

Centro Provincial de Información en Ciencias Médicas La Habana.

Manual de Redacción.

Autores: Lic. Rosa Bermello Navarrete.

Lic. Ivi Kessel Sardiñas.

Diseño: Ing. Yrán Marrero Travieso.

Registrado en el CENDA con el No. 2221-2007.

2da edición, 2011.

Disponible en:

<http://www.cpicmha.sld.cu/bvs/monografias/manualRedaccion/manualcpicmha.htm>

Tabla de Contenido

- Prefacio.
- Prefacio a la segunda edición.
- Capítulo 1. Ortografía; Redacción y Estilo.

Algunas reglas generales ortográficas y de redacción

Bibliografía

- Capítulo 2. El artículo científico.

2.1 Partes del artículo científico

Bibliografía

- Capítulo 3. Acotamiento de bibliografía.

3.1 Las referencias bibliográficas

3.2 Tipos de materiales disponibles en un Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas (CPICM)

3.3 Importancia de los materiales de referencia

3.4 Elementos a tener en cuenta la fichar un documento

3.5 Normas de Vancouver para acotar las referencias bibliográficas

Bibliografía

- Capítulo 4. Otros tipos de documentos.

4.1 Libros

4.2 Artículos de revistas

Editorial

Notas experimentales o comunicaciones breves

Notas clínicas o presentaciones de casos

Artículos de revisión

Temas de actualidad

Artículo Histórico

Cartas al editor

Noticias

Reseñas de libros

4.3 Otros documentos

Tesis o trabajos de investigación científica

Documentos de eventos

Exposición verbal de un trabajo

Presentación de un trabajo en la modalidad de cartel

La comunicación a un evento científico

Bibliografía

- Bibliografía

- Anexos

Anexo 1. Ejemplos de resúmenes indicativos

Anexo 2. Ejemplos de resúmenes informativos

Anexo 3. Ejemplos de resúmenes estructurados

Anexo 4. Ejemplos de Editoriales

Anexo 5. Ejemplos de Notas clínicas o presentaciones de casos

Anexo 6. Ejemplos de Artículos de revisión

Anexo 7. Ejemplos de Temas de actualidad

Anexo 8. Ejemplos de Artículos históricos

Prefacio.

La experiencia de nuestro trabajo en la revisión y corrección de artículos para publicar nos ha permitido detectar los errores que cometen con frecuencia los profesionales de la salud de provincia La Habana por lo que decidimos elaborar un manual de redacción y estilo para que los artículos que se entreguen a nuestra editorial tengan un número reducido de errores y así mejorar la calidad de los artículos que se publican en nuestra revista.

Después de un estudio minucioso sobre el tema, ponemos a su consideración este documento para facilitar la redacción y elaboración no sólo de artículos a publicar en la Revista de Ciencias Médicas La Habana, sino también de otros documentos como: cartas al editor, noticias, reseñas de libros, tesis, documentos de eventos, posters, entre otros.

Esperamos que este manual de redacción sea capaz de brindar los conocimientos necesarios para la redacción de documentos en su forma más amplia.

Las Autoras.

Prefacio a la segunda edición.

Como expresara, quien para nosotras es una de las autoridades más brillantes en el campo de la redacción científica, Robert Day en su libro *Cómo escribir y publicar trabajos científicos*, calificado por Mirta Roses, directora de la Organización Panamericana de la Salud como "un sello académico esencial en programas educativos en cientos de universidades en las Américas", una investigación no termina hasta tanto se publiquen sus resultados y "Escribir bien un trabajo científico no es una cuestión de vida o muerte; es algo mucho más serio"; con esta motivación a la que sumamos las opiniones de las personas que han leído y utilizado como herramienta para ayudarse a redactar sus publicaciones el Manual de Redacción por nosotras elaborado en el 2004 es que nos decidimos a realizar la actualización del mismo.

En esta segunda edición, que se presenta ahora en el 2011, han sido actualizados los cuatro capítulos que conforman esta obra, en particular queremos destacar el capítulo 3 referido a la organización de las referencias bibliográficas que se ha enriquecido con numerosos ejemplos de la práctica diaria y el capítulo 4 donde se han incorporado nuevos tipos de artículos; además se han incorporado varios anexos que ejemplifican las diferentes modalidades de apartados.

Aunque esta obra fue concebida en su primera edición para ayudar a los profesionales de la Salud a redactar sus manuscritos para publicar, por su nivel de generalidad y porque su uso así lo ha demostrado puede ser de utilidad para profesionales de otras ramas del saber, esperamos que esta segunda edición siga contribuyendo a ampliar los conocimientos de todos aquellos que transitan por el camino de la publicación científica.

Las Autoras.

Capítulo 1. Ortografía, redacción y estilo.

El mundo científico de hoy exige que la divulgación de los conocimientos científicos se haga con rapidez y eficacia.

El objetivo principal de la redacción científica es comunicar nuevos descubrimientos, por lo que una investigación no está culminada hasta tanto no se publiquen sus resultados.

Se debe tener presente que la redacción científica no requiere de la belleza de un artículo literario, sin embargo, existen algunas reglas generales ortográficas y de redacción que ayudan a los autores a redactar sus artículos con mayor calidad.

El estilo de escribir corresponde a cada autor, y así como existe un modo especial de expresarnos, verbalmente, también hay una manera de escribir y un estilo personal.

Hay que tener presente que las cualidades fundamentales del estilo son: claridad, concisión, sencillez, naturalidad y originalidad.

A continuación presentamos algunos aspectos que se deben tener presente para redactar un artículo científico.

Algunas reglas generales ortográficas y de redacción.

Para redactar un artículo científico lo primero que se debe conocer es el vocabulario que se va a utilizar, para esto hay que disponer de diccionarios, y por supuesto, hacer un borrador o esquema previo que nos ayudará a ordenar las ideas

Se evitarán los verbos fáciles, por ejemplo: hacer, poner, decir y las palabras "muletillas" como cosa, especie, algo.

No abusar del empleo de:

- adjetivos
- adverbios, en particular los terminados en "mente"
- las locuciones adverbiales, por ejemplo: en efecto, por otra parte, además, en realidad, en definitiva

- las conjunciones, por ejemplo: que, pero, aunque, sin embargo
- el gerundio expresa simultaneidad y nunca posterioridad, si tiene duda sustitúyalo por otra forma verbal, por ejemplo: Fueron llevadas a cabo 40 encuestas, realizándose (y se realizaron) los cálculos estadísticos correspondientes.

Se debe tener en cuenta la puntuación, una frase mal puntuada nunca queda clara. A continuación se resumen el uso de los signos de puntuación.

- La coma:

Separa las frases dentro de una oración o separa dos o más elementos de igual función en una frase.

Ejemplo: José, ven acá.

Para separar elementos análogos de una serie, siempre que no haya entre ellos las conjunciones: y, e, ni, o, u.

Ejemplo: Es bueno, cordial, inteligente y buen trabajador.

Para intercalar frases explicativas.

Ejemplo: La verdad, escribe el joven, se ha de sustentar con razones y autoridades.

Para separar entre sí oraciones consecutivas cortas no unidas por conjunción.

Ejemplo: Todos reían, todos gritaban, ninguno sabía detenerse.

Para indicar la supresión de un verbo u oración.

Ejemplo: Tú lees la revista, nosotros, el periódico

Antes o después de: pero, sino, aunque, más.

Para separar del resto de la oración las expresiones: sin embargo, por último, finalmente, por consiguiente, en efecto, sin duda

- Punto y coma:

Indica una pausa más prolongada que la coma. Sirve para separar oraciones que se relacionan entre sí, las cuales son extensas y aparecen dentro de un mismo párrafo.

- Dos puntos:

Se utilizan antes de una cita textual, antes de una enumeración.

- El guión:

El empleo del guión debe reducirse al mínimo.

Ejemplo: postraumático, posparto.

No llevan guión las palabras hiper o hipo.

Ejemplo: hiperglicemia, hipotensión.

- No abuse de incisos y paréntesis.

La identificación de las palabras en español depende en buena medida del acento y dependiendo de en que sílaba recaiga esta intensidad, la palabra puede considerarse como:

AGUDA, LLANA, ESDRÚJULA Y SOBRESDRÚJULA.

AGUDAS: Presentan su fuerza de pronunciación en la última sílaba. Siempre se acentúan ortográficamente cuando terminan en N, S o vocal.

Ejemplo: rotación, iré, serás.

LLANAS: Presentan su fuerza de pronunciación en la penúltima sílaba, se acentúan cuando no terminan en N, S o Vocal.

Ejemplo: tórax, López.

ESDRÚJULAS: Presentan su fuerza de pronunciación en la antepenúltima sílaba y siempre se acentúan.

Ejemplo: último, líneas, mártires.

SOBRESDRÚJULAS: Presentan su fuerza de pronunciación en la ante de la antepenúltima sílaba, siempre se acentúan.

Ejemplo: pídemelo, pruébatelas.

El idioma español tiene preferencia por la voz activa.

Ejemplos:

Ha sido observado que --- Se observó

El vómito fue producido por el medicamento ---El medicamento produjo vómito.

Se deben evitar las repeticiones excesivas, pero repita, si es necesario, antes de emplear sinónimos rebuscados. Mantenga la construcción armoniosa. Huya de las frases hechas y emplee metáforas sólo para añadir fuerza expresiva y precisión a lo que escribe. Relea siempre lo escrito como si fuera de otro, elimine todo lo que considere superfluo.

En la redacción científica hay cientos de palabras que se utilizan mal millares de veces.

Ejemplos:

-Alimenticio (alimentos, a la capacidad nutritiva) alimentario (relacionado con la alimentación)

Ejemplo: Intoxicación alimentaria.

- Alternativa (opción entre dos cosas)

Ejemplo: La alternativa es dar quimioterapia u operar.

La única alternativa es operar -- incorrecto

La única opción o posibilidad es operar -- correcto

- Caso Preferir expresiones más claras y breves.

Ejemplos:

“en este caso” ----“aquí”.

“en la mayor parte de los casos”-----“generalmente”

“en ningún caso” ----- “nunca”

“en todos los casos” ----- “siempre”

- Efectivo (real, verdadero) ---- eficaz cosas que producen efecto o prestan el servicio a que están destinadas.

Ejemplos:

Un medicamento eficaz, un método eficaz.

Una organización eficiente, un funcionario eficiente.

- Patología (estudio o tratado de enfermedades), se utiliza incorrectamente como sinónimo de enfermedad, padecimiento, trastorno.

Ejemplos:

Esta patología es muy común ---- este trastorno es muy común

Patología de la pobreza ---- las enfermedades relacionadas con la pobreza.

Evite la verbosidad resultante del empleo de sustantivos abstractos (convirtiendo los sustantivos en verbos). Ejemplo: Se llevó a cabo el examen de los pacientes sino Se examinó a los pacientes.

Se debe prestar atención al empleo de los números:

Un solo dígito se escribe con palabras.

Dos o más dígitos se escriben con números. Ejemplo: Tres experimentos, 15 experimentos.

Excepto: No debe iniciarse la oración con la cifra.

Ejemplo: Doce porciones de reactivo.

Una oración que contenga una serie de números, de los que al menos uno tenga más de un dígito, todos se escriben con numerales.

Ejemplo: Serví 3 vasos de agua, 6 de leche y 11 de refresco.

Tiempos Verbales.

Los autores al escribir un artículo científico pasan de un tiempo verbal a otro, por lo que es necesario tener presente la forma adecuada de utilizarlo en cada parte del artículo.

En la Introducción, donde se citan trabajos anteriormente publicados, se escribe en tiempo PRESENTE.

Ejemplo: La estreptomicina inhibe el crecimiento de M. Tuberculosis.

En el Resumen, donde se hace una síntesis de la investigación que ya se ha realizado, se escribe en tiempo PASADO.

En la sección de Material y Método el autor escribirá, la mayor parte, en PASADO.

No utilice vocablos rebuscados, evite el excesivo tecnicismo.

Las abreviaturas en la literatura científica deben limitarse a los casos en que sean necesarias para la condensación del texto o para facilitar la lectura.

Cuando se tiene la intención de utilizar una abreviatura, se introduce escribiendo la palabra o término primero completo, y a continuación, la abreviatura entre paréntesis.

Ejemplo: Los plásmidos bacterianos, por ser moléculas de tamaño mediano de ácido desoxirribonucleico (ADN) que se replican autónomamente, resultan modelos prometedores para estudiar la replicación del ADN y su control.

Las siglas se utilizan únicamente con los nombres propios colectivos, no para nombres propios de personas. Son un vocablo que se lee de modo independiente y no con la forma completa de las palabras con las que ha sido formado.

La sigla está formada por la letra inicial de una serie de palabras. Se escribe con mayúscula y sin puntos ni separación.

Ejemplos: ONU, FAO, OMS, OPS, UNICEF.

Existen confusiones sobre el buen uso que debe hacerse de la letra inicial mayúscula:

- los párrafos ordenados por números o letras se escriben con letra inicial mayúscula.

Ejemplo: Los signos cardinales de la inflamación son:

- Tumor
- Calor
- Dolor
- Rubor
- Impotencia Funcional

- se escriben con letra inicial mayúscula los nombres de las instituciones, congresos, campañas.

Ejemplos: Facultad de Medicina, Congreso Internacional de Pediatría.

- los títulos de revistas y periódicos.

Ejemplos: Disasters, Journal of American Medical Association, Revista Cubana de Cirugía, Revista Panamericana de Salud Pública, The Washington Post, Juventud Rebelde.

- los nombres y adjetivos que entran en el título de cualquier obra.

Ejemplos: Tratado de medicina interna, Normas nacionales de cirugía.

- en partes o capítulos de una obra.

Ejemplo: Apéndice aguda.

- los títulos de artículos aparecen casi siempre impresos completamente con mayúsculas, pero la transcripción correcta será con minúsculas.

Ejemplo: El aborto provocado en adolescentes.

- no se escriben con letra inicial mayúscula las palabras: tabla, cuadro, figura, lámina, experimento y otras muchas, tanto si forman parte del texto como si van entre paréntesis.

- no se escriben con letra inicial mayúscula los días de la semana, los nombres de los meses y las estaciones del año.

Bibliografía.

1. Capítulo 2 Ortografía. En: Enciclopedia Autodidáctica Interactiva Océano. Barcelona: Océano; 2000. p. 229-42.
2. Day RA, Gastel B. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. 4ta ed. Washington, DC: OPS; 2008 (Publicación científica y técnica; 621)
3. Menchaca MA, Ribas M, Vento DM, González L, Febles G. Reseña sobre la redacción, arbitraje y aspectos estadísticos de un trabajo científico. Apuntes sobre sintaxis y ortografía. Ciudad de La Habana: Revista Cubana de Ciencia Agrícola.sa.
4. Rodríguez-Loeches J. Cómo escribir en Ciencias Médicas. La Habana: Academia; 1997.

Capítulo 2. EL artículo científico.

En el mundo de hoy una de las formas de dar a conocer los resultados de las investigaciones es escribiendo un artículo científico porque lo que se investiga y no se escribe, o se escribe y no se publica, equivale a que no se investiga, muchos se preguntan cuál es la clave para escribir un artículo científico?, la mejor manera de aprender a escribir un artículo científico es haciéndolo.

Generalmente, un artículo es rechazado para publicar cuando tiene problemas de contenido y siempre tras éstos se encuentra un mal diseño de la investigación. Una buena investigación puede no conducir a un buen artículo si no se conoce el modo adecuado de elaborarlo y un artículo mal redactado puede dar al traste con el resultado de una buena investigación de ahí la importancia de diseñar correctamente la investigación y de redactar bien el artículo que pretende divulgar los resultados de la misma.

Según Robert Day un artículo científico es “un informe escrito y publicado que describe resultados originales de investigación...que debe ser escrito y publicado de cierta forma, definida por tres siglos de tradiciones cambiantes, práctica editorial, ética científica e influencia recíproca de los procedimientos de impresión y publicación”. El texto de un artículo científico debe estar escrito de acuerdo a las normas de la redacción científica y debe caracterizarse por la claridad y la concisión; su estructura debe seguir el formato IMRYD (introducción, métodos, resultados y discusión).

2.1 Partes del artículo científico.

Bobenrieth plantea que un artículo científico consta de las siguientes partes:

A. Partes preliminares:

- Título
- Autor (s)
- Institución (s)
- Resumen y Palabras claves

B. Partes del Cuerpo:

- Introducción
- Material y Métodos
- Resultados
- Discusión
- Conclusión

C- Partes Finales:

- Agradecimientos
- Referencias Bibliográficas
- Apéndices.

A continuación se explica cómo deben escribirse cada una de ellas.

A. Partes preliminares:

La selección del Título de un artículo científico puede hacerse antes, durante o al finalizar la redacción del artículo, y tiene por objeto:

- Describir el contenido del artículo en forma clara y específica, exacta, breve y concisa
- Permitir al lector identificar el tema fácilmente
- Ayudar al bibliotecario a clasificar e indizar el material con exactitud.

Redactar correctamente el título resulta vital pues muchas veces de ello depende que el que lee se decida a consultar o no el documento que tiene ante sí, un documento puede ser muy bueno por su contenido y sin embargo poco o nunca leído si el título no es capaz de captar la atención del que lo ve, también sucede a menudo que un título mal elaborado nos hace desechar un documento con información valiosa.

Una característica que no puede faltar en un buen título es la claridad que no es más que el empleo, de una sintaxis correcta y un vocabulario al alcance de los lectores, no obstante en ocasiones se ven títulos que adolecen de ella y esto sucede porque:

- Se usan palabras ambiguas

- Se utiliza la jerga o jergonza
- Se emplean abreviaturas y siglas.

Otra característica que debe estar presente siempre en un título es la concisión que no es más que la brevedad en el modo de expresar los conceptos, es decir, la forma de expresarlos exactamente con el menor número de palabras posibles.

Hay autores que plantean la necesidad del uso de un subtítulo para precisar el contenido del documento, consideramos que si se precisa bien el título, el subtítulo no es necesario. Si fuera imprescindible el empleo de un subtítulo recuerde que la suma de ambos, título y subtítulo, no debe pasar de 15 palabras.

Los errores más frecuentes que se presentan con relación a la concisión son:

- Títulos demasiado extensos (exceden de 15 palabras)
- Títulos demasiado breves (telegráficos e inespecíficos)
- Exceso de preposiciones y de artículos en el título
- Uso innecesario de subtítulos.

A veces se presentan títulos con errores de sobreexplicación que no es más que la declaración o exposición repetitiva e inútil de un concepto, el cual se da por supuesto, por ejemplo:

- Estudio sobre.....
- Investigación a cerca de....
- Informe de....
- Contribución a.....
- Resultados de un estudio sobre....
- Análisis de los resultados de

Otro error que se observa es el de redactar los títulos de forma interrogativa, ésto no es correcto pues el título consideramos debe ser siempre una oración simple, afirmativa y no una pregunta, por ejemplo:

Incorrecto	Correcto
¿Cómo influyen diferentes factores psicosociales en el abandono precoz de la Lactancia Materna?	La influencia de diferentes factores psicosociales en el abandono precoz de la Lactancia Materna
¿Existe alguna legalidad o autonomía propia de la pedagogía?	La legalidad o autonomía propia de la pedagogía

A continuación se muestran algunos ejemplos de títulos incorrectos:

- Mortalidad infantil en un área de salud. Algunos factores de riesgo
- Cuba: posibilidades para el desarrollo de las fuentes renovables de energía
- Maybel: primera variedad de tomate para uso industrial y tolerante a bajos suministros de agua obtenida en Cuba mediante la inducción de mutaciones
- Estudio sobre el tratamiento de la HTA en ancianos
- Vulnerabilidad de la zona costera de la provincia Villa Clara a la surgencia provocada por los ciclones tropicales. Escenario actual y perspectivo
- Estudio del comportamiento de los factores de riesgo de la salud infantil en tres consultorios del médico de la familia del municipio de Güira de Melena
- SIUM: Al rescate de la urgencia
- Propuesta de una herramienta diagnóstico para evaluar la comprensión de la gestión de la información y el conocimiento en la empresa en perfeccionamiento Diseño Ciudad Habana (DCH)
- Otitis media aguda en menores de dos años. Algunos aspectos epidemiológicos
- Evaluación de la saturación de oxígeno por pulsioximetría en pacientes con EPOC. Estudio preliminar
- Asma bronquial. Etiología, complicaciones y terapia en embarazadas.

Ejemplos de títulos correctos:

- Modelo de evaluación para software que emplean indicadores métricos en la vigilancia científico-tecnológica
- Algunos aspectos epidemiológicos de la otitis media aguda en menores de dos años
- Nanotecnología para salvar la memoria histórica de la humanidad
- Compuestos fenólicos presentes en las hojas de Hibiscus Sororius l.f. fracción b
- La escritura científica: un problema de formación o de información
- La actividad de los hongos micorrízicos arbusculares en la estructura del suelo
- Tratamiento precoz del reflujo venoso espermático
- El enfoque clasista y los movimientos sociales en América Latina.
- El arte y la ciencia en la anamnesis
- Jig de Luccía: guardián nocturno infalible en niños bruxópatas
- Aplicación de un modelo de análisis de textos narrativos
- Diagnóstico, valoración y tratamiento actual de la enuresis nocturna en el niño
- Tecnologías gerenciales. Una oportunidad para los sistemas de salud.

El autor de un artículo científico es la persona que se responsabiliza con el contenido del artículo pues hace un aporte intelectual y trascendental en el estudio realizado.

Con respecto al Autor (s) se debe incluir:

- Nombre completo (nombres y apellidos) en lugar de las iniciales, de las personas que contribuyeron materialmente a la investigación de acuerdo a la magnitud e importancia de su contribución
- Grado científico y categoría docente o investigativa más relevante de cada autor
- Dirección y teléfono del autor principal
- Correo electrónico.

El orden de los autores dependerá de la decisión que de forma conjunta adopten los coautores. En todo caso, los autores deben ser capaces de explicar el trabajo.

Con relación a la Institución (s) se consignará:

- Nombre (s) de la (s) Institución (es) o Centro (s) donde se desarrolló la investigación
- Dirección exacta de la misma con el código postal correspondiente

Si el artículo es obra de autores de diversas instituciones, se dará lista de sus nombres con las instituciones respectivas, de modo que el lector pueda establecer fácilmente los nexos correspondientes.

En relación al Resumen, éste no es más que la exposición condensada del contenido de un documento que expone el tema, objetivos, métodos, resultados fundamentales y conclusiones del mismo, a veces incluye las recomendaciones o sugerencias y en general ayuda al que lo lee a determinar si consulta o no dicho documento. Como expresara magistralmente Robert Day es “una versión en miniatura del artículo científico”.

Esta parte del artículo tiene como objetivo:

- Orientar al lector a identificar el contenido básico del artículo en forma rápida y exacta
- Permite al lector decidir si le interesa leer el documento en su totalidad.

La importancia del resumen radica en que:

- Muchos profesionales leen solamente el título y el resumen
- La mayoría de las revistas lo presentan a continuación del nombre de los autores y junto con el título es la única parte del artículo que se incluye en los sistemas de información bibliográfica tales como Index Medicus, Excerpta Médica, Chemical Abstracts, Index Medicus Latinoamericano, Biological Abstracts, entre otros.
- Un buen resumen puede sustituir en algunos casos la lectura del artículo original.

El contenido del resumen debe expresar en forma clara y breve:

- Los objetivos y los alcances del estudio
- La metodología empleada

- Los resultados (hallazgos principales)
- Las conclusiones (principales).

Existen varias formas de clasificar los resúmenes, las más conocidas son:

Resumen indicativo o descriptivo aquel que ofrece una descripción general y breve del documento, es decir, permite conocer de qué trata el documento. Expone el objetivo de la investigación pero no los resultados obtenidos y se caracteriza por la ausencia de datos cualitativos y cuantitativos. Su función principal es dar al usuario una base para decidir si necesita leer el documento o no. Puede incluir entre 100 y 150 palabras⁶. Se considera que este tipo de resumen es el ideal para los artículos de revisión o reseñas y las comunicaciones a conferencias (anexo 1).

Resumen informativo proporciona la información relevante contenida en un documento, incluyendo los propósitos, los métodos, los resultados y las conclusiones. Puede incluir entre 150 y 200 palabras cuando se trata de artículos de revistas, y de 500 palabras si se trata de tesis o monografías⁶. Algunos autores plantean que es el más apropiado para los artículos originales (anexo 2).

