 1985;254:2614-2617.
32. Stone KM, Grimes DA, Magder LS. Primary prevention of sexually transmitted diseases: a primer for clinicians *JAMA.* 1986;255:1763-1766.
33. Brewster JM. Prevalence of alcohol and other drug problems among physicians. *JAMA.* 1986;255:1913-1920.
34. Morrison RG. Medical and public health aspects of boxing. *JAMA.* 1986;255:2475-2480.
35. Britigan BE, Cohen MS, Sparling PE. Gonococcal infection: a model of molecular pathogenesis. *N Engl J Med.* 1985;312:1683-1694.
36. Huston TP, Puffer JC, Rodney WM. The athletic heart syndrome. *N Engl J Med.* 1985;313:24-32.
37. Foley KM. The treatment of cancer pain. *N Engl J Med.* 1985;313:84-95.
38. Herzog DB, Copeland PM. Eating disorders. *N Engl J Med.* 1985;313:295-303.
39. Rojeski MT, Gharib H. Nodular Thyroid disease: evaluation and management. *N Engl J Med.* 1985;313:428-436.
40. Fielding JE. Smoking: health effects and control (part I). *N Engl J Med.* 1985;313:491-498.
41. Fraser CL, Arteff AI. Hepatic encephalopathy. *N Engl J Med.* 1985;313:865-873.
42. Elliot DL, Tolle SW, Goldberg L, Miller JB. Pet-associated illness. *N Engl J Med.* 1985;313:985-995.
43. Lemon SM. Type A viral hepatitis. New developments in old disease. *N Engl J Med.* 1985;313:1059-1067.
44. Demling RH. Burns. *N Engl J Med.* 1985;313:1389-1398.
45. Goorin AM, Abelson HT, Frei E III. Osteosarcoma: fifteen years later. *N Engl J Med.* 1985;313:1637-1643.
46. DeBusk RF, Blomqvist CG, Kouchoukos NT, et al. Identification and treatment of low-risk patients after acute myocardial infarction and coronary-artery bypass graft surgery. *N Engl J Med.* 1986;314:161-166.
47. Benatar SR. Fatal Asthma. *N Engl J Med.* 1986;314:423-429.
48. Colucci WS, Wright RF, Braunwald E. New positive inotropic agents in the treatment of congestive heart failure: mechanisms of action and recent clinical developments: 1. *N Engl J Med.* 1986;314:290-299.
49. Ross R. The pathogenesis of atherosclerosis - an update. *N*

- Engl J Med.** 1986;314:488-500.
50. Corey L, Spear PG. Infections with herpes-simplex viruses. (part 1). **N Engl J Med.** 1986;314:686-691.
 51. Katzman R. Alzheimer's disease. **N Engl J Med.** 1986;314:964-973.
 52. Clouse LH, Comp PC. The regulation of hemostasis: the protein C System. **N Engl J Med.** 1986;314:1298-1304.
 53. Riggs BL, Melton LJ III. Involutional osteoporosis. **N Engl J Med.** 1986;314:1676-1686.
 54. Shively B, Goldschlager N. Progress in cardiac pacng: part II. **Arch Intern Med.** 1985;145:2238-2234.
 55. Fielding JE. Smoking: health effects and control (part 2). **N Engl J Med.** 1985;313:555-561.
 56. Colucci WS, Wright RF, Braunwald E. New positive inotropic agents in the treatment of congestive heart failure: mechanisms of action and recent clinical development: 2. **N Engl J Med.** 1986;314:349-358.
 57. Corey L, Spear PG. Infections with herpes simplex viruses (part 2). **N Engl J Med.** 1986;314:749-757.
 58. Policy Research Incorporated Literature Review Validation Procedures Manual Baltimore: Policy Research Inc.; 1979.
 59. Mullen PD, Ramirez G. Information synthesis and meta-analysis. In: *Advances in Health Education and Promotion*. Vol. 2. Greenwich, Connecticut: Jai Press; 1986.
 60. Huth EJ. *How to Write and Publish Papers in the Medical Science*. Philadelphia: ISI Press; 1982:64.
 61. Morgan PP. Review articles: 2. The literature jungle. **Can Med Assoc J.** 1986;134:98-99.

