ISSN 2343-5860
Depósito legal pp 201202ZU4114

Revista Científica Hospital Coromoto

Vol. 2 N° 2
Julio~Diciembre 2013

Revista Científica Hospital Coromoto

REVISTA ARBITRADA DE CARÁCTER MULTIDISCIPLINARIO EN ESTUDIOS DE CIENCIAS DE LA SALUD
PUBLICACIÓN: SEMESTRAL. CONTRIBUCIONES OBJETO DE PUBLICACIÓN: EDITORIALES, TRABAJOS ORIGINALES, CASOS CLÍNICOS Y REVISIONES

Dr. Adel Al Awad
Editor

Dra. Melvis Arteaga de Vizcaíno
Co-Editora

Lcda. Yira Castellano
Asistente del Editor

Comité Editorial

Dra. Melvis Arteaga de Vízcaíno
Dra. Virginia Fernández
Dra. Odelis Díaz de Suárez
Dra. Elizabeth Borjas
MgSc. Aida Souki
MgSc. Lisbeth Borjas
Dr. Levy Mago

Subvencionada por: **PETRÓLEOS DE VENEZUELA SOCIEDAD ANÓNIMA (PDVSA)**
PETRÓLEOS DE VENEZUELA SERVICIOS DE SALUD SOCIEDAD ANÓNIMA (PDV Servicios de Salud, S.A.)

☙ Esta revista fue impresa en papel alcalino ☙
This publication was printed on acid-free paper that meets the minimum requirements of the American National Standard for Information Sciences-Permanence for Paper for Printed Library Materials, ANSI Z39.48-1984.

D.R. © 2014 HOSPITAL COROMOTO

ISSN 2343-5860
Déposito legal pp 201202ZU4114

Diseño de Portada: Javier Ortiz

Se terminó de imprimir en diciembre de 2013
Tiraje: 300 ejemplares
en los talleres gráficos de Ediciones Astro Data, S.A.
Teléfono: (0261) 7511905. Fax: (0261) 7831345
E-mail: edicionesastrodata@cantv.net
Maracaibo, Venezuela

DIRECCIÓN: HOSPITAL COROMOTO. AV. 3C Nº 51. URB. VIRGINIA SECTOR LA LAGO. MARACAIBO, ZULIA.
TELF: 58.2617900000, 7900094. FAX: 7939174 . CORREO ELECTRÓNICO: revhospitalcoromoto@gmail.com

Revista Científica Hospital Coromoto

Volumen 2 **Nº 2** **Julio~Diciembre 2013**

Contenido

EDITORIAL. Ciencia para la Construcción de la Patria *53*

ARTÍCULOS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON INFARTO AL MIOCARDIO
Risk Factors Associated With Myocardial Infarction
Yenny Ferrer Ocando, Olmedo Ferrer Ocando, Juan Diego Flores F., Arelis Ferrer O., Jennifer C. Lugo F., Daniel David García F. y Carolina Luengo *59*

HEMIANOPSIA HOMÓNIMA REVERSIBLE POSTERIOR A CRISIS DE MIGRAÑA.
A PROPÓSITO DE UN CASO
Reversible Homonymous Hemianopsia after a Migraine Crisis. Case Study
Yldefonso Paz y José Pinto *67*

LA ÉTICA EN LA POLÍTICA PÚBLICA
Ethics in Public Policy
Rosa A. Salom A. *71*

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO PARA EL CONTROL DE LAS MANIFESTACIONES BUCALES
EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON VIH-SIDA
Dental Treatment for the Control of Oral Manifestations in Children and Adolescents with HIV-Aids
Mariluz Benito-Urdaneta, Marisol Benito-Urdaneta, Cecilia Bernardoni-Socorro, Thais Rojas Morales, Nancy Rivera, Hector Villalobos, Arelis Lleras y María Eugenia Vizcaíno *85*

CARTA AL EDITOR. Factor de Crecimiento Derivado de las Plaquetas: Mediador Soluble Clave del Plasma Rico en Plaquetas (PRP) *93*

ÍNDICE ACUMULADO *95*

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES *97*

EDITORIAL

CIENCIA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA PATRIA

JOSÉ JAVIER LEÓN *Universidad Bolivariana de Venezuela. PFG. Comunicación Social. joseleon1971@gmail.com*

Thomas Kuhn acuñó el término *revolución* para señalar la ruptura y los cambios en los paradigmas, en las formas de hacer ciencia e investigar (1). Acaso la palabra, en el contexto actual, se convierta para algunas sensibilidades en una palabreja, pero ajustándonos objetivamente al término, en efecto, cada vez que cambian de manera drástica «los compromisos» de las comunidades de investigadores, las bases sobre las que practican la ciencia, hay una revolución.

En la Venezuela de hoy se vive un proceso revolucionario y se habla de *ciencia* sin complejos, porque exactamente son otros los compromisos que se están forjando y otras las prácticas. «Esos cambios, dice Kuhn, junto con las controversias que los acompañan casi siempre, son las características que definen las revoluciones científicas» (1).

De todos modos, no es necesario partir lanzas defendiendo el uso del término tal como se ha vulgarizado, pues en efecto, no hay con cada cambio de paradigmas verdaderamente una revolución. Incluso muchos «cambios» no llegan a ser sino simples modas, afeites superficiales que dejan intactos los fundamentos tradicionales. No siempre sucede una «transición de la mecánica de Newton a la mecánica cuántica» (1). A lo que se suma el fetiche del cambio y su consecuencia la novedad, que lleva a prácticas verdaderamente sin fundamento como aquella de citar sólo libros «actualizados». Ciertamente, más allá del importante reconocimiento a los aportes de las diversas comunidades contemporáneas que hacen investigación, existe el conocimiento como acervo, como experiencia y memoria. Y eso está, comprensiblemente, por encima de modas y criterios peregrinos.

Además, el discurso de la «novedad» o la «actualidad» escamotea la resistencia al cambio, esconde la incapacidad real a enfrentarse a lo verdaderamente nuevo que, cuando ocurre sacude, conmueve, desestabiliza, y por lo general no deja piedra sobre piedra. Obviamente, para el poder y su hegemonía, un cambio de esta naturaleza significa salirse de quicio. Por ello, protege y preserva la tradición detrás de la fachada de novedades superficiales.

A lo «nuevo» regularmente lo acompaña una ingente producción de aparatos, instrumentos, herramientas y dispositivos tecnológicos que prefabrican la dependencia estructural a los mismos: el «instrumentalismo» y la «teología laica» de la racionalización tecnológica, afirma Carl Boggs (2) «impondrían barreras cada vez más rígidas a la política disidente». El objetivo, «crear una estructura psíquica adaptada a la rutina, compatible con los imperativos de la tecnología mecánica y la estricta disciplina laboral», todo ello en un ambiente que hace inocua la investigación, y deja el cambio abierto a prácticas repetitivas e irreflexivas.

A esto se suma la antigualla de patentes y demás protocolos especializados que, en conjunto, restringen el usufructo y el acceso de la humanidad a los bienes y servicios culturales. Los procedimientos tecnológicos se oscurecen de manera que sólo los poseedores de las claves y software de acceso, puedan controlar su lectura y aplicación. Para el mercado, mientras más controlado y difícil el acceso, más valor toma la mercancía.

Obviamente, si los «códigos» se abren y el acceso se democratiza, desde el punto de vista del capital, ocurre una desvalorización. La democracia y el acceso público a los bienes y servicios significan la quiebra del mercado en condiciones capitalistas, porque el valor de cambio, aumenta cuando se restringe el acceso a la población. Se entiende que no es lo mismo aumentar la oferta en el mercado, que la expresión concreta, democrática y popular del acceso a los bienes y servicios.

Si la tecnología se populariza el valor de cambio fetichizado disminuye, esto porque una buena parte del valor proviene del prestigio. Más, si se trata por ejemplo de productos que materialmente tienen un costo de producción ínfimo pero que contienen información protegida por patentes, dado lo cual ve multiplicado exponencialmente su valor en el mercado.

> «…cuando uno paga una copia del Office de Windows, no paga un trabajo hecho por Gates sino por sus obreros (sí, sus obreros). Y no está pagando ninguna propiedad mágica, sino una cantidad determinada de esfuerzo humano: las horas concretas que lleva desarrollar ese producto, más la educación de los trabajadores (…). El valor de la copia de Office lo conoce cualquiera que pirateó el programa alguna vez; unos cuantos CD a un peso valor de mercado, un ratito de electricidad y uso de computadora. Si se bajara de Internet, ahorraría en CD pero gastaría más en teléfono. El valor del trabajo de los programadores, dividido por los millones de usuarios del mundo, no podría superar algunos centavos por copia y, aun así sería una exageración (3).

Obsérvense las diversas reacciones del mercado frente a los medicamentos «genéricos». Los laboratorios imponen la marca, es decir, su prestigio (y claro está, el control oligopólico de la tecnología), pero los componentes activos del fármaco nada tienen que ver con las operaciones sociopolíticas del mercado. Y así como funciona en estos pocos ejemplos concretos, ocurre en el sistema educativo.

Cuando el mercado restringe el acceso a determinadas áreas del conocimiento y a la producción de tecnología, sus productos aumentan su valor, vale decir, su prestigio. En sentido contrario, al abrir el acceso, el prestigio y su criterio de exclusividad desciende y por tanto, su valor de cambio en el mercado. Nótese que, en principio, esto nada tiene que ver con la calidad, sino con la facilidad o restricción en el acceso, adquisición, disfrute o usufructo de un bien o servicio.

Democratizar el acceso a la educación en todos sus niveles supone desvalorizar la mercancía educación. Hacerla accesible, es postular una sociedad en la que los bienes y servicios esenciales para la vida estén al alcance de todos y no restringidos y, por lo tanto, no sobrevaluados ni sometidos a las determinaciones inhumanas de la oferta y la demanda que estimulan el acceso de los que pueden en perjuicio de los que no pueden.

Un cambio de paradigmas en este contexto supone un viraje en el rumbo de la concepción de la sociedad moderna; en efecto, de la tendencia histórica a la mercantilización liberal (hoy ultra neoliberal) se avanzaría, con la emergencia de otro mundo posible y el Buen Vivir, hacia el acceso público social y general a los bienes esenciales: alimentos, salud, vivienda, energía, tierra, agua, protección social, bienestar, felicidad.

Desmercantilizar la educación es hacerla general, alejarla del control de los intereses privados y regresarla a la sociedad toda para la satisfacción de sus necesidades. «Los hombres no están en sociedad –decía Simón Rodríguez– para decirse que

tienen necesidades –ni para aconsejarse que busquen como remediarlas –ni para exhortarse a tener paciencia; *sino para consultarse sobre los medios de satisfacer sus deseos, porque no satisfacerlos es padecer*» (4).

Es esto lo que procura la Universidad Bolivariana de Venezuela desde el momento que asume el ideario de Simón Bolívar y el Árbol de las Tres Raíces. Y es, imbuida de este espíritu, que acompaña la investigación en las especializaciones que se desarrollan hoy por hoy en el Hospital Coromoto de Maracaibo. Para nosotros, la investigación es un reconocernos en nuestros propios contextos, en el marco de relaciones complejas que en su interacción local, regional, nacional e internacional, configuran la totalidad de lo real. Hemos insistido en la cabal comprensión de que la actividad profesional entraña la investigación constante, la actualización y el intercambio, guiados por la necesidad de situar el hacer en una dimensión social e histórica. Conocernos, mirarnos con nuestros propios ojos, implica, sin duda, un proceso decolonizador exigente, que lleva a estudiar los procesos (nuestras prácticas sociales, económicas, culturales, y claro está científico-tecnológicas) en su contexto real, con el fin de poder actuar de manera soberana y autónoma en la transformación de la sociedad.

La educación no es un proceso aislado ni un complemento; es el recurso básico al que apela la especie humana para erigir su supervivencia. En los contenidos de la educación (y por ende, en la ciencia y tecnología), viaja la memoria de la humanidad y su trasmisión acarrea la vida misma. De ahí que privatizar el conocimiento sea un crimen de lesa humanidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kuhn, Thomas. La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica; 2004, p. 28-87.
2. Boggs, Carl. Lo que Gramsci significa hoy. En: Down Douglas. Entender el capitalismo. Barcelona, España: Ediciones Bellaterra; 2003, p. 71-97.
3. Sartelli, Eduardo. La cajita infeliz. Tomo I. Caracas, Venezuela: El Perro y La Rana; 2010, p. 157.
4. Rodríguez, Simón. Inventamos o erramos. Caracas, Venezuela: Monte Ávila Editores latinoamericana, C.A.; 2008, p. 112.

ARTÍCULOS

Revista Científica
Hospital Coromoto
Vol. 2 Nº 2, Julio-Diciembre 2013: 59 - 66
ISSN 2343-5860 ~ Depósito legal pp 201202ZU4114

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON INFARTO AL MIOCARDIO

Risk Factors Associated With Myocardial Infarction

YENNY FERRER OCANDO[1*], **OLMEDO FERRER OCANDO**[2-3], **JUAN DIEGO FLORES F.**[4], **ARELIS FERRER O.**[5], **JENNIFER C. LUGO F.**[5], **DANIEL DAVID GARCÍA F.**[4], **CAROLINA LUENGO**[6]

[1]*Departamento de Salud Pública Integral*, [2]*Hospital Universitario de Maracaibo*, [3]*Instituto de Investigaciones Biológicas*, [4] *Facultad de Medicina. Escuela de Medicina LUZ.* [5]*Cátedra de Ciencias Sociales, Facultad de Odontología. LUZ*, [6]*Hospital Coromoto.*
**yenpif@gmail.com*

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue identificar los factores de riesgo presentes en los pacientes con Infarto al Miocardio (IM) atendidos en la emergencia del Hospital Universitario de Maracaibo (HUM) en el estado Zulia. Para ello se seleccionaron de manera no aleatoria 105 pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 35 y más de 75 años y con diagnóstico clínico de IM, que ingresaron a la emergencia del HUM en el año 2012. Se investigó sobre antecedentes personales y familiares del paciente (IM, diabetes, hipertensión arterial, hábitos tabáquicos y alcohólicos, sedentarismo). Se realizó el perfil lipídico (colesterol total y fraccionado, triglicéridos). Fueron excluidos aquellos pacientes que recibieron en el último mes cualquier estatina. Se encontró una edad promedio de 58,5±13,7 años y 64,7% fueron de sexo masculino. El grupo entre 65 a 74 años de edad (27,6%) fueron los que presentaron el mayor porcentaje de IM, seguido del grupo de 45 a 54 años (26,7%). El mayor porcentaje de pacientes se encontraba en aquellos que tenían valores elevados del perfil lipídico; para el colesterol el 78,1%, triglicéridos 72,4%, LDL-C en el 57,1%; mientras que para HDL-C 65,8% se encontraron por debajo de lo normal. Entre los factores de riesgo presentes en los pacientes con IM estudiados se encontró el mayor porcentaje para sedentarismo (72,3%), seguido de diabetes (54,2%), hipertensión (71,4%) y consumo de cigarrillo (61,9%). Se recomienda investigar sobre los factores de riesgo para IM a fin de indicar la modificación de los hábitos de vida, para disminuir la morbimortalidad de esta importante enfermedad, que por su alta frecuencia es considerada un problema de salud pública.

Palabras clave: Infarto al miocardio, factores de riesgo.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify risk factors for MI patients treated in the HUM emergency service. In a non-random fashion, 105 patients of both sexes, between the ages of 35 and 75, with a clinic diagnosis of myocardial infarction (MI) who entered the emergency service at the University Hospital of Maracaibo in 2012, were selected. Research was conducted regarding the personal and family antecedents of the patient (MI, diabetes, hypertension, alcohol and tobacco-related habits and a sedentary lifestyle). A lipid profile was performed (total and divided cholesterol, triglycerides). Patients who had received statins in the last month were excluded. An average age of 58.5±13.7 years was found; 64.7% were males. The group between 65 and 74 years of age (27.6%) displayed the greater percentage of MI, followed by the group of 45 to 54 years (26.7%). The greatest percentage of patients was found among those who had elevated lipid profile values: cholesterol, 78.1%, triglycerides 72.4%, LDL-COL at 57.1%; whereas HDL-COL 65.8% was below normal values. Among the risk factors in MI patients studied, the greatest was for sedentary lifestyle (72.3%), followed by diabetes (54.2%), hypertension (71.4%) and cigarette consumption (61.9%). The study recommends further research regarding the risk factors for MI in order to indicate modifications for living habits and reduce the mortality from this important disease, considered a public health problem due to its high frequency.

Key words: Myocardial infarction, risk factors.

INTRODUCCIÓN

El infarto agudo al miocardio (IM) se define como un síndrome coronario agudo que puede suceder durante el curso natural de aterosclerosis coronaria y se refleja en la muerte de los miocitos cardíacos debido a isquemia (1), es pues un ataque cardíaco que ocurre cuando repentinamente el flujo sanguíneo de sangre es bloqueado en una porción del músculo cardíaco (2, 3), disminuyendo abruptamente el flujo coronario, después de una oclusión trombótica de una arteria previamente afectada por aterosclerosis; esta puede deberse a injuria y ella a su vez ocurre por factores tales como el cigarrillo, hipertensión y acumulo de lípidos (4), trayendo consecuencias serias en cuanto a mortalidad, morbilidad y costo para la sociedad (1). Entre las complicaciones más frecuentes están las arritmias cardíacas, extensión del IM, shock cardiogénico, entre otras (5, 6).

El IM es una de las patologías más frecuentemente diagnosticadas en pacientes hospitalizados. En los Estados Unidos de Norteamérica es una de las enfermedades más comunes y es causa de un gran número de muertes cada año, con una morbilidad de aproximadamente de 1,5 millones por año, produciéndose entre 400.000 a 500.000 muertes anuales (3, 7). La mortalidad ocurre en los primeros 30 días del ingreso, uno de cada 25 pacientes quienes sobrevivieron a la primera hospitalización mueren en el primer año después de haber ocurrido el IM (4, 8), 650.000 personas tienen un episodio por primera vez y 450.000 tienen una recurrencia cada año (9).La mortalidad es de alrededor 14% y la mayoría normalmente es causada por el shock cardiogénico (9, 10).