Resumen estructurado ofrece un breve sumario de cada una de las secciones principales de un documento, presenta las diferentes partes del mismo de forma explícita (introducción, métodos, resultados y discusión). Su característica fundamental es la exhaustividad, ayuda a los árbitros a emitir juicios más certeros de los artículos propuestos para su publicación y brinda mayor facilidad para la búsqueda de información sintetizada en bases de datos, publicaciones referativas y otras fuentes. Su extensión no rebasará las 250 palabras. Los aspectos fundamentales que deben considerarse al confeccionar un resumen estructurado son:

- Objetivo de la investigación
- Tipo de estudio
- Variables y cómo se miden las mismas
- Resultados valorados y cómo son valorados
- Cómo se obtuvo la muestra

- Según tipo de estudio: estudios experimentales – distribución de sujetos en cada grupo, estudios longitudinales – consideraciones finales, estudios con grupo control – si son apropiados los controles
- Análisis estadístico
- Si los resultados clínicos son socialmente significativos
- Conclusiones sobre el problema en cuestión (anexo 3).

El estilo del resumen debe asegurar:

- Situar la investigación en tiempo y lugar
- Presentar resultados numéricos precisos
- Indicar límites de validez de conclusiones
- Excluir abreviaturas y referencias bibliográficas
- Excluir información o conclusión que no este en el texto
- Utilizar la forma impersonal (tercera personal)
- Redactar en pasado, excepto frase concluyente
- Ubicarlo entre el título y la introducción
- Debe escribirse en un solo párrafo
- Debe responder a las preguntas Qué?, Cómo?, Cuándo? y Dónde?.
- Errores más frecuentes en un resumen:
 - No es inteligible por si mismo
 - No se incluyen resultados relevantes
 - Se incluye información irrelevante o conclusiones no relacionadas con el texto
 - Falta de precisión
 - Falta de concisión
 - Falta de ordenamiento.

Procedimiento para redactar un resumen:

- leer el texto para conocer su contenido, teniendo en cuenta que la introducción y las conclusiones encierran, casi siempre, lo más importante del texto. Se recomienda leer la tabla de contenido para tener una idea general del documento

- redactar un primer borrador , con las notas y apuntes tomados de la lectura, evitando la transcripción literal de partes del texto original
- comenzar el resumen con una frase que contenga lo esencial del documento original, evitando repetir las mismas palabras del título
- redactar en tercera persona y evitar frases tales como: según dice el autor, el documento concluye
- adoptar la terminología normalizada o en su defecto la establecida
- cuidar el estilo claro, conciso y exacto, así como la gramática.

Palabras útiles para la elaboración de resúmenes:

aborda	determina	informa
afirma	diferencia	presenta
alerta	distingue	propone
amplía	elabora	referente
analiza	enfatisa	revela
comenta	enumera	resulta
compendia	estima	reseña
contiene	explica	trata
define	expone	selecciona
desarrolla	identifica	señala
describe	incluye	sintetiza

Palabras clave: Es una propuesta de términos por los que puede ser identificado el documento que da el autor del artículo, la misma puede oscilar entre 3-10 palabras, y tiene como objetivo contribuir al proceso de indización del documento por los especialistas.

La Introducción tiene como objetivo:

- Explicar el problema general
- Definir el problema de investigación
- Presentar los antecedentes que fundamentan el estudio (revisión bibliográfica)

- Definir los objetivos del estudio.

Para definir los objetivos es necesario tener bien claro el problema a estudiar, por ello hay que:

- Identificar el problema por observación y/o por estudio
- Describir el origen del problema
- Destacar la magnitud y la importancia del problema
- Diferenciar los elementos del problema
- Diferenciar el problema general del problema de investigación

El objetivo de la investigación debe incluirse al final de la introducción para:

- Enunciar un resultado unívoco, claro, preciso, factible y medible que se obtendrá una vez terminado el proceso de investigación
- Definir un estado o situación cuantificable en un lugar y tiempo determinado, que se intenta alcanzar como resultado de la investigación
- Corresponder a una pregunta de investigación cuya respuesta constituirá la conclusión del estudio.

En esta parte del artículo, únicamente se incluirán las referencias bibliográficas estrictamente necesarias y no se incluirán datos o conclusiones del trabajo.

Los Métodos, esta sección también conocida como material y método, pacientes y métodos, diseño metodológico, sujetos y métodos, entre otros es muy importante, pues en ella se presenta la estrategia seguida durante el proceso de investigación y tiene por objeto:

- Describir el diseño de la investigación
- Explicar cómo se llevó a cabo la misma
- Proporcionar información suficiente para que un lector competente pueda repetir el estudio.

Aquí es muy importante presentar la secuencia que siguió la investigación:

- Diseño general

- Definición de universo y muestra
- Descripción del método
- Definición de unidades de medida
- Definición operacional de términos
- Descripción de métodos para determinar validez interna y externa de la evidencia.

Al escribir esta parte debe establecerse un orden previo para ello, que puede ser el siguiente:

- Diseño del estudio
- Selección de sujetos
- Asignación de sujetos a grupos de estudio
- Intervención (tratamiento)
- Medición de impacto
- Métodos de análisis
- Estadísticas utilizadas.

Es muy importante la ética de la investigación por lo que al informar sobre experimentos con seres humanos debe indicarse si se tuvo en consideración la Declaración de Helsinki, además no deben usarse datos de las historias clínicas de los pacientes.

Los errores más frecuentes que se observan en los artículos al escribir esta sección son:

- Diseño inapropiado para el objetivo de la investigación
- Diseño en desacuerdo con el nivel actual de conocimientos sobre el problema
- Diseño con inconvenientes éticos
- Muestra no representativa del universo
- Imprecisión en la descripción de materiales
- Imprecisión en la descripción de los métodos
- Hipótesis mal formuladas
- Supuestos básicos de la investigación no explícitos

- Falta de explicación de las limitaciones del estudio
- Inclusión de resultados
- Falta de ordenamiento
- Referirse a los pacientes y a los animales como material
- Uso de los nombres comerciales de los medicamentos.

Los Resultados deben brindar detalles suficientes para permitir a otros científicos estimar la validez y exactitud de la investigación realizada, tienen como objetivo:

- Presentar aquella información pertinente a los objetivos del estudio
- Presentar los hallazgos en una secuencia lógica
- Utilizar el medio más adecuado, claro y económico
- Resumir el tratamiento estadístico de la información recolectada
- Mencionar todos los hallazgos relevantes, incluso aquellos contrarios a la hipótesis
- Informar con suficiente detalle como justificar las conclusiones.

Al realizar la presentación de los datos deben señalarse los datos y las ilustraciones más pertinentes al tema del artículo, los datos más representativos, en forma comprensible y evaluable, con arreglos adecuados para cada variable y con una secuencia tal que apoye lógicamente la hipótesis o responda a la pregunta de investigación. Las formas más frecuentes de presentar los datos son: texto, tablas (cuadros), gráficos e ilustraciones (fotografías, mapas, imágenes, etc.).

El número de tablas, gráficos e ilustraciones debe restringirse a los imprescindibles para explicar los resultados, no deben repetirse tablas y gráficos con los mismos resultados.

El texto constituye la principal y más eficiente forma de presentación de resultados, debe limitarse a exponer lo estrictamente necesario, utilizando una sucesión adecuada de párrafos así como de títulos y/o subtítulos solamente si son imprescindibles para agregar claridad, por tanto en el texto no deben repetirse los datos numéricos que contienen las tablas y gráficos, en el mismo deben citarse todas las tablas y figuras así

como todas las referencias bibliográficas, y debe utilizarse el tiempo pasado cuidando de no repetir lo descrito en la sección de material y método.

La Discusión es la parte del artículo en la que el lector debe encontrar las respuestas claras y directas a las siguientes preguntas:

- ¿Ayudo el estudio a resolver el problema planteado en la introducción?
- ¿Cuál fue la contribución real?
- ¿Qué conclusiones e implicaciones teórico - prácticas se pueden inferir del estudio?.

En esta sección deben enfatizarse los aspectos nuevos y más importantes de la investigación así como las conclusiones que se derivan de ellos. No deben repetirse los resultados.

El objetivo de esta sección es:

- Examinar e interpretar los resultados (significado y limitación)
- Determinar la coherencia o contradicción de los datos hallados entre sí
- Evaluar y calificar las implicaciones de los resultados, especialmente con respecto a las hipótesis originales
- Sacar inferencias válidas de los resultados
- Destacar cualquier consecuencia teórica de los resultados y la validez de sus conclusiones
- Señalar las similitudes y las diferencias entre sus resultados y el trabajo de otros autores
- Sugerir mejoramientos en su investigación
- Proponer nuevas investigaciones.

Los errores más frecuentes que se observan al escribir esta sección son:

- Repetir los resultados
- No confrontar los resultados
- Reformular los puntos ya tratados
- Polemizar en forma trivial

- Hacer comparaciones teóricas débiles
- Especular sin identificarlo como tal y sin relacionarlo en forma estrecha y en forma lógica con información empírica o teórica.

Las Conclusiones deben estar en consonancia con los objetivos de la investigación, tienen como objetivo:

- Inferir o deducir una verdad de otras que se admiten, demuestran o presuponen
- Responder a la pregunta de investigación planteada en la introducción, así como a las interrogantes que condujeron al diseño y a la investigación
- Muy frecuentemente la conclusión se incluye en la parte de discusión del artículo científico.

Los errores más frecuentes son:

- No hay conclusiones
- Las conclusiones no se justifican por cuanto no se apoyan en la evidencia de los hallazgos (resultados)
- Las conclusiones no concuerdan con las preguntas de investigación formuladas en la introducción

Los Agradecimientos se escriben para:

- Reconocer la cooperación de personas o instituciones que ayudaron realmente al autor en su investigación
- Reconocer la cooperación de personas que revisaron el manuscrito del artículo
- Reconocer la cooperación de personas que ayudaron en la redacción del artículo.

Las Referencias Bibliográficas tienen como objetivo:

- Identificar las fuentes originales de ideas, conceptos, métodos y técnicas provenientes de estudios anteriores publicados
- Dar solidez a los hechos y opiniones expresadas por el autor

- Orientar al lector para informarse en mayor extensión y profundidad sobre aspectos relevantes del estudio.

Al elaborar las referencias de un documento se deben enumerar sólo las obras importantes publicadas, los documentos no publicados (trabajos de terminación de residencia, ponencias presentadas en eventos, resúmenes, etc.) si es imprescindible su mención deben aparecer a pie de página o comentados en el texto.

Los trabajos en proceso de publicación se consignarán con la aclaración “en prensa”.

Es necesario cotejar todas las referencias contra el original antes de presentar el manuscrito a publicar y verificar nuevamente en la fase de corrección de pruebas de imprenta para así evitar errores.

Los errores más frecuentes al elaborar las referencias bibliográficas son:

- No se presentan referencias
- Las referencias son demasiado exiguas
- Las referencias son obsoletas y muestran desactualización del autor
- Las referencias no están citadas en el texto o se citan equivocadamente
- Las referencias se seleccionan sin cuidado
- Las referencias son muy numerosas para demostrar pseudo – erudición del autor
- Se incluyen referencias no consultadas personalmente por el autor
- Los documentos que respaldan las referencias no son accesibles al lector.

El estilo a seguir al elaborar las referencias difiere según la revista de que se trate, algunas incluyen los títulos de los artículos otras no, las hay que citan la paginación completa y otras sólo la primera página, algunas señalan el mes o meses a que corresponde ese número, etc. Aunque hay gran variedad de estilos para elaborar las referencias, la mayoría de las revistas científicas utilizan alguno de los tres sistemas generales que a continuación señalamos:

Sistema de nombre y año conocido como sistema de Harvard fue muy popular y aún hoy se usa, resulta muy cómodo para el autor pues al no numerar las referencias, estas pueden añadirse o suprimirse fácilmente, en esto radica su principal ventaja. En este

sistema se citan hasta tres autores, cuando son más de tres entonces se citan los tres la primera vez y después se sustituye por “et al”.

Ejemplos:

“en el estudio realizado por Pérez y Díaz (1990) se obtuvieron...”

“Abreu, Roque y Mederos (1993) reportan resultados....”

“nuestro trabajo coincide con los planteamientos de Abreu, et al (1993)...”.

No obstante este sistema tiene como desventajas que para el lector cuando en la introducción se citan un gran número de referencias en un párrafo tiene que saltar varios renglones de referencias para reanudar el hilo del texto que lee, y para el editor mayor costo de composición e impresión tipográfica.

Sistema numérico-alfabético consiste en citar con un número las referencias de una lista en orden alfabético (modificación del sistema anterior), fácil de preparar para el autor y de usar para el lector.

Ejemplos:

“La función del seno carotídeo en la regulación de la respiración fue descubierta por Heymans (13)”

"Miranda señala que el sexo constituye, al igual que el color de la piel, un factor de riesgo no modificable (16)"

Sistema de orden de mención aquí se citan las referencias con un número según el orden en que aparecen mencionadas en el documento, este es el sistema que fue adoptado por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas a partir de 1978 (conocido como normas de Vancouver).

Ejemplos:

"Dentro de las enfermedades crónicas, es la demencia un serio problema de salud. De acuerdo con estimados recientes, se calculan 24 200 000 de personas con demencia en todo el mundo, con 4 600 000 nuevos casos cada año (2)"

"En Cuba fue reportado por primera vez en un lactante con diarreas, a finales del año 1993 y en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en 1995 (3,4)."

Ejemplos de listas de referencias bibliográficas.

Sistema de nombre y año:

- Organización Mundial de la Salud. 1996. Criterios y pautas de salubridad del aire en relación con ciertos contaminantes del medio urbano. Ginebra: OMS.
- López, E.J. 1986. Prevención de la crisis de asma con ketotifeno. *Alergia*. 33 (3):69-73.
- Sánchez, J., H. Díaz y F. Mesa. 1993. Tratamiento quirúrgico de la fractura incompleta sin desplazamiento de Freiberg's en atletas. *Rev Cubana Med* 2:81-8.

Sistema numérico-alfabético:

1. López, E.J. 1986. Prevención de la crisis de asma con ketotifeno. *Alergia*. 33 (3):69-73.
2. Organización Mundial de la Salud. 1996. Criterios y pautas de salubridad del aire en relación con ciertos contaminantes del medio urbano. Ginebra: OMS.
3. Sánchez, J., H. Díaz y F. Mesa. 1993. Tratamiento quirúrgico de la fractura incompleta sin desplazamiento de Freiberg's en atletas. *Rev Cubana Med* 2:81-8.

Sistema de orden de mención:

1. Sánchez, J., H. Díaz y F. Mesa. 1993. Tratamiento quirúrgico de la fractura incompleta sin desplazamiento de Freiberg's en atletas. *Rev Cubana Med* 2:81-8.
2. López, E.J. 1986. Prevención de la crisis de asma con ketotifeno. *Alergia*. 33 (3):69-73.
3. Organización Mundial de la Salud. 1996. Criterios y pautas de salubridad del aire en relación con ciertos contaminantes del medio urbano. Ginebra: OMS.

Las normas que actualmente se usan en nuestro país por la Editorial Ciencias Médicas (ECIMED) del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) para acotar las referencias bibliográficas de los trabajos a publicar en alguna de las revistas nacionales que ella edita (normas de Vancouver) se darán a conocer en el capítulo 3 Acotamiento de Bibliografía.

Los Apéndices se elaboran para complementar y/o ilustrar el desarrollo del tema expuesto, aquí se incluye información que por su extensión o configuración no encuadra bien dentro del cuerpo del artículo; se usan para comprobación de datos y utilidad del lector.

Para quienes publiquen en las revistas que edita la ECIMED del MINSAP los artículos originales pueden tener una extensión máxima de ocho páginas, incluidas las ilustraciones con un máximo de cuatro (tablas, figuras, gráficos, fotos, etc.), hasta seis autores y 20 referencias bibliográficas.

Cada artículo que se envíe a la editorial debe llevar en una hoja aparte los siguientes datos:

- Título del artículo
- Nombres y apellidos del o los autores
- Nombre de la entidad donde trabaja (n)
- Títulos académicos, cargos y categorías docentes y/o científicas
- Nombre completo y dirección particular del centro laboral, teléfonos y dirección electrónica, si la tiene, del autor principal
- Nombre de la (s) institución (s) patrocinadoras del estudio (si no es la misma que la de la afiliación del autor)

Bibliografía.

1. Artiles Visbal L. El artículo científico. Rev Cubana Med Gen Integr 1995; 11 (4): 387-94.
2. Bobenrieth MA, Ribbi-Jaffe A. Partes del artículo científico. Caracas: OPS/OMS, CONICIT; 1988.

3. Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas. Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica (Internet). 2010 (citado 13 Abr 2011). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/vancouver_2010.pdf.
4. Day RA, Gastel B. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. 4 ed. Washington, DC: OPS; 2008 (Publicación científica y técnica; 621).
5. Fathalla MF, Fathalla MMF. Guía práctica de investigación en salud. Washington, DC: OPS; 2008 (Publicación Científica y Técnica; 620).
6. Instrucción metodológica No.8/90. En: Manual de normas y procedimientos del sistema nacional de información en ciencias médicas. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1990.p.133-41.
7. López Espinosa JA. El resumen como fuente de información y medio de comunicación. Resumed 1997; 10 (3): 136-44.
8. Rodríguez Loeches J. El resumen (editorial). Rev Cubana Med 1994; 33 (3): 111-3.

Capítulo 3. Acotamiento de Bibliografía.

3.1 Las referencias bibliográficas.

Las referencias bibliográficas constituyen un grupo de indicaciones precisas y detalladas que permiten la identificación de una publicación o parte de ella. La elaboración de las mismas se inserta en el proceso de redacción de un documento y se rige por reglas técnicas previamente elaboradas para ello a fin de facilitar la comunicación y el intercambio de conocimientos.

La nutrida variedad de estilos de referencias bibliográficas existentes en el mundo editorial actual junto a las exigencias técnicas en su preparación se ha convertido en un obstáculo para la presentación adecuada de los trabajos que se pretenden publicar.

El término referencias bibliográficas se utiliza para aludir a las citas enumeradas en el texto por número consecutivo y relacionadas según orden de aparición; mientras que el término bibliografía se emplea para referirse a una lista de documentos sobre un determinado tema.

Al preparar un manuscrito para publicar no pueden faltar las referencias bibliográficas (citas acotadas en el texto) pero puede aparecer o no una lista de bibliografía (otros documentos consultados pero no acotados).

3.2 Tipos de materiales de referencia disponibles en un Centro Provincial de Información en Ciencias Médicas (CPICM).

En un CPICM pueden encontrarse diferentes tipos de materiales de referencia como enciclopedias, diccionarios, atlas, anuarios, revistas referativas, guías, normas, entre otros.

A continuación se relacionan algunos de los documentos de referencia existentes en los CPICM de la Red Nacional de Información de Ciencias Médicas, ellos son:

- Anuario Estadístico
- Atlas del Cuerpo Humano
- Atlas del Mundo

- Atlas de Anatomía
- Diccionario de Medicina Océano
- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas
- Diccionario de la Lengua Española y Nombres Propios
- Diccionario de Especialidades Farmacéuticas
- Enciclopedia Autodidáctica Interactiva Océano
- Essential Dictionary of Health Care
- Fitomed I, II, III
- Formulario Nacional de Medicamentos
- Glosario de Bioética
- Guía Terapéutica
- Manual Merck
- Revistas Resumed
- Vademecum International
- entre otras.

3.3 Importancia de los materiales de referencia.

Son documentos que permiten al lector corroborar los datos y planteamientos que expresa un autor al dar a conocer las fuentes originales de ideas, conceptos, métodos y técnicas que aparecen en documentos publicados anteriormente, y además sugieren al que lee nuevas fuentes donde encontrar información sobre el tema que busca.

3.4 Elementos a tener en cuenta al fichar un documento.

Cuando se va a elaborar la lista de referencias bibliográficas de un documento para publicar hay que tener en cuenta los elementos imprescindibles a fichar según el tipo de documento que se trate.

Generalmente, si se trata de documentos impresos, es decir, en papel, para los libros y folletos es necesario conocer el autor, título, lugar de publicación, editorial y año, mientras que si se consulta una revista entonces se debe anotar el título del artículo, su autor, título de la revista, volumen, número, año y páginas del artículo; pero si se trata de documentos en formato digital entonces resulta imprescindible la dirección

electrónica (URL) donde se visualiza el documento, es decir, en el caso de libros y folletos se consigna el autor, título, año y dirección electrónica, mientras que si se consulta una revista entonces se debe anotar el título del artículo, su autor, título de la revista, volumen, número, año y dirección electrónica.

Más adelante se exponen en detalle los elementos necesarios según tipo de documento de acuerdo a las normas actualmente en vigor.

3.5 Normas de Vancouver para acotar las referencias bibliográficas.

Orígenes.

En 1978, un reducido grupo de directores de revistas médicas generales que se publicaban en lengua inglesa se reúnen en la ciudad de Vancouver, Canadá, a fin de fijar normas con respecto al formato que deberían adoptar los manuscritos enviados a sus publicaciones. Este fue el inicio de lo que con el tiempo llegó a conocerse como el Grupo de Vancouver.

Los requisitos para la preparación de manuscritos, establecidos por este grupo de editores, que incluía el formato de las referencias bibliográficas creado por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, se publicaron por primera vez en 1979.

Con el paso del tiempo el Grupo de Vancouver creció y se convirtió en el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), que se reúne periódicamente y que gradualmente ha venido ampliando los temas que le conciernen.

Libros y otras monografías.

Autores individuales.

A partir de 1992 el estilo Vancouver estipula la representación de los seis primeros autores, se señalan los apellidos seguido de las iniciales del nombre separados entre sí por una coma, si son más de seis entonces se citan los seis primeros más la expresión "et al" para representar al resto de los autores, no se autoriza el uso de las expresiones "y colaboradores" ni "y otros".

Formato: Autor (es). Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; Año.

Ejemplo:

Botella Llusia J, Clavero Núñez JA. Tratado de ginecología. 12ma ed. La Habana: Pueblo y Educación; 1983.

En el caso de la primera edición no es necesario consignarla; la edición debe ponerse siempre en números arábigos y usar la abreviatura en letra minúscula ed. Por ejemplo: 3ra ed. ó 11na ed.

Si la obra constara con más de un volumen o tomo se cita a continuación del año empleando las abreviaturas Vol. ó T. Si el documento pertenece a una colección o serie se consignará esta entre paréntesis después del año.

Ejemplos:

Toledo Curbelo G. Fundamentos de la salud pública. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.

Roca Goderich R, Swith VV, Paz Precilla E, Losada Gómez J, Serret Rodríguez B, Llanos Sierra N, et al. Temas de medicina interna. 3ra ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2002; T. 2.

Rodríguez Paz E. Oncología clínica. Washington, DC: OMS; 1999 (Publicación científica; 556).

En el caso de los libros con varios volúmenes o tomos cuando el volumen tiene un título propio se especificará al final.

Álvarez Síntes R. Temas de medicina general integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001; Vol. 1: medicina y salud.

Generalmente la representación de autores individuales se hace por el apellido, seguido del nombre, partículas antepuestas, entre otros según el origen del autor. Para asentar un autor por el apellido se trasponen los demás elementos, el nombre se representa por la inicial del mismo y no se emplean comas para significar la inversión

del orden ni puntos después de las iniciales del nombre. A continuación representamos los más usuales.

Autores orientales: Se representan por el nombre de familia en el caso de autores coreanos, chinos, malayos y vietnamitas en los que el apellido figura como el primer elemento, hay que tener cuidado con los autores japoneses y otros nombres orientales que suelen consignarse en forma occidentalizada, por ejemplo:

En el documento	En la referencia
Chan Tai-Chien	Chan TCh
Lao Tse	Lao T
De Than	De T
Harus Akimoto	Akimoto H

Autores de habla hispana: Se representan por el apellido paterno, por ejemplo:

En el documento	En la referencia
Ernesto López Vega	López Vega E
Clara Aurora Díaz Noa	Díaz Noa CA

Autores alemanes, brasileños, norteamericanos, ingleses, italianos, flamencos, holandeses, belgas, portugueses y rusos: Se representan por el apellido paterno como último elemento, por ejemplo:

En el documento	En la referencia
Anthony Keith Brook	Brook AK
Fedor Ivanovich Umansky	Umansky FI
Maurício Gomes Pereira	Pereira MG

Autores con apellidos compuestos:

Autores con apellidos con partículas antepuestas (artículos y preposiciones):

En el documento	En la referencia
Hans vom Leder	vom Leder H
Juan de Paz y Salgado	Paz y Salgado J de
Miguel del Toro	Toro M del
Jean de La Fresnaye	La Fresnaye J de
Maurizio De Negri	De Negri M
Anselmo O'Higgins	O'Higgins A

Autores con apellidos formados por varios elementos:

En el documento	En la referencia
Emilio de Leiva y de la Cerda	Leiva y de la Cerda E de

Autores con apellidos enlazados con un guión:

En el documento	En la referencia
Jorge Martínez-Cañavete López	Martínez-Cañavete López J

En el caso que el libro sea una compilación o selección se consignará el editor (es) y/o el compilador (es) como autor del mismo, por ejemplo:

Beers MH, editor. El manual Merck de diagnóstico y tratamiento. 11na ed. Madrid: Elsevier; 2007

Hernández Pardo H, Bojorquez Urzaiz C, compiladores. Por el equilibrio del mundo. México, DF: Vargas Impresores; 2003; 8 T.