CASTIGADO POR SU LENGUA¹

Rubén Darío Pimentel*

Es cierto que Chacheta, el jefe de tribu de los monos, había exagerado un poco al meterse aquella noche en el campo de sandías de Totoi. Había tenido que reunir a todos sus súbditos, que no se habían conformado con llegar en fila india y formar cadena para pasarse las sandías una a una: habían saltado por grupos, por encima del seto de Euforbio. Euforbio es la planta más tonta que existe; lo único que sabe hacer es lloriquear. Pero para que lloriquee hay que tocarla. Chacheta había puesto su mano en los euforbios y también en otra cosa. Él y su tribu habían saqueado el campo. Se habían comportado como vulgares chacales y todo el mundo sabe que si los chacales pasan por ser los mayores aficionados a las sandías que la tierra haya engendrado, siguen siendo también, hasta en nuestros días, los seres más mal educados que vivan bajo el sol, o mejor dicho, bajo la luna.

Chacheta y su tribu se habían comportado como verdaderos hijos de chacales, porque sabían muy bien que esas sandías no eran las del viejo Chembo quien antaño le había administrado un castigo tan ejemplar al tatarabuelo de todos los monos que lo había dejado con las nalgas peladas. La marca, así como el recuerdo, estaban grabadas para siempre en todas su descendencia.

Totoi se había comportado ciertamente como el viejo Chembo, ya que Chacheta había actuado como Songa -el- chacal, quien a su vez había tenido que vérselas en otro tiempo con el cultivador de sandías; pero Chacheta así como ninguno de sus súbditos habían esperado la llegada de Totoi.

Chacheta había exagerado, por supuesto, y Totoi no estaba nada contento aquella mañana, cuando comprobó la extensión del desastre ocurrido en su campo; pero de eso a hacer recaer su cólera sobre Tirsula, su mujer, había un buen trecho. Sin embargo,

Totoi recorrió ese trecho sólo con pasar el umbral de su casa.

Encontró que el agua, que Tirsula le ofrecía saludándolo de rodillas, no estaba bastante fría. Encontró que el chen-chen² estaba demasiado frío y desabrido, y que la carne estaba demasiado dura; encontró que esto estaba así y aquello estaba asao, tal y como hace la hiena que cuando quiere comerse a su cachorro le encuentra sabor a cabrito...

Cansado de gritar, Totoi se puso a golpear a Tirsula y, cansado de zurrarla, le dijo:

"Vuelve con tu madre; te repudio".

Tirsula recogió su ropa y sus cacharos sin pronunciar palabras, se aseó y se puso su mejor vestido. Sus senos despuntaban bajo su camisa bordada y sus formas redondeadas ceñían su ropa de guinga³. A cada gracioso movimiento suyo sonaban sus cinturones de cuentas, y su perfume penetrante excitaba las narices de Totoi.

Tirsula colocó su bulto sobre la cabeza y traspasó el umbral. Totoi hizo un movimiento para retenerla, pero se detuvo y se dijo: "sus padres me la mandarán de vuelta".

Pasaron dos, tres y diez días sin que Tirsula regresara y sin que sus padres dieran señales de vida.

La utilidad de las nalgas sólo se conoce cuando llega la hora de sentarse. Totoi comenzaba a darse cuenta de qué cosa significaba una mujer en la casa.

El mani tostado es muy rico, pero todos los glotonnes, incluyendo aquellos que sólo comen porque si uno no come se muere, están de acuerdo en reconocer que son mejores con sal y pimienta. Totoi veía llegar el momento en que se vería obligado a reconocerlo. Ya

1. Tomado del libro de cuentos "El origen de los políticos".

* Profesor de la Universidad Iberoamericana (UNIBE).

2. Plato típico de San Juan de la Maguana (Rep. Dom.), preparado a base de harina de maíz, obtenida de molino de piedra o del pilón que luego se mezcla con habichuelas.

3. Especie de tela de algodón antigua.

nadie le llevaba el almuerzo al campo, y por la noche él mismo encendía el hogar para tostar maní.