En Venezuela el IM constituye un problema de salud pública importante en cuanto a la mortalidad por enfermedades cardíacas, pues ocupa la primera causa de muerte dentro de las primeras veinticinco principales diagnosticadas durante los últimos años (11).

Existen factores de riesgo para las enfermedades cardíacas que contribuyen a su aparición. El factor de riesgo puede ser una conducta por

ejemplo el hábito tabáquico o una historia familiar de padecimiento de enfermedades cardiovasculares o exámenes de laboratorio alterados como el incremento de colesterol (9). Existen factores de riesgo que se pueden modificar mientras que otros no.

En ese sentido, el consumo de cigarrillos constituye un factor de riesgo modificable, considerado el más importante para la enfermedad arterial coronaria, su omisión permite la prevención como causa de muerte en los EEUU, donde se reporta 400.000 muertes anualmente como consecuencia del mismo. Cerca del medio billón de individuos en el mundo eventualmente mueren por complicaciones relacionadas al cigarrillo. 1,69 millones de muertes están relacionadas al cigarrillo dentro de las enfermedades cardiovasculares (9, 12).

La inactividad física es otro factor de riesgo modificable. Se describe que los pacientes con una actividad física de moderada a vigorosa tienen menor riesgo de IM, hipertensión, hiperlipidemia, diabetes tipo 2, enfermedad diverticular y osteoporosis (12). En ese aspecto se señala que el ejercicio físico regular reduce la demanda de oxígeno al miocardio y disminuye el riesgo coronario. Estudios prospectivos han demostrado una asociación entre niveles de actividad física y reducción de la morbi-mortalidad cardiovascular (9).

Se reconoce como esencial en la prevención de la enfermedad cardíaca coronaria y de otras enfermedades ateroscleróticas la disminución de los valores séricos de colesterol. Por ello, es necesaria la identificación de personas con cifras elevadas no solo de colesterol, sino también de triglicéridos y HDL-C, para la aplicación del tratamiento (13). Al respecto se ha reportado que la hipertrigliceridemia en asociación con la hipercolesterolemia es común debido a un aumento combinado en las LDL y VLDL. La hiperlipidemia combinada es un desorden común que ocurre alrededor del 30% de los sobrevivientes del IM y puede afectar un 50% de la población en general (12, 13, 14).

En cuanto a la diabetes se sabe que las tres cuartas partes de todas las muertes de los pacientes diabéticos son debido a enfermedades coronarias. Comparados con individuos sin la enfermedad, los pacientes diabéticos tienen mayores procesos ateroscleróticos, tanto en las arterias mayores como en la circulación microvascular (9, 15).

Los factores de riesgo como el consumo de cigarrillo, el perfil lipídico alterado, la hipertensión arterial, diabetes, obesidad abdominal, estrés, ingesta consuetudinaria de alcohol y la inactividad física, explican el aumento del riesgo para ocurrencia de IM en todo el mundo, sin distingo de sexo, en todas las edades y todas las regiones (16, 17, 18).

En el Estado Zulia el IM es una de las causas mayores de morbimortalidad dentro de las cardiopatías isquémicas y en el Hospital Universitario de Maracaibo (HUM), que es el mayor centro de referencia de la región, representaría un mayor porcentaje de atención a la población con este diagnóstico, por ello es importante conocer los factores de riesgos que pudieran estar presentes en los pacientes que acuden a este centro.

El objetivo del presente estudio es identificar los factores de riesgo presentes en los pacientes con IM atendidos en la emergencia del HUM.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y analítico de 105 pacientes masculinos y femeninos, con edades comprendidas entre 35 y más de 75 años, con diagnóstico clínico de Infarto del Miocardio, que ingresaron a la emergencia del Hospital Universitario de Maracaibo en el año 2012.

Al momento del ingreso, se interrogó sobre antecedentes personales y familiares del paciente como: IM, diabetes, hipertensión arterial, hábitos tabáquicos y alcohólicos, sedentarismo. Se consideraron también los datos clínicos de los pacientes, así como las pruebas como el electrocardiograma, ecocardiograma. Se consideraron además de los parámetros clínicos, pruebas de la-

boratorio (perfil lipídico, CKMB y Troponina), electrocardiograma y ecocardiograma. Fueron excluidos aquellos pacientes que recibieron en el último mes cualquier estatina.

La información recabada fue analizada con el programa estadístico SPSS Versión 1.0 para Windows. Los datos obtenidos se expresaron en valores absolutos y porcentajes, realizando un análisis de frecuencia para el estudio de las variables.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra las características de los 105 pacientes estudiados según la edad y sexo. La edad promedio fue de 58,5 ± 13,7 (años) de los cuales 68 (64,7%) fueron de sexo masculino y 37 (35,3%) del sexo femenino. Nótese que el grupo entre 65 a 74 años de edad, los cuales eran 29 pacientes (27,6%), fueron los que presentaron el mayor porcentaje de IM, seguido del grupo de 45 a 54 años con 28 pacientes (26,7%), seguido del grupo de 55 a 64 con 24 pacientes (22,9%). En el grupo de 35 a 44 eran 14 pacientes (13,3%) y finalmente el grupo de 75 y más representado por 10 pacientes con 9,5%.

En la tabla 2 se muestra el perfil lipídico en pacientes con IM, se aprecia que el mayor porcentaje de pacientes se encontraba en aquellos que tenían valores alterados del perfil; para el colesterol el 78,1% (82 pacientes) tenían cifras elevadas, para los triglicéridos el 72,4% (76 pacientes) presentaban valores altos, para la HDL-C el 65,8% (69 pacientes) se encontraron por debajo de lo normal mientras que para el LDL-C en el 57,1% (60 pacientes) se observaron cifras por encima de lo normal.

La tabla 3 muestra otros factores de riesgo presentes en los pacientes con IM estudiados. Se aprecia un mayor porcentaje para sedentarismo (72,3%), seguido de hipertensión (71,4%), consumo de cigarrillo (61,9%), diabetes (54,2%), café (42,9%), antecedentes familiares (32,4%) y alcohol (25,7%).

DISCUSIÓN

Se ha reportado que la disminución de los factores de riesgo para IM reduce la ocurrencia de esta enfermedad, principalmente los conocidos como modificables (9).

En el presente estudio se encontró que los pacientes que acudieron a la emergencia del HUM presentaban una edad promedio de 58,5 ± 13,7 años, valor que se encuentra dentro del promedio de presentación de esta enfermedad, la cual ha sido referida por diversos autores que oscila entre los 50 y 63 años de edad (10). Para los paí-

TABLA 1
PACIENTES CON INFARTO AL MIOCARDIO SEGÚN EDAD Y SEXO

EDAD (años)	SEXO		TOTAL	
	FEMENINO	MASCULINO	Nº	%
35 – 44	2	12	14	13,3
45 – 54	10	18	28	26,7
55 – 64	10	14	24	22,9
65 – 74	12	17	29	27,6
75 y más	3	7	10	9,5
TOTAL Nº	37	68	105	
%	35,3	64,7		100,0

TABLA 2
PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES CON INFARTO AL MIOCARDIO

Perfil Lípidico	Resultados de la Prueba			
	Normal		Alterado	
	Número de Casos	Porcentaje	Número de Casos	Porcentaje
Colesterol	23	21,9	82	78,1
Triglicéridos	29	27,6	76	72,4
HDL-Col	36	34,2	69	65,8
LDL-Col	45	42,9	60	57,1

TABLA 3
FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON INFARTO AL MIOCARDIO ESTUDIADOS

Factores de Riesgo	Resultados de la Prueba			
	Si		No	
	Número de Casos	Porcentaje	Número de Casos	Porcentaje
Diabetes	57	54,2	48	45,8
Hipertensión	75	71,4	30	28,6
Café	45	42,9	60	57,1
Alcohol	27	25,7	78	74,3
Sedentarismo	76	72,3	29	27,7
Antecedentes Familiares	34	32,4	71	67,6
Cigarrillo	65	61,9	35	38,1

ses Asiáticos del Sur la edad promedio para IM observada es de 53 años, similar a la encontrada en este estudio (19).

Glowania y colaboradores (20), indican en su grupo de estudio que los pertenecientes al sexo masculino se encuentran entre 61 y 70 años, con un mayor porcentaje de 20,3% en relación al grupo de mujeres, cifras similares a las encontradas en este trabajo donde se observó que los pacientes entre 65 a 74 años presentaron un mayor frecuencia, mas en hombres que en mujeres. En otras investigaciones se evidencia también un mayor valor en el sexo masculino (16, 21). Resultados similares han sido indicados por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (11) en donde refieren que la mayor prevalencia de IM en Venezuela corresponde al sexo masculino. De igual manera, un trabajo realizado en la población iraní señala que el 35,8% correspondían al sexo femenino (22), similar a lo reportado en este estudio.

En cuanto a los factores de riesgo, en especial los referidos al perfil lipídico nuestros resultados muestran un mayor porcentaje de pacientes con resultados alterados, en ese sentido algunos autores sugieren que la presencia de valores alterados favorece la aparición de la enfermedad (14). Otros estudios describen que la mayoría de los pacientes que se investigaron presentaron altas concentraciones de colesterol total, LDL, triglicéridos y bajos niveles de HDL (23), con dislipidemias presentes entre el 28% y 66,7% (19, 20, 24).

En relación a la diabetes en nuestro estudio se encontró un 54 % de los pacientes con infarto, mucho más alto que lo descrito por Glowania y colaboradores (20) quienes en su trabajo encontraron que el grupo que presentó IM, quienes no mostraban Diabetes Mellitus (DM) correspondió al 30,4% de los casos y solo el 21,7% tenía un diagnóstico previo de DM. Similares a nuestros resultados fueron los encontrados por Joshi y colaboradores (19) y Loock y colaboradores (25), quienes reportan un alto porcentaje de diabéticos con IM. El IM fue significativamente mayor en pacientes diabéticos (36,4% vs. 19,2%, p <0,001) según lo reportado por Esteghamati y colaboradores (22).

En relación a la hipertensión arterial se observa, al igual que en otras publicaciones, un mayor porcentaje de pacientes hipertensos en relación al IM. Ridker y colaboradores en un metaanálisis que realizaron, en donde se evaluaron cerca de 5.500 eventos cardiovasculares, encontraron 27% de incremento en enfermedades coronarias y 42% de riesgo de IM por cada elevación de 7 mm Hg de la presión diastólica (9). Otras publicaciones refieren este factor frecuentemente encontrado en el 91% (19), 67% (16, 17), 37% (21) y 91% (19). Duc Cong N, Dung HT estudiaron la prevalencia de hipertensión y diabetes el cual resultó 84.6% and 29.0% en el grupo de 65 años y más en relación a los otros grupos (18).

En cuanto al factor de riesgo caféico el mayor porcentaje entre los pacientes con IM lo presentó el grupo que no consumía el mismo, valores similares a lo reportado por otros autores (20).

En este estudio se encontró que el factor de riesgo correspondiente al cigarrillo era del 61,9%, similares resultados fueron encontrados en otras publicaciones, donde se indica que el 96% de los pacientes que presentaron IM y 55% de sujetos controles referían consumo de cigarrillos (23). Sin embargo, diverso autores han reportado variabilidad en este factor de riesgo reportando 32% (20), 42% (22) y 92,6% (22). Otros trabajos realizados sugieren que comparando los sujetos fumadores con los no fumadores, aquellos quienes consumen 20 o más cigarrillos tienen dos o tres veces más riesgo de presentar una enfermedad cardíaca (9). La población atribuible para el riesgo de tener IM en los fumadores en relación a los que nunca habían fumado es de 35,7% (26).

En relación al hábito alcohólico en el grupo que presentaba la enfermedad, el porcentaje fue menor comparado con los que no tenían el hábito. Yusuf y colaboradores (16) encontraron que todos los factores de riesgo estuvieron significativamente (p <0,0001) relacionados a IM excepto alcohol. El consumo de alcohol no demostró ser un factor de riesgo para el IM en asiáticos del Sur (19) con valores que oscilan entre 26,5% - 45,2%; en otras investigaciones reportaron uso excesivo de alcohol (22,2%) (24).

Los estudios acerca del sedentarismo mostraron que el mayor porcentaje lo presentaba el grupo con IM. Joussein-Remacle y colaboradores publicaron ausencia de la actividad física regular en el 81,5% de los sujetos estudiados (24). En una evaluación prospectiva en la Universidad de Harvard los hombres con actividad física regular, tenían reducción del 40% de eventos cardiovasculares no fatales y reducción del 24% de muertes cardiovasculares, comparados con los que tenían sedentarismo (9).

En cuanto a los antecedentes familiares de IM se encontró un porcentaje de 32,4 similar a los encontrados por Joussein-Remacle y colaboradores (24) quienes indican un 48,2%. También se han relacionado factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares en africanos del Sur encontrándose antecedentes familiares de IM (25).

Esteghamati y colaboradores evidenciaron que 97% de todos los pacientes presentaban al menos uno de los factores de riesgo cardiovasculares (hipertensión, cigarrillo, diabetes, niveles elevados de colesterol y bajos niveles de HDL-C (22). En ese aspecto, se reporta que la población atribuible para el riesgo de tener IM en los fumadores en relación a los que nunca habían fumado es de 35,7, con historia de hipertensión 17,9%,

con diabetes 9,9%, obesidad abdominal 20,1% factores psicosociales 32,5%, consumo diario de frutas y vegetales 13,7%, consumo regular de alcohol 6,7% y actividad física regular 12,2%, fueron todos significativamente relacionados al IM. Estas asociaciones fueron reportadas para hombres y mujeres, viejos y jóvenes en todas las regiones del mundo (26).

Los factores de riesgo principales del infarto del miocardio en jóvenes pueden ser modificables. La prevención es de importancia primaria. La educación para mejorar el estilo de vida de los pacientes es esencial. La presencia del factor de riesgo estrés está asociada con aumento del IM, sugiriendo que pudiera desarrollarse su modificación (27, 28, 29).

En resumen, los presentes resultados muestran que muchos de los factores de riesgo encontrados en el estudio se encuentran presentes en los pacientes con IM, por lo cual todos los pacientes que asisten a la emergencia del HUM con diagnóstico de IM y a las consultas, se debe tener presentes estos factores y considerar educación y orientación al paciente para mejorar su calidad de vida, mediante charlas a la comunidad en todos los ámbitos hospitalarios en donde modificando estos factores de riesgo conocidos y otros presentes, disminuirá la incidencia del IM, haciendo énfasis en el cambio del estilo de vida. La modificación de los hábitos de vida, en especial aquellos que representen un factor de riesgo conocido, llevará a disminuir la morbimortalidad de esta importante enfermedad, que por su alta frecuencia es considerada un problema de salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boersma E, Mercado N, Poldermans D, Gardien M, Vos J, Simoons ML. Acute myocardial infarction. The Lancet; 2003; 361:847-858.
2. Defilippi CR, Runge MS. Evaluating the chest pain patient. Clin Cardiol. 1999; 17(2): 551-9.
3. Karras DJ. Serum markers in the emergency department diagnosis of acute myocardial infarction. Emerg Med Clin North Am. 2001;19(2):321-37.
4. Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. Harrison´s. Principles of Internal Medicine. 2011.18th Edition. ST-Segment Elevation Myocardial Infarction.
5. Pope JH, Auferheide TP, Rutzhazer R. Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the emergency department. N Engl J Med. 2000;342:1.163-1.170.
6. Reynolds TM, Wierbicki AS. Classification of acute MI. Eur Heart J. 2000; 21(10):142-7..
7. Storrow AB, Gibler WB. Chest Pain Centers: Diagnosis of Acute Coronary Syndromes. Ann Emerg Med. 2000; 35(5):513-526..
8. Animan E, Braunwald E. Acute Myocardial Infarction. 2005; 35:1114-47.
9. Ridker P. Risk Factors for Atherosclerotic Disease. Chapter 31:1010-35. 2005.
10. Almeda FQ, Snell RJ, Parrillo JE. The Contemporary Management of Acute Myocardial Infarction. Critical Care Clinics. 2001; 17(2):727-743..
11. Ministerio Del Poder Popular Para La Salud. Anuarios de Mortalidad. Dirección General de Epidemiología y Análisis Estratégico. 2011; Caracas, Venezuela.
12. Maxine P, Stephen J. Mcphee, Michael W. Rabow. Current. Medical Diagnosis & Treatment. 2014; Chapter 10.
13. Durrington P. Dyslipidaemia. The Lancet 2003; 362:717-731.
14. Duc Cong N, Dung HT. The risk factors of acute coronary syndrome in patients over 65 years old at thong nhat hospital of ho chi minh city, Vietnam J Atheroscler Thromb. 2014; 21 Suppl 1:S36-45.
15. Cao CF, Ren JY, Zhou XH, Li SF, Chen H. Twenty-year trends in major cardiovascular risk factors in hospitalized patients with acute myocardial infarction in Beijing. Chin Med J (Engl). 2013; 126(22):4210-5.
16. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, Mcqueen M, Budaj A, Pais P, Varigos J, Lisheng L. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study The Lancet 2004; 364:937-952.

17. Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases, part I: general condicionations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. Circulation. 2001; 104: 2746-53.
18. Rooy V, Pretorius M. Obesity, Hypertension and Hypercholesterolemia as Risk Factors for Atherosclerosis Leading to Ischemic Events. Curr Med Chem. 2013
19. Joshi P, Islam S, Pais P, Reddy S, Dorairaj P, Kazmi K, Pandey Mr, Haque S, Mendis S, Rangarajan S, Yusuf S. Risk factors for early myocardial infarction in South Asians compared with individuals in other countries. JAMA 2007; 17:297(3):286-94.
20. Glowania I, Czech A. The destiny of persons with diabetes mellitus type 2 after first myocardial infarction–analysis of the cohort living in well defined environment. 2006:115(1):29-36.
21. Avogaro A, Giorda C, Maggini M, Mannucci E, Raschetti R, Lombardo F, Spila-Alegiani S, Turco S, Velussi M, Ferrannini E. Diabetes Care. Incidence of coronary heart disease in type 2 diabetic men and women: impact of microvascular complications, treatment and geographic location. 2007
22. Esteghamati A, Abbasi M, Nakhjavani M, Yousefizadeh A, Basa AP, Afshar H. Prevalence of diabetes and other cardiovascular risk factors in an Iranian population with acute coronary syndrome. Cardiovasc Diabetol. 2006; Jul 17;5:1.
23. Panagiotakos DB, Rallidis Ls, Pitsavos C, Stefanadis C, Kremastinos DB. Cigarette smoking and myocardial infarction im young men and women: A cas-control study. Int J Cardiol. 2006.
24. Joussein-Remacle S, Delarche N, Bader H, Lasserre R, Estrade G. Risk factors in a young population with acute myocardial infarction : one year prospective study Ann Cardiol Angeiol (Paris). 2006; 55(4):204-9.
25. Loock M, Steyn K, Becker P, Fourie J. Coronary heart disease and risk factors in Black South Africans: a case-control study. Ethn Dis. Autumn. 2006;16(4):872-9.
26. Gyarfas I, Keltai M, Salim. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries in a case-control study based on the INTERHEART study. Orv Hetil. 2006; Apr 16:147(15):675-86.
27. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, Blackett KN, Sitthi-amorn C, Sato H, Yusuf S. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet; 2004;364:953-62.
28. Shiraishi J, Kohno Y, Sawada T, Nishizawa S, Arihara M, Hadase M, Hyogo M, Yagi T, Shima T, Matoba S, Yamada H, Tatsumi T, Azuma A, Matsubara. Patogénesis of acute myocardial infarction in young male adults with or without obesity. J Cardiol; 2007;49(1):13-21.
29. Bosma, H. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. The Lancet. 1997;350:235-239.

Revista Científica
Hospital Coromoto
Vol. 2 Nº 2, Julio-Diciembre 2013: 67 - 70
ISSN 2343-5860 ~ Depósito legal pp 201202ZU4114

HEMIANOPSIA HOMÓNIMA REVERSIBLE POSTERIOR A CRISIS DE MIGRAÑA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Reversible Homonymous Hemianopsia after a Migraine Crisis. Case Study

YLDEFONSO PAZ[1]* Y JOSÉ PINTO[2]

[1]Hospital Coromoto de Maracaibo, PDVSA Servicio de Salud. [2]PDVSA Gerencia Médica.
**oftalpaz@hotmail.com*

RESUMEN

La cefalea es una de las causas más frecuentes de la consulta médica ocupando el 25 */.de estas, epidemiologicamente la OMS la identifico dentro de las primeras 20 causas de discapacidad mundial, y un 90*/. De la población en cualquier momento la ha presentado. La migraña es un desorden neurovascular, caracterizado por crisis de cefalea severa, disfunción del sistema nervioso autónomo, y algunas ocasiones con síntomas neurológicos. En este trabajo estamos demostrando los cambios que se producen a nivel del área visual posterior a una crisis de migraña que hasta los momentos se había catalogado como cambios irreversible en la literatura, y en el resultado de esta presentación del caso podemos observar que los cambios son reversibles si los atacamos en las primeras horas de presentación del cuadro.

Palabras clave: Migraña, hemianopsia, campo visual.

ABSTRACT

Headaches are one of the most frequent causes for medical consultation,occupying 25% of these; epidemiologically, WHO identified headaches within the first 20 causes of disability worldwide. At any given time, 90% of the population has presented this condition. Migraine is a neurovascular disorder, characterized by crises of severe headaches, autonomic nervous system dysfunction and sometimes, neurological symptoms. This study demonstrates changes occurring at the level of the posterior visual area subsequent to a migraine crisis that until now had been classified in the literature as irreversible. In the results of this case presentation, it can be seen that the changes are reversible if they are attacked during the first hours when the condition appears.

Key words: Migraine, hemianopsia, visual area

INTRODUCCIÓN

Cefalea

Dolores y molestias localizadas en cualquier parte de la cabeza, en los diferentes tejidos de la cavidad craneana, en las estructuras que lo unen a la base del cráneo, los músculos y vasos sanguíneos que rodean el cuero cabelludo, cara y cuello.

Epidemiologicamente

- Causa frecuente de consulta medica (25%)
- La OMS la identificó dentro de las primeras 20 causas de discapacidad mundial.
- 90 % de las personas la han padecido alguna vez en la vida.
- Afecta cualquier edad.

Historia

- Cefalea descrita 3000 años AC.
  Arateo de Capadocia. Siglo I
  Hipocratico del Imperio Romano

Heterocranea

- Galeno de Pérgamo. ***Hemicraneana***
- Los franceses pasaron en el siglo XVIII a denominarle migraine.
- La 1era descripción moderna corresponde a Thomas Willis, quien la denominó **Migraña *Hemicraneana***
- Graham y Wolff (1937): **Teoría Vascular.**

Definición de la migraña

Desorden neurovascular, caracterizado por crisis de cefalea severa, disfunción del sistema nervioso autónomo, y algunas ocasiones con síntomas neurológicos ".

Teoría vascular

Precefalea: se caracteriza por vasoconstricción (liberación de catecolamina). Isquemia cerebral (auras de la migraña).

Cefalea: vaso dilatación de algunas ramas de la carótida externa (art. Temporal, occipital, meníngea media). Estimulación de Terminaciones nerviosas que liberan neuropépticos.

Cefalea tardía: cambia el carácter de cefalea pulsátil para dar paso a un dolor sordo y
Constante.

Postcefalea: alteraciones hísticas locales, edema vascular, inflamación del cuero cabelludo, quemosis conjuntival, Malestar general.

Teoría del sistema trigémino vascular

La señal alcanza el tronco cerebral haciendo sinapsis en el núcleo caudal del trigémino en las neuronas de 2do orden (liberación de neuropeptidos vaso activos).

Los vasos sanguíneos píales y dúrales, grandes vasos del cerebro, senos venosos son suplidos por ramas simpáticas y parasimpáticos trigeminales poseen receptores presinápticos 5HT 1D y post sinápticos 5HT 1B.

Neuropeptido P. Neurotransmisor responsable de los estímulos dolorosos, fenómenos de vaso dilatación, propiedades hipotensoras potentes, se sintetiza en el hipotálamo, y se encuentra también en el asta dorsal de la médula espinal. El nervio Trigémino estimula su liberación en los vasos sanguíneos y dúrales.

Serotonina (5-hidroxitriptamina). Vasoconstrictor potente cerebral, su principal almacén son las plaquetas en la sangre. Las neuronas de los núcleos del rafe dorsal del mesencefalo: fuente principal de liberación de 5- HT1D en el cerebro. Existen proyecciones desde el RD a centros visuales: CGE, retina y corteza visual eso hace que apare4scan las manifestaciones vasculares y visuales de la migraña (1).

Objetivo: Describir las características clínicas e imágenes en una paciente con migraña y hemianopsia homónima derecha.

Método: Reporte de caso Observacional.

RESULTADOS

Paciente quien es referida de la emergencia por presentar perdida de la visión de lado izquierdo, acompañado de cefalea de fuerte intensidad, del lado hemicraneo derecho, con nauseas.

Antecedente personales ingesta de pastillas anticonceptiva desde hace más de 3 años.

Al examen físico Av OD 20/20 OI20/20 test de ishihara OD17/10 OI17/10 rejilla de ansler OD normal OI con dificultad para lado externo.

Buena repuesta fotomotora, OD luz 3 penumbra 5 OI luz 3 penumbra 5, isocoricas.

Fondo de ojo vítreo transparente, retina luce aplicada, disco óptico con bordes nítidos, buen patrón vascular, rel. Cd. OD 04 OI 04, macula brillante sin alteraciones.

Se realiza campimetria por confrontación se observa una hemianopsia homónima derecha, y Campimetria computarizada (4) corroborando la hemianopsia homónima derecha, se solicita resonancia magnética cerebral con fase vascular (3). Observándose realce en lóbulo occipital derecho, motivado a esto se realiza pan angiografía cerebral sin alteraciones.

Se comienza con tratamiento antimigrañoso (2) obteniendo mejoría tanto de la cefalea en 72 horas y de la hemianopsia homónima derecha comprobado por campos visuales.

CONCLUSIÓN

Se demuestra los cambios inducidos por la alteración vascular posterior a una crisis migrañosa, a nivel del área cerebral de la visión y su recuperación al mejorar el cuadro a través de campo visuales, demostrando así que no solo se ven los cambios permanentes como se venían describiendo hasta el momento actual y la importancia de atacar estos cuadro tempranamente, para su reversión.

Fisiopatológicamente y a groso modo, el dolor que provoca la cefalea se trasmite por una vía neuronal, en la que el nervio trigémino desempeña un papel básico. Esta transmisión se produce por los haces espi- notalámicos llegando al tálamo y, posteriormente, al cerebro parietal donde se percibe dicha sensación dolorosa.

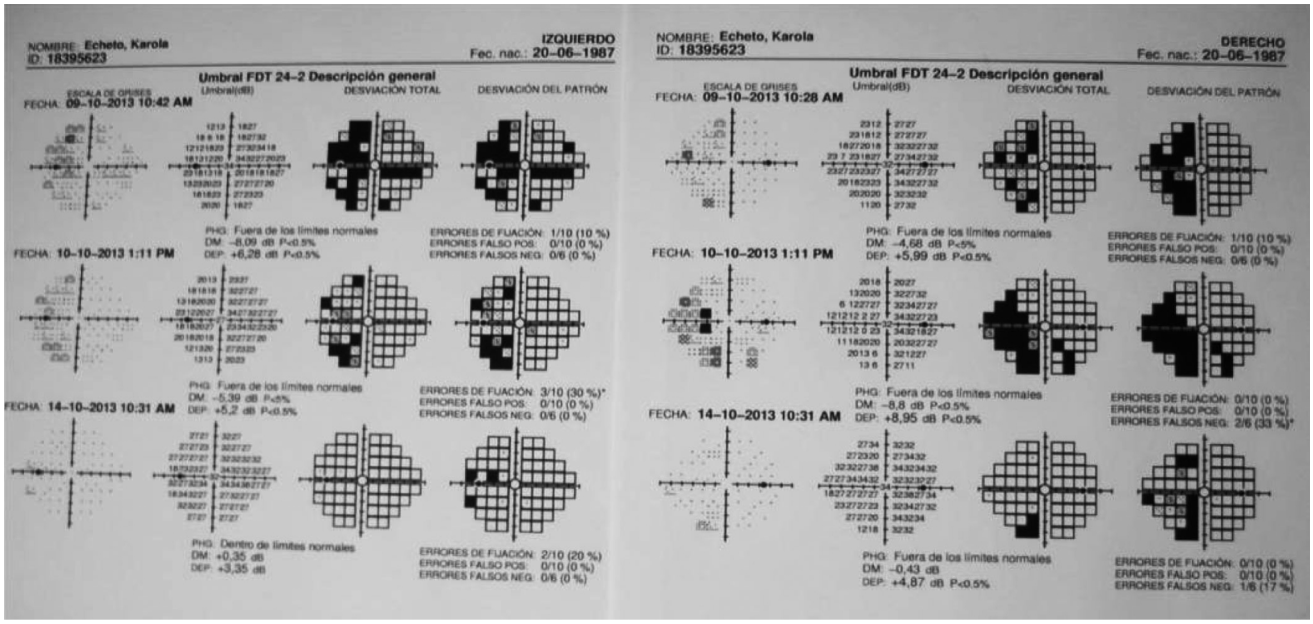

FIGURA 1 . SE OBSERVA EN LOS CAMPOS VISUALES EL DEFECTO CAMPIMETRICO INICIAL COMPATIBLE CON LA HEMIANOPSIA HOMÓNIMA DERECHA, Y LA REVERSIBILIDAD DEL MISMO AL MEJORAR LA CRISIS A LOS 4 DÍAS.

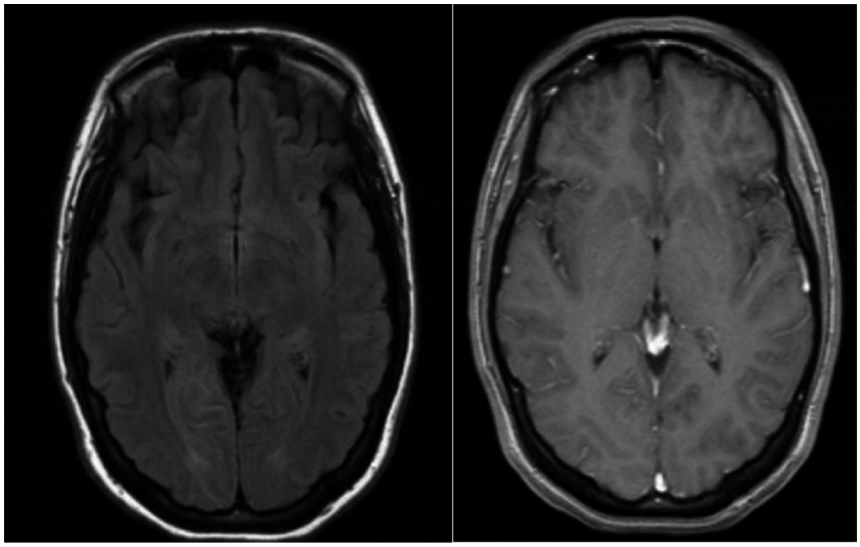

FIGURA 2. SE OBSERVA REALZAMIENTO A NIVEL DE LA REGIÓN OCCIPITAL DERECHA EN EL AREA BRO.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pringsheim T. Systematic Review: Medications for Migraine Prophylaxis - Section II. Can J Neurol Sci. 2012; 39: Suppl. 2 - S8-S28(1).
2. Gilmore B, Michael M. Treatment of acute migraine headache. Am Fam Physician. 2011. 83:271-280. (2).
3. Mejico LJ, Bergloeff J, Miller NR. Peripheral homonymous scotomas from a cavernous angioma affecting fibers subserving the intermediate region of the striate cortex. Am J Ophthalmol 2001; 132: 440-443Loder E. Triptan therapy in migraine. N Engl J Med. 2010 Jul 1;363(1): 63-70.
4. Spector JT, Kahn SR, Jones MR, Jayakumar M, Dalal D, Nazarian S. Migraine headache and ischemic stroke risk: an updated meta-analysis. Am J Med. 2010;123:612-624.
5. Muñoz NegreteFJ, Rebolleda G. Perimetría automática y neuro-oftalmología. Correlación topográfica. Arch Soc Esp Oftalmol 2002; 77: 413-428. (4).

Revista Científica
Hospital Coromoto
Vol. 2 Nº 2, Julio-Diciembre 2013: 71 - 84
ISSN 2343-5860 ~ Depósito legal pp 201202ZU4114

LA ÉTICA EN LA POLÍTICA PÚBLICA

Ethics in Public Policy

ROSA A. SALOM A. *Servicio de Psicología.*
Hospital Coromoto de Maracaibo Venezuela.
salomrosa@gmail.com

RESUMEN

El propósito de este texto es ofrecer argumentos para subrayar la importancia de incorporar el estudio de la ética al análisis de las políticas públicas de forma sistemática y deliberada, dentro de su corpus epistemológico, a fin de evitar los riesgos latentes (y muchas veces verificados) que esa ausencia puede generar tanto en el diseño como en la implementación de los cursos de acción elegidos por el Estado. Estos riesgos se refieren, entre otros, al uso del poder público para favorecer intereses privados; a las externalidades negativas, que se producen al estudiar un solo problema de la agenda pública, sin referencia al espacio público en su conjunto; o al desatino en el diseño elegido por una determinada afirmación de valores, que no se corresponde con las posibilidades de éxito de la política pública.

Palabras clave: Ética, análisis de políticas, política pública.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to provide arguments to emphasize the importance of incorporating the study of ethics in the epistemological corpus of public policy analysis in a systematic and deliberate manner to avoid the potential (and often verified) risks that this absence can generate for both the design and implementation of courses of action chosen by the State. These risks relate, *inter alia*, to the use of public power to favor private interests; to negative externalities, which occur when studying a single problem on the public agenda without reference to the public space as a whole; or to folly in the design chosen by a particular statement of values that does not correspond to the possibilities for success of the public policy.

Keywords: Ethics, policy analysis, public policy.

INTRODUCCIÓN

La noción de políticas públicas tiene un marcado carácter polisémico. La etimología de la acepción que en este contexto interesa, proviene del anglosajón public policy, traducido por el no menos equívoco término de política pública (1).

Desde la perspectiva de las Ciencias Sociales y siguiendo a Jean-Claude Thoenig, la noción de políticas públicas hace referencia a la disciplina que tiene por objeto de estudio "la acción de las autoridades públicas en el seno de la sociedad (2). Yehezekel Dror define las políticas públicas como "una supradisciplina orientada a la búsqueda del aprovechamiento de la elaboración de políticas" y caracterizada por una serie de diferentes paradigmas relacionados con las Ciencias Sociales contemporáneas (3).

Se trata de una disciplina científica cuyo objetivo es elaborar información que sea de utilidad al proceso de adopción de decisiones y que ésta pueda ser utilizada para resolver problemas en circunstancias políticas concretas. En este sentido, Aaron Wildavsky (4) sostiene que el análisis de las políticas públicas consiste en hallar "un problema sobre el cual algo pudiera o debería hacerse". Por su parte, William Drunn señala su capacidad de contribuir al progreso de las Ciencias Sociales, porque "da soluciones a los problemas con los que se enfrenta" y por la pluralidad de metodología que emplea dependiendo de estos (5). Yehezel Dror en la misma dirección, indica que consiste en la "búsqueda de la creatividad y de alternativas a las políticas actuales" (3).

El enfoque de las políticas públicas es un conjunto de métodos que permiten descomponer la compleja esfera de la acción pública, en actividades muy distintas y analíticamente separables. Tiene un valor descriptivo del entramado político administrativo, en tanto en cuanto que permite la observación de los procesos de elaboración de políticas y de programas de actuación pública, y facilita la identificación de los distintos actores que intervienen en el proceso de políticas públicas. Pero además, la aproximación a la realidad administrativa del análisis de políticas públicas tiene un valor prescriptivo, en el sentido que ofrece un instrumental de análisis desarrollado para conseguir la mejora de la gestión de las administraciones públicas, y para conocer el impacto de determinadas decisiones en el entorno.