En el caso de ausencia de autores individuales puede registrarse por el autor corporativo (organización o institución como autor y editor), por ejemplo:

Organización Panamericana de Salud. Las condiciones de salud de las Américas. Washington, DC: OPS; 2001.

Dirección Nacional de Estadísticas del MINSAP. Anuario estadístico. Ciudad de la Habana: MINSAP; 1996.

Dirección de Educación Técnica y Profesional del Ministerio de Educación. Fundamentos de equipos electromédicos. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2007.

Cuando no se delimite el autor del libro o cuando parezca colectivo de autores se entrará entonces a título, por ejemplo:

Pediatría. La Habana: Ciencias Médicas; 2006; T 1.

Capítulo de un libro.

Formato: Autor (es) del capítulo. Título del capítulo. En: Autor (es) del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; Año. p. página inicial-final del capítulo.

Antes el estilo de Vancouver prescribía el uso de un punto y coma para consignar las páginas ahora se debe utilizar la letra p para ello como a continuación se muestra.

Blanco Rabassa E, Jordán Rodríguez J, Torroella Martínez-Fortún E, Fleites Díaz O. Atresia congénita del esófago con fístula traqueoesofágica. En: Blanco Rabassa E. Temas de pediatría. La Habana: Ciencias Médicas; 1998; T 1.p. 122-31.

Borbolla Vacher L, García Martínez DA. Capítulo 27 Enfermedades genéticas. En: Pérez González E. Pediatría. La Habana: Ciencias Médicas; 2006; T 1. p.277-310.

Si el capítulo no tiene autor entra a título.

Capítulo 12 El análisis en la secuencia de investigación. En: Rodríguez Gómez R, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.p.219-37.

Actas de eventos.

Formato: Editor (es) del acta. Título. Nombre oficial del evento. Lugar de celebración del evento. Fecha del evento (año, mes y día). Lugar de publicación: Editorial; Año.

Ejemplos:

Ordóñez Carceller C, editor. Memorias. II Seminario Internacional de Atención Primaria de la Salud; 1988 Nov 14-18; La Habana. Santiago: Oriente; 1989.

Ministerio de Salud Pública. Enfermería. VI Congreso Internacional de Enfermería; 2001 May 5-8; La Habana. La Habana: Ciencias Médicas; 2001.

Ponencia presentada en un evento y publicada en sus actas.

Formato: Autor (es) de la ponencia. Título de la ponencia. En: Título. Nombre oficial del evento. Lugar de celebración del evento. Fecha del evento (año, mes y día). Lugar de publicación: Editorial; Año. p. página inicial-final de la ponencia.

Ejemplo:

Ilizástegui Dupuy F, Douglas Pedroso R. La educación médica orientada a la comunidad. En: Ordóñez Carceller C, editor. Memorias. II Seminario Internacional de Atención Primaria de la Salud; 1988 Nov 14-18; La Habana. Santiago: Oriente; 1989. p. 297-9.

Informe científico-técnico.

Publicados por instituciones gubernamentales o no gubernamentales así como por organizaciones nacionales e internacionales generalmente recogen aspectos del trabajo de una institución. El formato para su representación es:

Formato: Autor (es). Título del informe. Lugar de publicación: Organismo/Agencia editorial; Año. Número o serie que identifica el informe.

Ejemplos:

López Pardo C, Calvo Ayaviri A. Índice de salud municipal. La Paz, Bolivia: OPS/OMS; 2001. Serie Documentos Técnicos; 4.

PNUD. Informe sobre desarrollo humano 1997 Madrid: Mundi-Prensa; 1997. No. 987654321.

World Health Organization. Removing obstacles to healthy development. Geneva: WHO; 1999. WHO/CDS/99.1.

Tesis.

Comprende las tesis publicadas de candidatura o doctorado.

Formato: Autor. Título de la tesis (tesis). Lugar de publicación: Editorial; Año.

Méndez E. Prevención y factores de riesgo de la enfermedad periodontal (tesis) Ciudad Habana: ISCM, Facultad de Estomatología; 2003.

Patente.

Formato: Autor (s). Institución. Título. País No. de la patente. Fecha.

Larsen CE, Trip R, Johnson CR, inventors; Novoste Corporation, titular. Methods for procedures related to the electrophysiology of the heart. US Patent 5,529,067. 1995 Jun 25.

Publicaciones seriadas.

Se incluyen aquí las publicaciones que pertenecen a una colección o serie, generalmente son libros aunque hay algunas revistas que entran en esta categoría.

Formato: Autor. Título de la publicación. Edición. Lugar de publicación: Editorial; Año (Título de la Serie; Número).

Ejemplos:

Delgado García G, López Serrano E. La salud pública y la juventud en el pensamiento del "Che" Guevara. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1997 (Cuadernos de Historia de la Salud Pública; 83).

Organización Panamericana de la Salud, División de Salud y Ambiente. Manual de desinfección: guías para la selección y aplicación de tecnologías de desinfección del agua para consumo humano en pueblos pequeños y comunidades rurales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 1995 (Serie Técnica; 30).

Wei Ch. Nanomedicina. Madrid: Elsevier-Masson; 2007 (Clínicas Médicas de Norteamérica; 91/5)

Artículos de revista.

El formato para representar un artículo de una revista es muy sencillo y comprende los siguientes elementos:

Autor (es) del artículo. Título del artículo. Título completo o abreviatura oficial del título de la revista. Año Mes; Volumen (Número):página inicial-final del artículo.

Hernández Hernández JM. Elementos básicos de salud infantil en mujeres cuidadoras de niños. Rev Cubana Med Gen Integr 1999 May;17(5):13-9.

Cuando hay más de un autor se sigue la misma regla que para los libros, hasta seis se ponen todos y más de seis autores se enumeran los primeros seis autores y se añade la expresión "et al.". Ejemplos:

Corral Terrazas M, Martínez Ruiz H, Flores Huerta S, Duque Lafont L, Mazorra Arévalos A, Páez Díaz , et al. Creencias y conocimientos de un grupo de médicos sobre el manejo de la alimentación del niño con diarrea aguda. Salud Pública Méx 2002 Jun;44(3):303-14.

Fernández Ferrer MA, Sánchez Valdez L, Marín Iglesias H, Díaz Pérez J, Carbal Ferro T, Bueno Cruz A, et al. Sobrediagnóstico microscópico de amebiasis intestinal: resultados de una encuesta aplicada a responsables de laboratorios de la provincia de Cienfuegos. Revista Cubana de Salud Pública. 1998 Abr;24(2):33-41.

Optativamente, si se utiliza la paginación continua a lo largo de un volumen (como hacen muchas revistas médicas), se pueden omitir el mes y el número.

Medeiros A, Costa R, Santos I. Efecto de diferentes niveles de consumo de pasto elefante (*Pennisetum purpureum*, Schum var. Cameroon) durante la recría de caprinos. Archivos Latinoamericanos de Producción Animal. 2007;15:75-82.

Si el artículo tiene un identificador único en una base de datos, opcionalmente puede añadirse, por ejemplo:

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med* 2002 Jul 25;347(4):284-7. PubMed; PMID 12140307.

Cuando el autor del artículo es una organización o institución (autor corporativo) se entra igual que en el caso de los libros:

OPS. El sida en las Américas a finales de 1995. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1996 Ene;121(1):87-90.

Si no se indica el nombre del autor, se entra a título:

XX aniversario del inicio de la enseñanza universitaria de enfermería en Cuba. *Revista Cubana de Enfermería*. 1997 Jun;13(1):5-9.

Cuando el artículo aparece en el suplemento de un volumen:

Río Amboaje Y del, Amboaje Diogo Y, Blanco Domínguez M, Verona Torres OM, Pérez Verona L. Accidentes en el hogar en menores de 18 años. *MediCiego* 2008 Feb;14 Supl 1:27-32.

Cuando el artículo aparece en el suplemento de un número:

Parra DA, Rodríguez MD, Masorra MJ. Reacciones psicológicas de las mujeres con cáncer de mama. *Semin Oncol* 1996 Ene;23(1 Supl 2):89-97.

Parte de un volumen:

Alonso y Gregorio S, Álvarez Maestro M, Cabrera Castillo PM, Tabernero Gómez A, Cansino Alcaide R, Cisneros Ledo J, et al. Desviaciones de la laparoscopia urinaria. *Actas Urol Esp* 2008 Sep;32 Pt 3 (9):908-15.

Parte de un número:

Lejarraga H. El desarrollo del sentido ético en el niño y la enseñanza de la pediatría. *Arch Argent Pediatr* 2008 May;106 (5 Pt 1):429-34.

Número sin volumen:

Arredondo Díaz M. Estudio de los componentes volátiles de las hojas y flores de *Magnolia grandiflora* L., que crece en el Estado Mérida, Venezuela. Revista de la Facultad de Farmacia. 1995 Sep;(3):11-4.

Si la revista donde aparece el artículo no tiene volumen ni número:

Gray G, Berger P. Pain in women with HIV/AIDS. Pain. 2007:11-6.

Paginación en números romanos:

Hänscheid T, Valadas E, Grobusch MP. Automated malaria diagnosis using pigment detection. Parasitology Today. 2000 Dec;16(12):xi-xii

Indicación del tipo de artículo, según corresponda:

Berdasquera Corcho D. El diplomado provincial de Enfermedades Transmisibles: una opción de superación para profesionales de la atención primaria de la salud (carta). Revista de Ciencias Médicas La Habana. 2006 Jun;12(1):13-5.

Clement J, Bock R. Hemalogical complications of hantavirus nephropathy (resumen). Kidney Int 1992;42:1285.

Vázquez A. Mala nutrición por defecto: historia, estado actual y perspectivas (editorial). Rev Cubana Med 1999;38(1):2-5.

Si el artículo contiene una retractación:

Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. Ceruloplasmin gene defect associated with epilepsy in EL mice. Nat Genet 1995;11:104. Retracción de: Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. Nat Genet 1994;6:426-31.

Si sobre el artículo se ha publicado una fe erratas:

Hamlin JA, Khan AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair. West J Med 1995; 16 (2): 28-31. Fe de erratas en: West J Med 1995;16(3):12.

Artículo con un comentario sobre otro trabajo:

Díaz A, Bermúdez A. Detección de IgM contra el virus del dengue en sangre entera absorbida en papel de filtro (comentario). Rev Panam Salud Publica 1989;21:89-91.
Comentario sobre: Rev Panam Salud Publica 1988;20:33-45.

Artículo comentado en otro trabajo:

Santana B, López Aguiar J, Armenteros S. Análisis y detección de IgM contra el virus del dengue: estudio retrospectivo. Rev Panam Salud Publica 1988;20:33-45. Comentado en: Rev Panam Salud Publica 1989;21:89-91.

Otros materiales publicados.

Artículo de un periódico.

El formato para los artículos publicados en periódicos es:

Autor (es) del artículo. Título del artículo. Título del periódico. Año Mes Día;Sección:
Página (Columnas).

Ejemplos:

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washinton Post. 1996 Jun 21;Sect. A:3 (col. 5).

Zaldívar D. Madurez emocional. Trabajadores. 1998 Nov 23;Salud:13 (col. 2-3).

Materiales audiovisuales.

El formato para los materiales audiovisuales es:

Autor (es). Título (aclaración del tipo de audiovisual). Lugar de publicación: Editorial;
Año.

Ejemplos:

HIV +/-AIDS: the facts and the future (videocassette). St. Louis: Mosby-Year Book: 1995.

Borrel F. La entrevista clínica: escuchar y preguntar (video). Barcelona: Doyma; 1997.

Sinusitis: a slide lecture series of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation (diapositiva). Washington, DC: The Academy; 1988.

Clark RR, editor. American Society for Microbiology, prods. Topics in clinical microbiology (audiocasete). Baltimore: Williams & Wilkins; 1976.

Mapas.

El formato para mapas es muy sencillo:

Título del mapa (aclaración del tipo de mapa). Lugar de publicación: Editorial; Año.

Ejemplos:

Ciénaga de Zapata (mapa topográfico). La Habana: Instituto Nacional de Geodesia y Cartografía; 1983.

North Carolina. Tuberculosis rates per 100,000 population, 1990 (mapa demográfico). Raleigh: North Carolina Dept. of Environment, Health, and Natural Resources, Div. Of Epidemiology; 1991.

Parque Lenin (mapa turístico). La Habana: Instituto Nacional de Geodesia y Cartografía; 1993.

Documentos legales.

Formato: Título de la ley. Fecha. Publicación oficial donde se publicó. Año.

Ejemplos:

Ley No. 1289 Código de Familia. 14 feb.1975. Gaceta Oficial de la República de Cuba. 1975.

Ley No. 62 Código Penal. 29 dic. 1987. Gaceta Oficial de la República de Cuba. 1988.

Obras de referencia.

En este acápite se incluyen diccionarios, enciclopedias, glosarios, entre otros.

Formato: Autor/editor. Título. Edición. Lugar de publicación: Editorial; Año. Término. Página.

Ejemplos:

Océano práctico: diccionario de la lengua española y de nombres propios. Barcelona: Océano Grupo Editorial; 1999; Langosta; p.454.

O'Toole MO, editor. Diccionario enciclopédico de enfermería. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2006. Tabardillo; p. 1215.

En caso de que no aparezca el autor se entra a título, por ejemplo:

Diccionario de Medicina Océano Mosby. 4ta ed. Barcelona: Océano Grupo Editorial; 1996. Hipertension; p. 322.

Fitomed III. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1994. Sasafras; p. 50-1.

Documentos en soporte electrónico.

Monografías.

Formato: Autor (es). Título del libro (aclaración del tipo de formato). Edición. Lugar de publicación: Editorial; Año.

Farreras Rozman A. Medicina interna (CD-ROM). 5ta ed. Barcelona: Mosby; 2004.

Si la monografía fuera accesible desde un sitio Web entonces se añade la fecha en que se consultó (día, mes y año) y la dirección electrónica, por ejemplo:

Osorio Acosta VA. Fístulas urinarias (Internet). La Habana: Ciencias Médicas; 2006 (citado 16 May 2007). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/fistulas_urinarias/indice_p.htm

Diccionario de la Real Academia Española (Internet). 22da ed. Madrid; Salvat; 2001 (citado 6 Mar 2009); Bisexual. Disponible en: <http://buscon.rae.es/drae/>

Artículos de revistas.

Formato: Autor. Título del artículo. Título de la revista (Internet) Año Mes (citado: día, mes y año en que se consulto);Volumen(Número). Disponible en: dirección electrónica del artículo.

Ejemplos:

Fernández Valdés MM. Metodología para el desarrollo y aplicación del programa de alfabetización informacional en las bibliotecas y centros de información en ciencias de la salud. Acimed (Internet) 2008 May (citado 15 Oct 2008);18(5). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol18_5_08/aci091108.htm

Bermello Navarrete R, Rodríguez Suárez A, Kessel Sardiñas IM. Algunos recursos de información útiles para los profesionales de la salud. Revista de Ciencias Médicas La Habana (Internet) 2008 Jun (citado 5 Nov 2009);14(1) Disponible en http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol14_1_08/hab15108.htm

Programas de computadora.

Formato: Título del programa (programa de computadora). Versión. Lugar de publicación: Editorial; Año.

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics (programa de computadora). Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Bases de datos y recursos digitales.

Formato: Nombre de la base de datos o recurso (aclaración del tipo de soporte). Edición. Lugar de publicación: Editorial; Año.

Ejemplos:

Lilacs (base de datos en CD-ROM). 33ra ed. Río de Janeiro: Bireme; c1999.

Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS (base de datos en CD-ROM). Ginebra: OMS; c2004; No. 7.

Para las bases de datos y recursos informativos accesibles en línea se añade la fecha en que fue consultada y la dirección electrónica (URL), por ejemplo:

DynaMed (Internet). Maryland: EBSCO Industries; © 2010 (citado 18 Feb 2009). Disponible en: <http://web.ebscohost.com/dynamed/search/basic?sid=1033c7c8-0b42-488b-a6fd-f8a85a59ba9a%40sessionmgr113&vid=1&hid=111>

Registro Público Cubano de Ensayos Clínicos (Internet). Ciudad de La Habana: CENCEC - MINSAP; c2007- (citado 8 Dic 2009). Disponible en: <http://registroclinico.sld.cu/>

Proyecciones de la Salud Pública de Cuba para el 2015 (Internet). La Habana: MINSAP; c2010-2010 (actualizado 16 Abr 2006; citado 23 Feb 2010). Disponible en: <http://salud2015.sld.cu/>

Radio Güines Digital (Internet). Güines: Radio Güines; 2009 (actualizado 1 Jun 2009; citado 3 Sep 2009). Disponible en: <http://www.radioguines.icrt.cu/>

American Medical Association (Internet). Chicago: AMA; c1995-2010 (actualizado 20 Feb 2007; citado 6 Mar 2010). Disponible en: <http://www.ama-assn.org/>

Trabajos inéditos.

Artículos en prensa.

En el caso en que resulte imprescindible citar un documento que se encuentra en proceso editorial se consignara autor (es), título del artículo, la aclaración de que se halla en proceso editorial y el año, por ejemplo:

Pérez Rodríguez A, Díaz Meneses F. Resultados del programa nacional de inmunización antimeningocócica BC en menores de un año en Cuba. De próxima aparición 2008.

Los documentos no publicados (trabajos de terminación de residencia, trabajos presentados en eventos científicos, tesis de maestría) no pueden aparecer en las listas de referencias bibliográficas, sólo deben citarse dentro del texto y según la norma cubana para describir manuscritos, entre paréntesis, si su mención es imprescindible y su relevancia lo justifica como nota a pié de página. La cita en el texto se hará de la siguiente manera:

“Se ha observado*que” o “Según los resultados de Zamora* se puede inferir que”

y al pie de la misma página se pondrá la nota correspondiente:

* Toro Zamora M del. Hallazgos clínicos y humorales en niños con neumonía aguda (trabajo para optar por el título de especialista de I grado en Pediatría). 1998. Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet". Güines.

Comunicaciones personales.

No pueden aparecer en las listas de referencias bibliográficas, se incluyen sólo si aportan información esencial y se señalan en el texto entre paréntesis, sin nota a pie de página, de la siguiente forma:

"R. García (comunicación personal, 5 de agosto de 1999) observó que..." o "Para el análisis de los datos se utilizó un modelo de regresión logística modificado (S. Díaz, comunicación personal, 15 de septiembre de 1998)"

Bibliografía.

1. Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas. Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica (Internet). 2010 (citado 13 Abr 2011). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/vancouver_2010.pdf.
2. Jiménez Miranda J. Las referencias bibliográficas según el estilo Vancouver. La Habana: Ciencias Médicas; 1995.

Capítulo 4. Otros tipos de documentos.

En el mundo de hoy existe una gama muy variada de documentos: libros, artículos de revistas, tesis, documentos de eventos, trabajos científicos, por sólo mencionar algunos que acostumbramos leer pero cómo elaborar alguno de ellos es algo que no todos conocemos, a continuación se explica cómo redactarlos.

4.1 Libros.

El libro es el documento más difícil de escribir, requiere de años de paciente trabajo para recopilar toda la información que existe sobre el tema elegido, analizarla y condensarla, lo que es más difícil en el campo de la ciencia y la técnica que en el de la literatura, pues no se trata de dejar volar nuestra imaginación para crear algo que impresione y seduzca al lector sino de crear una obra que va a transmitir un determinado conocimiento, lo que debe hacerse de forma clara y concisa para que sea comprensible por el lector, por ello no es propósito nuestro decir cómo debe escribirse un libro, solamente se les advierte que si deciden escribir uno deben trabajar con mucho rigor y si es posible solicitar la cooperación de autores con experiencia porque escribir no es hilvanar palabras es un arte que no todos dominan.

Existen cuatro categorías importantes de libros: las monografías, los libros de texto, los libros de consulta y los libros comerciales.

Las monografías son el tipo de libro más utilizado en el ámbito científico, son escritas por uno o varios por especialistas, de ahí su nivel de detalle, a menudo se confunden con los artículos de revisión.

Los libros de texto se editan en función de la enseñanza en cualquiera de sus niveles, para facilitar el proceso de enseñanza aprendizaje como literatura básica o complementaria. Con frecuencia se realizan reediciones de textos básicos de una materia para actualizar los contenidos de ediciones anteriores.

Los libros de consulta se caracterizan por la utilidad y exactitud de los datos que brindan, habitualmente el tema que abarcan es mucho más amplio que el de una

monografía. En esta categoría se ubican los diccionarios, las enciclopedias, y algunos manuales.

Los libros comerciales se elaboran para satisfacer los gustos de diferentes públicos, su finalidad es la venta, se caracterizan por la sencillez del lenguaje, y por estar diseñados de forma que atraigan la atención, se elaboran tanto para entretenimiento como para educación.

4.2 Artículos de revistas.

En una revista generalmente se publican artículos originales, de éstos no se hablará aquí porque la información sobre cómo escribir un artículo original aparece en el capítulo titulado El artículo científico, pero en ella pueden aparecer también otros tipos de artículos como son:

- Editorial
- Notas experimentales o Comunicaciones breves
- Notas clínicas o Presentaciones de casos
- Artículos de revisión
- Temas de actualidad
- Artículos históricos
- Cartas al editor
- Noticias
- Reseñas de libros.

A continuación se exponen las características de cada uno de los artículos antes mencionados:

El Editorial constituye una declaración de opiniones, creencias o políticas del editor o director de la revista, sobre asuntos de significado médico o científico. Generalmente estos trabajos expresan un estado de opinión o suponen una puesta al día sobre un determinado tema científico escrito por el director, secretario de la revista o personalidad científica invitada. Además, los editoriales continúan reservando un espacio para promover eventos científicos o servir de obituarios.

En los últimos años, en las principales revistas internacionales en el campo de las Ciencias Médicas, se observa una tendencia a que este tipo de artículo aparezca firmado por quien lo redacta, así como a la acotación de las referencias bibliográficas dentro del texto del mismo. En Cuba para quienes publiquen en las revistas que edita la Editorial Ciencias Médicas del MINSAP los editoriales tendrán una extensión máxima de dos páginas, un solo autor y deben estar apoyados con referencias bibliográficas (anexo 4).

Las Notas Experimentales o Comunicaciones Breves llamados también “artículos cortos”, presentan los resultados definitivos o preliminares de una investigación, avances sobre técnicas de diagnóstico o tratamiento u otras observaciones de interés que justifiquen su publicación con mayor rapidez. Se caracterizan por presentar resumen, introducción (donde se incluye el objetivo), método, resultados precisos y una excelente y bien argumentada discusión. En nuestro país para quienes publiquen en las revistas que edita la Editorial Ciencias Médicas del MINSAP estos artículos tendrán una extensión máxima de cuatro páginas, dos ilustraciones y hasta 10 referencias bibliográficas.

Las Notas Clínicas o Presentaciones de Casos generalmente son artículos que describen uno o varios casos clínicos de excepcional observación o algún nuevo aspecto de una enfermedad o síndrome previamente conocido, que represente un aporte de especial interés para el conocimiento del tema o el proceso descrito. Antes de escribir un informe o presentación de caso hay que valorar si realmente tiene valor como publicación, la brevedad debe primar en este tipo de artículo.

Los patrones principales pueden ser:

El caso excepcional, único o casi único, que no tiene antecedentes y puede representar un nuevo síndrome o enfermedad

El caso con dos o más enfermedades, o manifestación de enfermedad que puede tener una relación causal que no se había sospechado.

Su estructura incluye:

- resumen
- introducción donde se explica por qué el caso tiene valor para ser publicado, será breve
- presentación del caso donde se relata la historia del enfermo de forma sencilla con secuencia narrativa, aquí se incluyen, si es necesario, estudios detallados de laboratorios así como deben relacionarse las manifestaciones clínicas
- comentarios (discusión) donde se evidencia lo excepcional que se describe y se exponen las posibles explicaciones a las manifestaciones clínicas.

Para quienes publiquen en las revistas que edita la Editorial Ciencias Médicas del MINSAP la extensión máxima del texto será de cuatro páginas, dos ilustraciones y hasta 10 referencias bibliográficas (anexo 5).