Se supone que el hombre adulto no ande con la escoba; pero ¿qué hacer cuando el polvo, las cenizas y las cáscaras de maní invaden cada día más el piso de nuestro bohío?

Verdaderamente, como mejor se trabaja es con el pecho desnudo; pero cuando después del trabajo del día se pone uno su dominguera¹, desea que esa dominguera no esté sucia como el hígado de un perro; sin embargo, ¿acaso es digno de un hombre que merezca el nombre de tal tomar batea, jabón y ropa sucia para ir al río o al pozo a lavar?

Totoi comenzaba a hacerse todas estas preguntas y muchas otras más. Su sentido común, quizás con algún atraso, le repetía: "La utilidad de las nalgas sólo se conoce cuando llega la hora de sentarse".

La continencia es una virtud muy bella, de ello no cabe duda, pero es una compañera muy aburrida; es demasiado flaca para llenar un lecho, y Totoi encontraba ahora su cama demasiado ancha para él solo.

En cambio, Tirsula se percataba cada día más de que para una mujer joven y lista, el estado de repudiada en una aldea llena de hombres jóvenes y emprendedores no era desagradable en absoluto, sino muy por el contrario.

Si uno anda con su hermano mayor y con uno menor hará el viaje más agradable que exista: durante los descansos el hermano mayor se dedica a encontrar el bohío y el menor enciende el fuego. A Tirsula, que había regresado a su casa y había encontrado en ella a sus hermanos mayores y menores y que además pasaba por haber sufrido mucho en el bohío de su marido, todos la mimaban y la complacían.

Cuando hay demasiadas cosas por recoger resulta molesto agacharse. Es por eso que los familiares y amigos exhortaban en vano a Tirsula a escoger entre los pretendientes que habían invadido su bohío desde la primera noche de su llegada. Después de la cena sólo se oían cantos y alabanzas de los cuentistas en honor a Tirsula, de sus amigos y de sus pretendientes; sólo se oía la música de los cantores de serenatas que evocaba la gloria de los ancestros, del amor y tiempos pasados.

Para el domingo siguiente se había programado una gran fiesta, durante la cual Tirsula debía escoger al fin entre sus pretendientes. Desafortunadamente el

sábado por la noche llegó alguien a quien nadie esperaba y Tirsula menos que nadie. Era Totoi, que entró en el bohío de sus suegros diciendo:

- Vengo a buscar a mi mujer.

- Pero Totoi ¡tú la repudiaste!

- Yo no la repudí.

Fueron a buscar a Tirsula a su bohío, que estaba atestado de amigos, pretendientes y músicos.

- Tú me dijiste que volviera a la casa de mi madre -declaró Tirsula y no quiso oír nada de regresar al bohío de su esposo.

Hubo que consultar con los ancianos del pueblo. Pero éstos no supieron quién, si el esposo o la esposa, tenía la razón a quién de los dos creer ni qué decidir: Tirsula había vuelto sola a la casa de sus padres, de la que había salido en bulliciosa y alegre compañía hacia el bohío de su marido. Habían pasado siete días, luego otros siete y otros siete más, y Totoi no había ido a reclamarla; pues entonces, según toda evidencia, ella no se había escapado del lecho matrimonial; una mujer es algo demasiado necesario para que se le deje irse sin un motivo grave. Sin embargo, aún no había transcurrido una luna completa desde que Tirsula partiera de la morada de su esposo y regresara a la casa materna; si los esposos querían ponerse de acuerdo, la separación podía no ser definitiva, porque Totoi no había reclamado su dote, ni sus regalos. ¿Y por qué no los había reclamado?

- Pues precisamente -contestó Totoi- porque no he repudiado a mi mujer.

- Pues precisamente -rebatí Tirsula- porque me has repudiado.

En efecto, cuando el esposo repudia a su mujer, pierde la dote y los regalos hechos a la novia, y no los puede reclamar. Pero el que no haya expulsado de la casa a su mujer no tiene ni dote ni regalos que reclamar.