En este ensayo se tratará de analizar que la ineficiencia gubernamental ha conducido a un erróneo manejo de las Políticas Públicas, por lo cual se requiere fomentar los principios universales de la Ética para que las Políticas Públicas surtan el efecto que desea y merece la sociedad civil en su conjunto.

1. CONCEPTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

El concepto de política pública se mueve en un rango de definiciones muy variadas, con énfasis muy distintos, desde opciones de máxima amplitud que prácticamente abarcan "toda" la vida del Estado, hasta opciones restrictivas a ciertos tipos de acción pública muy específica, que dejan por fuera dimensiones muy importantes, aunque complejas, de la interacción Estado–Sociedad. En este sentido la definición de Aguilar (6), señala:

> Una política pública es: a) un conjunto (secuencia, sistema, ciclo) de acciones, estructuradas en modo intencional y causal, que se orientan a realizar objetivos considerados de valor para la sociedad o a resolver problemas cuya solución es considerada de interés o beneficio público; b) acciones cuya intencionalidad y causalidad han sido definidas por la interlocución que ha tenido lugar entre el gobierno y los sectores de la ciudadanía; c) acciones que han sido decididas por autoridades públicas legítimas; d) acciones que son ejecutadas por actores gubernamentales o por éstos en asociación con actores sociales (económicos, civiles), y e) que dan origen o forman un patrón de comportamiento del gobierno y la sociedad.

La definición antes transcrita recoge varios aspecto, que si bien por separado pueden criticarse, en conjunto ilustran una comprensión inicial básica de la noción de políticas públicas, además de indicar la dificultad del concepto en relación a los

aspectos que cualquier definición descriptiva seria debería incluir, ya que son comunes las definiciones sucintas, y bastante imprecisas o apenas relevantes en uno de los aspectos de las políticas públicas, que no son pocos.

Un primer aspecto de la definición propuesta establece una distinción precisa, las políticas públicas no son decisiones aisladas o coyunturales, son un sistema correlacionado, planeado y por tanto racional de decisiones, adhiriéndose de éste modo al principio de racionalidad inherente a la propuesta de policy sciences de Lasswell (7). El segundo aspecto se deriva del principio de causalidad, a su vez, en relación directa con el principio de racionalidad mencionado, que sugiere una intencionalidad inicial de la que derivan acciones específicas, ésta, incluso es una de las acepciones, de diccionario, del término política.

El tercer elemento se refiere a la interlocución gobierno-sociedad como espacio de definición del problema público, en donde éste se visibiliza, se agenda y se atiende de una u otra forma legítima. Se tiene pues que las políticas públicas son conjuntos de decisiones planeadas con la participación, y legitimación, de autoridades representativas del Estado junto con representantes de la sociedad, tendientes a mejorar, transformar o solucionar una situación pública problemática o a emprender acciones consideradas útiles para la sociedad.

A este respecto, se considera la definición antes dada deja a un lado las decisiones aisladas, sobre las cuales se podría argumentar, en muchos casos, un tratamiento de política pública también. Al hacer comparación de definiciones llama poderosamente la atención que algunas definiciones de la "escuela francesa" consideran como única condición que las autoridades públicas sean legítimas (2), sin contar necesariamente con que cada política por separado vincule elementos de participación, significando, según se entiende, que la refrendación electoral sería suficiente para hacer políticas públicas.

Por su parte Aguilar (6), señala que la parte que dice que las Políticas Públicas "se orientan a realizar objetivos considerados de valor para la sociedad" porque deja espacio para considerar una serie de acciones emprendidas por las autoridades públicas, que no necesariamente responden a resolver o transformar problemas, es decir aquellas que no son propiamente "reactivas" o reacciones a problemas específicos, sino más bien propuestas o emprendimientos de las autoridades públicas.

Es bueno recordar, al menos en Venezuela, que, por ejemplo, los alcaldes tienen la potestad para introducir propuestas novedosas y de hecho se esfuerzan por hacerlo en sus programas de gobierno, para atraer la atención del electorado, lo cual al ser elegidos los obliga a cumplir lo prometido, y muchas de esas propuestas no son necesariamente soluciones a problemas reconocidos, también son emprendimientos que redireccionan y orientan hacia un futuro deseado, en este sentido, un alcalde puede, en muchos casos, dada su posición privilegiada, identificar macrotendencias internacionales, adelantarse e innovar introduciendo nuevas dinámicas políticas, un ejemplo de esto podría ser las políticas de internacionalización que algunas ciudades latinoamericanas han emprendido.

1.1. ELEMENTOS DE LA DEFINICIÓN

Varios elementos hacen parte de la definición del Profesor Aguilar Villanueva (8), en su mayoría se pueden comprender en relación a lo que excluyen, por ejemplo, al decir "conjunto" descarta las decisiones específicas y "aisladas"; al hablar de "intencionalidad" descarta la improvisación y en cierto modo las decisiones coyunturales de corto plazo, al tratar el "para qué" de las Políticas Públicas responde que son para solucionar problemas públicos o para "realizar objetivos" importantes para la sociedad, lo que descarta que sean para beneficiar grupos selectos o individuos particulares, es decir, no buscan la resolución de problemas privados.

Al referirse al origen y naturaleza de los problemas públicos habla de la interlocución autorida-

des públicas-sociedad, es decir descarta la idea de que toda actividad del Estado-gobierno es una política pública, y descarta la opción de políticas desde la sociedad sin el gobierno, y al hablar de quienes implementan las políticas, muy en consonancia con el enfoque de gobernanza, se inclina por que lo hacen conjuntamente autoridades legítimas y organismos y personas de la sociedad civil.

Sin embargo, también se podría desestructurar la misma definición desde el término acciones, clave en el juicio del Profesor Aguilar (8), de las cuales se dice que son varias que están en relación de causa-efecto, lo que implica racionalidad, que van dirigidas a resolver problemas, que son definidas e implementadas por las autoridades públicas legítimas en colaboración e interlocución permanente con la sociedad, y por último se dice que tales acciones generan un patrón de comportamiento entre el gobierno y la sociedad.

Es posible encontrar definiciones que agrupan otros elementos, enfatizando unos sobre otros, u ordenándolos de formas diversas. Por ejemplo Roth (9) considera que la mayoría de las definiciones de políticas públicas tienen cuatro elementos coincidentes: gobierno, problemas, objetivos y proceso, aspectos que también se encuentran en la definición de Aguilar (8), considerando que Roth no habla de "lo público" en su definición en el sentido de Aguilar.

2. POLÍTICA PÚBLICA MEDIDA GUBERNAMENTAL

Entendiéndose la frase en el mismo sentido que decir que toda medida gubernamental es una política pública, por lo que se está de acuerdo con tal afirmación. Se considera que toda política pública implica de una u otra forma el involucramiento del gobierno o de alguna otra agencia del Estado, pero no que toda acción estatal o gubernamental sea una política pública. La definición sobre la que se viene trabajando, involucra la sociedad en el nacimiento u origen de las políticas públicas, pero destaca especialmente que éstas están dirigidas o tienen como finalidad la atención de necesidades públicas. Tal vez éste es uno de los argumentos principales para sustentar la idea de que no todas las acciones gubernamentales son políticas públicas, dado que no en todas ellas participa "el público" como generador, ejecutor y menos como destino final de la misma.

Teniendo como referente el sistema político colombiano, se podría ilustrar varios ejemplos de acciones gubernamentales o de agencias del Estado que no encuadran en el concepto de políticas públicas. Se considera incluso que pueden generalizarse a todos los países, por ejemplo, la aprobación de un presupuesto, que es una acción gubernamental que no puede considerarse una política pública, lo mismo que abrir una licitación y hacer un contrato, y así muchas otras. Tal vez la mayor confusión se genera con los Planes de Desarrollo, que algunos confunden con políticas públicas, pero que si mucho son sólo lineamientos de política o intenciones por especificar, precisamente, a través de políticas públicas, ese es el ideal del "gobierno por políticas públicas".

3. LA ÉTICA Y LOS NUEVOS LIDERAZGOS

Tanto en el mundo de las políticas públicas, como en los negocios, ha primado durante todo el siglo XX y lo que lleva el actual lustro, decisivamente los enfoques positivistas. En efecto, en vez de tratar de emular a las ciencias naturales o buscar legitimidad en las ciencias exactas, se debería haber asegurado que los líderes se plantearan mejor preguntas como: ¿Para dónde vamos? ¿Quiénes ganan, o quienes pierden conforme qué arreglo del poder? ¿Es socialmente deseable lo que está ocurriendo (Ej. cambio climático)? ¿Qué hacer entonces? (10).

Esta deformación cognitiva arranca del hecho que normalmente los líderes para comunicar sus propósitos, sus políticas o sus decisiones, recurren al conocimiento explícito, esto es aquel que puede ser codificado, medido, estandarizado y

sancionado objetivamente, por ejemplo, a través de indicadores.

Las políticas públicas son una forma de construir el futuro, pues éstas no sólo deben apuntar a satisfacer necesidades o resolver problemas actuales, sino muy especialmente a aprovechar las potencialidades subyacentes en cada sociedad. La creación de valor futuro entonces debe ir mucho más allá del partido, de la coalición, o del grupo de interés o la empresa. Debe mirar el bien común. Los líderes políticos deben preguntarse siempre si sus decisiones son tan buenas para la sociedad como para sus partidos o coaliciones. Es importante que las organizaciones de la sociedad aprendan a trabajar siempre para un objetivo de más alcance que su propia suerte institucional o social. Las organizaciones, partidos, empresas, asociaciones deben asumir la misión de crear bienes superiores públicos para toda la sociedad. Las agrupaciones que no logren crear valor social, político o económico, están condenadas a desaparecer, tarde o temprano.

Los líderes políticos siguen creyendo que el objetivo de su quehacer se agota en el destino de su coalición o su propio partido y que la ambición es buena mientras la logren disimular ante los electores; los ejecutivos siguen creyendo que el objetivo de sus empresas es hacer negocios y que la codicia es buena mientras los reguladores estatales no la descubran; los científicos siguen creyendo que la misión de sus facultades o departamentos es producir el conocimiento que necesita la sociedad y que es culpa de los políticos, probablemente ignorantes e iletrados, que les reduzcan a las universidades los fondos institucionales.

Cuando los líderes abandonan la ética pública como principio rector, terminan por hacer de los intereses de su institución, empresa o partido político, el epicentro de sus prioridades. La suerte del resto de la sociedad no es de su incumbencia. En un extremo, el asunto es ¿cómo voy ahí? o ¿cuánto gano yo aquí? Lo demás, me da lo mismo.

Si por el contrario, antes que pensar en la sobrevivencia de mi coalición o partido político, o la rentabilidad sólo de mi negocio, se pusiera la atención en el bien común de la sociedad y cómo la institución, universidad, partido político, empresa o asociación, se hace funcional a dicho propósito, estaremos favoreciendo los intereses de la sociedad a la que se pertenece.

4. EL CONTENIDO DE LA ÉTICA PÚBLICA

En la Administración Pública, habría al menos tres perspectivas de la ética pública: a) su consideración como actividad social, que persigue un bien público; b) su aspecto organizativo, habida cuenta que una organización, es un grupo humano compuesto por personas especialistas que trabajan juntos en una tarea común y; c) una cultura organizacional, o sólido grupo de creencias sobre las que se orienta la política y acciones; porque las organizaciones son comunidades morales, que interactúan y desarrollan relaciones humanas, y resulta esencial en este grupo humano las buenas relaciones, las relaciones de cooperación entre quienes trabajan en ella y los ciudadanos.

Desde este punto de vista, los valores específicos de una Ética de la Función Pública, serán entre otros: la profesionalidad, la eficiencia, la calidad en el producto final, la atención y el servicio al ciudadano, la objetividad, la transparencia, la imparcialidad y la sensibilidad suficiente para percatarse de que el ciudadano es el centro de referencia de su actividad, y quien da sentido a su existencia (11).

Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (12), en todos los países existe una "infraestructura ética", que implica factores formales e informales, en función de su cultura política, historia y de su contexto, y de los cuales se pueden citar como más relevantes, los siguientes: a) el apoyo y el compromiso político; b) el marco legal existente; c) los mecanismos de formación y de socialización de los empleados

públicos; d) los códigos de conducta aprobados; e) la existencia o no de mecanismos de imputación y de responsabilidad efectivos; f) el liderazgo adecuado; g) las condiciones de trabajo y el clima laboral de los empleados públicos; h) la existencia de una sociedad civil activa y vigilante; i) unos sistemas de control interno y externo de la gestión pública, coordinados y eficaces.

Como causas actuales que favorecen la corrupción pública, podrían citarse entre otras las siguientes: a) la anomia o falta de valores; b) la mayor fragmentación y diversidad de intereses sociales; c) el poder de los expertos; d) el individualismo y el egoísmo; e) el consumismo; f) la falta de control y de transparencia de las nuevas tecnologías; g) la mayor externalización de servicios en el sector público; y h) la desmoralización y las bajas retribuciones del sector público.

El Comité de Gestión Pública (P.U.M.A) de la OCDE, ha señalado en mayo de 1998, los siguientes principios o recomendaciones de ética en el servicio público (12):

a) las normas de ética para el servicio público deberán ser muy claras.

b) las normas de ética deberán plasmarse en el ordenamiento jurídico en una disposición concreta.

c) una conducta ética debe ser exigida a los empleados públicos.

d) los empleados públicos tienen derecho al conocimiento de sus derechos y obligaciones, cuando se les exige explicaciones por sus actuaciones indebidas.

e) debe existir un compromiso y un liderazgo político, que refuerce y apoye la conducta ética de los empleados públicos.

f) el proceso de toma de decisiones, debe ser transparente y permitir la investigación.

g) las líneas generales o maestras de la relación entre sector público y sector privado deben ser claras.

h) los directivos públicos deben de tener y fomentar una conducta ética.

i) las políticas de gestión, los procedimientos y las prácticas administrativas deben incentivar una conducta ética.

j) la regulación y la gestión de los recursos humanos, deben motivar una conducta ética.

k) deben establecerse mecanismos adecuados de responsabilidad para el servicio público.

l) deben fijarse procedimientos y sanciones disciplinarias adecuadas, a fin de castigar las conductas irregulares.

Por último, al señalar en opinión de la autora del artículo, existe una gran relación entre el contenido de la ética pública y la teoría política. Aspectos de ésta, como la lucha contra la corrupción, la "razón de Estado", la garantía de los derechos de los ciudadanos (ya sean económicos, sociales o políticos) y la justicia (distributiva, equitativa y solidaria), son también aspectos y fines, por tanto, de la ética pública.

5. ¿QUÉ SE PERSIGUE CON LA ÉTICA PÚBLICA?

La Ética Pública tiene por objeto conseguir que las personas que ocupen un cargo público lo hagan con diligencia y honestidad como resultado de la razón, la conciencia, la madurez de juicio, la responsabilidad y el sentido del deber. Una adopción verdadera de la ética exige un profundo cambio de concepción, de actitud psíquica, de mentalidad, que logre impedir pensamientos corruptos.

El objetivo material de la ética en el ámbito público se enfoca a los actos humanos de funcionarios públicos, esto es, a la rectitud moral de su actuación. La ética busca cultivar la inteligencia en valores y moderar el carácter de los gobernantes, y si bien esto es importante en cualquier disciplina lo es más en la política y en la administración pública porque ambas son responsables de conducir los asuntos de un Estado.

Aunque, parezca una verdad de Perogrullo es conveniente afirmar, una y otra vez, la necesidad de la ética en los servidores públicos, ya que es pre-

cisamente su ausencia la que provoca que muchos de ellos en diferentes instituciones públicas caigan y sigan cayendo en escándalos de corrupción. Personas sin escrúpulos ocupan cargos importantes del Estado escudándose además en la imagen de ser hombres respetables u honorables.

Para Hans Kung, el fin de la ética en política es el de "rescatar la dignidad humana". Al respecto escribió: "El hombre ha de ser más de lo que es: ha de ser más humano. Es bueno para el hombre lo que preserva, fomenta y realiza: su humanidad. El hombre ha de explotar su potencial humano, en aras de una sociedad humana y un ecosistema intacto, cambiando básicamente su rumbo de actuación. Su humanidad en potencia es muy superior a su humanidad en acto. En este sentido, el realismo del principio de responsabilidad y la "utopía" del principio de esperanza se reclaman mutuamente" (13).

En suma, lo mínimo que se pretende alcanzando un espíritu ético en quienes ocupan cargos públicos es la adquisición de la responsabilidad para así obtener resultados más efectivos.

6. ÉTICA Y POLÍTICA: FUNDAMENTOS BÁSICOS

Para abordar la relación entre la ética y la política es necesario partir del origen mismo, de los fundamentos originales entre ambas disciplinas. Ya en las antiguas civilizaciones se encuentran referencias sobre la formación en valores para los gobernantes antes de que asumieran su cargo. De esta manera ejercitarían la política contando con principios éticos que respaldarían cada una de sus decisiones.

El instrumento fundamental desde antaño para formar a los hombres de gobierno era la Ética. En la antigüedad aquel que quería participar en los asuntos públicos tenía que pasar por esta disciplina la cual era considerada como una rama de la política. Era el filtro para hacer que los hombres que llegaran a ocupar los cargos públicos obraran bien. De hecho, las grandes civilizaciones ya contaban con tratados sobre el tema, con códigos para la función pública y con maestros que la impartían.

Las antiguas culturas nos dejaron testimonios muy valiosos en esta materia. El Código de Hammurabi, quien fuera rey de Babilonia y unificador de toda Mesopotamia en el siglo XVIII a.C., es un documento histórico que señala los principios que debían guardar los ocupantes de cargos públicos; de la antigua China (siglo V a.C.) han llegado los cuatro grandes libros del sabio Confucio, de los que se derivan los principios chinos sobre conducta pública; de los antiguos griegos (siglo IV a.C.) existen las obras de Ética que escribiera Aristóteles o Las obras morales de Plutarco. De la India (siglo III a.C.) existen Los principios del Rey Asoka; de la época de los romanos (siglo I a.C. y siglo I d.C.) contamos con el tratado Sobre los deberes de Cicerón así como Los tratados morales de Séneca (14).