Los Artículos de Revisión son artículos que se refieren a documentos ya publicados, en este tipo de artículo se recopila, analiza y sintetiza el estado actual de un tema en particular. Algunos autores estiman que el artículo de revisión es una forma de investigación o trabajo original que se realiza en una biblioteca y no en un laboratorio o unidad asistencial, el mismo se elabora a partir de la información obtenida como resultado del análisis y síntesis de la lectura de muchos documentos y no del estudio de pacientes.

En el ámbito internacional generalmente son artículos por encargo que hace el comité editorial de una revista a personalidades de alto prestigio científico o docente y con mucha experiencia en el tema.

El artículo de revisión no es una publicación original, aunque a veces puede contener datos nuevos, sin embargo, su finalidad es examinar la bibliografía publicada anteriormente y situarla con cierta perspectiva ofreciendo una evaluación crítica de la misma, en él se llegan a conclusiones importantes basadas en los trabajos que se analizan

Este tipo de artículo sirve para:

- actualizar e informar sobre el estado de un tema
- comparar la información de diferentes fuentes

- transmitir nuevos conocimientos
- informar y evaluar la literatura publicada
- sustituir los documentos primarios
- detectar nuevas líneas de investigación
- conocer la tendencia de las investigaciones.

El formato para su elaboración incluye Resumen, Introducción (donde debe indicarse el propósito de la revisión, fuentes y métodos de búsqueda de las referencias), Desarrollo (generalmente por acápites), Conclusiones y Referencias Bibliográficas, podrá incluir ilustraciones (tablas, figuras, etc.). Su característica fundamental es la gran cantidad de referencias bibliográficas, a nivel internacional un artículo de revisión puede tener hasta 50 páginas e incluye un mínimo de 50 citas o referencias bibliográficas.

Las etapas principales en la preparación de un artículo de revisión son:

- definición correcta del tema
- elaboración de un plan de trabajo
- búsqueda bibliográfica
- selección y acceso a los documentos
- enriquecimiento de la documentación mediante intercambios personales
- análisis de los documentos
- síntesis de la información
- redacción del artículo.

Para quienes publiquen en las revistas que edita la Editorial Ciencias Médicas del MINSAP la extensión máxima del texto de un artículo de revisión será de 12 páginas, cuatro ilustraciones y con un rango de 25 a 50 referencias bibliográficas (anexo 6).

Los Temas de Actualidad son artículos sobre problemas de gran vigencia o novedad, a veces polémicos, que generalmente tienen como propósito brindar información actualizada y relevante; su formato comprende Resumen, Introducción que fundamente el porque del tema, Desarrollo que puede estar dividido por acápites, Conclusiones y Referencias Bibliográficas que pueden incluir hasta 25 citas (anexo 7).

Los Artículos Históricos tienen como finalidad divulgar cuestiones relacionadas con la historia de instituciones de salud o de profesionales que se hallan destacado en el campo de las Ciencias de la Salud; su estructura es Resumen, Introducción, Desarrollo y Referencias Bibliográficas (no tienen límite de citas), pueden incluir ilustraciones (anexo 8).

Las Cartas al Editor reflejan comentarios u objeciones relativas a artículos publicados en la revista en cuestión, se publican con el objetivo de permitir el intercambio de conocimientos y experiencias entre los lectores de una publicación. Para quienes publiquen en las revistas que edita la Editorial Ciencias Médicas del MINSAP las mismas podrán tener hasta dos páginas, estar escritas por uno o dos autores y apoyadas con referencias bibliográficas.

Noticias de interés para la comunidad de lectores de la revista, pueden ser anuncios de eventos científicos, informes y memorias sobre congresos, cursos, reuniones y conferencias, así como convocatorias de premios y becas.

Reseñas de Libros son artículos cortos donde se presenta un libro que por la importancia del tema que trata resulta de particular interés para los lectores de la revista, su finalidad es ofrecer información a los lectores para que decidan si leen o no el libro, generalmente comienza con la ficha del libro reseñado y después se relacionan los aspectos que trata el libro, es decir, los contenidos así como el público al que está dirigido.

4.3 Otros documentos.

En nuestro país existen numerosos criterios sobre como deben elaborarse las Tesis o Trabajos de Investigación Científica, a partir de las transformaciones ocurridas en la educación superior se maneja un nuevo término la tesina. A continuación se definen cada uno de estos términos.

La tesis es un documento que se elabora para presentar los resultados de una investigación científica, teórica o empírica, que puede ser sostenida o demostrada mediante pruebas y razonamientos apropiados y se redacta, presenta y defiende para obtener un grado académico, una maestría o un doctorado; generalmente sigue el

mismo formato que un artículo original pero su extensión es mucho mayor, casi siempre supera las 100 páginas. A nivel internacional, según Day y Gastel no existen reglas para elaborar una tesis, se redactan según las normas de las instituciones donde se realizan.

La tesina designa trabajos de corta o mediana extensión presentados para su correspondiente evaluación académica, puede decirse que es un trabajo de compilación, descriptivo, monográfico, o de presentación de experiencias profesionales que no necesariamente defiende una hipótesis. Ha sido adoptada como modalidad de titulación en algunas carreras universitarias. Su estructura incluye introducción, desarrollo, conclusiones, referencias bibliográficas y anexos si fuesen necesarios pero su extensión es mucho menor que la de una tesis.

A continuación se exponen los lineamientos que se siguen para la elaboración de las tesis en los sectores de la Educación y la Salud en Cuba.

En el sector de la Educación las tesis deben incluir las siguientes partes:

1. Portada (aquí se incluye título, autor, tutor, tipo de tesis, institución, fecha y ciudad donde se presenta)
2. Índice (Tabla de Contenido)
3. Resumen
4. Introducción (breve presentación de la problemática, antecedentes, tema objeto de estudio y argumentación de su importancia)
5. Diseño teórico (fundamentación teórica, el problema científico, los objetivos, la hipótesis, marco conceptual)
6. Diseño metodológico (tipo de investigación, métodos y técnicas a utilizar)
7. Resultados
8. Conclusiones
9. Recomendaciones (optativo)
10. Bibliografía
11. Anexos.

En la esfera de la Salud la elaboración de las tesis está reglamentada, desde el 2006, por la Escuela Nacional de Salud Pública, y su estructura es:

1. Introducción

2. Marco teórico

3. Control semántico o Glosario

4. Objetivos

5. Diseño metodológico

5.1. Tipos de proyectos

a. Proyectos de intervención

b. Proyectos de evaluación

c. Proyectos de desarrollo tecnológico

d. Proyectos de investigación

e. Proyectos de investigación acción.

5.2. Tipo de estudio realizado

Tipos de diseño.

5.3. Período y lugar donde se desarrolla la investigación

5.4. Universo y muestra

5.5. Métodos

a. métodos empíricos

b. métodos estadísticos

c. métodos teóricos.

5.6. Selección de las variables

5.7. Procedimientos

5.8. Métodos de recolección de la información

5.9. Aspectos éticos

6. Resultados y discusión

7. Conclusiones

8. Recomendaciones

9. Referencias bibliográficas

10. Bibliografía consultada

11. Anexos

Los Documentos de Eventos no abundan mucho pues no todo el que patrocina un evento puede editar sus memorias pero los mismos constituyen una de las fuentes más valiosas y actualizadas de información que puede consultarse y forman parte de la llamada "literatura gris" al igual que las tesis.

Las temáticas de discusión en un evento se pueden presentar de diferentes formas: temas libres, talleres, mesas redondas, paneles, conferencias, carteles, entre otras.

Generalmente en cualquier tipo de evento se establecen tres modalidades de participación: ponente, invitado y observador, si usted decide participar como ponente debe decidir entonces ¿cómo presentará su trabajo?, si realizará la exposición verbal del mismo o lo presentará en la modalidad de cartel.

A continuación se exponen los requerimientos para la presentación de trabajos según la modalidad por usted seleccionada.

Exposición verbal u oral de un trabajo.

Cuando se decide realizar la presentación verbal u oral de un trabajo lo primero a considerar es el público que va a escuchar, hay que saber establecer una comunicación efectiva que logre captar la atención del público y que no lo aburra, por tanto al

planificar la exposición hay que tener presente las tres “P”: planificada, preparada y presentada con atención, así como las tres “S”: seleccionar, sintetizar y simplificar las ideas que se quieren transmitir empleando un lenguaje claro y sencillo para que todos entiendan.

La mejor forma de organizar un trabajo para su presentación verbal es seguir el mismo itinerario lógico que habitualmente se sigue al escribirlo, comenzando por ¿cuál es el problema? y terminando por ¿cuál es la solución? no obstante, hay que tener bien claro que la exposición verbal de un trabajo no es lo mismo que su publicación, por tanto se aplican reglas diferentes, por ejemplo no se exponen resultados experimentales ni se citan las referencias bibliográficas consultadas.

Históricamente, la exposición verbal ha sido la forma clásica de presentación de trabajos científicos, las mismas se caracterizan por ser breves (generalmente son de 10 minutos) y por apoyarse en medios audiovisuales como diapositivas y transparencias, en ellas el ponente se limita a plantear los resultados más relevantes o significativos de la investigación realizada.

Otro aspecto importante es el dominio de la voz, el orador debe modular su voz de forma tal que sea escuchado por todo el auditorio, no deberá nunca gritar porque sería una falta de respeto ni susurrar porque es desagradable para el que escucha y hace que se pierda la atención. Antes de comenzar su exposición el orador debe saludar al público y presentarse, si no ha sido presentado previamente.

También es importante la postura y el modo de vestir que adopte el orador pues refleja si la persona que expone se encuentra a gusto, además el vestuario puede añadir o restar valor y credibilidad, no deben ignorarse los patrones internacionales, aunque es un elemento muy personal.

Lineamientos generales para la exposición verbal:

- Organice su exposición de forma que la información que se comunica pueda ser comprendida fácilmente por el que escucha
- Evite los tecnicismos y las muletillas
- Defina claramente los términos

- Explique los conceptos más difíciles
- Llegue al salón donde expondrá su trabajo antes que comience la sesión y compruebe los materiales audiovisuales que va a utilizar, por ejemplo funcionamiento correcto del proyector
- Verifique que las transparencias o diapositivas que usará estén ordenadas y bien orientadas
- Nunca lea el texto de una transparencia o diapositiva, esto es inadmisibles, como plantea Robert Day sería “un insulto al público”; ellas deben servir para complementar lo que se dice, no para repetir.

Orientaciones para la confección de los medios audiovisuales a emplear

Si decide utilizar diapositivas, éstas deben ser apaisadas y no verticales y no deben prepararse a partir de documentos impresos (libros y revistas), se sugiere El Microsoft Power Point de Windows.

Como la iluminación en los salones de conferencias no es la óptima para la proyección de diapositivas, se sugiere confeccionarlas en fondo azul o negro con rótulos blancos o en colores claros.

Si utiliza programas computarizados de preparación de textos elija un tipo de letra grande, las tipografías Sans Serif y Arial son muy utilizadas.

La diapositiva o transparencia no debe atiborrarse de información sino que debe ilustrar un aspecto determinado de un problema o resumir varios aspectos, existen tres tipos esenciales de diapositivas: de texto, de datos (tablas, gráficos, diagramas) y de figuras (fotografías, dibujos), una combinación de los tres tipos de diapositivas ayuda a mantener la atención del público, se recomienda un máximo de 6 líneas en cada diapositiva; cuando este medio audiovisual ha sido bien preparado y diseñado puede aumentar notablemente la utilidad de una exposición verbal.

Presentación de un trabajo en la modalidad de cartel.

Hoy en día presentar un trabajo en forma de cartel o póster es algo muy común y que cada vez tiene mayor número de adeptos, en cualquier tipo de reunión científica (congresos, seminarios, talleres, etc.) tanto a nivel nacional como internacional.

En la actualidad, las sesiones de carteles se han convertido en parte aceptada e importante de muchas reuniones y por ello las grandes sociedades reservan espacio considerable para estas presentaciones

En realidad el cartel es una de las modalidades más importantes y modernas de comunicación y el mismo permite sintetizar y exponer gráficamente los resultados de una investigación científica.

Cuando se decide presentar un trabajo en la modalidad de cartel o póster en un evento científico, antes de comenzar a preparar el mismo resulta imprescindible conocer los requerimientos que para ello establece la comisión organizadora de dicho evento, es decir, alto y ancho del soporte (generalmente de 1,5 m de alto por 1 m de ancho), elementos aprobados para fijar el material al soporte (generalmente tachuelas o cinta adhesiva) y tamaño mínimo de los caracteres del texto, incluyendo secuencia de presentación (comúnmente de izquierda a derecha aunque puede orientarse al lector mediante el empleo de flechas y números el orden que debe seguir al leer).

En nuestro país no existe ningún documento que normalice los requerimientos mínimos para la presentación de carteles en reuniones científicas y es por ello que esta responsabilidad recae en los organizadores de tales eventos, quienes están en la obligación de facilitar dichos requisitos.

Características generales y organización del cartel o póster.

Un buen cartel o póster debe:

- ser lo suficientemente atractivo para que los lectores potenciales se aproximen a él
- señalar los aspectos más importantes de la investigación
- combinar los atributos de las exhibiciones y la presentación oral
- emplear colores a discreción

- colocar lo más llamativo en la parte superior y central del cartel o poster.

La organización de un cartel o póster normalmente sigue el formato IMRYD (Introducción, Métodos, Resultados y Discusión) aunque debe ser sencillo y tener en cuenta que un cartel bien diseñado destina el mayor espacio a las ilustraciones, es decir, presenta poca información textual. El autor debe numerar el cartel de acuerdo al programa del evento.

Lineamientos generales para preparar el cartel o póster:

El título debe ser corto, no más de 15 palabras, de ser mayor se recomienda usar un título y un subtítulo, y debe ser legible desde una distancia de por lo menos 1,2 m. El tamaño de las letras será superior a las del texto, de unos 3 cm de altura con trazo grueso y en negritas

El nombre del autor debe aparecer debajo del título y en un puntaje menor (2 cm)

El nombre de la institución donde se realizó la investigación se colocará a continuación de los autores especificando ciudad, provincia y país

La introducción será breve, aproximadamente de 150 palabras e incluirá los objetivos

En material y método se expresará en forma concisa cómo se realizó la investigación, este acápite puede aparecer incluido en la introducción

A los resultados se les dedicará el mayor espacio, aquí se presentan los gráficos, tablas, fotografías y cualquier tipo de ilustración; no hay límites para el color

La discusión puede escribirse o hacerse verbalmente en presencia de los interesados y del comité organizador del evento (esto último es lo más común)

Las conclusiones deben ser claras y escuetas y se situaran en el extremo inferior derecho, numeradas y en concordancia con los objetivos

No es necesario señalar las referencias bibliográficas salvo si se comparan los resultados obtenidos con los de otros autores

Los caracteres del texto deben ser de 0,50 a 0,75 cm de alto; se recomienda usar el tipo de letra Arial o Times New Roman del editor de textos Word de Windows tamaño 36.

El cartel o póster debe explicarse por sí sólo y debe destacarse visualmente a fin de que quienes lo vean puedan decidir si les interesa o no. En la actualidad muchos carteles se diseñan por medios electrónicos, es decir, usando programas especialmente creados para ello.

Ventajas de la presentación de trabajos en forma de cartel o póster.

Los trabajos presentados en la modalidad de cartel o póster permiten:

- mostrar los resultados de una investigación mejor que una exposición verbal
- presentar cualquier tipo de ilustración: fotografías, gráficos, dibujos e incluso hasta tiras cómicas, es decir, el autor puede desplegar toda su capacidad artística
- el análisis de las imágenes presentadas en detalle, facilitando regresar y volver a su lectura cuantas veces se desee
- que el autor distribuya información adicional y detallada (plegables u hojas informativas) en cualquier momento del evento.

La presentación de una investigación en la modalidad de cartel o póster, debe una vez finalizado el evento, reelaborarse y publicarse en alguna fuente primaria de información, de forma tal que se garantice su divulgación entre la comunidad científica.

Sin embargo, si usted participa como invitado en un evento científico es muy probable que deba preparar para exponer una comunicación en dicha conferencia y entonces surge la pregunta ¿en qué difiere la comunicación a un evento científico de un artículo científico?.

La comunicación a un evento científico.

Una comunicación a una conferencia se limita a menudo a una o dos páginas impresas, o sea, a unas 1000 a 2000 palabras. Normalmente se da a los autores una fórmula

sencilla como: “hasta cinco cuartillas, a doble espacio, y con tres ilustraciones como máximo”.

Como se infiere de la definición anterior planteada tan magistralmente por Robert Day en una comunicación a una conferencia se puede:

- exponer brevemente los resultados preliminares de una investigación científica en proceso
- presentar nuevas ideas aún no comprobadas que sugieren la realización de nuevas investigaciones.

Características de la comunicación a un evento científico.

Generalmente las comunicaciones presentadas en eventos no exponen detalles de pruebas experimentales realizadas sino que sólo se plantean los hallazgos más relevantes, pues los resultados completos de la investigación se supone se publiquen, ulteriormente, en una fuente primaria de información (revista).

La comunicación típica a una conferencia no tiene porque ajustarse a la progresión usual de Introducción, Materiales y Métodos, Resultados y Discusión, que es la norma en un artículo de investigación primario.

Comúnmente, la comunicación que se presenta en un evento científico plantea una hipótesis, describe someramente los métodos utilizados y presenta apoyándose en dos o tres ilustraciones (cuadros, figuras, gráficos y fotos) los resultados alcanzados dedicando el mayor tiempo a especular sobre estos resultados. El tiempo de que se dispone para la comunicación depende del tipo de evento científico, por ejemplo en los simposios se dispone normalmente de 20 minutos y en los seminarios de una hora.

4.4 Bibliografía.

1. Bermello Navarrete R, Kessel Sardiñas IM. La presentación de trabajos en eventos científicos. Revista de Ciencias Médicas La Habana. 2000; 6 (1): 27-31.
2. Cabrera López L, Hernández Cabrera GV, Valdés Leiva L, Pérez Clemente F. El cartel como modalidad de presentación de trabajos científicos en medicina familiar: nuestra experiencia. Rev Cubana Med Gen Integr (Internet) 2000

(citado 23 Abr 2000); 16 (2) Disponible en:
<http://www.sld.cu/revistas/mgi/mgi17200.htm>

3. Cué Brugueras M, Díaz Alonso G, Díaz AG, Valdés Abreu MC. El artículo de revisión. Resumed 1996; 9 (2): 86-96.
4. Day RA, Gastel B. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. 4ta ed. Washington, DC: OPS; 2008 (Publicación científica y técnica; 621)
5. Hernández Meléndrez E. Cómo escribir una tesis. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2006.
6. Jara Casco E. Instrucción a los autores. Ciudad de La Habana: CNICM; 1996.
7. Jara Casco E. Poster o trabajo en cartel. Ciudad de La Habana: ISCM-H; 1999.
8. Martínez Llantada M, Bernaza Rodríguez G, editores. Metodología de la investigación Educativa. 2da ed. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 2005.
9. Piñero Fernández OA. El cartel como recurso para presentar resultados de investigación científica. Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14 (2): 187-90.
10. Oramas Díaz J. Cómo redactar un editorial. Resumed 1997; 10 (2): 51-2.
11. Rodríguez-Loeches Fernández JR. Cómo escribir en ciencias médicas. La Habana: Academia; 1997.
12. Valle Molina D del. Elementos básicos para el uso de la información científico-médica. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas, 1989.

Bibliografía

1. Artiles Visbal L. El artículo científico. Rev Cubana Med Gen Integr 1995; 11 (4): 387-94.
2. Bobenrieth MA, Ribbi-Jaffe A. Partes del artículo científico. Caracas: OPS/OMS, CONICIT; 1988.
3. Bermello Navarrete R, Kessel Sardiñas IM. La presentación de trabajos en eventos científicos. Revista de Ciencias Médicas La Habana. 2000; 6 (1): 27-31.
4. Cabrera López L, Hernández Cabrera GV, Valdés Leiva L, Pérez Clemente F. El cartel como modalidad de presentación de trabajos científicos en medicina familiar: nuestra experiencia. Rev Cubana Med Gen Integr (Internet) 2000 (citado 23 Abr 2009); 16 (2) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252000000200017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas. Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica (Internet). 2010 (citado 13 Abr 2011). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/vancouver_2010.pdf.
6. Cué Brugueras M, Díaz Alonso G, Díaz AG, Valdés Abreu MC. El artículo de revisión. Resumed 1996; 9 (2): 86-96.
7. Day RA, Gastel B. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. 4ta ed. Washington, DC: OPS; 2008 (Publicación científica y técnica; 621)
8. Hernández Meléndrez E. Cómo escribir una tesis. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2006.
9. Fathalla MF, Fathalla MMF. Guía práctica de investigación en salud. Washington, DC: OPS; 2008 (Publicación Científica y Técnica; 620).
10. Instrucción metodológica No.8/90. En: Manual de normas y procedimientos del sistema nacional de información en ciencias médicas. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1990.p.133-41.
11. Jara Casco E. Instrucción a los autores. Ciudad de La Habana: CNICM; 1996.
12. Jara Casco E. Poster o trabajo en cartel. Ciudad de La Habana: ISCM-H; 1999.

13. Jiménez Miranda J. Las referencias bibliográficas según el estilo Vancouver. La Habana: Ciencias Médicas; 1995.
14. López Espinosa JA. El resumen como fuente de información y medio de comunicación. Resumed 1997; 10 (3): 136-44.
15. Martínez Llantada M, Bernaza Rodríguez G, editores. Metodología de la investigación Educacional. 2 ed. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 2005.
16. Oramas Díaz J. Cómo redactar un editorial. Resumed 1997; 10 (2): 51-2.
17. Piñeiro Fernández OA. El cartel como recurso para presentar resultados de investigación científica. Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14 (2): 187-90.
18. Rodríguez-Loeches Fernández JR. Cómo escribir en Ciencias Médicas. La Habana: Academia; 1997.
19. Rodríguez Loeches J. El resumen (editorial). Rev Cubana Med 1994; 33 (3): 111-3.
20. Valle Molina D del. Elementos básicos para el uso de la información científico-médica. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas, 1989.

Anexos.

Anexo 1. Ejemplos de resúmenes indicativos.

Ejemplo #1.

La emergencia de un nuevo patógeno, *Cyclospora cayetanensis*, como causa de enfermedad clínica en hospederos inmunodeprimidos, se asocia con diarrea prolongada, severa y con un alto porcentaje de recurrencia. En este trabajo se reportaron 2 casos cubanos de cyclosporiasis asociada con la infección por virus de inmunodeficiencia humana, en los cuales se detectaron ooquistes no esporulados de *Cyclospora cayetanensis* en heces por la técnica Ziehl Neelsen modificada. Las manifestaciones clínicas más significativas fueron la diarrea crónica y la pérdida de peso corporal, con niveles de CD4 inferiores a 200 células por mm³. La ocurrencia de síntomas digestivos severos en pacientes con *Cyclospora cayetanensis* e importante compromiso inmunológico soportó el concepto de que éste puede actuar como un nuevo patógeno oportunista en pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana.

Ejemplo #2.

Se realizó un estudio abierto, longitudinal y prospectivo en 30 pacientes con el diagnóstico clínico de Herpes Zóster que acudieron a consulta de Dermatología del Hospital Militar "Dr. Mario Muñoz Monroy", donde se evaluó la eficacia de la acupuntura con agujas dérmicas logrando la sangría en dicha lesión. Se tuvo en cuenta la modificación del dolor y signos clínicos, determinándose que al 7mo. día de tratamiento el 96.6 % de los pacientes no presentaban dolor y los signos clínicos mejoraron en el 70 % de los pacientes a las 48 horas y curados el 100 % al 7mo. día.

Ejemplo #3.

Yemen es un país con grandes diferencias regionales en su estructura social, económica y de alfabetización, lo cual se demuestra en los índices de mortalidad materna, mortalidad infantil y morbilidad de los niños menores de 5 años y las existentes necesidades para el cuidado de salud de su población. Teniendo en cuenta

esta situación se valora cómo influyen en el estado de salud bucal de la embarazada algunos riesgos biosociales identificados en la bibliografía, para ello se realizó un estudio analítico transversal y fueron estudiadas todas las embarazadas encontradas en el Al Wahdah Teaching Hospital y en el policlínico de atención prenatal de Kormarzar, ambos situados en la ciudad de Adén, Yemen, durante un período de 8 meses. Las gestantes fueron clasificadas según nivel de riesgo (alto, moderado y bajo) y estos fueron relacionados con la presencia de caries dental y enfermedad periodontal.

Anexo 2. Ejemplos de resúmenes informativos.

Ejemplo #1.