El problema era demasiado simple para la sutileza de esos sabios ancianos, que enviaron a la pareja a ver a los de Vallejuelo. De Vallejuelo, Totoi y Tirsula fueron al Derrumbadero; del Derrumbadero a Hondo Valle; de Hondo Valle a Juan Santiago, Tirsula repetía: "tú me repudiaste", y Totoi decía en todas partes: "yo no te repudí".

Fueron de campo en campo y de pueblo en pueblo, Totoi añorando su bohío, su lecho, los calderos de

1. Término popular con que en República Dominicana se designa cierto tipo de vestimenta de uso exclusivamente los días feriados.

moro, el chen-chen, el chacá¹, el arroz tan condimentado que el aceite rodaba por sus dedos hasta el codo y Tirsula pensando en su corta libertad, en su solícita corte, en las alabanzas de los pretendientes, en las notas de las guitarras.

Fueron a Carrera de Yegua y a Pedro Corto. Uno seguía diciendo que no y la otra seguía repitiendo en todas partes que sí. Los sacerdotes buscaron en la Biblia, los marabúes², entre los pobladores de origen árabe buscaron en el Corán, escudriñaron en el Farata y el Sunna³, cuyos preceptos atan y desatan los lazos del matrimonio.

En algunos pueblos haitianos, donde también fueron, los fetichistas interrogaron a los haitianos sagrados, hicieron hablar los caracoles teñidos con jugo de cola, a los pollos sacrificados. Tirsula seguía repitiendo: "tú me repudiaste". Totoi decía en todas partes: "yo no te repudié".

Al fin, una noche llegaron a El Cercado. El Cercado era un pueblo que no se parecía a ningún otro. En El Cercado no había ni un perro, no había gatos. En El Cercado había árboles que daban sombra fresca y tupida, tamarindo, guayacán y caobas, había cercas que rodeaban los bohios, palizadas que rodeaban la ermita y los patios arenosos de la ermita; había bohios de yagua y una cabaña de paja. Ahora bien, las cercas, la paja de la cabaña y los muros de la ermita son lugares donde Tauro -el- perro, malcriado hasta en su vejez, levanta la pata a cada instante; y la orina de perro, más que cualquiera otra reduce a cero la más ferviente oración, cualquier que sea la parte del cuerpo o el punto del suelo que la toque.

La sombra de los árboles está hecha para el

1. Dulce de maíz majado con leche típico de San Juan de la Maguana.
2. Marabú: del árabe marabit, palabra que proviene del término (convento); designa a un sacerdote mahometano. En la República Dominicana se utiliza para designar personas de origen árabe que goza de gran autoridad en la comunidad. El autor utiliza este personaje con cierta frecuencia para destacar la influencia espiritual de los árabes en el país.
3. Sunna Hadit: Es el conjunto de actos y palabras de Mahoma. Segundo fundamento del dogma y de la ley islámicas, después del Corán. Consiste esencialmente en comentarios del Corán por el profeta y en reglas de conductas prescritas para el conjunto de la comunidad islámica.
4. Persona que trabaja con mulas.
5. Sección de San Juan de la Maguana, donde en diciembre de 1962 murieron miles de campesinos, quienes oficiaban cultos religiosos al "Dios Liborio". En esa ocasión los cultos religiosos, estaban dirigidos por unos mellizos conocidos como "los mellizos de Palma Sola". El liborismo nació en 1908 en San Juan de la Maguana, cuando éste era un municipio de Azua, y aún existen creyentes del liborismo en esa zona.

descanso de los hombres y para sus conversaciones, no para la orina de perros, del mismo modo que la fina arena que alfombraba los patios de la ermita, una arena blanca como azúcar que los muleteros⁴ iban a buscar a cada luna en las dunas que bordean el mar de Barahona, así podría servir de vertedero para Catalán -el- gato, que ocultaría sus incongruencias en ella. Por esta razón en El Cercado no había ni un perro ni un gato. Sólo se revolcaban en el polvo y se disputaban los huesos, para entretenerse, los niños más pequeños que aún no sabían hablar; porque en El Cercado, en cuanto un niño podía decirle a su mamá: "mamá; cárgame en tu regazo", se le enviaba al conuco para que aprendiera el quehacer de la agricultura y luego a la escuela para que aprendiera a leer y algunas cosas de la Biblia.