"Desde tiempos ancestrales, los seres humanos se percatan de que para vivir bien es imposible dejarse llevar por todas las pasiones que les inducen a obrar, y de ahí que también desde antiguo surja la idea de introducir un orden tal entre las pasiones que unas dominen sobre otras, unas sean dominadoras de las otras" (14).

De esta manera, quien ocupaba un cargo lo honraba. Desde entonces se advertía sobre los riesgos y consecuencias de dejar que personas sin ética gobernaran. "Incitados por el placer y al no ser capaces de dominar sus impulsos los gobernantes obran mal" escribió Aristóteles (15). De ahí la importancia de que quienes asuman cargos de autoridad pública, controlen severamente sus acciones a fin de actuar acertadamente en todo momento. En caso contrario contribuyen a provocar la ruina del Estado.

Cuando Aristóteles construyó su obra "Política" partió del entorno que rodea al hombre. Así estudió primero la naturaleza mineral, posteriormente la vegetal y animal para llegar finalmente a la naturaleza humana; y sostuvo que sólo en la medida en que se conoce la naturaleza

del hombre, con sus vicios y virtudes, se puede aspirar a la política. Este autor fue el primero en elaborar una obra escrita sobre ética en la cual señala la relación intrínseca que existe entre ética y política. Al respecto escribió: "La política es la más importante y la más arquitectónica. Ella determina lo que cada ciudadano debe aprender y en qué medida debe aprenderlo (15).

Al utilizar la política en las otras ciencias y al legislar qué es lo que se debe hacer y qué es lo que se debe evitar, el fin que persigue la reviste de un carácter más bello y más divino cuando interesa a un pueblo y a un Estado. A ello va, el tratado de ética, que es de alguna manera, un tratado de política".

7. LA OPERACIÓN POLÍTICA BAJO PRINCIPIOS ÉTICOS

La ética es acción. Es práctica pura. No se estudia ética para quedarse en la abstracción, en el deber ser. Se aspira a su conocimiento no para ser santo sino para practicar el bien en cada acto. El político, el verdadero, gobierna para su gente, se aleja de las pasiones y vive con dignidad. Utiliza el poder como un instrumento para hacer el bien. El hombre apto para dirigir una ciudad consagra, más que cualquier otro, sus esfuerzos para hacer reinar la virtud. Antiguamente se decía que la auténtica gloria de un gobernante depende del progreso moral que alcancen sus gobernados.

La idea de la "ética práctica" ha sido rescatada por distintos autores. Para Cicerón "El oficio de la virtud radica en la acción". Para Weber (16) "cuando un hombre es maduro, asume una actitud que brota de la profundidad de toda su alma, por lo que actúa conforme a una ética de responsabilidad". Para Victoria Camps (17) "la ética se muestra más que se dice, o mejor, que deberá decirse en un lenguaje capaz de mostrar su fuerza e incitar así a la acción". José Antonio Marina sostiene que "Para la política lo importante es la acción, que es el modo de convertir en realidad las irrealidades que pensamos" (18). Todos estos autores coinciden en que la ética es acción llevando los valores a la práctica. No obstante, enseñar ética implica crear hábitos, costumbres, así como formar el carácter para alcanzar el autodominio.

En la cultura clásica romana, de aquellos que ejercían la política con ética, se decía que tenían "Decorum". Que un político tuviera decorum era garantía de ser reservado, discreto, cortés y que actuaría de manera correcta. Al respecto, Cicerón escribió: "El concepto de esta palabra es tal que no puede separarse de lo honesto, porque lo que es decente es honesto, y lo que es honesto es decente (14).

Todo lo decoroso aparece cuando le ha precedido la honestidad. Todas las cosas que se hacen con justicia son decorosas y las que se hacen con injusticia son indecorosas. Y dígase lo mismo de la fortaleza. Una acción viril y magnánima parece digna de un varón y decorosa, y lo contrario como torpe e indecoroso". El Decorum daba confianza a los ciudadanos. Pero no a cualquier individuo por el solo hecho de participar en política era atribuido este concepto, sino a la inversa, eran los actos del político en la práctica lo que le hacía merecedor o no de esa denominación (19).

a) Autoridad. La teoría política enseña que la autoridad es la facultad o potestad que tienen los gobernantes para mandar mediante tareas que beneficien a los gobernados. Cuando la autoridad no se entiende como servicio a un bien común dicha acción se corrompe y se transforma en despotismo. El despotismo es una forma de poder antipolítico. Cuando el poder va acompañado de autoridad resulta una acción eficaz en orden a procurar el incremento de bien en aquellos a quienes se dirige.

b) Honor. Entendido como el reconocimiento a las acciones emprendidas que tengan algún merito. Busca la estima de los demás. Tiene que ver con las obras buenas que realice un individuo. Un hombre malo no podría merecer honor, siendo éste el premio a la virtud que se otorga a las personas con buena fama. El honor es tan importante que algunas personas hacen de éste su principio en la vida, sin embargo, a pesar de ser

una virtud es por pocos aspirado, pues al parecer "a la mayoría de los hombres les mueve más la avidez de riqueza que de honores." El honor es una virtud que deben poseer aquellos elegidos en los cargos públicos.

De no ser así, al tratar asuntos de mucha importancia ocasionarán graves daños al Estado. Si los cargos públicos son honores del Estado, quien ocupe un cargo público tiene el deber de honrarlo, y la mejor manera de hacerlo, es emprendiendo obras que sean dignas de elogio. Cuando el principio de honor lo adquieren los miembros que integran un gobierno, sin duda éstos realizarán obras que beneficien a todo el Estado, generando a su vez el reconocimiento de ser un "buen gobierno".

c) Justicia. La justicia tiene que ver con un bien para otro. Es la práctica de la virtud total para con otro. A pesar de ser la justicia un bien para el Estado y un elemento importante de la política, no es fácil ponerla en práctica. En ocasiones, los encargados de ejercerla la descuidan o la dejan de lado, lo que da origen a que haya muchos agravios sobre todo para los más débiles. El hecho de que se omita tiene un precio: el sufrimiento humano. Los sufrimientos vienen en distintas formas: pobreza, desempleo, hambre, dolor, muerte. Pero lo peor es que estos sufrimientos se perpetúan y crecen. El observar tanto dolor en los gobernados habla de la impotencia de los gobernantes del olvido que han hecho de la justicia. Conviene recordar la frase de San Agustín "Sin la justicia qué son los reinos sino unos grandes latrocinios".

d) Libertad. El hombre libre es aquel que puede gobernarse por sí mismo y es capaz de dominar sus apetitos y pasiones por medio de la razón. Y esto no lo hace por reprimirse sino porque ha pasado a un nuevo nivel de conciencia. La libertad va acompañada de ciertos elementos, implica cierta sabiduría, poseer algunos conocimientos, tener educación. Respecto a la libertad de los pueblos, la teoría política sostiene que hay dos condiciones para que un Estado sea llamado como tal, estas son: "riqueza y libertad". La riqueza proporciona la autosuficiencia, la libertad concede la soberanía, autonomía e independencia. Es responsabilidad de los representantes del Estado evitar que el pueblo caiga en la esclavitud. Si un gobierno esclaviza a su propia comunidad es un gobierno tirano. Cuando se gobierna un pueblo se pretende, no que éste viva como esclavo, sino que sea libre.

e) Prudencia. Es una disposición de la acción que va acompañada de una deliberación con respecto a lo que puede ser benéfico o nocivo para el hombre. La prudencia se enfoca a los casos particulares, se manifiesta en el saber, en la experiencia y en la capacidad de obrar. Se basa en el principio racional el cual reflexiona y elige lo que es mejor para posteriormente manifestarlo en la práctica. El hombre prudente tiene la capacidad para decidir convenientemente asesorado por el principio de la recta razón. "Es prudente no aquel que tan sólo posee la norma recta de conducta, sino que también obra asesorado por un principio racional, por lo que considera ser lo mejor... al hombre prudente le corresponde llevar a la obra lo que es recto".

En lo que concierne a los gobernantes, la prudencia está consagrada a la deliberación de lo que es conveniente para los individuos. En política, un error de deliberación puede tener repercusiones catastróficas para el Estado, al legislar, al llevar a cabo medidas económicas, al reformar la Constitución, al aprobar un programa, al negociar un proyecto y en cualquier otra decisión que se tome. Una equivocación en un plan de gobierno puede condenar no sólo a la generación presente sino a las venideras. Por eso es importante que quien delibera lo haga con tiempo, sin prisa, razonando, deliberando, calculando, logrando así su propósito de alcanzar el bien. Estos principios aplicados correctamente dan por resultado gobiernos justos preocupados por el bienestar de la comunidad política.

8. EL DESCUIDO DE LA ÉTICA EN POLÍTICA

En la práctica política contemporánea la disciplina ética ha perdido importancia. ¿Quién forma a los gobernantes en ética pública? ¿Quién se preocupa por transmitirles valores? ¿Será acaso esta preocupación tan importante antaño ha dejado de existir?

El descuido de la ética en la formación de gobernantes ha generado por un lado que aquellos que ocupan cargos públicos, cuando carecen de principios éticos, desvíen los fines originales de la política al encontrarse demasiado obsesionados por sus intereses personales y partidistas. A su vez, el olvido de la ética en los gobernados ha generado su corrupción moral. Ambas situaciones se reflejan a su vez en la dinámica social. Dado que vivimos inmersos desde hace tiempo en una cultura basada en principios de independencia, individualidad y propiedad, se torna cada vez más difícil respetar y practicar principios y valores colectivos como la solidaridad, la cooperación, o la generosidad.

Por el contrario, resurge "la ley de la selva" donde impera el más fuerte y "el hombre se convierte en un lobo para el hombre" como decía Hobbes (20). Se reavivan confusiones respecto a sí una situación es correcta o no, incluso existe cierto rechazo a las normas éticas ya que éstas son menos atractivas o estimulantes que los principios individuales.

El disfrute individual del dinero y los bienes materiales sin duda atrae mucho más que el goce colectivo de los mismos. Pensar en uno mismo y no en los otros es la característica del individuo moderno. Una sociedad sin recursos éticos genera una transformación en la conducta de sus miembros basada en antivalores. Lo que es antiético e inmoral, al extenderse en su práctica diaria, se torna normal e incluso es visto positivamente. La inmoralidad atrae actos inmorales.

La gravedad de restar importancia a los valores éticos radica en el hecho que las personas que durante su infancia y juventud viven al margen de estos principios difícilmente los aceptaran una vez alcanzada la madurez. A ello hay que añadir que existen corrientes de pensamiento que fomentan, precisamente, actitudes antiéticas para gobernar. Bajo este contexto es fácil entender el estado de devaluación en que se encuentra la política. Ninguna disciplina está tan desacreditada como la política.

Muchos individuos que han participado en ella sin tener ni formación ni experiencia, han contribuido a su deterioro. Se ha corrompido tanto que ha caído en situaciones grotescas hasta el punto de convertirse en una especie de pasarela en la que personas sin respeto por la investidura que les confiere ocupar un cargo público desfilan de manera indebida.

A pesar de ser la ética una disciplina importante en la vida política existe en algunos gobernantes una falta de interés por ésta e incluso cierto rechazo. Algunas causas por las que se rechaza la ética son: porque existen intereses económicos bien definidos o una ambición por la riqueza; porque existen compromisos de grupo; porque se práctica la corrupción; porque quienes ocupan los cargos no son políticos de vocación; porque se anhela el poder a costa de lo que sea.

Ante la pregunta de ¿por qué si los principios éticos son accesibles a todo individuo son tan pocos quienes los cumplen? En la República, Platón adelanta una respuesta que aún hoy está vigente: "La maldad, aun en la abundancia, se puede obtener fácilmente porque el camino es liso y habita cerca, más ante la virtud, los dioses pusieron sudor" (21). Por su parte Aristóteles en su obra Política señaló "La bajeza en los seres humanos es una cosa insaciable... porque en su naturaleza ese apetito es ilimitado y la gran mayoría de la humanidad vive para satisfacer ese apetito" (15).

Cuando un individuo carece de ética y ejerce el poder no mide el alcance de sus actos y puede cometer acciones irracionales o bestiales. "No hay que ser águila para saber hasta qué extremos de perversidad y bajeza puede llegar el

hombre; basta pensar que la crueldad, el desamor y la tortura son creaciones humanas, inventadas por inteligencias fracasadas" (18). Cuando individuos sin ética ocupan cargos públicos son éstos quienes corrompen al poder al hacer un uso indebido de éste.

"Se tiene presente y es principio reiterado con trivialidad, que el poder corrompe al hombre y el poder absoluto lo corrompe absolutamente. En cambio se olvida o no se repara en la proporción en que el hombre corrompe al poder, en que el poder es corrompido por el hombre que lo ejerce, con temibles consecuencias para quienes lo sufren y para aquellos que lo ejercen" (22).Es el hombre sin principios rectos quien altera la profesión política, abusa del poder de manera ilimitada y al hacerlo así se convierte en la peor de las bestias. En palabras del sabio Plutarco: "El hombre es la más cruel de todas las fieras, cuando a las pasiones se une el poder" (23).

Por el descuido de la ética en la política el ser humano ha dejado de ser el animal político que definieron los griegos. La sociedad política es ahora una creación contractual, necesaria por la complejidad que ha ido adquiriendo la agrupación de individuos, pero nada permite esperar de cada uno de ellos la voluntad y espíritu de servicio que en principio evoca la ética pública. Por el contrario cada vez más se busca satisfacer el propio interés en perjuicio del interés general.

9. EL RETORNO DE LA CONFIANZA EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS

Históricamente la ética ha sido un instrumento poderoso que auxilia a la política para alcanzar su objetivo de ver por la pluraridad de intereses de los gobernados. La combinación ético-política es indispensable para la recuperación de la confianza de los ciudadanos, porque si bien la política delibera sobre lo que es mejor o peor para la sociedad corresponde a la ética moderar los deseos de los políticos y funcionarios preocupándose por el bien general.

La política implica deliberación permanente sobre los deberes para la vida pública por lo que tiene una esencia ética irrenunciable. Así ética y política se mueven dentro de una misma dimensión.

La política no puede operar acertadamente sin la ética. Son los ojos de un mismo rostro. De ahí que al faltar uno, la visión se torna incompleta, se impide ver el horizonte, generando que el cuerpo político tropiece y pierda la credibilidad ciudadana. Ante la situación de turbulencia por la que atraviesan algunos gobiernos de distintos países del mundo al verse sumergidos en escándalos de corrupción se hace necesario el rescate de los valores éticos en política y en la administración pública. Y qué mejor que volver al origen, a los clásicos. Ya en 1982, el filósofo anglosajón, MacIntire (24). Las antiguas culturas nos dejaron testimonios muy valiosos en esta materia.

El Código de Hammurabi, quien fuera rey de Babilonia y unificador de toda Mesopotamia en el siglo XVIII a. C. es un documento histórico que señala los principios que debían guardar los ocupantes de cargos públicos publicó su libro "Tras la Virtud", en el que criticaba duramente al liberalismo, como causante de la actual situación de desconcierto moral y plantea un retorno a la tradición aristotélica de las virtudes. "La ética griega era una ética del carácter, que se va forjando a través de las virtudes que las personas adquieren por repetición de elecciones y las personas saben que virtudes deben adquirir porque son las que necesita para sobrevivir la comunidad política de la que son miembros. El mundo ético es entonces un mundo ordenado, en el que las gentes tienen razones para cultivar unas virtudes que su comunidad necesita en un mundo racional" (14).

Es importante, dignificar a la política y rescatar su verdadero u original significado. Hoy en día, en el pensamiento general, la política suele ir acompañada de una connotación negativa resultado de fondos que se desvían, metas que no se alcanzan, promesas que no se cumplen, ayudas económicas que se desvanecen y por tanto aumenta la desconfianza. No obstante, conviene no

olvidar que el verdadero sentido y significado de la política es positivo.

En palabras de Vaclav (19), expresidente de la República Checa: "La política es un sector de actividades humanas que plantea mayores exigencias al sentimiento moral, a la capacidad de entender el alma de los otros, al sentido de la medida y de la humildad. Es una dedicación para personas que no se dejan engañar... Todos lo que afirman que la política es un asunto sucio mienten. La política es sencillamente un trabajo que requiere personas especialmente puras, porque resulta muy fácil caer en la trampa. Una mente poco perspicaz ni siquiera se dará cuenta. Por tanto, tienen que ser especialmente vigilantes los que se dediquen a la política, personas sensibles al doble sentido de la auto confirmación existencial que de ella se desprende."

La vida pública plantea exigencias de comportamiento ético porque implica conocer y entender el alma humana. La ética en la vida pública es un producto de primera necesidad. "sin ella no funcionarían las grandes instituciones del mundo moderno y posmoderno, es decir, el Estado, la economía y la empresas, las actividades profesionales y del "tercer sector" o "sector social" (14). Las actividades de las instituciones públicas tienen una dimensión ética en tanto que afectan a las personas y sirven al desarrollo humano. Existe en el personal del servicio público un potencial inmenso que es el saber que se está sirviendo a una causa de sentido colectivo. Dicho potencial enfatizado mediante una adecuada política de personal acompañada del fortalecimiento de valores éticos es indispensable para recuperar la confianza en las instituciones.

Es importante saber, si se quiere recuperar la confianza en las instituciones, cuales son las causas por las que ésta se ha perdido. En general, hay desconfianza porque se pierde la credibilidad.

Cuando se miente, se promete y no se cumple, cuando existen necesidades que nunca son satisfechas el ciudadano deja de confiar. Ante las situaciones de incertidumbre, no bastan las reglas y las recetas miopes, las solas técnicas son insuficientes, es necesaria una ética pública que cuente con el atractivo suficiente como para motivar a actuar según un principio de justicia y de solidaridad universal. "La confianza entre las instituciones y las personas no se logra multiplicando los controles, sino reforzando los hábitos y las convicciones. Esta tarea es la que compete a una ética de la administración pública; la de generar convicciones, forjar hábitos, desde los valores y las metas que justifican su existencia" (14).