En Cuba las enfermedades cerebrovasculares constituyen la tercera causa de muerte y años de vida potencialmente perdidos, La Habana está entre las provincias de mayor prevalencia y en el Hospital General Docente "Iván Portuondo" del municipio de San Antonio de los Baños, son causa frecuente de ingreso. Se realizó un estudio descriptivo prospectivo, en una muestra de 98 pacientes, para investigar el comportamiento de las enfermedades cerebrovasculares en pacientes ingresados en salas de medicina interna en el período comprendido entre enero del 2008 hasta marzo del 2009. Esbozando: sexo y raza, territorio vascular más afectado clínicamente, se identificó la incidencia del deterioro cognitivo en relación con eventos cerebrovasculares previos. Estableciendo sensibilidad de tomografía axial computarizada, según evolución temporal del ictus. Predominaron los hombres (proporción 2/1) negros y mestizos sin asociación estadística entre variables por test de V de Cramér. Los síntomas de territorio carotídeo se presentaron en el 72% de los casos destacándose defecto motor y sensitivo contralateral; el 36.7% presentó deterioro cognitivo y 24 de ellos tuvo 2 y más eventos cerebrovasculares previos. La tomografía axial computarizada mostró sensibilidad de 0.66 que fue aumentando con los días. Es más frecuente la enfermedad cerebrovascular en negros, con síntomas de territorio anterior y cierto grado de deterioro cognitivo (en relación con número de eventos vasculares previos), siendo la tomografía axial computarizada sensible en el diagnóstico atendiendo al tiempo de evolución del ictus.

Ejemplo #2.

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, que incluyó 1 055 sujetos de todos los municipios de Ciudad de La Habana y los municipios cabeceras del resto de las provincias del país, con el objetivo de caracterizar las prácticas de consumo de fármacos de la población adulta, e identificar a través de qué vías la población recibe información sobre los medicamentos, así como la opinión respecto a la calidad de esa información. Se encontró que más de la mitad de los encuestados consume medicamentos; el promedio de medicamentos por consumidor fue de 2,16; y los grupos farmacológicos más consumidos fueron: los antihipertensivos, los antiinflamatorios no esteroideos y los psicofármacos. El 7,3 % de los sujetos incluidos en el estudio consume medicamentos sin prescripción médica, el 78 % de la población encuestada refiere que se automedicaría para tratar una cefalea, el 65,2 % para tratar un estado gripal, en tanto que el 56 % recurriría a esta práctica ante la presencia de fiebre. Igualmente el 86,8 % refiere recibir información sobre medicamentos fundamentalmente por la televisión, el médico y el prospecto. Según el criterio de los pacientes, la información recibida puede ser calificada de buena en la gran mayoría de los casos. Se concluye que una alta proporción de los encuestados consume medicamentos, y la automedicación se ubica entre las conductas más frecuentes frente a la enfermedad, a pesar de recibir información, calificada de buena, sobre medicamentos.

Ejemplo #3

La producción de conocimientos científicos en salud se fundamenta esencialmente en la actividad de investigación. Sin embargo, su difusión puede ocurrir de diversas formas. La publicación de artículos en revistas científicas constituye la vía formal más inmediata y activa de comunicación entre los investigadores y es, desde hace décadas, la fuente principal de información científica actualizada. En este artículo se caracteriza la producción científica de los profesionales de la salud publicada en la Revista de Ciencias Médicas de La Habana, desde su fundación en el año 1987 hasta el 2008. Durante este período se publicaron 26 números con 307 artículos. Se observó un predominio de los artículos originales (52 %), seguido por las presentaciones de casos y

los artículos de revisión. La mayor cantidad de artículos publicados fueron realizados en colectivo. El promedio de autores por artículo fue de 2,4. Las especialidades de Medicina, Pediatría, Atención Primaria de Salud y Estomatología fueron las más prolíferas. El Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet" fue la institución más productiva, seguido de la Filial de Ciencias Médicas del Este de La Habana y el Hospital General Docente «Leopoldito Martínez». El municipio con mayor número de publicaciones fue Güines.

Anexo 3. Ejemplos de resúmenes estructurados.

Ejemplo #1.

Introducción: Las enfermedades respiratorias son causa de morbilidad, discapacidad y mortalidad en toda la población, entre estas el Asma Bronquial ha aumentado su frecuencia de presentación en ancianos. **Objetivo:** Caracterizar clínicamente los pacientes de 60 años y más, dispensarizados por Asma Bronquial en el Policlínico Área Sur de Sancti Spíritus. **Material y Método:** Se realizó una investigación descriptiva transversal, del 1 de enero al 31 de mayo del 2007, se aplicó un cuestionario sobre síntomas respiratorios, validado por autores cubanos, entrevista individual a profundidad sobre la enfermedad actual y una observación durante el tratamiento por vía inhalada. **Resultados:** El 31,6 % estuvo entre 65 y 69 años; la edad promedio fue 68,2 + - 3,02 y de estos el 52,5% fueron mujeres. La tos fue el síntoma menos encontrado, la disnea apareció en reposo en el 75,7 %, fue de intensidad variable en el 68,7 % y apareció de noche en el 56,5 %, utilizaron Salbutamol indiscriminadamente 71 casos y presentaron dificultades en la técnica para el uso del spray el 59,1%. **Conclusiones:** Se presentaron síntomas propios de otras enfermedades cardiorrespiratorias que se diferencian del paciente asmático; el inadecuado manejo terapéutico evidenció desconocimiento y falta de adiestramiento del paciente para el autocontrol.

Ejemplo #2.

Antecedentes: El crecimiento fetal intrauterino retardado se ha vinculado con la hipotensión y otros factores de riesgo enfermedad cardiovascular en la vida adulta. Sin

embargo, la influencia sobre el crecimiento fetal de la presión arterial materna durante el embarazo no está bien definida. En un estudio prospectivo, examinamos la relación entre la presión arterial ambulatoria materna durante el embarazo y los índices de crecimiento fetal. Métodos: Estudiamos 209 embarazadas nulíparas saludables, remitidas a un hospital general de distrito en el interior de la ciudad (86 % de las 244 mujeres consecutivamente remitidas que cumplían con los requisitos del estudio). Se obtuvieron registros de presión ambulatoria durante 24 horas a principios del embarazo (media, 18 semanas /IQR, 17-18/) a mediados del embarazo (28 semanas /28/), y a finales del mismo (36 semanas /36/). Ocho niños nacidos antes de las 32 semanas se excluyeron del análisis. Resultados: Un incremento de 5 mmHg (1 DE) en la presión diastólica media en un período de 24 horas a las 28 semanas de gestación, se asoció con una disminución de 68 g (intervalo de confianza del 95 %, 3-132) en el peso al nacer. Un cambio similar en la presión diastólica a las 36 semanas de embarazo se asoció con una pérdida de 76 g (24-129) de peso al nacer. Estas asociaciones fueron independientes de los elementos potenciales que tienden a confundir (edad materna, estatura, peso, hábito de fumar, consumo de alcohol, origen étnico, síndromes de hipertensión durante el embarazo y parto pretérmino). La presión diastólica media materna durante 24 horas a la semana a las 28 semanas de gestación fue también inversamente asociada con el índice ponderal del niño al nacer en un análisis multivariado ($p=0,06$). La presión arterial materna ambulatoria más elevada a las 28 y a las 36 semanas predijo también una circunferencia cefálica inferior, aunque a estas asociaciones estuvieron en dependencia del peso al nacer. Las vinculaciones entre la presión sistólica ambulatoria y los índices de crecimiento fetal fueron débiles e inconsistentes, la presión ambulatoria a las 18 semanas no pronosticó crecimiento fetal. Conclusiones: Existe una asociación continua inversa entre el crecimiento fetal y la presión materna a través del rango visto en el embarazo normal. La presión materna puede ser un importante factor de confusión en las asociaciones reportadas entre el retardo del crecimiento fetal, la hipertensión en la vida adulta y la enfermedad cardiovascular.

Ejemplo #3

Introducción: El Diplomado en Promoción de salud satisface el vacío en la formación de pregrado de los profesionales encargados de desarrollar a distintos niveles esta estrategia. Se imparte a nivel nacional en Cuba desde noviembre de 2007, coordinado por la Cátedra de Promoción de Salud de la Escuela Nacional de Salud Pública.

Objetivo: Valorar los resultados de la primera edición del Diplomado en Promoción de salud (noviembre 2007 a junio 2009).

Métodos: Investigación evaluativa, de corte transversal, en las provincias: Pinar del Río, Ciudad de La Habana, Matanzas, Las Villas, Cienfuegos, Sancti Spíritus y Ciego de Ávila. Participaron 116 diplomantes y 69 profesores.

Resultados: El diseño del programa resultó de la detección de necesidades de aprendizaje con 25 expertos encuestados, respondieron 18 (72,0 %), estuvieron de acuerdo con todos los contenidos planteados 17 (94,4 %), 5 de ellos propusieron nuevos contenidos y mediante talleres metodológicos regionales. El claustro se conformó con profesionales, en su mayoría médicos y pedagogos, 50 % o más con categoría de profesor auxiliar o asistente, (62,3 %) máster y con experiencia docente entre 11-20 años. (34,7 %). Los estudiantes, mayoritariamente mujeres que ejercen fundamentalmente a nivel local, municipal o provincial, la mayoría son pedagogos 31,1 % y médicos 24,1 %, las principales motivaciones fueron aprender y superarse. Se detectaron algunas debilidades en el proceso docente que permitieron la modificación del programa. La retención fue de 89,2 %. Los resultados del pretest y postest demostraron el aprendizaje adquirido. La totalidad de los estudiantes aprobaron los cursos y su trabajo final, la mayoría con calificaciones entre excelente y bien.

Conclusiones: El proceso metodológico desarrollado en la planeación y ejecución del programa docente, permitió su adecuado desenvolvimiento en cada una de las provincias. Los claustros provinciales poseen alto nivel científico y docente. La selección de los estudiantes estuvo de acuerdo a los requisitos de ingreso planteados. El proceso capacitante fue eficiente y eficaz demostrado por los resultados de aprendizaje obtenidos por los diplomantes.

Anexo 4. Ejemplos de editoriales

Ejemplo #1

Revista de Ciencias Médicas La Habana 2008; 14 (3)

Excelencia: compromiso y competencia.

Por diversas razones, el logro y perfeccionamiento de la calidad de los servicios de salud son de enorme relevancia política y técnica en todo el mundo. Los indicadores alcanzados en la salud del pueblo cubano como resultado de la voluntad del estado y de la prioridad dada a este sector son reconocidos internacionalmente. No obstante, los buenos indicadores de salud no siempre se corresponden con los niveles de satisfacción individual o familiar por los servicios recibidos¹.

El Ministerio de Salud Pública en Cuba enfrenta, entre otros, el importante reto de garantizar niveles elevados de satisfacción de la población con respecto a la atención médica que se ofrece, siendo la Excelencia en todos los procesos que integran los servicios de salud el camino ideal para lograr vencer este reto.

La Excelencia, grado eminente de perfección, entendida como superior calidad o bondad que hace digno de singular aprecio y estimación algo², impone el reto no sólo de lograrla, sino de perpetuarla. Se requiere crear las condiciones para su perfeccionamiento constante a través de procesos con calidad.

Existen varias concepciones para analizar la calidad, pero vale la pena reforzar la atención en dos dimensiones: calidad como perfección, con la filosofía de minimizar errores y hacer las cosas bien desde el inicio; y calidad como transformación, con el propósito de obtener cambios cualitativos en los indicadores ostentados.

El logro de la Excelencia no se alcanza de forma espontánea, resultan necesarios a nuestras instituciones: Capacidad en los servicios para asimilar nuevos conocimientos y tecnologías que incrementen la eficacia de los procesos de salud; Aparatos académicos que garanticen la formación y superación de los recursos humanos; Altos niveles de

competencia de todos los involucrados en ofrecer servicios; Equipos de dirección eficaces en la gestión de recursos; Garantía para el avance de la ciencia y la innovación tecnológica.

Para ello, resulta imprescindible el compromiso individual y altos niveles de competencia y desempeño de todos los involucrados, de profesionales capaces de dar solución de los problemas con creatividad desde bases científicas.

Se requiere ser eficientes y eficaces, encarar el reto de elevar el nivel de satisfacción en todos los servicios y aprovechar, en beneficio de la sociedad, las posibilidades que ofrece el desarrollo científico, técnico y social.

MSc. Lic. Yaymí Roque Marrero

Licenciada en Enfermería. Profesora Auxiliar

Master en Comunicación social.

E-mail: yamiroque@infomed.sld.cu

Referencias bibliográficas.

1. MINSAP. Carpeta metodológica de atención primaria de salud y medicina familiar. Barcelona: Tallers Gràfics Canigó; 2001?.
2. Diccionario Enciclopédico Océano. Barcelona: Océano Grupo Editorial; 1999. Excelencia; p. 382.

Ejemplo #2.

Acimed 2011; 22 (4)

Acerca de la Federación Internacional de Asociaciones de Bibliotecas e Instituciones.

Con el lema "Bibliotecas que trascienden bibliotecas: integración, innovación e información para todos", se efectuó el 77 Congreso y Asamblea General de la Federación Internacional de Asociaciones de Bibliotecas e Instituciones (IFLA) en la Ciudad de San Juan, Puerto Rico, entre el 13 y el 18 de agosto de 2011.

La Federación Internacional de Asociaciones de Bibliotecas e Instituciones^{*}, organismo internacional no gubernamental que desde 1927 reúne a miembros de diversas asociaciones de bibliotecas y de profesionales de la información alrededor del mundo, con más de 1 600 miembros de 150 países, convoca cada año a un congreso con el objetivo de posibilitar el intercambio de experiencias y debates sobre el mundo de las bibliotecas y las ciencias de la información.

Promover las relaciones internacionales, la cooperación, la investigación y el desarrollo en todas las esferas de la actividad bibliotecaria son objetivos de dicha organización. Cuba se afilió como miembro en 1981, a través de la Asociación Cubana de Bibliotecarios (ASCUBI) y durante los últimos años se ha incorporado activamente a sus actividades con el propósito de conseguir una mayor participación y presencia en sus divisiones y secciones. Por esa vía se procura, asimismo, contribuir a que la IFLA optimice sus acciones y sus resultados.

El Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, Infomed, se incorporó a esta organización en el año 2007 y, juntamente con los representantes de los Ministerios de Educación, Educación Superior, Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente y Relaciones Exteriores, ha trabajado en las áreas universitaria, escolar, gubernamental, científica y de tecnologías de la información, lo que ha permitido una activa presencia en los diferentes comités y divisiones de IFLA.

El Congreso anual de IFLA es el acontecimiento internacional más relevante de la comunidad bibliotecaria mundial. Sus delegados se reúnen para intercambiar ideas, compartir experiencias y, sobre todo, contribuir al desarrollo de las bibliotecas y centros de información a nivel internacional. En este número, la *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud (Acimed)* dedica la sección de Actualidades a bosquejar las actividades más relevantes del 77 Congreso y la Asamblea General de IFLA que se desarrolló en agosto de 2011.

Nuestra posición en torno a este esfuerzo se inscribe en la certeza de que nunca como ahora son tan notables las posibilidades de reducir la distancia que separa a nuestra región de los polos de mayor desarrollo en esta materia. La globalización y el acceso a

las tecnologías más avanzadas en el campo de la información en todas las disciplinas, y muy particularmente en el ámbito de la salud, han abierto esta posibilidad excepcional.

Desde luego, esta realidad constituye también un desafío. Nuestra revista lo asume con la convicción de que tiene la obligación y la posibilidad de hacer un aporte modesto, pero sostenido y creciente, de acuerdo con esta realidad. Estimamos que las instituciones, las personas y las redes de nuestra región deben apropiarse de las herramientas y de los conceptos más avanzados; adaptarlos a su realidad, comprometidos con el Movimiento de Acceso Abierto a la Información y a optimizar las políticas e iniciativas en esa línea. Esa es nuestra comprensión del cometido de IFLA, por lo que redoblamos nuestro compromiso de seguir ampliando las bases de conocimiento que sustentan estos procesos y diseminar sus resultados entre los actores clave.

Ms. C. ILEANA ALFONSO SÁNCHEZ

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas.

La Habana, Cuba.

Ejemplo #3.

Rev Hum Med 2011 may-ago; 11 (2)

Aniversario 150 del surgimiento de la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana.

Jorge Álvarez Vázquez

El colectivo de trabajadores de la ciencia que integramos el Centro de Desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanísticas en la Salud y la revista Humanidades Médicas, su publicación emblema, hoy nos inclinamos reverentes ante los que honor merecen. Y lo hacemos a través de estas notas con una invitación a la reflexión sobre la identidad, modelada con autenticidad, en el largo y tortuoso itinerario que, desde los ancestros

fundadores, nutrió a la ciencia de acá, la criolla, con la savia de la cubanidad, la vocación de libertad y la Patria como humanidad.

A la vista retrospectiva de 150 años estamos desandando el camino a fuerza de memoria histórica. Onomástico grande este, el de la primera y más insigne institución de la ciencia en el país. Aquella que el 19 de mayo de 1861, ante la presencia del gobernador general Francisco Serrano, se dio a la luz pública como la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana.

Unas pequeñas notas no podrían abarcar todo el significado de este hecho, sino solo marcar algunos momentos imprescindibles a nuestro modo de ver. Primero porque, con la creación de la Academia, se cerraba un dilatado proceso de gestiones que afortunadamente fueron coronados por el éxito, aspiración de varias figuras de la ciencia en Cuba que había tenido como antecedentes las sesiones de discusión de carácter científico en la Sociedad Económica Amigos del País, pero que ante todo había sido un proceso relacionado con el desarrollo de la nacionalidad cubana.

Segundo porque no puede escapar a la mención de un acontecimiento como este el papel jugado por la comunidad médica cubana en tales empeños, como señala el historiador Gregorio Delgado García: "[...] se forjó en la mente de algunos médicos cubanos la idea de establecer una Academia de Ciencias Médicas ´en donde reunidos los profesores de más concepto en los ramos de medicina, cirugía, farmacia, química e historia natural trabajen de consenso, comunicándose las ideas, sometiéndolas a la discusión, publicándolas cuando conviniere y entablado las más importantes correspondencias con otras Sociedades y Academias literarias...!'

En el proceso de formación de la nacionalidad cubana se destacaba el impulso de la burguesía criolla desde finales del siglo XVIII al progreso de un pensamiento creador y de aquellas ciencias desarrolladas mundialmente, que estuvieran vinculadas a sus intereses. El avance del país exigía una mentalidad diferente y entre las ciencias identificadas que fomentarían el progreso estarían la química, la botánica, la agronomía, etc. La medicina ocuparía un lugar especial.

El movimiento cultural promovido por grandes personalidades que divulgaron las nuevas ideas, a través de la Sociedad Económica Amigos del País y el Papel Periódico de La Habana, había sentado las bases para reconocer la necesidad de un progreso científico y técnico. La lucha contra el escolasticismo y el oscurantismo, en el seno de las propias instituciones religiosas comenzó la transformación de la enseñanza, con conceptos e ideas antiescolásticas, que divulgaban el establecimiento de escuelas gratuitas y la introducción de sistemas pedagógicos más modernos.

Así, mientras ocurría la transmutación de lo criollo en cubano y surgían las primeras representaciones de la nación, se consolidó el terreno donde construir una academia de ciencias. El significado de la participación de los médicos no debe verse como resultado de una simple sumatoria de intereses gremiales, sino consecuencia del papel de los mismos en la vanguardia del movimiento científico en la Isla y expresión de un colectivo profesional meritorio y capaz de organizarse en formas institucionalizadas y más complejas de la ciencia.

El Dr. Ismael Clark Arxer, actualmente presidente de la Academia de Ciencias de Cuba, refiere que: "Aquella primera Academia de Ciencias desempeñó un rol importante y útil, catalizando la pasión, la voluntad y la inteligencia de personalidades científicas en tanto entes individuales, frente a un ambiente de indiferencia, cuando no de hostilidad. Logró como corporación dar aliento a la expresión, discusión e investigación científicas. Con ello, y no sin limitaciones derivadas del ambiente socio-político de la época, fue capaz de integrar y sistematizar el pensamiento científico cubano e incorporarlo al proceso científico mundial. Propició un ensanchamiento de los conocimientos científicos y ayudó a formar una intelectualidad fuertemente impregnada del propósito de servir al progreso de la ciencia. Al influjo de la actividad de sus miembros, se fueron creando otras instituciones y laboratorios científicos y se elevó el nivel y el rigor de la docencia universitaria."ⁱⁱ

Esa institución, que ganó un lugar de privilegio en la memoria, se abrió al país y al mundo en un contexto histórico que la dejó firmemente vinculada al futuro de la ciencia cubana y ha estado siempre presente en las aspiraciones que un siglo después comenzaría a encontrar cabal y definitivo aliento.

¡Gracias a los padres fundadores!

Referencias:

i. Delgado García G. La salud pública en Cuba durante el periodo colonial español. Cuadernos de Historia de la Salud Pública [Internet]. 1996 [citado 2011 Abril 12]; 81. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/his/vol_1_96/his07196.htm

ii. Clark Arxer I. Conferencia magistral pronunciada en la Academia de Ciencias de República Dominicana [Internet]. 5 Mar 1999 [citado 15 Abr 2011]. Disponible en: <http://www.academiaciencias.cu/Espanol/Informacion%20permanente/Documentos/Discursos%20y%20conferencias/lclark50399.pdf>

Anexo 5. Ejemplos de Notas clínicas o presentaciones de casos

Ejemplo #1.

Revista de Ciencias Médicas La Habana 2004; 10(1)

Degeneración maligna de neurofibroma mediastínico.

Dra. Mercedes A. Zayas Díaz, Dra. Isabel Fernández Castro, Dr. Eyder Hernández
Correa.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 34 años de edad, portadora de una neurofibromatosis de VON RECKLINGHAUSEN tipo 1, con dolor torácico irradiado a abdomen, fiebre y sintomatología respiratoria; en la cual aparecieron como hallazgos imagenológicos, una masa tumoral que ocupaba gran parte del hemitórax derecho con derrame pleural asociado. La histología demostró la etiología neurofibromatosa del tumor con degeneración maligna, así como el desplazamiento e infiltración de estructuras vecinas.

Descriptores de Cs: NEUROFIBROMATOSIS

La neurofibromatosis fue descrita como entidad en 1882^{1,2} por Von Recklinghausen y se identificó como un trastorno hamartomatoso debido a un desorden neuroectodérmico que frecuentemente se asocia con alteraciones endocrinas (acromegalia, enfermedades tiroideas, hiperparatiroidismo, etc. así como lesiones óseas (malformaciones, cifoescoliosis y pseudoartrosis)¹⁻³

En la actualidad están identificadas dos variantes de neurofibromatosis: La tipo 1 o Enfermedad de Von Recklinghausen propiamente dicha y la tipo 2. La tipo 1 con criterios clínicos muy bien definidos, una frecuencia de 1x3000, afectando por igual a ambos sexos y a todas las razas. El trastorno genético se localiza en la región centromérica del cromosoma 17, teniendo un carácter autosómico dominante⁴⁻⁵.

La tipo 2 por su parte tiene una frecuencia de 1x40 000 a 1x1 000 000 (según diferentes autores); también tiene carácter autosómico dominante, afectando en igual proporción a ambos sexos y a todas las razas. El trastorno genético se localiza en el centro del brazo largo del cromosoma 22^{3,4,5}.

Elementos distintivos de las dos variantes clínicas de neurofibromatosis.

TIPO 1

ENF. DE VON RECKLINGHAUSEN.

- Seis o más manchas " café con leche " de más de 1.5 cm. de diámetro en el adulto.
- Dos o más neurofibromas de cualquier tipo o uno de tipo flexiforme.
- Hiperpigmentación axilar, inguinal o inframamaria o en flexuras.
 - Dos o más nódulos del LISH.
 - Presencia de glioma óptico.
- Lesiones óseas características con o sin pseudoartrosis.
- Parentesco de primera línea o grado estrecho de parentesco con personas portadoras de neurofibromatosis.

TIPO 2

- Neurinomas del acústico bilaterales.
- Tumores del sistema nervioso central en el 50% de los casos.
- Raro en la infancia, manifiesto entre 2^{da} y 3^{ra} décadas.
- El resto de la sintomatología es común con la neurofibromatosis tipo 1^{3-5,6}.
- Estos elementos están presentes en el caso en discusión.