Totoi y Tirsula llegaron, pues, una noche a El Cercado. Allí vivía, rodeado de sus fervientes discípulos, Mundo Boció, el gran chaiman que había ido no se sabía ya ni cuántas veces en peregrinación a Palma Sola⁵.

Desde por la mañana hasta por la noche, y con frecuencia desde por la noche hasta por la mañana, en el paraje no se oían más que rezos, letanias, alabanzas y las voces de la gente que acudía a leerse la taza o las barajas.

Totoi y Tirsula fueron recibidos en la morada de Mundo Boció como son recibidos, en todas las casas, los viajeros llegados de muy lejos: nunca falta esa tacita de café recién colado. Tirsula comió en compañía de las mujeres y Totoi compartió la cena con los hombres.

Cuando tarde en la noche llegó la hora de acostarse, Tirsula se negó a acompañar a Totoi al bohío que les habían preparado:

-Mi marido me repudió- explicó Tirsula, y contó el regreso de Totoi de los campos, preso de la ira, los gritos que ella había soportado y los golpes que había recibido. Totoi reconoció que había gritado, sí, pero no tan alto como ella pretendía; confesó que había levantado la mano contra su mujer, pero sólo se había tratado de alguna zarandeada de poca monta; en fin él no la había repudiado.

- ¡Sí, me repudiaste!

- ¡No, no te repudié!

y la discusión iba a reanudarse cuando Mundo Boció intervino y le dijo a Popollita, la mujer más joven:

- Lleva a Tirsula contigo a tu bohío; aclararemos el asunto mañana, si Dios quiere.

Así pues, los dos esposos fueron a acostarse, cada uno por su lado, como lo hacían siempre desde la infortunada noche en que Chacheta -el- mono y su tribu de niños malcriados, ignorando sin duda las consecuencias de sus actos o simplemente burlándose de ellas (lo que era mucho más probable, ya que los monos sabían todo lo que sucedía entre los hombres) habían saqueado el campo de sandías.

Un nuevo día se levantó y transcurrió en labores y rezos parecido a los días en El Cercado, en labores para las mujeres y en rezos para los hombres.

Mundo Boció había dicho la noche anterior: "aclaremos el asunto mañana si Dios quiere". Pero el día iba pasando sin que él llamara ni interrogara a los dos esposos. Tirsula había ayudado a las mujeres en las tareas caseras y en la cocina. Totoi había participado en los rezos de los hombres y había escuchado los comentarios del sabio brujo.

El sol, terminaba su jornada, había abandonado su campo regado de añil, donde ya despuntaban, anunciando una rica cosecha para la noche, las primeras estrellas. El imán había lanzado el izan, el llamado a la oración del crepúsculo al viento de la noche sucesivamente por los cuatro rincones de la ermita.

Mundo Boció, el imán, guió su gente por el largo y rudo camino de la salvación, lleno de trampas.

Los cuerpos se encorvaron, se doblaron, las frentes tocaron la arena blanca como el azúcar, luego las cabezas se levantaron y las genuflexiones se sucedieron al ritmo de los versículos sagrados de la Biblia. Al final las cabezas se viraron hacia la derecha y luego hacia la izquierda, para saludarse unos a otros.

La boca, esclava de la cabeza, manda a todo el resto del mundo, habla y grita a nombre de él, a veces con razón y a menudo sin ella, sin preguntarle nada al vientre, que seguiría comiendo aunque ella se declarara harta, ni a las piernas, que quisieran detenerse aunque ella afirme que pueden ir más lejos.

La boca tomó plenos poderes sobre el cuerpo el día en que se percató de que era indispensable. Algunas veces salva al hombre y con más frecuencia aún lo lleva a su perdición, porque le resulta difícil decir "no sé".

Hablar demasiado siempre es malo; no darse a entender es con frecuencia causa de disgustos, al igual que no comprender lo que dice otra boca. Esto pensaba seguramente Mundo Boció, mientras la gente esperaba frenética el inicio de las actividades.

Apenas Mundo Boció había terminado de decir "bienvenidos", cuando se viró bruscamente y preguntó:

- ¿Dónde está el hombre que repudió a su mujer?