La ética aplicada a la función pública implica servicio a la ciudadanía, es además un importante mecanismo de control de la arbitrariedad en el uso del poder público, un elemento clave para la creación y el mantenimiento de la confianza en la administración y sus instituciones al elevar la calidad de la administración pública mediante la conducta honesta, eficiente, objetiva e íntegra de los funcionarios en la gestión de los asuntos públicos. En tanto no se logre un cambio verdadero y profundo en el pensamiento no se podrá recuperar la confianza en el servicio público.

La ética no puede ser ignorada por los gobernantes pues ella orienta hacía lo que es conveniente y justo para la comunidad política. Auxilia en la toma de decisiones, ejercita la mente mediante la deliberación. Es un pilar en el actuar. Indica qué es lo que debe hacerse y qué omitirse, resuelve dudas, aconseja, presenta principios, da sabiduría, entendimiento, prudencia, ecuanimidad, capacidad de juicio en la toma de decisiones. La combinación de los conocimientos éticos aunados a los políticos da por resultado personas íntegras con sólidos principios, responsables para el trabajo y con respeto por el cargo. Es el equilibrio o justo medio de que hablaban los griegos.

Los valores éticos insertados en las personas que operan en el ámbito público y cultivado de manera adecuada coadyuvan a que la función pública sea más eficiente. De igual manera ayudan a reivindicar la imagen del funcionario, del gobernante, del político y en general de aquellos que se encuentran en el ámbito de acción del ser-

vicio público. Ningún gobierno tendrá verdadero éxito en la realización de sus objetivos si antes no integra la ética en la formación de su personal.

Todo Estado cuenta con políticos que tienen por función gobernar aunque algunos lo hacen bien y otros no tanto. La diferencia entre unos y otros radica en que aquellos que lo hacen bien es porque cuentan en sus filas con personas que poseen conciencia, libertad, decisión, carácter, autoridad es decir principios y valores.

Finalmente, convendría recordar las palabras del sabio Confucio sobre la manera de actuar de un buen gobernante: "El gobernante se haya obligado, sobretodo, a perfeccionar su inteligencia y su carácter para conseguir la virtud; si obtiene la virtud recibirá el afecto del pueblo; si goza del afecto del pueblo, su poder se extenderá por toda la región; si ha adquirido el poder sobre la región, le resultará fácil alcanzar la prosperidad del Estado" (25).

CONCLUSIÓN

Para que las Políticas Públicas surtan el efecto deseado se deben desarrollar en todas sus fases atendiendo a siete estrategias universales, que deben ser recordadas por todo servidor público. Son las siguientes:

Primera. Coordinación intra y extra sectorial, la cual debe hacerse involucrando a todos los organismos posibles tanto dentro de un sector determinado como fuera del mismo de manera que participen con alianzas y acuerdos elementos de los sectores público social y privado y de los niveles federal, estatal y municipal;

Segunda: Planeación con enfoque de riesgo, la cual debe incluir la priorización de los asuntos, tomando como base los intereses y necesidades del conjunto de la sociedad civil;

Tercera: Información a la población, la cual debe ser congruente, veraz, suficiente, oportuna y periódica, para que esté al tanto de los acontecimientos y pueda participar tanto en forma deliberativa como operativa en todas las etapas de cumplimiento de las Políticas Públicas;

Cuarta: Capacitación en asuntos específicos, que debe ser impartida por expertos en los diversos temas; dicha capacitación debe darse a los actores y participantes, tanto directos como indirectos, es decir, debe incluir a gobernantes y gobernados;

Quinta: promoción de ambientes adecuados y favorables para la acción de las Políticas Públicas, que debe involucrar procesos diversos para sanear y depurar las agrupaciones mejorando la infraestructura, los procesos y los resultados;

Sexta: Vigilancia y monitoreo del impacto que se vaya logrando mediante encuestas de opinión, entrevistas a líderes y otros mecanismos que permitan ir captando desviaciones y aplicar oportunamente las medidas correctivas necesarias; y

Séptima: Seguimiento y Evaluación, que debe manejar la captación y análisis de los indicadores tanto de desempeño de los actores, como también los índices de impacto social.

En relación con la ineficiencia o no eficiencia primero definiremos el concepto de eficiente recordando que es un término económico que se refiere a la ausencia de recursos productivos ociosos, es decir, a que se están usando de la mejor manera posible los factores en la producción de bienes o servicios. Ineficiencia es el estado que se genera cuando hay recursos que no están siendo utilizados, o que están siendo utilizados, pero no al máximo, en la producción de bienes o servicios, pero que podría mejorar su uso, entonces se dice que se está haciendo un uso ineficiente de los recursos productivos.

Las Políticas Públicas fracasan debido principalmente a cuatro tipos de errores en su aplicación: 1) Hay ineficiencia, es decir, que los recursos se manejan de tal forma que no están siendo aprovechados correctamente; 2) No se cumplen los objetivos para los que fueron diseñadas las Políticas Públicas, lo cual es indicativo de que no surtieron el efecto deseado; 3) No se aplica en el contexto del sistema de gobierno los indicadores econométricos de manera

eficaz, lo cual hace que aunque las Políticas Públicas se apliquen de manera correcta, no se tenga el éxito esperado; y 4) Los estándares de calidad en el manejo de las Políticas Públicas son tan bajos que se pone de manifiesto una incorrecta aplicación de las Políticas Públicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Kostka Fernández E. Políticas Públicas. En Román Reyes (Dir): Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Terminología Científica Social, Tomo 1/2/3/4, Ed. Plaza y Valdés; Madrid México, 2009. Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/P/politicas_publicas_b.htm
2. Thoenig Jean-Claude. (1997). Gestión y política pública 6 (1): 19-37.
3. Dror Y. (2005). Las deficiencias en la enseñanza de Políticas Públicas. Revista de Administración Pública. Material didáctico de la materia Políticas Públicas. Capturado en 2008. pp. 239-246.
4. Wildavsky A. 1969. Rescuing policy, analysis from PPBS. Public Administration Review 29 (2): 189-202.
5. Dunn W. Public Policy Analysis: An introduction, 3rd ed., New Jersey, Pearson Prentice Hall, 2004.
6. Aguilar L. Marco para el análisis de las políticas públicas. En Mariñez, Freddy y Garza Vidal. Política pública y democracia en América Latina del análisis a la implementación. Porrúa, México, D.F. 2009.
7. Lasswell H. La orientación hacia las políticas. Ed. Porrúa. México. 1951, p. 80.
8. Aguilar L. Recepción y desarrollo de la disciplina de Política Pública en México. Un estudio introductorio. En Sociológica, año 19, número 54, enero-abril de 2004, pp. 15-37.
9. Roth A. Políticas Públicas: formulación, implementación y evaluación. Ediciones Aurora. Bogotá Colombia. 2002, p. 27.
10. Flyvjerg B. Making Social Science Matter. Reino Unido: Cambridge University Press. 2001. p. 450.
11. Martínez M. La ética, nuevo objetivo de la gestión pública en Gestión y Análisis de Políticas Públicas. Nº 10. Septiembre – Diciembre de 1997. INAP. Madrid. pp. 19-32.
12. OCDE. Recomendación del Consejo sobre el mejoramiento de la conducta ética en el servicio público, en: Las reglas del juego cambiaron, la lucha contra el soborno y la corrupción, París. 1997.
13. Kung H. Proyecto de una ética mundial, Editorial Trotta, Madrid, 1991.
14. Cortina A. Hasta un pueblo de demonios; Editorial Taurus, Madrid. 1998, p. 64-160.
15. Aristóteles. Política. Editorial Aguilar; Madrid; 1982.
16. Weber M. El político y el científico. Alianza editorial, Madrid, 1984.
17. Camps V. La ética en una cultura posfilosófica. Leviatán revista de hechos e ideas; 1985 (20), pp. 79-83.
18. Marina J A. Ética para Náufragos. Editorial Anagrama; Barcelona, 1995.
19. Vaclav H. Adiós a la política, Editorial Nueva Imagen, México, 2002.
20. Hobbes Thomas. El tratado sobre el ciudadano. Madrid, Trotta. 1999, p. 61.
21. Platón. Diálogos. Obra completa en 9 volúmenes. Volumen IV: República. Madrid. 2003.
22. Marcos P. Cartas Mexicanas, Editorial Nueva Imagen, México. 1985.
23. Plutarco. Vidas paralelas. Editorial Porrúa, México. 1982.
24. Mac Intire A. Tras la virtud, Editorial Crítica, Barcelona, 2001.
25. Confucio Mencio. Los cuatro libros. Prólogo, Traducción y Notas: Joaquin Pérez Arroyo. Ediciones Alfaguara, Madrid. Primera edición, Madrid: 1981.

Revista Científica
Hospital Coromoto
Vol. 2 Nº 2, Julio-Diciembre 2013: 85 - 92
ISSN 2343-5860 ~ Depósito legal pp 201202ZU4114

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO PARA EL CONTROL DE LAS MANIFESTACIONES BUCALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON VIH-SIDA

Dental Treatment for the Control of Oral Manifestations in Children and Adolescents with HIV-Aids

MARILUZ BENITO-URDANETA[1]*, MARISOL BENITO-URDANETA[2], CECILIA BERNARDONI-SOCORRO[3], THAIS ROJAS MORALES[1], NANCY RIVERA[4], HECTOR VILLALOBOS[5], ARELIS LLERAS[5] Y MARÍA EUGENIA VIZCAÍNO[4]

[1]*Instituto de Investigaciones de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela.* [2]*Postgrado de Periodoncia de la División de estudios para graduados de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela.*
[3]*Cátedra de Medicina Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela.*
[4]*Postgrado de Odontopediatría de la División de estudios para graduados de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela.*
[5]*Fundación Innocens. Hospital Universitario de Maracaibo. Zulia-Venezuela.*
**mariluzbenito76@gmail.com*

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo determinar la efectividad del tratamiento odontológico en la frecuencia de aparición de manifestaciones bucales asociadas al VIH-SIDA. Se trata de un diseño cuasi experimental de tipo prepost. La muestra estuvo constituida por 22 niños y adolescentes entre 3 y 13 años. Las evaluaciones clínicas fueron realizadas al inicio del estudio ó condición basal (T_0) y a los 7 (T_1), 15 (T_2) y 30 (T_3) días después de la aplicación del tratamiento. Se registraron las manifestaciones bucales asociada al VIH, el estado de la dentición y necesidades de tratamiento, la condición periodontal con el Índice gingival de Löe y Silness (IG) e Índice de placa de Silness y Löe (IP). Los resultados se analizaron empleando estadística descriptiva, test Macnemar y ANOVA. Un valor de P de <0,05 se consideró estadísticamente significativo. El 40% presentó al menos una manifestación bu-

cal en T_0 y 13, 63% en T_3. El 95,45% de los niños presentó caries dental, 86,36% inflamación gingival y 90,90% acúmulo de placa. La inflamación estuvo asociada con el acúmulo de placa ($p<0,001$) en T_0 y el comportamiento de la candidiasis y eritema gingival lineal fue el esperado al disminuir su frecuencia en T_1, T_2 y la ausencia de estas lesiones en el control a los 30 días. La aplicación de tratamiento odontológico oportuno puede contribuir a disminuir la frecuencia y severidad de las manifestaciones bucales asociadas al VIH, así como el trabajo en equipo multidisciplinario.

Palaras clave: Manifestaciones bucales, VIH-SIDA, tratamiento odontológico.

ABSTRACT

This work aims to determine the effectiveness of dental treatment on the occurrence frequency of oral manifestations associated with HIV/AIDS. It has a quasi-experimental design of the pre-post type. The sample included 22 children and teenagers between the ages of 3 and 13. Clinical evaluations were performed at the beginning of the study or basal condition (T_0) and at 7 (T1), 15 (T2) and 30 (T3) days after application of the treatment. Oral manifestations associated with HIV, treatment needs and the state of dentition, periodontal condition using the gingival Loe and Silness (IG) index and the Silness and Loe plaque index (PI), were recorded. The results were analyzed using descriptive statistics, the Macnemar test and ANOVA. A P-value of < 0.05 was considered statistically significant. For the sample, 40% presented at least one oral manifestation in T_0 and only 13.63% in T3. Among the children, 95.45% presented dental caries, 86.36% gingival inflammation and 90.90% accumulation of plaque. Inflammation was associated with plaque accumulation ($p <0.001$) at T_0. The behavior of candidiasis and linear gingival erythema was as expected, with decreasing frequency in T1, T2 and the absence of these lesions in control after 30 days. The application of appropriate dental treatment as well as multidisciplinary teamwork can help reduce the frequency and severity of oral manifestations associated with HIV.

Key work: Oral lesions, HIV-AIDS, dental treatment.

INTRODUCCIÓN

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), provoca la pérdida de la función inmunitaria, especialmente la coordinada por las células T cooperadoras (TCD4+), la cual trae como consecuencia infecciones oportunistas (1). Por otro lado, las lesiones orales en niños pueden presentarse junto con los signos y síntomas de la infección por VIH (2), siendo la candidiasis la manifestación más común (3-5) y considerada de valor pronóstico para la evolución de la enfermedad (6).

Las estrategias de abordaje odontopediatrico de la población con VIH-SIDA deben de ser integrales y multidisciplinarias (7), para prevenir y disminuir la alta morbilidad de las patologías de la cavidad bucal (8), con el propósito de mejorar la calidad de vida (7).

Shoen y col. (9) en un estudio que comparó las diferencias de la enfermedad periodontal entre niños VIH positivos y un grupo control sano, evidenció que existen mínimas diferencias entre los dos grupos, sin embargo, los niños VIH positivos tienen doce veces más acumulación de placa. Al evaluar el índice gingival, el índice de sangrado de la papila, la profundidad de la bolsa, recesión gingival y movilidad dental no se evidenció diferencias en el estado periodontal. Los investigadores explicaron que esto se debe a la medicación antibiótica y a los enjuagues bucales que los niños infectados con el VIH estaban tomando durante el estudio; concluyendo que los niños médicamente bien controlados al seguir un control médico re-

gular, pueden tener un periodonto saludable y estos no presentan riesgo a desarrollar enfermedad periodontal, mostrando condiciones parecidas a la de niños VIH negativos.

Se ha reportado que el porcentaje de caries en dentición primaria en niños con VIH es mayor y que esta incrementa con la disminución del porcentaje de CD4 evidenciándose un alto riesgo de caries dental al compararlos con niños VIH negativos(10), Chen y col. (11) al asociar parámetros de salud bucal con las manifestaciones bucales en niños VIH-SIDA, establecieron la relación de la candidiasis, ulceras aftosas, agrandamiento parotídeo, infecciones herpéticas junto altos índices de caries, inflamación gingival y acumulación de placa bacteriana; este estudio concluye que en aquellos niños con acceso limitado a cuidados médicos, la salud bucal es importante en la disminución del riesgo de las infecciones oportunistas.

El objetivo de este estudio fue determinar la efectividad del tratamiento odontológico preventivo en la aparición de manifestaciones bucales en niños y adolescentes con VIH-SIDA.

MATERIAL Y METODO

Pacientes: La población estuvo representada por los niños y adolescentes infectados con el VIH que acuden al Servicio de Odontopediatría del Hospital Universitario de Maracaibo (HUM). Se trata de un diseño cuasi experimental de tipo prepost. La muestra fue probabilística, estuvo constituida por 22 niños y adolescentes entre 2 y 14 años, seleccionados de manera aleatoria según la tabla de un números aleatorios de la población objeto de estudio y referidos por un pediatra infectólogo para su evaluación y tratamiento odontológico.

Criterios de Inclusión: Pacientes niños y adolescentes diagnosticados con VIH-SIDA (12); contagiados por transmisión vertical u horizontal con o sin tratamiento antiretroviral de alta eficacia, que seguían su control medico regular y sin ningún otro trastorno sistémico. Este estudio fue aprobado por el comité de ética del HUM de Maracaibo- Venezuela. Para ser admitidos en el estudio cada paciente o representante firmó un informe de consentimiento una vez explicado el propósito del estudio.

Procedimiento Experimental: A los niños y adolescentes se les realizó una evaluación clínica previa a la aplicación del tratamiento odontológico la cual fue realizada en un sillón odontológico bajo luz artificial, utilizando espejo, explorador número 5 y sonda periodontal de OMS, siguiendo las recomendaciones universales de bioseguridad (13).

La evaluación fue realizada por un residente de la maestría en Odontopediatría previo entrenamiento y calibración; la concordancia intraexaminador obtuvo un índice Kappa 0,64 para el índice de caries y 0,88 para el índice gingival. La valoración clínica de los pacientes involucrados en el estudio incluyó inspección y palpación de cabeza y cuello, registro de la lesiones de la cavidad bucal siguiendo los criterios de Ramos y col. (2), determinación de los índices de placa (IP) de Silness y Löe (14) y gingival (IG) de Löe y Silness (15), estado de la dentición y necesidades de tratamiento según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (16). Se practicaron cuatro evaluaciones clínicas: la primera ó condición basal (T_0) y posterior a la aplicación del protocolo odontológico se realizaron controles a los días 7(T_1), 15(T_2), 30(T_3).

El tratamiento odontológico abarcó tres aspectos: 1) Educación al paciente y sus padres o representantes durante T_0, T1, T_2, T_3 que incluyó charlas sobre la necesidad de mantener la salud bucal para mejorar la calidad de vida (7), crear hábitos alimenticios saludables, valorar la salud y mantenimiento de la dentición primaria, instrucciones de higiene bucal, el uso de agentes como el fluor en la prevención y tratamiento de la caries y la necesidad de tratamiento odontológico periódico. 2) Enseñanza de la técnica de cepillado; la misma fue supervisada por el residente de Odontopediatría ante el representante del

niño, indicándosele la supervisón en el hogar. 3) Control de la Infección dento-bacteriana que consistió en los siguientes procedimientos: a) Control de placa a través de higiene bucal, cepillado dental la cual se realizó durante T_0 y las sesiones de saneamiento de la cavidad bucal. b) Saneamiento de la cavidad bucal la cual consistió en la remoción del tejido cariado de la piezas dentales con esmalte socavado y dentina reblandecida, la colocación de cemento de ionomero de vidrio sobre la superficie dental cavitada.