Tumores asociados a la neurofibromatosis tipo 1

- Tumores intratorácicos, subpleurales y mediastínicos (15%), (el 10% de estos tumores son malignos).
- Glioma óptico (15-20%).
- Feocromocitoma (15%).
- Neurofibromas plexiformes.
- SCHWANNOMAS (mediastino posterior).
- Meningocele torácico.
- Rabdomiosarcomas.
- Tumor de WILMS.
- Leucemias Ph (-).
- Tumores múltiples del plexo de AUERBACH del colon.
- Degeneración sarcomatosa de neurofibromas y SCHWANNOMAS.^{5, 6, 7,8}

Este caso resulta curioso y nos motivó debido a la baja frecuencia de malignización de estos tumores y la gran magnitud que adquirió el tumor manteniéndose durante mucho tiempo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, de la raza blanca, de 34 años de edad con antecedentes patológicos familiares de neurofibromatosis (madre y dos tías maternas) y de ser portadora de esta enfermedad, que refiere además de haber sido intervenida quirúrgicamente en dos ocasiones de "nódulos tiroideos". Acude al hospital aquejando dolor en hipocondrio derecho y en región infraescapular derecha que se aliviaba usando dipirone oral. Además refería fiebre de 38°C de dos días de evolución, tos productiva y expectoración purulenta.

Al examen físico se constató: Hemitórax derecho abombado, disminución de la excursión respiratoria y ausencia de estertores. Ligera Polipnea superficial (FR: 28xmin).

El examen del aparato cardiovascular y del abdomen fue negativo.

En la piel se encontró tendencia a la hiperpigmentación sobre todo en el segmento tóraco-abdominal y mamas, presencia de manchas "café con leche" en número de 10-12 agrupadas en región paraesternal y neurofibromas múltiples en tórax, abdomen y miembros, zonas donde también se apreciaban numerosas efélides y nevos hiperpigmentados.

Exámenes de laboratorio

1. hemograma: Hb-9,8 g/l, leucocitos- 9×10^9 P-85 L-14 Eo-01
2. Eritrosedimentación: 74 mm

Imagenología

- I. Rx tórax (PA): Anomalías costales en hemitórax izquierdo (2^{da} y 3^{ra} costilla "en tenedor").
- II. Opacidad total de hemitórax derecho con desplazamiento contralateral del mediastino.
- III. Rx tórax lateral: Masa de aspecto tumoral con derrame pleural de mediana intensidad ocupando el hemitórax derecho.
- IV. Ultrasonido torácico: Derrame pleural derecho. Formación ecogénica de aproximadamente 112 mm. De diámetro con distorsión de textura central que ocupaba 2/3 superiores del hemitórax derecho.
- V. TAC pulmón: Se corrobora derrame pleural. Tumor subyacente con calcificaciones, atelectacia asociada, desplazamiento de estructuras mediastinales. Deformidad de la columna dorsal y las costillas.
- VI. Mielo-TAC: Desorganización de las vértebras dorsales por compresión del tumor mediastinal. Subluxación de D₆, D₇ y D₉ con osteolisis de las mismas.



Estudios Anatomohistológicos y Microbiológicos

- a. Estudio BAAR del líquido pleural: negativo.
- b. Estudio bacteriológico: no crecimiento bacteriano.
- c. Estudio citológico: Abundantes hematíes y células mesoteliales: no se aprecian células atípicas.

Después de valoración multidisciplinaria se decide el tratamiento quirúrgico. Se realizó resección del tumor mediastínico realizándose biopsia transoperatoria cuyo resultado fue. Tumor de nervio periférico de bajo grado de malignidad (15 cm. de diámetro mayor) en correspondencia con neurofibrosarcoma.

COMENTARIO

Estamos en presencia de una paciente portadora de una neurofibromatosis tipo 1 de Von Recklinghausen en la que están presentes cinco de los postulados diagnósticos planteados siendo significativo el hecho de padecer un tumor de crecimiento intratorácico de gran magnitud con escasa sintomatología (el dolor aparece como primer síntoma diez días antes del ingreso) .

La frecuencia de tumores en estos pacientes es mayor que en el resto de la población y la malignización de los mismos es considerada, una fase evolutiva en el cuadro clínico⁷⁻⁹⁻¹⁰, sobre todo la degeneración de neurofibromas, existiendo una importante evidencia de degeneración sarcomatosa de los neurofibromas y los Schwannomas (10%)⁸. Sobre todo las de tipo plexiforme.

Un gran número de autores coinciden en que los neurofibromas cutáneos, sobre todo los pedunculados no tienden a malignizarse, no ocurriendo así con los mediastínicos ni con los plexiformes infiltrantes^{3, 6}.

También se plantea que la mayoría de los pacientes tiene una vida normal con escasa sintomatología^{3, 4, 8}, lo curioso del caso que se expone es que, a pesar de la gran dimensión del tumor intratorácico con compromiso de las estructuras óseas vecinas, este haya transcurrido sin manifestaciones motoras, ni sensitivas, ni alteraciones de la dinámica ventilatoria por compresión.

Es significativo además, que a pesar de la infiltración de las vértebras vecinas con luxación y osteolisis de las mismas no se hayan comprobado infiltración ni metástasis en otras áreas cercanas o a distancia, tal vez explicable por la baja malignidad que, histológicamente, fue demostrada.

AGRADECIMIENTO

Le agradecemos al estudiante 4^{to} año de Medicina Yoel González Corrales su colaboración para la realización de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Capítulo 70 Trastornos de los nervios periféricos. En: Berkow R, editor. Manual Merck. Barcelona: Océano; 1987.p. 355-65.
2. Domonkos AN. Neurofibromatosis múltiple (Enfermedad de Von Recklinghausen). En: Andrews: tratado de Dermatología. Ciudad de La Habana: Científico-Técnica; 1983; T 2.p. 716-7.
3. Gelehter TD. Chapter 175 Phakomatoses Neurofibromatosis. En: Stein JH, editor. Internal Medicine. 4 ed. St. Louis: Mosby; 1994. p. 1483-7.
4. 417 Facomatosis En: Bennett JC, Plum F, editors En: Cecil tratado de Medicina Interna. 20 ed. México: Mc Graw Hill interamericana; 1988; Vol. 3. p. 2375-6.
5. Thomas PK. Enfermedades hereditarias. En: Bodley Scott R. Price's: Medicina Interna. Madrid: Espasa; 1982; Vol. 2. p. 1804-6.
6. Kelley E. Texbook International Medicine. 2 ed. 1992.

7. Daly WJ, Cline MJ, Hutton JJ, Kohler PO, et al. Otras enfermedades pulmonares. En: Stein JH editor. Medicina Interna. Ciudad de La Habana: Científico-Técnica; 1984; T.1-A. p. 426.
8. Neurofibromatosis. En: Bodly Scott R. Price's: Medicina Interna. Madrid: Espasa; 1982.
9. Toro G; Domínguez A, Costero I, García Maldonado E, et al. Patología del sistema nervioso. En: Correa P. Texto de Patología. 2 ed. México: La Prensa Médica Mexicana; 1975. p. 747-50.
10. Cotran RS, Kumar V, Collins T. Neurofibromatosis Tipo 1 y 2. En: Robins: patología estructural y funcional. Madrid: Mc Graw-Hill; 2000. p. 173-5.

Ejemplo #2.

Medisur 2011; 9 (6)

Neumonía varicelosa grave. Presentación de un caso pediátrico.

Ariel Efrén Uriarte Méndez, Jesús Vila Díaz, Andrés Prieto Apesteguía.

RESUMEN

Se presenta el caso de un niño de 12 años, de color de piel blanca, obeso, de procedencia urbana, con antecedentes de enfermedad de Crohn, que ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto por diarreas sanguinolentas y deshidratación severa. Controlado el cuadro agudo, se trasladó a la sala de gastroenterología donde comenzó con lesiones vesiculares en el tronco, diagnosticadas como varicela. Desarrolló como complicación una neumonía grave que evolucionó rápidamente a un síndrome de distrés respiratorio agudo por lo cual fue necesario su traslado a Unidad de Cuidados Intensivos con una intervención terapéutica intensiva, sobre todo, manejo ventilatorio. Tanto los hallazgos radiológicos como los parámetros analíticos fueron muy característicos, similares a los descritos en la literatura. A pesar del tratamiento intensivo sostenido falleció un mes después de realizado el diagnóstico. Considerando lo infrecuente de esta complicación en niños se decidió publicar el caso.

Palabras clave: Neumonía; varicela; niño

INTRODUCCIÓN

La varicela es una enfermedad exantemática infecciosa producida por el virus de la varicela-zoster, pertenece a la familia de los herpes y comparte características comunes con los demás integrantes del grupo como la facilidad de permanecer en estado de latencia en los tejidos por tiempo prolongado, la virulencia para desarrollar formas clínicas y complicaciones graves, así como la posibilidad de producir lesiones en el feto. ⁽¹⁻³⁾

Es típicamente una enfermedad de curso benigno, aunque están descritas muchas complicaciones graves como neumonía, encefalitis, mielitis transversa, síndrome de Guillain Barré, anemia hemolítica, trombocitopenia, entre otras. La mortalidad en niños previamente sanos de 1 a 9 años es de 2-3 por cada 100 000 casos; los adultos tienen 25 veces más probabilidad de fallecer que este grupo de edad. ⁽¹⁾ Las muertes se deben en su gran mayoría a neumonía, esta complicación temible tiene mayor incidencia en adultos que aportan hasta el 90 % de los casos; su aparición en niños es rara. ⁽⁴⁻⁶⁾

La incidencia de la neumonía varicelosa es variable, se ha estimado en el 10-20 % de todos los enfermos adultos con varicela, en el 75 % de los casos con edades entre 30-50 años. ^(4,7,8) La neumonía por varicela se ha asociado con una mortalidad del 10-30 % en personas sanas y hasta un 50 % en enfermos inmunodeprimidos o en los que presentan insuficiencia respiratoria. ^(9,10) Los síntomas aparecen generalmente al tercer día del brote inicial de las lesiones en piel, inicialmente aparece tos seca y muy pronto el paciente comienza con dificultad respiratoria. La evolución habitualmente es rápida, caracterizada por hipoxemia de rango variable pero casi siempre tan severa que requiere ventilación mecánica.

El caso que se presenta manifestó un síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) que es el responsable del curso clínico y analítico de la enfermedad. La radiografía de tórax mostró desde el comienzo de los síntomas respiratorios un infiltrado alveolar micronodular ampliamente diseminado en ambos campos pulmonares. En estos casos

puede haber grados variables de edema pulmonar y los demás hallazgos típicos del SDRS. ⁽⁶⁻¹⁰⁾

Casi todos los reportes de neumonía varicelosa en la literatura médica corresponden a adultos, los casos publicados en niños son muy escasos dado su baja frecuencia. Como esta entidad es infrecuente de forma general pero mucho más lo es en pediatría, se decidió publicar las experiencias con un niño de 12 años que sufrió este padecimiento con curso prolongado e intervención terapéutica compleja e intensa, desgraciadamente con un desenlace fatal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Niño de 12 años de edad, de color de piel blanca, obeso, de procedencia urbana, con antecedentes de enfermedad de Crohn por la cual había tenido múltiples ingresos debido a descompensación aguda. Llevaba tratamiento regular que incluía corticosteroides. El día 5 de julio de 2010 ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto", de Cienfuegos, por diarreas sanguinolentas y deshidratación severa. Fue tratado con fluidos y antimicrobianos, concretamente, metronidazol y ceftriaxona. Tres días después, cuando se controló el cuadro agudo, se trasladó a la sala de gastroenterología donde comenzó con lesiones vesiculares en el tronco que fueron diagnosticadas como varicela. La evolución de esta última fue típica durante las primeras 48 horas pero aparecieron síntomas respiratorios al tercer día que evolucionaron rápidamente a polipnea y toma del estado general.

Se indicó una radiografía de tórax donde se advirtieron lesiones bronconeumónicas finas muy diseminadas en ambos campos pulmonares. Por tanto, se decidió su traslado nuevamente a la UCI.

Examen físico:

Se constató afectación moderada del estado general, palidez cutáneo-mucosa, lesiones típicas de varicela, polipnea moderada con estertores crepitantes en las bases y taquicardia ligera sin otro dato de interés cardiovascular.

Desde el punto de vista neurológico estaba asintomático. El abdomen estaba suave, depresible y sin vísceromegalia.

Exámenes complementarios:

Hemogasometría arterial: PH: 7,46; PCO₂: 39,6 mmHg; PO₂: 57,8 mmHg; HCO₃: 27,4 mmol/l; EB: 3,6 mmol/l; Sat O₂: 98,3 %.

Hemograma: Hb 86 g/l; hematócrito: 0,28; leucocitos: 11,25 X 10⁹; diferencial (stab 0, segmentados 75 %, monocitos 0, eosinófilos 0 y linfocitos, 25 %).

TGP: 6,7 Uds.

TGO: 161 Uds.

Urea: 2,9 mmol/l.

Creatinina: 54,9 mmol/l.

Ácido úrico: 223,2 mmol/l.

Conteo de plaquetas: 216 X10⁹/l.

Tiempo de protrombina: 27 segundos.

Tiempo de coagulación: 9 minutos.

Tiempo de sangrado: 3 minutos.

A su ingreso en la UCI se realizó otra radiografía de tórax donde además de lo encontrado en la anterior se observó edema pulmonar ligero. ([Figura 1](#)).



Figura 1. Radiografía donde se observan lesiones bronconeumónicas finas muy diseminadas en ambos campos pulmonares y ligero edema pulmonar.

Valorando los hallazgos radiológicos en conjunto con la gasometría se diagnosticó un SDRA y se decidió comenzar con ventilación mecánica no invasiva. Se programó una PEEP de 12 CmH₂O, presión inspiratoria de 15 CmH₂O y FiO₂ de 70 %. Como tratamiento específico se indicó aciclovir a dosis de 10 mg/kg/dosis cada 8 horas.

Asociado al aciclovir se usó vancomicina ante la posibilidad también de la participación de *Stafilococo aureus* en las lesiones pulmonares.

Inicialmente se consiguió mejoría, disminuyó la polipnea y se logró una PO₂ de 90 mmHg, pero tres días después el niño estaba peor. (Figuras [2](#) y [3](#)).



Figura 2. Radiografía al tercer día de estancia en la UCI. Existe incremento de las lesiones inflamatorias las cuales son más confluentes.



Figura 3. Empeoramiento radiológico marcado, 12 horas después de obtenida la radiografía anterior. Existe edema pulmonar severo.

Se decidió intubar y ventilar usando PEEP y FiO₂ elevados. ([Figura 4](#)).



Figura 4. En el momento de ventilar mecánicamente se observa el exantema vesiculopustulocostroso típico de la varicela.

La evolución fue hacia el deterioro lento y progresivo de los parámetros pulmonares. No se presentaron signos graves de disfunción multiórgano, solo taquicardia y

disminución de la diuresis (ambos controlados con dobutamina y furosemida respectivamente), así como prolongación ligera del tiempo de protrombina. La función gastrointestinal siempre estuvo conservada a pesar de su enfermedad de base. Fue necesario tratar infecciones nosocomiales por gérmenes como *Escherichia coli*, *Klebsiella Pneumoniae*, *acinetobacter* (sin precisarse el tipo) y *Candida Albicans*, los tres primeros aislados en secreciones respiratorias y el último en orina. Los antimicrobianos usados fueron: meropenem, cefipime, ciprofloxacina, ceftazidima, amikacina y anfotericina B. La situación clínica-analítica era crítica al mes de estancia en la UCI presentando una hipoxemia severa mantenida que no mejoraba con PEEP de 20 mmHg y presión de control por encima de PEEP de 50 CmH₂O.

El día 5 de agosto, un mes después de ser admitido en la UCI, en medio de una hipoxemia grave, mantenida e irreductible, sufrió parada cardiorrespiratoria de la cual no se pudo recuperar y se dio por fallecido.

Los hallazgos de anatomía patológica incluyeron: traqueítis aguda focal, bronconeumonía severa con componente hemorrágico y edema, adenitis reactiva, pancreatitis aguda focal, hepatitis reactiva, esteatosis hepática, esplenitis reactiva, suprarrenales de estrés e infiltrado inflamatorio crónico intestinal.

DISCUSIÓN

El caso que se presenta es clásicamente un ejemplo de varicela grave en un paciente inmunodeprimido. Actualmente se considera que los trastornos fisiopatológicos de la enfermedad de Crohn obedecen en gran medida a trastornos importantes de la inmunidad,⁽¹¹⁾ además, el niño tomaba corticosteroides regularmente. Todo esto sin dudas condicionó el cuadro clínico tan severo que presentó.

La patogénesis de la neumonía por varicela incluye una infección activa de las células epiteliales de los alvéolos pulmonares. Los cambios patológicos encontrados en el caso, aunque no se detallan histológicamente, coinciden con la literatura. Se caracterizan por una infiltración de células mononucleares del tabique alveolar y edema de las células de los tabiques, con acumulación de exudados, formación de

membranas hialinas y descamación de células alveolares en los espacios alveolares. La descamación de células septales en los alvéolos y de las células epiteliales bronquiales contienen inclusiones eosinófilas intranucleares, indicando la presencia intranuclear del virus. ⁽¹²⁾ La descamación crea un proceso patológico que bloquea la difusión del oxígeno del alvéolo a los capilares pulmonares, produciendo una severa hipoxemia e insuficiencia respiratoria. En la neumonía por varicela fatal, se observa una necrosis focal que envuelve a los capilares, células alveolares y arteriolas, que puede evolucionar a una consolidación hemorrágica completa. También puede detectarse una neumonitis intersticial, con inclusiones intranucleares típicas de la varicela en las células septales, fibroblastos, endotelio capilar y en la mucosa traqueobronquial. ⁽⁴⁻¹⁰⁾ Frecuentemente son afectados otros órganos como hígado, bazo, páncreas, nódulos linfáticos y esófago. ⁽¹⁻³⁾

El cuadro radiológico que se describe en los reportes médicos se caracteriza por infiltrados reticulo- nodulares difusos que varían de 3 a 25 mm con mayor afectación de las bases y el hilio. ^(4-10,13) En este aspecto el caso presentado evolucionó con hallazgos radiológicos típicos. Por otra parte, en los pacientes que sobreviven pueden observarse en las radiografías nódulos que representan cicatrices fibróticas los cuales en ocasiones se calcifican gradualmente después de varios años y producen un aspecto radiológico indistinguible de una tuberculosis pulmonar curada. ⁽¹⁴⁾

El tratamiento de SDRA por variola es difícil y algunos autores recomiendan soporte vital extracorpóreo tanto para adultos como para niños cuando las medidas ventilatorias convencionales como relación inspiración–expiración invertida, ventilación prona, reclutamiento alveolar, etc., han fallado. ⁽¹⁵⁾ Otro aspecto del tratamiento es la terapia con acyclovir a dosis de 10 mg/kg/día endovenoso por 10 días en infusión de una hora como mínimo para prevenir la cristalización en túbulo renales. ⁽¹⁻⁴⁾ No obstante, algunos autores consideran que el acyclovir tiene beneficios contradictorios en pacientes graves, sobre todo en aquellos que necesitan ventilación mecánica y se apoyan en el hecho de que la mortalidad no se ha modificado a pesar de su uso. ^(16,17) Se ha utilizado otro agente antiviral, como la vidarabina, aunque este es menos efectivo que el acyclovir. La dosis es también de 10 mg/kg/día endovenoso por

5 días y debe ser administrado también en una hora como mínimo por la misma razón que el acyclovir. ⁽⁵⁻¹⁰⁾ Además de la terapia con agentes antivirales ha sido reportado el uso de gammaglobulina inmunitaria antivariçela-zoster hecha a partir de sueros humanos con altos títulos de anticuerpos, en individuos susceptibles que han estado expuestos a la varicela o al herpes zoster y que tienen riesgos de desarrollar un cuadro grave. ⁽⁴⁾ También se han utilizado pulsos de metilprednisolona a dosis de 30 mg/kg de peso corporal unidos al uso de acyclovir e inmunoglobulinas, con lo que se han resuelto los trastornos del intercambio gaseoso y se ha obtenido mejoría radiológica más rápida. ⁽¹⁷⁾ Se recomienda también el uso de terapia con antibióticos, si existiera infección secundaria. En cuanto al tratamiento profiláctico, el uso de acyclovir en pacientes inmunocompetentes continúa siendo debatido porque es potencialmente nefrotóxico. Sin embargo, su uso profiláctico en pacientes de alto riesgo como embarazadas e inmunodeficientes, está bien definido, se recomienda usarlo por vía oral a dosis de 800 mg./día por 10 días. ⁽¹⁸⁾

Por el contrario, la vacuna con virus vivos atenuados está aprobada en los Estados Unidos desde el año 1995, es segura y altamente inmunogénica, y puede ser administrada a todos los individuos susceptibles mayores de un año de edad, la misma confiere una protección de un 70-100 % y tiene una duración de la inmunidad mayor de 7 años. ^(18,19)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Myers MG, Seward JF, La Russa PS. Varicella-zoster virus. En: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, editores. Nelson. Textbook of Pediatrics. 18th. ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007. p. 250. [\[Buscar en Google Scholar\]](#)
2. Koran G. Congenital varicella syndrome in the third trimester. Lancet. 2005; 366(9497):1591-2. [\[Buscar en Google Scholar\]](#)
3. Brees MH, Porter RS, Jones TV, Kaplan JL, Berkwitz M. Chickenpox. In: The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. 18th. ed. New York: Merck Research Laboratories; 2006. p. 1603-5. [\[Buscar en Google Scholar\]](#)

4. Serrano Ocaña G, Ortiz Sablon JC, Ochoa Tamayo I. Neumonía por varicela. Presentación de un caso. Medisur [revista en Internet]. 2009[citado 12 Sep 2010]; 7(1): [aprox. 5p]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/452/5636>.
[\[Buscar en Google Scholar\]](#)
5. Cordeiro dos Santos M, Costa Alecrimd MG. Varicella Pneumonia in an adult. N Engl J Med. 2010; 362:1227. [\[Buscar en Google Scholar\]](#)
6. Neumonía varicelosa en adultos: revisión de 13 casos. Arch Bronconeumol. 1999; 35:357-9. [\[Buscar en Google Scholar\]](#)
7. Martínez Segura JM, Gutiérrez Oliver A, Maraví Poma E, Jiménez Urra I. Neumonía grave por varicela. Rev Clin Esp. 2003; 203(12):591-4. [\[Buscar en Google Scholar\]](#)
8. Rodríguez Borregan JC, Domínguez Artiga MJ, Miñambres E, Tejerina Álvarez E, Holanda Peña MS, González Fernández C, et al. Neumonía varicelosa en adultos: 30 casos. An Med Interna. 2003; 20(12):612-6. [\[Buscar en Google Scholar\]](#)
9. Potgieter PD, Hammond JM. Intensive care management of varicella pneumonia. Respir Med. 1997; 4(91):207-12. [\[Buscar en Google Scholar\]](#)
10. Macías Robles MD, García Peliz M, González Franco A, Suárez González-Fierro ME, García Bear I, Martínez Muñiz M. Neumonía varicelosa en el adulto. Diagnóstico y tratamiento en urgencias. Emergencias. 2000; 12:138-41. [\[Buscar en Google Scholar\]](#)
11. Hyams JS. Inflammatory Bowel Disease. En: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, editores. Nelson. Textbook of Pediatrics. 18th. ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007. p. 333. [\[Buscar en Google Scholar\]](#)
12. Mueller NH, Gilden DH, Cohrs RJ, Mahalingam R, Nagel MA. Varicella zoster infection: clinical features, molecular pathogenesis of disease and latency. Neurol Clin. 2008; 26(3):675-97. [\[Buscar en Google Scholar\]](#)
13. Castillo-Lario MC, Fernández Gómez JA, Jiménez- Ayllon E, Freile García E, Villarieja Atance L. Hallazgos radiológicos de la neumonía por virus

- herpes simple I en el adulto. An Med Interna(Madrid). 2007; 24(8):390-2. [\[Buscar en Google Scholar\]](#)
14. Floudas LS, Kanakis MA, Andreopoulos A, Valopoulos GA. Nodular lung calcifications following varicella zoster virus pneumonia. QJM. 2008; 101(2):159. [\[Buscar en Google Scholar\]](#)
 15. Lee WA, Kolla S, Schreiner RJ, Hirschl RB, Bartlett RH. Prolonged extracorporeal life support (ECLS) for varicella pneumonia. Crit Care Med. 1997; 25(6):977-82. [\[Buscar en Google Scholar\]](#)
 16. Marin M, Güris D, Chaves SS, Schmid S, Seward JF; Advisory Committee on Immunization Practices, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of varicella: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR. 2007; 56(RR04):1-40. [\[Buscar en Google Scholar\]](#)
 17. De la Peña L, Izaguirre D, Aguirrebengoa K, Grande C, Montejo M. Neumonía por varicela en el adulto: estudio de 22 casos. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2000; 18(10):493-5. [\[Buscar en Google Scholar\]](#)
 18. Marin M, Güris D, Chavez S, Schmid S, Seward JF; Advisory Committee on Immunization Practices; Center for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of Varicella: Recommendations of the advisory Committee on Immunization. Practices(ACIP). MMNE. 2007; 56(1):40. [\[Buscar en Google Scholar\]](#)
 19. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases. Recommended immunization schedules for children and adolescents--United States, 2008. Pediatrics. 2008; 121:219. [\[Buscar en Google Scholar\]](#)

Anexo 6. Ejemplos de Artículos de revisión.