- ¡Aquí estoy! -contestó Totoi desde la última fila de los fieles.

- Hombre, al fin tu lengua se ha adelantado a tu pensamiento y tu boca ha consentido en decir la verdad. Díganle a su esposa que regrese tranquilamente a la casa de su madre: su marido ha reconocido delante de todos que la había repudiado.

Es por esto, dice mi abuelo, que en nuestro país aún se habla de que el peor enemigo del hombre es su propia lengua.

ADMINISTRACION DE EMPRESAS

Dessler, Gary **Administración de Personal** .-6^{ed.}- México: Prendice-Hall Hispanoamericana, 1996.—715 p..il.

La Administración de personal es una temática digna de la mayor atención en la administración moderna. Los recursos humanos de la empresa son su mayor tesoro, de su eficiente administración depende el éxito o el fracaso. Conscientes de esta realidad, son muchos los autores que nos ofrecen sus consejos, observaciones y principios para alcanzar las metas propuestas, en esta tarea.

En la presente sexta edición de su obra, el autor hace notar que contiene sustanciales cambios que incluyen:

-Revisión en secuencia de los capítulos, atendiendo a recomendaciones de usuarios y revisores.

-El capítulo acerca de la evaluación del desempeño ha sido colocado nuevamente en la sección de capacitación y desarrollo, de tal manera que ahora precede a los capítulos de la parte 3 sobre compensación.

-El capítulo Administración de Carrera se ha reubicado, quedando agrupado con los capítulos para Capacitación y Desarrollo, inmediatamente antes de los capítulos de compensación.

-La parte 5 del libro ahora se ha retitulado la seguridad del empleado.

-Los fundamentos del capítulo motivación se han sustituido por un nuevo capítulo sobre Trato justo garantizado.

En fin, que esta ya famosa obra de Dessler, en la presente edición trae profundas y verdaderas innovaciones en toda su estructura, que satisfarán en gran medida las aspiraciones de lograr una excelente administración de personal.



* Los libros cuyas reseñas aparecen en esta sección, se encuentran disponibles en la Biblioteca UNIBE.



Onachonu, Vincent K. y Joel E. Ross. **Principios de la calidad total**.—México: Diana, 1995.—XIV,386 p.

El desarrollo industrial, con un avance cada vez más vertiginoso y ante una cada vez mayor oferta de la producción de bienes y servicios, ha provocado que el cliente se vea ante una exposición de ofertas y que por consiguiente se vuelva más cuidadoso en su elección, de manera que la misma satisfaga y convenga mejor a sus intereses. Consciente de esta realidad el mundo industrial no ha tenido más remedio que corresponder a las exigencias del cliente, acudiendo desesperadamente al aspecto calidad de sus productos y servicios. Así se origina la administración de la calidad total (ACT), que no es más que "la integración de todas las funciones y procesos de una organización, con el fin de lograr un mejoramiento continuo de la calidad de los bienes y servicios que en ella se producen. El objetivo es lograr la satisfacción del cliente".

Los autores afirman que "de todos los asuntos de la administración que se han planteado en la última década, ninguno ha tenido tanto impacto, ni ha causado tanta inquietud, como la calidad de los productos y servicios de un país" y agregan que "todo parece coincidir en que el estandarse de la calidad total es un factor esencial para garantizar la competitividad en los mercados mundiales.

La presente obra viene a agregarse a otros tantos esfuerzos, hechos en la dirección de explicar la conveniencia e importancia, de este tema que de seguro ocupará por muchos años la atención del mundo de la producción y los servicios.