Si durante el procedimiento de saneamiento hubiese exposición pulpar o cuando clínicamente se apreció que la lesión cariosa estaba afectando la pulpa dental, dolor de larga duración espontáneo o provocado y la presencia de fístula se procedió a la realización de tratamiento endodóntico. La eliminación de restos radiculares formó parte de los procedimientos de saneamiento de la cavidad bucal, el cual se realizó en un numero de de 2 a 4 citas, antes de la realización de los controles T1, T_2, T_3. Aquellos pacientes que ameritaban tratamientos endodontico y quirúrgico, adicionalmente a la evaluación clínica se le realizaron, exámenes de laboratorio, ínterconsultas; adicionalmente la profilaxis antibiótica estuvo basada en el contaje de neutrofilos (17). c) Aplicación de cariostáticos como el fluorofosfato acidulado al 1.23% en gel en condiciones basales y en la etapa de saneamiento básico para el tratamiento y prevención de la caries dental.

Análisis Estadístico: Los resultados sobre las características epidemiológicas y las manifestaciones bucales en los pacientes pediátricos con VIH, se expresaran como valores absolutos y porcentajes, realizando un análisis de frecuencia; mientras que el índice de placa, índice gingival, estado de la dentición y necesidades de tratamiento se mostrarán en valores promedios más o menos una desviación estándar y para la comparación de el grado de inflamación gingival y el acumulo de placa antes y después de la aplicación del tratamiento odontológico se utilizó Test de Mcnemar. Para compararel IP e IG a los T_0, T1, T_2, T_3 días se realizó ANOVA empleando $p<0,05$ como la menor probabilidad.

RESULTADOS

Las características epidemiológicas de los pacientes estudiados fueron las siguientes: Promedio de la edad 6.71 años (rango 2 a 14 años); el sexo masculino 54,54% mientras que el femenino fue de 45,45%. El 77,27% de los niños estudiados se contagió por la vía vertical y 90,90% de los niños estaba bajo tratamiento antiretroviral de alta eficacia. Los pacientes presentaron un promedio de 894,33±416,30 linfocitos CD4 por mm^3 de sangre, 72,72% sin evidencia de inmunosupresión, 9,09% moderada y 13,63% severa; mientras que la carga viral fue de 3812,33± 6817,11 por mm^3 de sangre.

El 95,45% de los niños estudiados presentaron caries dental. Al evaluar el estado de la dentición (Tabla 1) se evidenció que el promedio de dientes cariados fue de 4,80±3,14 cifra similar al número de dientes que ameritaban saneamiento. En cuanto a las necesidades de tratamiento, la endodoncia y exodoncia fueron los tratamientos menos indicados.

El tiempo transcurrido después de la implementación del tratamiento odontológico entre T_0 y T_1 fue de 21,95±19,92 días.

La inflamación gingival se presentó en 86,36% de la muestra estudiada mientras que el 90,90% presentó acumulo de placa bacteriana; reportándose una disminución del IG e IP en las evaluaciones a los T1, T_2, T_3, no se observaron diferencias estadísticas significativas.

Cuando se relacionó la presencia de placa con la inflamación gingival en los niños y adolescentes VIH positivos, esta fue significativa ($p<0,05$) en las condiciones basales sin embargo este comportamiento no se observó para T_1, T_2, T_3.

El 40,90% de los niños y adolescentes estudiados presentaron en condiciones basales una manifestación bucal, la candidiasis fue de tipo asin-

TABLA 1
ESTADO DE LA DENTICIÓN Y NECESIDADES DE TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON VIH-SIDA

Estado de la Dentición	Promedios de Dientes	Necesidad de tratamiento	Promedio de dientes
Sanos	14,52±4,30	Ninguno	12,38±5,11
Cariados	4,80±3,14	Saneamiento	4,28±3,18
Obturado cariado	0.23±0,70	Sellantes	3,66±3,21
Obturado no cariado	1,80±2,61	Prótesis	0,42±1,12
Perdidos	0,42±1,28	Endodoncia	0,33±0,91
No erupcionados	0,09±0,30	Exodoncia	0,28±0,78
Total dientes	22,47±3,28	Corona ó retenedor	0,23±0,88

tomático siendo la manifestación más común con el 22,27% de los casos, seguida por el agrandamiento parotídeo con menos distribución en el 13,63% de los pacientes, 9,09% eritema gingival lineal y 4,54% ulceras aftosas. Cuando se relacionó el estado de la dentición con las manifestaciones bucales presentes en los pacientes con VIH, se observó un promedio de dientes cariados ligeramente superiores en los individuos con manifestaciones bucales; sin embargo, esta relación no fe estadísticamente significativa.

Al evaluar las manifestaciones bucales de los tejidos blandos de los niños y adolescentes con VIH después de la aplicación del tratamiento odontológico se pudo apreciar que el comportamiento de la candidiasis y el eritema gingival lineal fue l esperado al disminuir su frecuencia en T_1 y T_2 y la ausencia de las lesiones al T_3. El resto de las manifestaciones de los tejidos blandos no presentaron el mismo comportamiento, tal como, se muestra en la Tabla 2.

DISCUSIÓN

En este estudio los hallazgos referentes a la experiencia de enfermedad de caries dental muestran un alto porcentaje de individuos afectados, mayores a lo reportado por Hicks y col. (10) en poblaciones pediátricas infectadas con VIH. En cuanto al estado de la dentición los componentes cariados y obturados nuestros resultados fueron mayores respecto a los reportados por la OPS/OMS en la población pediátrica venezolana sana con dentición primaria(18), presentándose un índice de caries en un promedio de tres dientes afectados y en dentición permanente el promedio de CPOD hasta los ocho años de edad es inferior a uno; adicionalmente la agresividad de la caries dental se evidenció al presentar un promedio de dientes cariados mas elevado a los reportado en otros estudios donde se evaluaron índices CPOD y ceo de pacientes con VIH (10,11) esto pudo ser debido a la ingesta de drogas antiretrovirales suministradas en forma de jarabes azucarados; y hábitos orales inadecuados.

En relación a las necesidades de tratamiento en la muestra de estudio de la presente investigación los tratamientos endodónticos y las exodoncias fueron los procedimientos odontológicos menos realizados cuando se comparan con lo reportado por Flaitz y col. (19), quienes estudiaron 173 niños VIH positivos durante un periodo de 8 días donde realizaron diversos procedimientos odontológicos, dentro de los cuales, la exodoncia fuel el mas común de los tratamientos realizados, seguida de la obturaciones con amalgama, lo cual pudiera ser explicado al considerar la atención odontológica periódica que reciben los pacientes

TABLA 2
MANIFESTACIONES BUCALES DE LOS TEJIDOS BLANDOS ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON VIH-SIDA.

Manifestación Bucal	T_o Basal	T_1 7 Días	T_2 15 Días	T_3 30 Días
IG	86,36% (19)	68,18% (15)	54,54% (12)	40,90% (9)
IP	90,90% (20)	72,72% (16)	54,54% (12)	50% (11)
Candidiasis	22,72% (5)	13,63% (3)	4,54% (1)	0
Ulceras	4,54% (1)	9,09% (2)	4,54% (1)	0
Eritema	9,09% (2)	4,54% (1)	4,54% (1)	0
A. Parotídeo	13,63% (3)	4,54% (1)	9,09% (2)	4,54% (1)
Herpes	0	4,54% (1)	0	0

IG: Índice de Gingival
IP: Índice de Placa
*Los valores entre paréntesis corresponde al número de casos.

que acuden al HUM, lo que permite intervenir oportunamente sobre las consecuencias de la enfermedad caries dental.

La alta frecuencia de la gingivitis evidenciada en este estudio coincide con los datos reportados por Vierla y col. (20) aunque diferimos en cuanto al grado de severidad de la lesión, ya que, la mayoría de los niños estudiados tenían grados de inflamación leve con acumulo leve de placa bacteriana. Al mismo tiempo, los datos coinciden con los reportados en un estudio en población preescolar de niños sanos (21) donde se evaluó la participación de los padres en los cuidados de salud bucal, evidenciándose con este hallazgo como la intervención preventiva oportuna de los pacientes con VIH, propuesta en la presente investigación, nos permite mantener el IP e IG en los rangos observados en pacientes sanos.

En este sentido, un estudio longitudinal llevado a cabo pos Choen y col. (9) quienes estudiaron niños VIH positivos y controles sanos en los cuales no se realizó intervención de tipo preventiva odontológica como enseñanza de la técnica de cepillado y en el cual los niños fueron referidos al odontólogo para realizar tratamiento requerido, reportó un aumento de los índices de placa, gingival y hemorragia al sondeo, al comparar las condiciones basales y control realizado a los dos años.

Nuestro resultados evidenciaron que la presencia de inflamación no estuvo asociada con la placa dental durante los controles a los T1, T_2, T_3, se ha reportado la asociación entre gingivitis y placa con el estado inmune del niño infectado con VIH y la lenta progresión de la infección (22), por lo que otros factores como el grado de inmunosupresión y no soloel acumulo de placa parecieran producir en estos niños la presencia de inflamación gingival. Adicionalmente nuestros resultados podrían apoyar las conclusiones de Chen y col. (11), quienes estudiaron la relación entre dos grupos niños VIH positivos con tratamiento y sin tratamiento

antiretroviral con los IG e IP se observó diferencia estadísticas significativas cuando se relacionaron estos dos parámetros, en este sentido solo uno de los pacientes incluidos en este estudio no se encontraba bajo tratamiento antiretroviral.

En términos generales la prevalencia de las manifestaciones bucales en la población estudiada fue menor que la descrita en diversos estudios (2, 19,23-29), esto pudiera ser explicado por varias razones, el tamaño de la muestra. La mayoría de ellos se encontraban bajo tratamiento antiretroviral de alta eficacia con una duración de más de un año, al control médico odontológico, apoyando reportes de otras investigaciones (7) donde concluyen que la intervención odontológica en forma preventiva, el acceso a cuidados médicos y el trabajo en equipo pueden contribuir a las disminución de la prevalencia de las manifestaciones bucales en niños y adolescentes infectados con VIH, así como también prevenir, eliminar factores de riesgo para las lesiones comunes como la candidiasis, ya que existe gran evidencia que establece que el uso prolongado y crónico de medicación antifúngica, tiene sus desventajas como son la resistencia, toxicidad y efectos en el sistema inmune inmaduro del niño.

Al relacionarse el estado de la dentición con las manifestaciones bucales presentes en los pacientes con VIH, se observó un promedio de dientes cariados ligeramente superiores en los individuos con manifestaciones bucales, los cuales a pesar de no evidenciar diferencias significativas, probablemente el tamaño de la muestra, este hallazgo apoya lo reportado en la literatura, en cuanto a la relación que existe entre los índices de caries y la presencia de infecciones micóticas, agrandamientos parotídeo, infecciones herpéticas y ulceras aftosas (11).

En conclusión la educación y aplicación de técnicas preventivas, control de infección dentobacteriana así como los controles medico odontológicos de forma rutinaria pueden repercutir de manera importante en la disminución de la morbilidad de las lesiones bucales e índices periodontales como se evidenció en este estudio con la candidiasis y el eritema gingival lineal por lo que la intervención del odontopediatra junto al equipo de salud es necesaria para disminuir las lesiones ampliamente asociadas al VIH-SIDA pediátrico.

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico de la Universidad del Zulia por el financiamiento de esta investigación; a la Fundación Innocens y al servicio de Odontopediatría del Hospital Universitario de Maracaibo-Venezuela.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Levy J.A. HIV Pathogenesis: Knowledge Gained alter two decades of Research. **Adv Dent Res** 2006; 19:10-16.
2. Ramos-Gomez FJ, Flaitz C, Catapano P, Murray P, Milnes AR, Dorembaum A. Classification, diagnostic criteria, and treatment recommendations for orofacial manifestations in HOV-infected pediatric patients. Collaborative Workgroup on Oral Manifestations of pediatric HIV Infection. J Clin Pediatr Dent 1999; 23 (2): 85-96.
3. Barasch A, Safford MM, Catalanotto FA, Fine DH, Katz RV. Oral soft tissue manifestations in HIV-positive vs. HIV-negative children form an inner population: a two-year observational study. Pediatr Dent 2000; 22 (3): 215-20.
4. Katz MH, Mastrucci MT, Leggott PJ, Westenhouse J, Greenspan JS, Scott GB. Prognostic significance of oral lesions in children with perinatally acquired immunodeficiency virus infection. Am J Dis Child 1993; 147 (1): 45-8.
5. Ketchem L, Berkowitz RJ, Melleveen L, Forrester D, Rakusan T. Oral findings in HIV-seropositive children. Pediatr Dent 1990; 12 (3): 143-6.
6. Kozinetz CA, Carter AB, Simon C, Hicks MJ, Rossmann SN, Flaitz CM, et al. Oral manifestations of pediatric vertical infection. AIDS Patient Care STDS 2000; 14 (2): 89-94.
7. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century the approach of the WHO Global Oral Health

Programmed. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31 (Suppl 1): 3-23.
8. Hodgson TA, Naidoo S, Chidzonga M, Ramos-Gomez F, Shiboski C.(A1) Identification of Oral Health Care Needs in children and Adults. Management of Oral Diseases. Adv Dent res 2006 April; 19: 106-17.
9. Shoen DH, Murray PA, Nelson E, Catalonotto FA, Katz RV, Fine DH. A comparison of periodontal disease in HIV-infected children and peers: a two year report. Pediatr Dent 2000; 22 (5): 365-9.
10. Hicks J, Flaitz CM, Carter B, Cron S, Rossmann S, Simon C, et al. Dental Caries in HIV-infected children: A longitudinal study. Pediatr dent. 2000; 22(5):369-364.
11. Chen JW, Flaitz C, Wullbrandt B, Sexton J. Association of dental health parameters with oral lesion prevalence in human immunodeficiency virus-infected Romanian children. Pediatr Dent 2003; 25 (5): 479-84.
12. Hussey GD, Reijnhart RM, Sebens AM, Burgess JJ, Schaaf S, Potgieter S. Survival of children in Cape Town knows to be vertically infected with HIV-1. S Afr Med J 1998 May; 88 (5): 554-8.
13. Molinari JA. Dental Infection control at the year 2000. Accomplishment recognized JADA 1999; 130 (9): 1291-1298.
14. Silness J, Löe H. periodontal Disease in Pregnancy II. Correlation Between oral Hygiene and Periodontal Condition. Acta Odontol Scand 1964 Feb; 22: 121-35.
15. Löe H; Silnees J. Periodontal disease in pregnancy I. prevalence and severity. Act Odont Scand 1963 Dec; 21: 533-51.
16. World Health Organization. Oral Health surveys: Basic methods. Fourth edition. Geneve: WHO; 1997.
17. De Paola LG. Managing the care of patients infected with booldborne diseases. JADA 2003; 134 (3): 350-357.
18. OPS/OMS. Resumen del Análisis de Situación y tendencias de Salud. Venezuela. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp_862.htm. Consultado en Junio 3 2007.
19. Flaitz C, Wullbrandt B, Sexton J, Bourdon, Hicks J. Prevalence of orodental findings in HIV-infected Romanian children. Pediatr Dent 23 (1): 44-50.
20. Vierla AR, Ribeiro de Souza IP, Modesto A, Castro GF, Vienna R. Gingival status of HIV-positive children and the correlation with caries incidence and profile. Pediatr Dent 1998; 20 (3): 169-72.
21. Navas R, Alvarez CJ, Rojas-Morales T, Zambrano O. Metodología estratégica para la participación de los padres en los cuidados de salud bucal de niños preescolares. Ciencia Odontológica 2005; 2 (1): 22-33.
22. Flanagan MA, Barasch A, Katz RV, Koenigsberg SR, Fine D, Houpt M. Prevalence of oral soft lesion in HIV-infected minority children treated with highly active antiretroviral therapies. Pediatr Dent. 200; 22(4): 287-91.
23. Beyene H, Moss W. Clinical and epidemiological features of HIV-1 seropositive hospitalized Ethiopian children. Ethiop Med J 1991 April; 29 (2): 57-61.
24. Nedelcu I. AIDS in Romanian. Am J Med Sci 1992 Sep; 304 (3): 188-191.
25. Santos LC, Castro GF, de Souza IP, Oliveira RH. Oral manifestations related to immunosupression degree in VIH-positive children. Braz Den J 2001; 12 (2): 135-08.
26. Magalhaes MG, Bueno DF, Serra E, Goncalves R. Oral manifestations of HIV-positive children. J Clin Pediatr Dent 2001; 25 (2): 103-6.
27. Coll P, Casariego Z, Luccarini M, Lattner J, Cahn P. Oral Pathology in pediatric HIV+ patients in Argentina. Int Conf AIDS. 1994 Aug7-12; 10:258.
28. Khongkunthian O, Grote M, Isaratan W, Piyaworawong S, Reichard PA. Oral manifestations in 45 HIV positive children from northern Thailand. J Oral Pathol Med 2001; 30(9): 549-52.
29. Benito-Urdaneta M, Rojas Morales T, García T, Villalobos H, Rivera N, Bernardoni C, Benito-Urdaneta M. Relación entre las manifestaciones bucales asociadas al VIH-SIDA pediátrico y las categorías clínicas inmunológicas. Ciencia Odontológica. 2005; 2(1): 34-41.

CARTA AL EDITOR

FACTOR DE CRECIMIENTO DERIVADO DE LAS PLAQUETAS: MEDIADOR SOLUBLE CLAVE DEL PLASMA RICO EN PLAQUETAS (PRP)

MACZY GONZALEZ Msc.