Ejemplo #1

Rev Cuba Anestesiol Reanim 2010 ene-abr; 9 (1)

Error humano y paro cardíaco intraoperatorio ¿Un problema actual?.

Dra. Marina Beatriz Vallongo Menéndez; Dr. Lucas Cordoví de Armas

RESUMEN

Introducción. La Anestesiología se identifica por el cuidado de la seguridad del paciente, que se corresponde con un decrecimiento de la mortalidad anestésica en los últimos años; sin embargo, no está libre de accidentes por errores, pues dada la frecuencia, variedad y potencia de las drogas que emplea, existe el riesgo potencial de un desliz y las consecuencias pueden ser desastrosas. Objetivo: Identificar las principales causas de paro cardíaco intraoperatorio relacionadas con error humano. Método: Se consultó bibliografía nacional e internacional relacionada con el tema, mediante la red nacional de información médica y sus importantes enlaces. Desarrollo: Se hizo una breve clasificación del error humano en dependencia de sus consecuencias u orígenes psicológicos, de las principales causas de error en anestesia y aquellas que pueden conducir a paro cardíaco intraoperatorio. Se hizo especial énfasis en las causas de complicaciones por error durante la anestesia neuroaxial y las implicaciones que puede tener la incorrecta comunicación entre los miembros del equipo de trabajo. Conclusiones: A pesar del importante decrecimiento de la mortalidad por causas anestésicas en los últimos años, el riesgo de paro cardíaco intraoperatorio derivado de errores humanos es un hecho, por lo que reconocer las principales causas que lo provocan es de obligatorio conocimiento para los profesionales de la especialidad con el propósito de disminuir su incidencia al máximo. Estos factores que influyen en la aparición de estos accidentes es fuente de estudio y experiencia. En nuestro país no existen informes al respecto.

Palabras clave: paro cardíaco intraoperatorio, error humano.

INTRODUCCIÓN

El error en el ejercicio médico relacionado con la medicación, es la principal causa de morbilidad en pacientes hospitalizados.¹ Se estima que 180 000 pacientes mueren cada año en los Estados Unidos de Norteamérica

como resultado de incidentes médicos en los que los errores en la medicación fueron el principal factor contribuyente.¹ Para tener idea de la magnitud del problema, puede decirse que el número de muertes relacionadas con errores médicos es mayor que las que se producen por accidentes automovilísticos.¹

La Anestesiología se identifica como líder en el cuidado de la seguridad del paciente², lo que se corresponde con un importante decrecimiento de la mortalidad anestésica en los últimos años, con valores de 1:250 000²; sin embargo, no está libre de accidentes por errores, pues dada la frecuencia, variedad y potencia de las drogas que se emplean, existe el riesgo potencial que se produzca un desliz y las consecuencias pueden ser desastrosas.¹

Con el objetivo de identificar las principales causas de paro cardíaco intraoperatorio relacionadas con error humano se realizó el presente trabajo de revisión.

DESARROLLO

1. Error Humano. Aunque no existe una taxonomía específica, el error humano puede clasificarse en dependencia de sus consecuencias o de sus orígenes psicológicos.³

1.1. Consecuencias: En el caso específico de la anestesia, se relacionan con aquellos que dependen del incorrecto desempeño del facultativo, donde se incluye: valoración preoperatoria insuficiente o inapropiada, mal control preoperatorio de las enfermedades concomitantes del paciente, comprobación inadecuada del funcionamiento de la máquina de anestesia y otros monitores, errores en la permeabilización de la vía respiratoria, dosis incorrectas de medicamentos, inadecuada interpretación de cambios en los parámetros fisiológicos perioperatorios, impropia administración de líquidos, incorrecta prevención de la hipotermia e incapacidad de reconocer complicaciones concurrentes.^{3,4}

1.2. Orígenes psicológicos: Se deben centrar en los antecedentes mentales del error. Es importante hacer tres distinciones: Deslices y lapsos versus errores, errores versus violaciones y errores activos versus errores latentes.³

1.2.1. Deslices y lapsos versus errores: Se cita como «error» al fracaso de las acciones planificadas para alcanzar un objetivo deseado.³ Se pueden deber a dos razones:

- El plan es adecuado; pero las acciones para lograrlo no lo son. Los deslices están relacionados con fallas en la atención en tanto que los lapsos se deben a fallas de la memoria. En ambos, el error se encuentra en la ejecución de las acciones como consecuencia del cumplimiento de largas tareas de rutina en un medio habitual de trabajo y se relaciona con alguna desviación de la atención ya sea por el ambiente que le rodea o por una preocupación.³

- Las acciones se pueden realizar tal como fue previsto pero el plan es inadecuado para alcanzar el resultado deseado. Son los fracasos de intención o errores, que se encuentran en el proceso mental de la planificación, formulación de intenciones, valoración y solución del problema. Puede comenzar desde que se detecta el problema, relacionado con inadecuada familiarización con el mismo o deficiente entrenamiento para darle solución. Otra causa es la carencia de conocimientos suficientes, cuando el practicante se encuentra ante una situación nueva que está fuera de las soluciones de rutina.³

1.2.2. Errores versus violaciones. Las violaciones son desviaciones de las prácticas seguras, procedimientos, normas o reglas y pueden ser deliberadas o no. Mientras que los errores surgen principalmente de problemas informativos, las violaciones generalmente son asociadas con problemas de motivación que ocurren en un contexto de regulación social y que necesitan para su erradicación medidas de organización y estimulación.³

1.2.3. Errores activos versus errores latentes. Los errores activos son actuaciones inseguras (errores y violaciones) cometidas por aquellos que se encuentran al final del sistema organizativo del proceso de salud (anestesiólogos, cirujanos, enfermeras), en tanto que los errores latentes aparecen como resultado de las decisiones tomadas por los niveles superiores de dicha organización, donde el daño puede estar inactivo durante mucho tiempo y sólo se hace evidente cuando se combina con errores activos y factores locales que rompen las defensas del sistema.³

2. Errores en anestesia. Cada vez es mayor el consenso que el error humano ocupa un lugar importante en la aparición de incidentes y accidentes durante la práctica anestésica, que puede ser hasta de 70-80 %.³

Dentro de las principales causas se citan^{3,5,6}:

- Juicio erróneo.
- Fallas en la revisión de los equipos.
- Fallas técnicas de los equipos.
- Falta de atención.
- Prisa.
- Inexperiencia.
- Fatiga.
- Distracción.
- Problemas de comunicación.
- Inadecuada evaluación preoperatoria.
- Dificultades en la monitorización.

- Inadecuada preparación preoperatoria.

Los problemas relacionados con la utilización de los equipos tienen una importancia relevante. Se ha encontrado que 48 % de los anestesiólogos usan equipos nuevos sin leer el manual para usuarios y que 60 % no sigue el procedimiento de comprobación del fabricante, en tanto que entre 30-41 % de los anestesistas no realizan comprobación alguna.³

Otro elemento importante relacionado con el factor humano es el número de pacientes quirúrgicos en los que, a pesar de la planificación preoperatoria, surgen problemas inesperados durante el intraoperatorio, muchas veces graves, que requieren la intervención del anestesiólogo.³

De las tres fases de la anestesia (inducción, mantenimiento y recuperación), 45 % de los incidentes ocurren durante el período de mantenimiento, lo que sugiere que la monitorización del paciente, sumado a la mayor carga de trabajo en caso de una emergencia, puede hacer que las demandas de atención sean excesivas para el anestesiólogo.³

2.1. Errores en la administración de medicamentos. Existe un progresivo reconocimiento de que los errores relacionados con la medicación son responsables de un problema de salud pública global cuyas consecuencias (daños a los pacientes y aumento de costos en los sistemas de salud) pueden ser graves.⁷ Pocos médicos están tan relacionados en el proceso de prescripción, selección, preparación y administración de medicamentos que los anestesiólogos, tanto si laboran en los quirófanos, en las salas de terapia intensiva o en el alivio del dolor⁷, por tanto, el riesgo de graves errores en la administración de medicamentos es mayor en la práctica anestésica que en otras especialidades.⁸

Según lo informado en el año 2005 por el *Australian Incident Monitoring Study*⁹, 50,4 % de los casos relacionados con errores en la medicación se produjeron por preparación incorrecta de jeringuillas, así como por la administración equivocada del contenido de las mismas, aunque estuvieran

adecuadamente identificadas. También encontraron 20,8 % de error como consecuencia de la equivocada selección de las ampulas o de la identificación (rótulo) de la droga, así como inadecuada vía de administración (14,1 %). Los medicamentos con mayor frecuencia citados fueron los relajantes musculares y los opioides.⁹

Khan y Hoda ¹⁰, en el año 2005, informaron que 21 % de los incidentes ocurridos durante el período intraoperatorio se correspondieron con errores de la medicación, entre los que se citan como más frecuentes las subdosis, las reacciones adversas a medicamentos y el cambio de jeringuillas. También se menciona que los errores en la administración de relajantes musculares se relacionaron con incidentes de alto riesgo.¹⁰

La sobredosis o la selección incorrecta de medicamentos no anestésicos, la sobredosis de anestésicos y la intoxicación por anestésicos locales se encuentran como errores de la medicación en la literatura médica ¹¹, donde además se hace énfasis en que una marcada proporción de cambios de ampulas o jeringuillas ocurrieron en paciente ASA I-II, en los que, supuestamente, no era necesario una conducción anestésica compleja.¹¹

La administración inadecuada de medicamentos en el espacio peridural, potencialmente puede ser causa de serias complicaciones.¹² Se identifican como principales causas de este error el cambio de jeringuillas, la incorrecta selección de ampulas y la confusión entre la línea venosa y la peridural.¹²

También se citan entre los errores relacionados con la administración de medicamentos la inyección errada de anestésicos locales por vía endovenosa ¹³, así como la sobredosis de anestésicos locales absoluta o relativa en el bloqueo subaracnoideo.¹⁴

En la revista Cubana de Anestesiología existe un artículo de un caso en quien, por error, se administró bromuro de pancuronio en lugar de

midazolam como consecuencia del parecido de las etiquetas, sin secuelas para la enferma.¹⁵

2.1.2 Errores en la administración de medicamentos en pediatría. Los pacientes pediátricos tienen más riesgos que los adultos de ser víctimas de errores durante la medicación, pues son incapaces de comprobar por sí mismos que ésta se realice en forma correcta ni de detectar infracciones en la misma.¹⁶

Poco se conoce de su epidemiología y por tanto, las estrategias para la reducción de dichas faltas también son inciertas¹⁶. Esto está influido por diferentes factores, dentro de los que podemos citar la no estandarización de las dosis recomendadas en pediatría ni tampoco todos los autores definen de igual modo el "error en la medicación".¹⁶

En la actualidad se conoce que los mayores deslices se cometen durante la prescripción, distribución y administración de los medicamentos en niños.¹⁶ En la Universidad Johns Hopkins, Baltimore, en Estados Unidos de Norteamérica, se realizó una revisión de la literatura médica publicada sobre el tema entre los años 2000 y 2005 y encontraron que la frecuencia de los errores fue de 3-37 % durante la prescripción, 5-58 % durante la distribución y 72-75 % durante la administración.¹⁶

Al considerar dichos resultados se debe tener presente que el mayor número de investigaciones se realizaron en enfermos hospitalizados, pero quedó prácticamente sin informar lo que ocurre en los enfermos tratados de urgencia o en forma ambulatoria.¹⁶

3. Paro cardíaco y error humano. La mayor parte de los anestesiólogos tienen al menos una experiencia relacionada con error real o potencial durante el ejercicio de la profesión.^{1,8} La mayoría de los errores tienen consecuencias menores sin daños para los pacientes^{1,8}; sin embargo, en una proporción menor las complicaciones pueden ser graves y llevar al paro cardíaco y la muerte.^{1,4,5,9,11,14,18,19}

En la Universidad de Toronto se realizó en el año 2001 una investigación entre anestesiólogos. En este trabajo se relacionaron 368 errores relacionados con la medicación con secuelas menores, 597 cuyas consecuencias no tuvieron importancia clínica y 15 casos con mayor morbilidad (paro cardíaco, daño permanente). Cuatro muertes también se incluyen en el informe, éstas últimas como consecuencia de sobredosis de ketamina al confundir la presentación de $50\text{mg}\cdot\text{ml}^{-1}$ por la de $10\text{mg}\cdot\text{ml}^{-1}$, la administración de norepinefrina en lugar de fentanyl, dilución de antibiótico con cloruro de potasio y la infusión endovenosa de solución para diálisis peritoneal.¹

En el Hospital Universitario de Lapeyronie, Montpellier, Francia, se investigó sobre paros cardíacos que tuvieron relación con la anestesia, con resultados fatales o no. Se incluyeron 11 pacientes y de ellos, al menos en 10 se encontró algún error humano, entre los que se citan estimación indebida del riesgo preoperatorio, evaluación preoperatoria inadecuada de vía aérea difícil, inexacta reposición de volumen intraoperatoria, sobredosis de anestésicos, empleo de cemento quirúrgico en pacientes hipovolémicos e incorrecta prevención de la hipotermia, entre otros.⁴

En Sudáfrica se realizó una encuesta a anestesiólogos en el año 2006 en la que se encontraron 303 errores en la administración de drogas con cinco muertes. De ellos más de 50 % estuvo relacionado con el uso de relajantes musculares y 14 % con el empleo de drogas vasoactivas. Se identificaron otras causas contribuyentes que incluyeron cambio de jeringuillas y no rotulación de las mismas, error en la identificación de drogas, cansancio y distracción, entre otras.⁵

En Australia se revisaron 896 informes relacionados con faltas en el uso de medicamentos durante la práctica anestésica que incluyó tres muertes, donde 50,4 % estuvo relacionado con errores en la preparación de las drogas, que incluyó la selección incorrecta de jeringuillas aunque estuviera correctamente identificada, errores en el rótulo de los medicamentos,

selección incorrecta de las ampulas o inadecuada vía de administración. Se mencionan otros errores como mal funcionamiento de equipos, dificultades en la comunicación, fatiga, falta de atención y prisa.⁹

En el Departamento de Anestesiología de la Escuela de Medicina del Instituto de Biociencia, en Sao Paulo, Brasil, se estudió la incidencia de paros cardiacos en 73 718 intervenciones quirúrgicas. Se encontró que en 18 enfermos este evento se vinculó con la anestesia (3.35:10 000), 10 totalmente y 8 parcialmente (1.86:10 000 y 1.49:10 000 respectivamente). Se encontró que la principal causa fue, en 55.5 %, la relacionada con deficiencias en la ventilación, en tanto que 44,5 % restante estuvo relacionado con la medicación.²⁰

Por su parte, el Departamento de Anestesiología del Centro Médico de la Universidad de Nebraska, en los Estados Unidos de Norteamérica, informó que durante 10 años de observación las principales causas de paro cardiaco relacionados con la anestesia tuvieron conexión con la medicación (40 %), complicaciones asociadas con la colocación de catéteres en venas profundas (20 %), dificultades en la permeabilización de la vía respiratoria (20 %) y el desconocimiento de posibles reacciones vagales (13 %).²¹

Otros informes anteriores a los ya citados, también relacionaron el error humano con el paro cardiaco intraoperatorio²²⁻²⁴. Ante estas evidencias, cabe preguntarse cuál será la situación en nuestro país.

3.1 Paro cardiaco y error humano en pediatría. En las edades pediátricas, también se producen paros cardiacos por error humano. Las causas más frecuentes encontradas en la literatura consultada^{20, 21, 25-27} son aquellas relacionadas con la medicación, donde se destaca la cardiodepresión secundaria al empleo de halogenados, especialmente halotano, solo o en combinación con otras drogas.²⁵ Según el informe del año 2000 del *Pediatric Perioperative Cardiac Arrest (POCA) Registry*, los accidentes relacionados con la medicación constituyeron el 37 % de los paros

cardiacos ocurridos en niños, en tanto que representaron 64 % en pacientes ASA I-II.²⁵

Por su parte, en un estudio realizado en Brasil en 53 718 anestias durante 9 años, se encontró que la principal causa de paro cardiaco correspondió a los incidentes ventilatorios (55,5 %), en tanto que los accidentes en los que medió la medicación, representó 44,5 %.²⁰ Las alteraciones de la ventilación como causa principal de paro cardiaco en la infancia se citan en otros artículos de la literatura médica.^{21,26,27}

El daño vascular durante la colocación de catéteres en venas profundas fue la principal causa de paro cardiaco afín con la monitorización y equipos relacionados con la anestesia, según informe del año 2007 del *Pediatric Perioperative Cardiac Arrest Registry*²⁷, hecho que se notificó en el año 2002 como resultado del estudio de 72 959 anestias durante 10 años, en el Centro Médico de la Universidad de Nebraska.²¹

Otras causas de paro cardiaco como consecuencia de error humano en niños son: hipovolemia por pérdida de sangre²⁷, hipercalemia por transfusiones de sangre de banco²⁷, desconocimiento de reacciones vagales.²¹

3.2. Paro cardiaco, anestesia neuroaxial y error humano. Las alteraciones hemodinámicas secundarias a la anestesia neuroaxial son consecuencia del bloqueo simpático secundario a la misma y sus manifestaciones estarán en relación con la magnitud de éste. Así la bradicardia y la vasoplejia son las principales complicaciones que se presentan con esta técnica anestésica²⁸,²⁹, especialmente en la anestesia espinal alta, que si son reconocidas y tratadas con prontitud, pueden asegurar una recuperación completa sin secuelas y no evolucionar a la parada cardiaca.²⁹

Sin embargo, son muchos los informes en la literatura médica de paros cardiacos relacionados con la anestesia neuroaxial.²⁸⁻³⁵ Por ello es necesario subrayar la importancia de la vigilancia y frecuente

monitorización de estos enfermos ^{35, 36}, ofrecerles cuidados extremos en los cambios de posición ^{35, 38} y una rápida resucitación que garantice adecuada ventilación y empleo de drogas vasoactivas y vagolíticas en presencia de hipotensión, bradicardia o asistolia.^{29,35}

Especial atención se debe brindar a la sedación intraoperatoria que se da a los pacientes para ofrecer un estado agradable de sueño durante la estancia en el quirófano, pero que impide la comunicación verbal con el médico y por tanto dificulta el adecuado diagnóstico de la insuficiencia respiratoria que puede aparecer por depresión.^{37,39}

Otro elemento a considerar, es la inadecuada apreciación que en general se tiene, durante la reanimación cardiopulmonar en pacientes que sufren paro cardíaco durante una anestesia espinal alta, de la interacción entre ésta y el bloqueo simpático existente.³⁷ El rápido aumento del retorno venoso mediante el uso de potentes agonistas alfa y apropiados cambios de posición pueden aumentar la perfusión de órganos vitales, acortar la duración del paro cardíaco y disminuir el daño neurológico.³⁷

4. Error humano por mala comunicación. La mala comunicación entre el personal que trabaja en los salones de operaciones es un problema común, que ocurre aproximadamente en 30 % de los intercambios verbales entre los miembros del equipo de trabajo y que puede poner en peligro la seguridad de los pacientes por aumento de la carga cognitiva, interrupción de la rutina de las actividades a realizar y aumento de la tensión en el quirófano.⁴⁰

Evidencias recientes sugieren que se producen complicaciones en enfermos hospitalizados con relativa frecuencia, donde la ineficiente e insuficiente comunicación entre los miembros del equipo de trabajo constituye un factor contribuyente.⁴⁰

Coroner, citado por Lingard y colaboradores ⁴⁰, planteó que las dificultades en la comunicación a todos los niveles en el hospital y que incluye la

relación entre los médicos, los médicos con las enfermeras, las enfermeras entre si y éstas con los médicos, son la primera causa de errores, responsables de muerte en pacientes pediátricos.

Los patrones de comunicación en el quirófano varían entre los distintos grupos de trabajo y de caso a caso, pero la tensión durante la misma afecta negativamente los resultados administrativos, educativos y clínicos.⁴⁰ Estos problemas pueden ser el resultado de la no estandarización e integración entre los miembros del equipo, pues comúnmente no se discuten las cuestiones claves antes de cada caso y las decisiones se toman sin tener en cuenta la opinión de la mayor parte del grupo, por lo que la comunicación de las mismas provoca reacción y tensión.⁴⁰

Una solución potencial para este problema es adaptar el sistema de comunicación mediante una lista actualizada, que actualmente emplean las tripulaciones de aviación antes de realizar un viaje, donde se da información esencial para asegurar que todos los miembros del equipo posean los datos precisos y explícitos, de modo que las decisiones se tomen en común.⁴⁰

Se concluye que a pesar del importante decrecimiento de la mortalidad por causas anestésicas en los últimos años, el riesgo de paro cardiaco intraoperatorio derivado de errores humanos es un hecho, por lo que reconocer las principales causas que lo provocan es de obligatorio conocimiento para los profesionales de la especialidad con el propósito de disminuir su incidencia al máximo. Estos factores que influyen en la aparición de estos accidentes es fuente de estudio y experiencia. En nuestro país no existen informes al respecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Orser BA, Chen R, Yee DA. Medication errors in anesthetic practice: a survey of 687 practitioners. *Canadian J Anesth* 2001;48:139-146.

2. Botney R. Improving patient safety in anesthesia: a success history?. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2008;71(1 suppl):182-6.
3. Reason J. Safety in the operating theatre. Part 2: Human error and organisational failure. *Qual Saf Health Care* 2005;14:56-60.
4. Biboulet P, Aubas P, Dubourdieu J, Rubenovitch J, Capdevilla X, d'Athis F. Fatal and non fatal cardiac arrests related to anesthesia. *Canadian J Anesth* 2001;48: 326-332.
5. Gordon PC, Llewellyn RL, James MF. Drug administration errors by South Africa anaesthetists-a survey. *S Afr Med J* 2006;96(7):630-2.
6. López Lazo R, González Catá A. Particularidades del ejercicio de la anestesiología y reanimación. *Rev. Cubana de Anestesiología y Reanimación* 2005; 4(2). En línea. Consultada 1 de junio del 2009. URL disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/scar/vol4/no2/scar05205.pdf>
7. Wheeler SJ, Wheeler DW. Medication errors in anaesthesia and critical care. *Anaesthesia* 2005;60(3):257-73
8. Orser BA, Byrick R. Anesthesia-related medication error: time to take action. *Canadian J Anesth* 2004;51:756-760.
9. Aheysekera A, Bergman LJ, Kluger MT, Short TG. Drug error in anesthetic practice: a review of 896 reports from Australian Incident Monitoring Study database. *Anaesthesia* 2005;60(3):220-7.
10. Khan FA, Hoda MQ. Drug related critical incidents. *Anaesthesia* 2005;60(1):48-52.
11. Irita K, Tsuzaki K, Sawa T, Sanuki M, Makita K, Kobayashi Y et al. Critical incidents due to drug administration error in the operating room: an analysis of 4 291 925 anesthetics over a 4 year period. *Masui* 2004;53(5):577-84.
12. Hew CM, Cyna AM, Simmons SW. Avoiding inadvertent epidural injection of drugs intended for non-epidural use. *Anaesth Intensive Care* 2003;31(1):44-9.
13. Simpson P, Popat M. Local Analgesic Drugs. En Simpson P, Popat M. *Understanding Anesthesia*. 4ed. Oxford: Butterworth Heinemann, 2002. pp. 374-83.