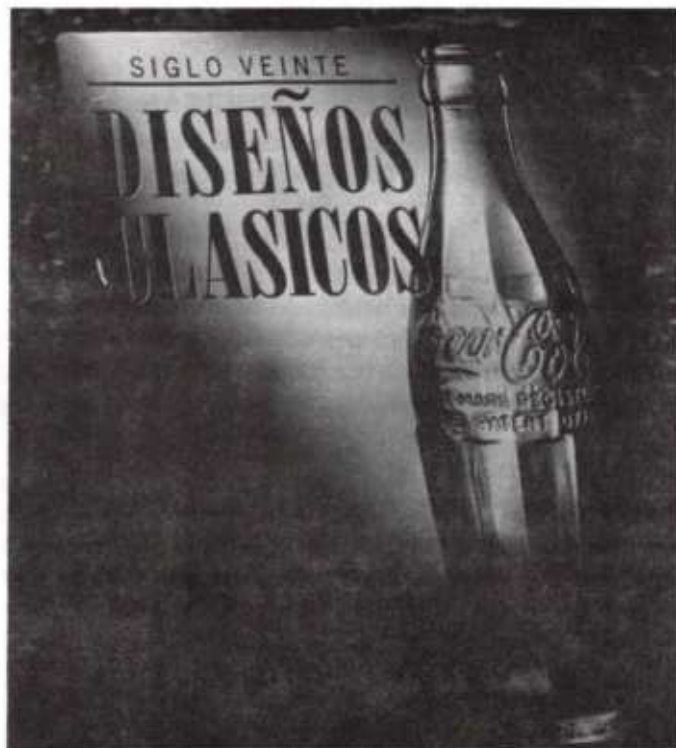
DEPORTES

Oleksak, Michael M, Mary Adams Oleksak. **Beisbol Latinoamericanos en las grandes ligas**. México: Edamex, 1991. —366 p.

La presente obra de autores norteamericanos es un valioso aporte donde se destaca la brillante participación de los latinoamericanos que han escrito páginas inolvidables en lo que se ha denominado como el "deporte rey" en la "gran carpa" de Estados Unidos.

Se considera que "este es un texto definitivo sobre el tema, que los fanáticos estaban esperando. Se ofrece una introspectiva de las vidas y las carreras de estos jugadores latinos de beisbol, sus dificultades, su lucha por sobrevivir y sus grandes triunfos en la Liga Mayor de Beisbol".

Los autores, quienes vivieron en nuestro país para el año 1984, trabajando para dos bancos norteamericanos, analizan el desarrollo de este deporte en México, República Dominicana, Cuba, Puerto Rico, Nicaragua, Panamá y Venezuela. De todos estos países y a través de amenas e interesantes anécdotas, afirman que los jugadores latinos enriquecen la historia del beisbol estadounidense, lo cual resulta importante porque el beisbol pertenece al negocio del entretenimiento. Sin embargo, observan que los latinos son una fuente no aprovechada del lado divertido del negocio y señalan que a la fecha, sólo unos cuantos clubes de liga mayor han desarrollado su talento latino, más allá del estado de "reserva barata" y han reconocido el potencial de los jugadores latinos como genuinas personalidades que incrementan la cantidad de público en los estadios y el número de receptores de televisión. Es un libro entretenido y bien documentado, que todos los amantes del beisbol latinoamericano deben leer.



DISEÑO

Pearce, Chris. **Siglo veinte: diseño clásico** Madrid: Libsa, 1991.—128 p. il.col.

El fascinante ambiente del diseño nos trae esta interesante obra, a través de la cual el autor nos sumerge en cosas que nos resultan sumamente familiar, son diseños que hemos visto muchas veces y de acuerdo con su propia explicación señala que esta obra constituye una revisión de amplio espectro que abarca los más famosos, duraderos y radicales dibujos del siglo veinte, desde la lámpara de Anglepoise hasta el mechero Zippo", añadiendo que entre ellos se representan productos que por su relación con el mundo de la publicidad, han alcanzado el grado de "íconos populares". La botella de Coca-cola, La "M" logotipo de McDonald, El Parker 51, Scrabble (revólver) y La cámara de espionaje Minox.

Continúa explicándonos: se incluyen productos que rebasaron tanto las fronteras de la tecnología como las de la estilística, entre ellos el Fender Stratocaster y el Sony Walkman. Este volumen está ilustrado con espléndidas fotografías a todo color realizadas por Don Wood junto con el correspondiente material de archivo, todo ello ordenado alfabéticamente por nombre de producto. El autor Pearce, asesor de diseño de cuya colección privada se han tomado numerosos objetos representados en la obra, nos ofrece un comentario fascinante sobre los orígenes, la evaluación y el estado actual de este amplio y variado catálogo de diseños clásicos".