Del PDGF y sus isoformas más conocidas (PDGFAA, PDGFBB, PDGFAB, PDGFCC y PDGFDD), se sabe que fueron purificados por Antoníades empleando electroforesis en 1981, se encuentran en elevadas concentraciones en las plaquetas, en los macrófagos activados, células endoteliales vasculares y en menores concentraciones en otros tejidos tales como: osteoblastos, condrocitos, fibroblastos. El PDGF es una proteína catiónica termoestable con un PM de 30-40 Kd, es un dímero compuesto por dos cadenas peptídicas iguales o diferentes unidas por puentes disulfuro, cuya estructura tridimensional es similar al VEGF y al TGFâ (Factor transformante beta). La principal fuente de este FC son las plaquetas donde está almacenado en los gránulos á y se libera cuando las plaquetas se agregan y se inicia la activación del sistema de la coagulación (1, 2).

La función principal del PDGF es promover la quimiotaxis, es secretado por las plaquetas en el callo en el lugar de la lesión de fractura, además puede estimular el reclutamiento, proliferación, y sobrevivencia de células mesenquimales, células del músculo liso, endoteliales, fibroblastos, y otras células reparadoras; así mismo, inicia la angiogénesis del complejo capilar en procedimientos que involucran la colocación de un injerto, por vía indirecta a través de los macrófagos que actúan sobre las células endoteliales. Sin embargo, su función angiogénica es más débil de la desarrollada por VEGF. El efecto mitogénico sobre los osteoblastos es el reflejo de su acción primaria en el hueso (2,3).

En el proceso de regulación de la organogénesis durante la gestación, juega un importante rol durante el desarrollo embrionario y los mecanismos de remodelación de todos los tejidos (formación de colágeno tipo I). Por esta razón, el PDGF tiene un papel crítico en los mecanismos de cicatrización fisiológica donde además estimula a los macrófagos para que secreten otros Factores de Crecimiento necesarios para la reparación de tejidos, así como puede participar en la patogénesis de la ateroesclerosis, y otras enfermedades fibroproliferativas, tales como Mielofibrosis, esclerodermia y Fibrosis renal o pulmonar, entre otras condiciones fibróticas (2, 3).

El PDGF esencial en el PRP porque es el que se secreta en mayor concentración, ya que sus fuentes celulares son muy diversas; por otro lado, las plaquetas son particularmente ricas en este FC. Su secreción durante la agregación plaquetaría y coagulación puede llegar a estimular la quimiotaxis y la multiplicación celular, de allí su rol protagónico en el proceso de regeneración tisular y cicatrización (3, 4).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Antoníades HA. (1981). Human platelet-derived growth factor (PDGFBB): Purification of PDGFBB-I and PDGFBB-II and separation of their reduced subunits (fibroblast growth factor/platelets/polypeptide hormones). Proc. NatL Acad Sci. USA. 78 (12): 7314-7317.
2. González LJ. Plasma Rico en plaquetas. (2006). Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac 28: 89-99.
3. Beca T, Hernández G, Morante S, Bascones A. (2007). Plasma rico en plaquetas. Una revisión bibliográfica. Av Periodon Implantol 19 (1): 39-52.
4. Laila J. Reigstad, Jan E. Varhaug y Johan R. Lillehaug. (2005). Structural and functional specificities of PDGF-C and PDGF-D, the novel members of the platelet-derived growth factors family. FEBS Journal 5723-5741.

HOSPITAL COROMOTO

Revista Científica Hospital Coromoto

Contenido Acumulado
Vol. 2. N° 1 y 2 (2013)

EDITORIAL. Infección por VPH: tiempos de nuevas interpretaciones? 5

EDITORIAL. Ciencia para la Construcción de la Patria 53

ARTÍCULOS

ANTICUERPOS ANTI-C1q EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y PRESENCIA CLÍNICA DE NEFRITIS LÚPICA
Anti-C1q Antibodies in Patients With Systemic Lupus Erythematosus and Clinical Presence of Lupus Nephritis
Greysi Virla, Ernesto García Macgregor, Jesús Virla Merchán, Mery Guerra Velázquez, Alexander Gómez, Maczy González 11

QUISTE COLOIDE DEL TERCER VENTRÍCULO. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA
Third Ventricle Colloid Cysts. Two Cases Reported and Review of the Literature
Olmedo Ferrer-O., Armando Hernández-P., Yenny Ferrer, Arelis Ferrer, Juan Diego Flores F.; Yuseppi Ferrer, Marisol Cepeda, Daniel D. García F., Nubia Mackensie 19

CONCENTRACIONES DE MAGNESIO SÉRICO E INTRAERITROCITARIO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL
Erythrocyte and Plasmatic Magnesium Levels in Patients With Hypertension
Yenny Ferrer Ocando, Carolina Luengo, Olmedo Ferrer Ocando, Juan Diego Flores Ferrer, Arelis Ferrer Ocando y María D. Márquez González 25

PLASMA RICO EN PLAQUETAS COMO MEDIDA HEMOSTÁTICA EN PACIENTES CON HEMOFILIA (MARACAIBO-VENEZUELA)
Platelet-Rich Plasma as a Hemostatic Measure in Patients With Hemophilia (Maracaibo, Venezuela)
Mariluz Benito Urdaneta, Marisol Benito Urdaneta, Melvis Arteaga-Vizcaíno, Cecilia Bernardoni-Socorro, Saul Pereira, Huel Albarbour 33

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON INFARTO AL MIOCARDIO
Risk Factors Associated With Myocardial Infarction
Yenny Ferrer Ocando, Olmedo Ferrer Ocando, Juan Diego Flores F., Arelis Ferrer O., Jennifer C. Lugo F., Daniel David García F. y Carolina Luengo *59*

HEMIANOPSIA HOMÓNIMA REVERSIBLE POSTERIOR A CRISIS DE MIGRAÑA. A PROPÓSITO DE UN CASO
Reversible Homonymous Hemianopsia after a Migraine Crisis. Case Study
Yldefonso Paz y José Pinto *67*

LA ÉTICA EN LA POLÍTICA PÚBLICA
Ethics in Public Policy
Rosa A. Salom A. *71*

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO PARA EL CONTROL DE LAS MANIFESTACIONES BUCALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON VIH-SIDA
Dental Treatment for the Control of Oral Manifestations in Children and Adolescents with HIV-Aids
Mariluz Benito-Urdaneta, Marisol Benito-Urdaneta, Cecilia Bernardoni-Socorro, Thais Rojas Morales, Nancy Rivera, Hector Villalobos, Arelis Lleras y María Eugenia Vizcaíno *85*

CARTA AL EDITOR. Factor de Crecimiento Derivado de las Plaquetas: Mediador Soluble Clave del Plasma Rico en Plaquetas (PRP) *93*

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES
Revista Científica del Hospital Coromoto

La Revista Científica del Hospital Coromoto publica trabajos originales, revisiones y reporte de casos clínicos en español e inglés, que contribuyan al avance del conocimiento en ciencias de la salud. También incluye una sección de "Cartas al Editor".

Envío del manuscrito

El manuscrito (Word para Windows), con su correspondiente lista de verificación y acompañado de una carta de presentación al editor, debe ser enviados por correo electrónico a la dirección revhospital-coromoto@gmail.com. Las tablas y las figuras, sí las hubiese, deben estar al final del trabajo y además deben ser enviadas como archivos individuales (uno por cada figura o tabla). Además del manuscrito, se deben incluir los nombres de tres posibles árbitros, con su dirección electrónica. El Comité Editorial se reserva el derecho de decidir si utiliza alguno de los revisores sugeridos. Todo lo referente a la correspondencia, incluidos la opinión de los árbitros, los requerimientos, producto de la revisión del trabajo y la notificación de la decisión del Comité Editorial, será realizado por correo electrónico.

Carta de presentación

El manuscrito debe estar acompañado de una carta firmada por todos los autores, donde se manifiesta que han participado activamente en la ejecución del mismo, que no ha sido publicado con anterioridad y que conocen que se está enviando a publicación a la Revista.

La autoría debe estar basada en: 1) Contribución sustancial a la concepción y diseño del estudio, obtención de datos o su análisis e interpretación, 2) Revisión crítica del artículo y 3) Aprobación de la versión final a ser publicada. La obtención de fondos, la colección de datos o la supervisión del grupo de investigación, por sí solos, no justifican la autoría. Aquellos miembros del grupo que no cumplan con los criterios para ser autores, deben ser mencionados, con su permiso, en la sección de "**Agradecimientos**". Los autores deberán firmar una planilla, donde especifiquen su participación. El orden de aparición de los autores, debe ser una decisión conjunta del grupo y deben aparecer aparte, la dirección del autor de correspondencia y su correo electrónico.

Sistema de Arbitraje

Para este proceso se usará la vía electrónica. Todos los trabajos serán sometidos a la consideración del Comité Editorial de la Revista, el cual decidirá si deben ser enviados a arbitraje, o si se rechazan por no cumplir las normas editoriales o no tener la calidad suficiente. El arbitraje de Trabajos Originales y Reportes de Casos será realizado por tres expertos en el área objeto de la comunicación y solo por uno en el caso de las Revisiones. Dichos árbitros tendrán un plazo de dos meses para enviar su respuesta. Si las opiniones de dos árbitros coinciden, el Comité Editorial podrá tomar una decisión; en caso de discrepancia, esperará la opinión del tercer árbitro. Si la situación lo amerita, se podrán solicitar otras opiniones.

El nombre de los árbitros, así como el de los autores del trabajo, será estrictamente confidenciales. Los autores recibirán, tanto en el caso de modificaciones como en el de rechazo, las opiniones completas respecto al trabajo Solo en casos excepcionales, el Comité Editorial podrá modificar la presentación de dichas opiniones.

El plazo para responder a las recomendaciones de los árbitros, tendrá un máximo de dos meses, pasados los cuales, el trabajo será rechazado o readmitido como nuevo.

Normas Editoriales

Todo trabajo debe estar escrito a doble espacio, con amplios márgenes y numeración de páginas.

Los **Trabajos Originales**, las **Revisiones** y los **Reportes de Casos**, deben ser contribuciones inéditas de importancia para el avance del conocimiento en el tema objeto de estudio. Deben incluir en la primera página: el Título del trabajo y el nombre completo de los autores (sin usar títulos profesionales), seguidos por superíndices de números consecutivos, que correspondan a cada una de las instituciones a las que están afiliados.

En renglones apartes, se escribirán de tres a seis palabras claves en español y en inglés y un título corto de no más de 75 caracteres, en el idioma en el cual fue realizado el manuscrito. A continuación de presentarán un resumen en español y el título y el resumen (**Abstract**), ambos en inglés.

Si el autor no está capacitado en el idioma inglés, es importante que consulte a un especialista en lengua inglesa, antes de enviar los trabajos o resúmenes en ese idioma. Un trabajo puede ser rechazado, si requiere de muchas correcciones lingüísticas.

Los **Trabajos Originales**, estarán divididos en: Resumen en español e inglés, Introducción, Material y Métodos o Pacientes y Métodos (si el trabajo se refiere a seres humanos), Resultados, Discusión, Agradecimientos y Referencias. La Revista no tiene una sección para Conclusiones, sino que estas deben formar parte del final de la Discusión.

El **Resumen**, debe establecer los objetivos, las observaciones originales y las conclusiones basadas en los resultados presentados. No debe contener referencias **ni ser estructurado** y no contener más de 250 palabras. Al final se debe incluir una pequeña conclusión. Se deben evitar las abreviaturas y si son necesarias, se deben definir en la primera mención.

Los estudios con humanos deben incluir, en la descripción del Material utilizado, la aprobación por parte del Comité de Ética de la institución donde se realizó la investigación y seguir los delineamientos de la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 1983 y el consentimiento de los individuos o números de Historia de los Hospitales y no se aceptarán fotografías del rostro del paciente sin su consentimiento escrito. Aquellos estudios que involucren animales, también deben seguir el Código de Ética correspondiente, que cumpla con los estándares internacionales establecidos para el uso, cuidado y tratamiento humano de los animales de laboratorio.

Los **Resultados**, debe ser presentados en tiempo pretérito, en una secuencia lógica en el texto, tablas y figuras. No debe repetirse la información que esté en las tablas y figuras. Solo se deben resaltar las observaciones importantes.

La **Discusión** debe hacer énfasis en los aspectos nuevos e importantes del estudio y relacionar los resultados obtenidos con los hallados en otras investigaciones. Debe contener las implicaciones de los nuevos hallazgos, sus limitaciones, las conclusiones y sugerir los delineamientos de futuras investigaciones.

Las **Revisiones** deben estar escritas, preferentemente por especialistas en el campo objeto de las mismas y contener las contribuciones del autor, ya sea en las referencias o con una discusión del tema revisado. No se aceptarán revisiones que consistan meramente de una descripción bibliográfica, sin incluir un análisis. El cuerpo de las revisiones es libre, aunque es conveniente subdividirlo en secciones.

Los **Reportes de Casos** deben consistir en la presentación de casos clínicos poco frecuentes en la práctica médica. Deben incluir la descripción del caso y una discusión con el apoyo bibliográfico correspondiente.

Las **Cartas al Editor**, deben ser comentarios a publicaciones recientes en la revista y en lo posible, no deben exceder dos páginas, incluidas las referencias.

Tablas. Las tablas deben ocupar una página cada una y estar numeradas en romanos. Deben contener un título descriptivo escrito en mayúsculas y centrado. Las columnas no deben separarse con líneas. Las notas referentes a lo expresado en el cuerpo de la tabla, deben ser escritas al pie de la misma, precedidas de los símbolos correspondientes. La revista no acepta la expresión “Fuentes de información”, cuando se refiere a resultados presentados en el mismo artículo, solo si provienen de otro material. Si el artículo está escrito en español, los números decimales se deben separar con una coma y si está escrito en inglés, con un punto.

Figuras. Para las figuras deben seguirse los siguientes puntos generales:

- Cada figura debe ser enviada en un archivo separado, en el programa donde fue generada (por ejemplo GraphPad Prism ®)
- El número de la figura debe ser arábigo y estar de acuerdo con la secuencia en el texto.
- Asegurarse que el tipo de letra y el tamaño, sean uniformes.
- Utilizar solamente los formatos, Arial, Courier, Symbol o Times.
- Las imágenes deben ser de un tamaño apropiado al solicitado para la versión impresa.
- Las leyes de las figuras se deben enviar por separado, con suficiente información para no tener que recurrir al texto.

Fotografías. Pueden ser en blanco y negro o en color, deben tener un contraste adecuado para su reproducción y estar en formato TIFF, con las siguientes condiciones: las fotografías en color o en gradaciones de gris, deben tener un mínimo de 300 dpi, las de figuras y gráficos un mínimo de 600 dpi y la combinación de ambas de 500 dpi. En el caso de las microfotografías electrónicas, debe extremarse el cuidado de la nitidez de los hallazgos reportados y señalarlos por medio de símbolos. También se debe indicar el aumento utilizado.

Las leyes no deben estar incorporadas a la fotografía y estas deben presentarse en página aparte, en forma lo suficientemente explicativa, sin tener que acudir al texto.

La Revista no aceptará fotografías a color para ser impresas en blanco y negro.

Referencias. Todas las referencias deben estar en el texto con un número entre paréntesis y citadas por orden de aparición, según las normas internacionales "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals 2000", http:/www.icmje.org; es decir, primero apellido con la letra inicial en mayúscula e iniciales del nombre, también en mayúscula (sin puntos), de todos los autores. Los nombres de todos los autores deben ir en **negritas** y separados entre sí, por comas. No se aceptarán los términos "y col." o "et al.". El título completo del trabajo tendrá mayúsculas solo al inicio y en los nombres propios. El título de la revista debe ser abreviado de acuerdo al **Index Medicus** (http:/www.nim.nih.gov), seguido del año de publicación; volumen: y primera y última páginas, separadas por un guión. No se aceptarán como referencias, observaciones no publicadas, comunicaciones personales o trabajos enviados a publicación; sin embargo, estos podrán aparecer citados entre paréntesis. Si el autor es una organización, se coloca el nombre de la misma como referencia.

Ejemplos:

- **Referencias de publicaciones periódicas:** Al Awad A, Chirinos J, Baena S, Pírela C, Brea A, Yajure M. Hepatectomía laparoscópica en tumor sólido benigno. Informe de un caso clínico. Cirugía y cirujanos 2009; 77 (3): 223-227.

- **Referencias de libros:** Palanivelu, C. El arte de la cirugía laparoscópica. Tomo 1. Venezuela: Amolca; 2011, p 53-56.

- **Artículos de libros:** Selander G. Associative strategies. In: Burrage M, Torstendahl R, editors. Professions in theory and history. Rethinking the study of the professions. London: Sage; 1990. p. 139-50.

- **Memorias de Congresos:** Devonish N, Villasmil N, Castillo A, Ortiz N, Leal J. Anestesia general balanceada para separación quirúrgica de siamesas onfalópagas (Resumen). Memorias del III Congreso XII Jornadas Científicas "Dres. Eligio Nucette y Lilia Meléndez de Nucette", 2008. Maracaibo, Venezuela. P 214.

- **Tesis:** Demarchi P. Hipertensión portal correlación: Hallazgos ecográficos en escala de grises vs espectro Doppler y Doppler color (Tesis Especialista en Imágenes). Maracaibo, Zulia. Universidad Bolivariana de Venezuela.

- **Revista en formato electrónico**: Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1): [24 screens]. Available from: URL: http://www.cdc.gov/ncidod/EID/ eid.htm.

Costo de publicación: la revista no cobra por página impresa. Si el autor requiere la Revista ésta será enviada con pago a destino.

AUTORIDADES

Ministerio del Poder Popular para el Petróleo y Minería

Presidente de PDVSA
Ing. Rafael Ramírez

Vicepresidente de PDVSA
Eulogio Del Pino

Director Enlace de Salud
Director Ejecutivo de Occidente
Ricardo Coronado

Director Ejecutivo de Salud
Dr. Freddy Rojas

PDV Servicios de Salud, S.A.
Dr. Freddy Leal

Coordinador General Hospital Coromoto
Dr. Tulio Chacín

Coordinador Docente del Hospital Coromoto
Dr. Adel Al Awad