MÚSICA

Collier, James Lincoln. **Jazz: la canción tema de los Estados Unidos**, México: Diana, 1993. —293 p.

Leer, oír, ver interpretar la música conocida como Jazz, despierta pasiones en diversos sentidos: unos lo aclaman como "La música de músicos", otros lo aman con delirio e intensidad, hay los que no sienten gran amor, pero nadie que escucha esa música se queda indiferente. Es que el Jazz infunde vida al ambiente donde suena. La presente obra que comentamos pertenece a la autoría de quien es prestigioso Washington Post, elogia como un crítico duro e imperturbable" y de quien se dice que es probablemente el escritor de Jazz más controvertido de la actualidad. De él son las aclamadas biografías de Louis Armstrong, Duke Ellington y Benny Goodman, de las cuales se asegura que "todavía despiertan polémicas en los círculos jazzísticos y los artículos iconoclastas que sobre este tema ha escrito, durante los últimos treinta años, atraen cada vez más la atención".

Con la publicación de esta obra, se comenta que Collier no intenta suavizar su reputación de comentarista golpeador e incisivo, pero a través de sus diez ensayos nos mete en la ruta del Jazz para conocer sus orígenes, sus genios innovadores, la importancia e la improvisación y la inspiración espontánea durante una presentación y nos ilustra el lugar que esa música ocupa en los Estados Unidos, particularmente en su cultura, unas veces derrumbando opiniones ya agotadas, otras, que nos harán enojar y otras, que nos divertirán.



ORTOGRAFÍA

Rosa, Rosa María. **Ortografía ejercicios**.- México: Prentice. Hall Hispanoamericana, 1995. —221p.

Aunque existen muchos intentos intelectuales que manifiestan preocupación por el tema de la ortografía o sea, "el arte de escribir correctamente las palabras de un idioma", de vez en cuando aparecen autores que consideran no agotada esa temática y elaboran productos que a su juicio facilitarán de una manera ágil y poco engorrosa la corrección de las deficiencias que se puedan tener. Esa preocupación es legítima, cuando observamos que profesionales, técnicos y hasta literatos arrastran deslices de todo género en sus escritos, con los cuales muestran sino una diferencia en su formación, al menos descuidos que nos causan sorpresa.

En forma amena y sencilla, la autora pone en nuestras manos una obra didáctica, "concebida y diseñada para que aprendas la ortografía de una manera dinámica e interesante".

El libro se divide en tres partes:

1. Empleo de las letras, en donde se usan principalmente los siguientes tipos de ejercicios: completación de palabras, derivación, composición, correlación, crucigramas, ejercicios de memoria visual, repetición de palabras.

2. Acentuación, en las cuales se emplean sobre todo, los siguientes tipos de ejercicios: a) Ejercicios de silabeo, identificación de la sílaba tónica; b) Clasificación de palabras en agudas, graves y esdrújulas; c) Aplicación de las reglas de ortografía, poner el acento correctamente, corregir errores de acentuación, discernir entre palabras con acentuación correcta e incorrecta.

3. Puntuación, donde en especial se utilizan las siguientes clases de ejercicios: lectura en voz alta para entender intuitivamente las reglas de puntuación, redacción de oraciones simples y compuestas con la puntuación correcta, poner la puntuación, corregir errores de puntuación (sobre todo en el empleo de la coma y el punto y seguido).

Los capítulos se dividen en lecciones, que están planeadas para ser realizadas en un máximo de 5 a 7 minutos. Las lecciones constan de dos partes fundamentales: 1) descubre la regla y 2) practica la regla.

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** 1999; 2 (1): 55-58. pp

Ejemplo de libro:

Subero-Isa J.A. **Tratado práctico de responsabilidad civil dominicana**, 2da ed., Santo Domingo: Editora Taína, 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.

Remite:



Revista UNIBE de Ciencia y Cultura
Av. Francia No. 129
Santo Domingo
República Dominicana

Gula abreviada

Revista UNIBE de cienc y cult 1990 2 (2 y 3): 109-110



UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

UNIBE

Santo Domingo, República Dominicana