14. Pollard J. Is local anesthetic overdose the most common cause of neuraxial cardiac arrest? *Anesth Analg* 2006;102:326.
15. López Rabassa SI, Sarah López Lazo S, Diez Sánchez Y, González Rodríguez G, Vilaplana Santaló CA. El error médico en la práctica anestésica médica. A propósito de un caso. *Rev Cubana de Anestesiología y Reanimación* 2007; 6(1). En línea. Consultada 1 de junio del 2009. URL disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/scar/vol6/no1/scar05107.pdf>
16. Miller MR, Robinson KA, Lubomski LH, Rinke ML, Pronovost PJ. Medication errors in paediatric care: a systematic review of epidemiology and an evaluation of evidence supporting reduction strategy recommendations. *Qual Saf Health Care* 2007;16:116-126.
17. Irita K, Kawashima Y, Iwao Y, Seo N, Tsuzaki K, Morita K, et al. Annual mortality and morbidity in operating rooms during 2002 and summary of morbidity and mortality between 1999 and 2002 in Japan: a brief review. *Masui* 2004;53(3):320-35.
18. Koczmarc C, Jelincic V. Neuromuscular blocking agents: enhancing safety by reducing the risk of accidental administration. *Dynamics* 2007;18(1):28-32.
19. Patermann B, Buzello S, Dück M, Paul M, Kampe S. Accidental tenfold overdose of propofol in a 6-month old infant undergoing elective craniostomy repair. *Anaesthesia* 2004;59(9):912-4.
20. Braz LG, Módolo NS, do Nascimento P Jr, Bruschi BA, Castiglia YM, Ganem EM et al. Perioperative cardiac arrest: a study of 53 718 anaesthetics over 9 yr from a Brazilian teaching hospital. *Br J Anaesth* 2006;96(5):569-75.
21. Newland MC, Ellis SJ, Lydiatt CA, Peters KR, Tinker JH, Romberger DJ et al. Anesthetic related cardiac arrest and its mortality: a report covering 72 959 anesthetics over 10 years from a US teaching hospital. *Anesthesiology* 2002;97(1):108-15.
22. Cooper JB, Newhouser RS, Kitz RJ. An analysis of major errors and equipment failures in anesthesia management: considerations for prevention and detection. *Anesthesiology* 1984;60(1):34-42

23. Pottecher T, Tiret L, Desmonts JM, Hatton F, Bilaine J, Otteni JC. Cardiac arrest related to anesthesia: a prospective survey in France (1978-1982). *Eur J Anaesthesiol* 1984;1(4):305-18.
24. Aubas S, Biboulet P, Daures JP, Cailar J. Incidence and etiology of cardiac arrest occurring during the peroperative period and in the recovery room. Apropopos of 102 468 anesthesia cases. *Ann Fr Anesth Reanim* 1991;10(5):436-42.
25. Morray JP, Geiduschek JM, Ramamoorthy C, Haberkern CM, Hackel A, Caplan RA et al. Anesthesia-related cardiac arrest in children: initial findings of the Pediatric Perioperative Cardiac Arrest (POCA) Registry. *Anesthesiology* 2000;93(1):6-14.
26. Gobbo Braz L, Braz JR, Módolo NS, do Nascimento P, Brushi BA, Raquel de Carvalho L. Perioperative cardiac arrest and its mortality in children. A 9 year survey in a Brazilian tertiary teaching hospital. *Paediatr Anaesth* 2006;16(8):860-6.
27. Bhananker SM, Ramamoorthy C, Geiduschek JM, Posner KL, Domino KB, Haberkern CM et al. Anesthesia-related cardiac arrest in children: update from the Pediatric Perioperative Cardiac Arrest Registry. *Anesth Analg* 2007;105(2):301-3.
28. Le Borgne S, Robillart A, Zeisser M, Mangin M, Dupeyron JP. The association of continuous peridural anesthesia with general anesthesia. A propo of 2 accidents. *Cah Anesthesiol* 1991;39(3):171-4.
29. Ke YC, Yi HD, Yang CP, Lee HK, Kno CP, Wong CS. Clipping of the appendix induced cardiac arrest during appendectomy under spinal anesthesia. *Anaesthesiol Taiwan* 2005;43(3):183-6.
30. Geffin B, Shapiro L. Sinus bradycardia and asystole during spinal and epidural anesthesia: a report of 13 cases. *Anaesthesia* 1998;10(4):278-85.
31. Chung CM, Kuo CH, Chen JJ, Chung HC. Cardiac arrest during spinal anesthesia: a report of two cases. *Acta Anaesthesiol Taiwan* 2006;44(1):55-8.

32. Lovstad RZ, Granbus G, Hetland S. Bradycardia and asystole cardiac arrest during spinal anesthesia: a report of five cases. *Acta Anaesthesiol Scand* 2000;44(1):48-52.
33. King HK, Wood L, Johnson C. Asystole during inadvertent high spinal anesthesia in a high risk patient without morbidity. *Acta Anaesthesiol Sin* 1999;37(3):155-8.
34. Silva Costa-Gómez T, Montes A, Sánchez JC, Bermejo S, Escolano F. Cardiorespiratory arrest: a rare complication of subdural block. *Rev Esp Anesthesiol Rean* 2002;49(2):108-11.
35. Pan PH, Moore CH, Ross VH. Severe maternal bradycardia and asystole after combined spinal-epidural labor analgesia in a morbidly obese parturient. *Anaesthesia* 2004;16(6):461-4.
36. Mascotto G, Casati A, Torri G. Unexpected cardiac arrest during epidural anesthesia. *Minerva Anesthesiol* 1998;64(6):303-5.
37. Caplan RA, Ward RJ, Posner K, Cheney FW. Unexpected cardiac arrest during spinal anesthesia: a closed claims analysis of predisposing factors. *Anesthesiology* 1988;68(1):5-11
38. McConachie I. Vasovagal asystole during spinal anaesthesia. *Anaesthesia* 1991;46(4):281-2.
39. Kopp SL, Horlocker TT, Warner ME, Hebl JR, Vachon CA, Schroeder DR et al. Cardiac arrest during neuraxial anesthesia: frequency and predisposing factors associated with survival. *Anesth Analg* 2005;100(3):855-65.
40. Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker GR, Reznick R et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care* 2004;13:330-34.

Ejemplo #2

AMC 2009 ene.-feb.; 13 (1)

La terapia homeopática y su aplicación en la Estomatología.

Dra. Elizabeth Puig Capote; Dra. Genné María Rodríguez Gutiérrez; Dra. Nerys Tan Suárez; Dra. Nelia Espeso Nápoles; Dr. Julio Barciela Calderón.

RESUMEN

Se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de profundizar los conocimientos sobre la terapia homeopática y su aplicación en la estomatología, describir los principios básicos en los que se sustenta esta doctrina, los principales medicamentos de uso estomatológico y sus indicaciones. La homeopatía es el arte de curar que se basa en los principios básicos de: similitud, remedio único y dosis infinitesimales. El medicamento homeopático no presenta los inconvenientes y contraindicaciones de muchos medicamentos alopáticos, modifica la predisposición del organismo hacia la producción de la enfermedad una vez que se logra la armonía de la energía vital. Los mismos se originan de sustancias naturales puras de los reinos de la naturaleza: animal, vegetal, mineral y de productos patológicos. Para su uso deben estar altamente diluidos y activados, lo que aumenta su capacidad curativa. Los más utilizados en nuestra especialidad son: aconitum napelus, arnica montana, belladonna, caléndula, hepar sulphur, sílicea, hypericum perforatum, nux vómica, phosphorus, natrum muriaticum entre otros.

Palabras clave: Homeopatía, estomatología, medicamentos, remedios homeopáticos

INTRODUCCIÓN

El desarrollo alcanzado en la estomatología ha dado lugar a la aparición de numerosas alternativas terapéuticas que podemos utilizar para el tratamiento de las afecciones bucodentales. Desde hace aproximadamente 200 años existe un método terapéutico integral que promueve una fármaco terapia con sustancias altamente diluidas y activadas denominado terapia homeopática.¹⁻³

El término homeopatía deriva del griego homoios (semejante) y pathos (enfermedad), se utiliza para designar este arte de curar a través de la administración al enfermo de aquel medicamento capaz de provocar en el individuo sano síntomas de la enfermedad dada.⁴⁻⁷

El presente trabajo consiste en una revisión de la literatura actualizada con el objetivo de profundizar los conocimientos acerca de la terapia homeopática, así como describir los principios en los que se fundamenta esta doctrina, determinar los medicamentos más utilizados en el campo de la odontología y sus indicaciones fundamentales.

DESARROLLO

La homeopatía tiene como antecedente el postulado hipocrático: similia similibus curentur (tres siglos y medio antes de Cristo) donde se expresa la relación de analogía entre los síntomas del enfermo y la acción del medicamento, no obstante, poco caso se hizo de esta enseñanza hipocrática hasta que en 1790 cuando el médico alemán Samuel Cristhian Federico Hahnemann, por su propia observación descubrió como lo semejante cura a lo semejante y enunció la Ley de la similitud.¹⁻³

Hahnemann piensa en la necesidad de disminuir la dosis de los medicamentos para no agravar al enfermo y llegar hasta las dosis infinitesimales, con lo que se estimula la defensa del organismo contra la enfermedad, se elimina la reacción química de la droga, lo que otorga al medicamento una acción dinámica, física, y no química. Quedó entonces conformada la segunda ley de esta doctrina natural: dosis infinitesimales.⁶⁻⁸

Como tercera ley o principio tenemos el uso del remedio único, que considera a la persona como un todo y parte de la premisa de la persona enferma en su totalidad, no sólo partes aisladas del cuerpo, ya que es un sistema orgánico que al desequilibrar su energía vital enferma, pues ella es la encargada de mantener nuestro cuerpo y mente en estado de salud. Esta

energía disminuye conforme al avanzar en edad, por lo que no es la misma vitalidad la de un niño que la de un anciano.⁹⁻¹¹

El uso de la homeopatía en nuestro país se remonta al año 1846 y a principios del siglo XX se prohíbe su ejercicio por influencia de los Estados Unidos. Resurge nuevamente en el año 1992, cuando se constituye el Grupo Nacional Juan Antigas. En la actualidad esta terapia se encuentra dentro de la carpeta metodológica y como parte de la estrategia de salud cubana, hoy en día se cuenta con aproximadamente 882 homeópatas que desarrollan un gran número de investigaciones.¹¹⁻¹⁴

En nuestra provincia la aplicación de la homeopatía se remonta al siglo XIX. Se destacaron por su labor el Dr. Juan Arteaga y Borreros, así como el Fraile Olallo José Valdés, médico cirujano empírico del antiguo hospital San Juan de Dios, entre otros.¹⁵

El medicamento homeopático no presenta los inconvenientes y contraindicaciones de muchos medicamentos alopáticos de uso odontológico, a su vez evita el desarrollo de cepas resistentes y el empleo de antibióticos u otros medicamentos con sus reacciones secundarias. Además modifica la predisposición del organismo hacia la producción de la enfermedad una vez que logra la armonía de la energía vital.^{15,17}

Para obtener los medicamentos se utilizan sustancias naturales puras del reino vegetal (plantas silvestres, frutas), del animal (abejas, pulpos, hormigas) y del mineral (sílice, azufre, mercurio, plata) o de productos patológicos (pus, flujo, bacterias y cálculos). Actualmente el médico homeópata cuenta con un arsenal de dos mil remedios, todos radicalmente distintos entre sí, diluidos y dinamizados, debidamente transformados en un poder energético más allá de la ecuación molecular. En términos físicoquímicos se llega a superar el denominado número de Avogadro: $6,032 \times 10^{23}$, que es el máximo de dilución posible de la materia, más allá del cual no se pueden hallar moléculas organizadas, de la mínima estructura de

lo que fue la sustancia original y actúan como meros estimuladores de la fuerza vital a la que hacen reaccionar debidamente. Es la misma naturaleza la que se encarga de hacer retornar al organismo al estado de salud.¹⁰⁻¹²

Otro requisito importante que deben cumplir es la dinamización o potenciación, que se realiza para lograr una mayor dispersión de este, lo cual concede a la solución un mayor poder, eficacia y aumenta su capacidad curativa. Con cada serie de más menos 10 golpes, el líquido se carga de energía, que se vuelve acumulable a lo largo del tratamiento.¹⁸⁻²¹

Los medicamentos homeopáticos se indican según la potencia con que son elaborados, las potencias bajas se usan en enfermedades agudas y locales, las medianas se emplean en enfermedades crónicas y en el dolor; y las altas en manifestaciones locales, generales y psíquicas y tienen afinidad por el sistema nervioso.^{11,22}

Durante el tratamiento se pueden presentar síntomas exonerativos como: ligera cefalea, diarrea, rash cutáneo, sudoraciones o exacerbación de los síntomas de la enfermedad, que transcurrirán en horas sin interferirlos. Esta reacción constituye la agravación homeopática descrita por Hahnemann y cuando ocurre no debe ser causa de ningún temor porque significan un buen pronóstico, ya que la curación se verifica de adentro hacia fuera, de los planos más profundos a los superficiales, de lo mental a lo somático, de lo espiritual a lo corporal. Por lo tanto, si estas circunstancias aparecen durante el tratamiento, más que temerlas, debemos comprenderlas y alegrarnos, ya que son índices de una exitosa evolución e indican que la fuerza vital se ha puesto en marcha, reaccionando positivamente al estímulo del medicamento administrado y conllevan automáticamente una notable mejoría de los síntomas, del estado de ánimo, bienestar general y voluntad de vivir. Es un proceso inducido por la misma fuerza vital que ya se encuentra en camino positivo de exonerar, eliminar el morbo que la estuvo afligiendo en una forma crónica.²³⁻²⁵

Los campos de acción de la medicina homeopática están relacionados con el tratamiento de las afecciones agudas y crónicas, la prevención y los primeros auxilios. En los procesos agudos se impone interrogar al paciente para obtener información directa acerca de las manifestaciones clínicas que presenta al acudir a los especialistas, pero estos signos y síntomas son modalizados y se busca su correspondencia con la materia médica, para poder prescribir el fármaco oportuno. Conviene instruir al odontólogo acerca de la indicación de medicamentos, a fin de que pueda indicarlos en los trastornos patológicos bucodentales de urgencia.

Remedios homeopáticos que se utilizan frecuentemente: ²⁶⁻²⁸

Aconitum napellus. Reino vegetal. El más importante remedio en la ansiedad, relacionada con el miedo al estomatólogo. También en la hipertensión arterial cuando está relacionado con el citado miedo. En las odontalgias, cuando el dolor es irradiado y se agrava por el frío y por un susto. Muy característico el miedo a la muerte y a las multitudes y las agravaciones por el frío.

Argentum nitricum. Reino vegetal. Medicamento útil en la fobia al estomatólogo. Pacientes ansiosos, hiperactivos, impacientes, tienen trastornos por anticipación, son aquellas personas que el día de ir a la consulta presentan diarreas o vómitos, olvidan lo que van a hacer, tienen miedo a la muerte, a andar por la calle.

Arnica montana. Reino vegetal. Es el más importante medicamento para la prevención y tratamiento de las contusiones, hematomas y hemorragias. Está indicado antes de la cirugía bucal y en traumatismos tanto de tejidos duros como blandos.

Arsenicum album. Reino mineral. Se usa en algunos casos de ansiedad por temor al dentista. Indicado en tumores malignos, pénfigos, pulpitis, halitosis, síndrome de ardor bucal, liquen plano, glositis romboidal media y xerostomía. Extrema ansiedad respecto a su enfermedad, individuo muy

meticuloso, dolores ardorosos. Agrava en la media noche. Labios secos y agrietados. Lo caracteriza la ansiedad con agitación, miedo a la muerte, a la soledad, muy escrupuloso, muy friolento y ardor de piel y mucosa.

Belladonna. Reino vegetal. Útil en etapas tempranas de los abscesos. Útil en la odontalgia, cuando el dolor es pulsátil. Lengua roja en los bordes. Lengua de frambuesa, hinchada y dolorosa. Rechinan los dientes. Cara roja y caliente, con excitación nerviosa. Se agrava con el tacto, en la tarde, masticación y acostado, lateralidad derecha. Lo caracteriza la excitación mental, tendencia al delirio, furiosa (morder, rasgar) y delirio sexual (canta, baila, exhibe genitales)

Borax. Reino mineral. Extrema ansiedad, especialmente al movimiento dirigido hacia abajo, mecerse. Se asusta fácilmente, muy sensible a los ruidos súbitos, se agrava después de las reglas, de mucha utilidad en niños. Boca caliente y sensible, úlceras que sangran al mínimo contacto. Sabor amargo.

Chamomilla. Reino vegetal. Es el primer remedio en quien pensamos en los trastornos de la dentición. Indicado en algunos casos de miedo al dentista. Útil en las odontalgias cuando hay dolor insoportable que puede irradiar al oído. Se agrava de noche y con el calor, durante y después de las comidas, bebiendo café, generalmente mejora con el calor, pero la odontalgia la mejora el agua fría. Lado izquierdo. Niños extremadamente desagradables, caprichosos, que tocan todas las cosas en la consulta, no quiere que lo miren ni lo toquen, mejoran cuando lo balancean, los adultos son también muy sensibles, nerviosos. Peor por la cólera. El dolor es insoportable con sensación de entumecimiento, desproporcionado a la causa.

Coffea cruda. Reino vegetal. Útil en algunos casos de ansiedad o miedo al dentista, y en las odontalgias cuando presenta dolor intermitente y punzante. Se alivia con el agua fría, pero cuando se calienta en la boca se agrava. Insomnio causado por el dolor. Paciente muy sensible a los ruidos,

por lo que la música le puede agravar, la intolerancia al dolor lo lleva a la desesperación

Hepar sulphur. Reino mineral. Es considerado el remedio más importante para los abscesos y las pericoronaritis, persona indolente, irritable, muy sensible al frío. Se utiliza cuando el absceso está fluctuante. Se conoce como el bisturí homeopático. Se debe utilizar a bajas potencias, a estas potencias el medicamento facilita la supuración. Lo caracteriza la hipersensibilidad, irritable y violento.

Hypericum perforatum. Reino vegetal. Remedio muy útil para las lesiones de los nervios y terminaciones nerviosas. El excesivo dolor es un síntoma guía para su uso. Mejora el dolor después de las operaciones Controla el dolor de traumatismo de los nervios. Promueve la regeneración de los nervios. Útil en las odontalgias, contusiones, control del dolor.

Mercurius solubilis. Reino mineral. Es un remedio para los abscesos, pericoronaritis, pulpitis, gingivitis crónica, periodontitis, halitosis, GUNA y sialorrea. Útil en la odontalgia cuando el dolor es pulsante que agrava de noche, mejora frotando suave la cara. Se caracteriza por ser muy destructivo, disfruta el dolor ajeno, ansioso, peleador, apresurado. En boca es característico: encías edematosas, sangran al menor estímulo, movilidad dentaria, salivación aumentada, espesa, filante; lengua edematosa, dentada; halitosis; ulceraciones, lengua blanca, necesidad constante de tragar saliva, sabor metálico.

Nitricum acidum. Reino mineral. Ulceras en paladar blando, con dolores agudos como astillas de madera clavada, salivación abundante y aliento pútrido. Lengua limpia, roja y húmeda con centro saburral. Fisuras y ulceraciones en comisuras labiales, úlceras de bordes irregulares que sangran al mínimo roce. Dolores punzantes que mejoran con el calor local.

Nux vomica. Reino vegetal. Útil en algunos casos de migrañas, xerostomía, mal gusto, halitosis. Indicado en las aftas bucales, alveolitis sobre todo

cuando se le administró durante la exodoncia mucha anestesia. Odontalgia, peor con cosas frías. Se caracteriza por lo irritable, colérico, hipersensible, discutidor, agresivo, celoso, mal humorado, trastornos por ira, por intoxicación alimentaria o medicamentosa extremadamente coléricos, gustan mucho de fumar, tomar bebidas alcohólicas. Agrava en la mañana, después de comer, al tacto, especies, al frío. Mejora al anochecer, con el reposo, presión fuerte.

Phosphorus. Reino mineral. El remedio para la hemorragia, útil en las gingivorragias, síndrome de ardor bucal. Hemorragia después de una extracción o tratamiento quirúrgico bucal. Encías hinchadas que sangran fácilmente, ulceradas. Lengua seca, lisa, roja, o blanca. Persona muy sociable, cariñosa, sentimental, habladora, se interesa por muchas cosas, alterna la depresión con la excitación, miedoso, fundamentalmente a las tormentas, a la soledad. Lateralidad derecha. Deseos de alimentos y bebidas frías, come mucho a todas horas, gusta mucho de sal. Lo caracteriza además la ansiedad y el ardor.

Silicea. Reino mineral. Medicamento muy útil para las fístulas, en los tratamientos de endodoncia, y para la expulsión de cuerpo extraño y un secuestro óseo pos extracción. Hay que tener precaución en los pacientes que tengan implantes óseos o implantes dentarios. Pacientes débiles, delgados, tímido, inseguro, dificultad para concentrarse, falta de confianza en sí mismo propenso a adenopatías cervicales, a las infecciones, agravan con el frío y corrientes de aires, mejoran en el verano. Sudar mucho, principalmente la cabeza y los pies. Niño delgado con vientre abultado, tardío en la dentición y cierre de las fontanelas, caries abundantes.

Durante 1995 y 1996 en Cuba se realizó un estudio en municipios de la capital donde 840 pacientes, entre ellos niños, con afecciones bucales e intervenciones quirúrgicas, se trataron con medicamentos homeopáticos y se hizo una comparación con los tratamientos convencionales. La investigación dio como resultado que los pacientes en los que se aplicó la

homeopatía se recuperaron en un plazo más corto y no registraron reacciones adversas. Particularmente los cardiópatas, hipertensos y alérgicos se favorecieron por este método no invasivo, que tuvo gran aceptación en la población, además resultó ser menos costoso que la terapia convencional.²⁹

En nuestra provincia se han llevado a cabo numerosas investigaciones cuyos resultados demuestran la eficacia de la terapia homeopática en el campo de la estomatología. A pesar de que no se considera una panacea, constituye una terapia holística que reactiva la energía vital, estimula la homeostasis y procesos naturales de curación y constituye una tendencia creciente en pro del equilibrio natural y los procedimientos sencillos.³⁰⁻³²

CONCLUSIONES

La terapia homeopática encuentra en la odontología un amplio campo de aplicación, una vez seleccionado el medicamento, paciente a paciente, bien indicado y preparado. La acción de la homeopatía va dirigida a estimular la energía vital del individuo.

La acción homeopática se basa en los principios básicos: similitud, remedio único y dosis infinitesimales.

Las agravaciones homeopáticas indicaron el camino hacia la curación.

Las afecciones bucales más frecuentes donde se indican medicamentos homeopáticos son: miedo o fobia al estomatólogo, aftas bucales, hemorragias, alveolitis, hiperestesia dentinaria, odontalgias, fístulas, gingivitis, periodontitis, halitosis, abscesos, pericoronaritis, entre otras.

Los medicamentos homeopáticos más usados en estomatología son el aconitum, el árnica, la belladonna, la caléndula, el hepar sulphur, la sílicea, el hypericum perforatum, el nux vómica y el phosphorus entre otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kramer F. Homeopatía en odontología. Tratamiento pre y postoperatorio quirúrgico. Disponible en: <http://www.odontologiaholistica.org.ven/homeopatía.html>
2. Vijnovsky B. Síntomas claves de la materia médica homeopática en el repertorio de Kent. Buenos Aires: Editorial Albatros; 1974. p. 30-40, 78-81, 149-54.
3. Homeopatía. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15 (5): 587-90.
4. Duarte D. Compendio terapéutico homeopático - Medicacao dinámica.1ª ed. Sao Paulo: Livraria Santos Editora;1998. p. 1-2.
5. Hahnemann S. Organón de la medicina. Buenos Aires: Editorial Albatros; 1991.
6. Carval GD. Homeopatía, otra modalidad terapéutica para la cirugía odontológica. Brasil. Consejo Regional de Odontología; 1998. p. 560-2.
7. Las terapias de orden biológico. Homeopatía y naturopatía [en línea] [fecha de acceso 28 de agosto de 2004] URL disponible en: <http://members.fortunecity.com/kinast/id45.htm>
8. Riberón Garrote M. La Homeopatía como estrategia terapéutica. Resumen 2001; 14(1): 5, 9.
9. Ferrara J. La homeopatía [en línea] [fecha de acceso 21 de agosto de 2005], URL disponible en <http://www.eternidad2.com/LA%20medicina%20homeopatica.htm>
10. Barciela Calderón J. Eficacia del tratamiento acupuntural y homeopático en la parálisis facial periférica [trabajo para optar por el título de máster en Medicina Natural y Tradicional] 1999. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Carlos J. Finlay: Camagüey.
11. Homeopatía [en línea][fecha de acceso 2 de septiembre de 2004]. URL disponible en: <http://www.odontologiaholistica.org.ve/homeopatía.html#homeop.-en-odont>

12. Odontología homeopática [en línea] [fecha de acceso 10 de septiembre de 2004]. URL disponible en: <http://www.odontohomeosite.com.ar/prensa-clarin1.html>
13. La Homeopatía terapéutica atractiva. Boletín alerta informática CITMA 1999; 2(1):1.
14. Mari de la Fuente FJ. Apuntes de homeopatía y terapias afines. Buenos Aires: Editorial Albatros; 2000.p.120.
15. López Argilagos F, Castro Cháves R. Homeopatía en estomatología [en línea] 1997[fecha de acceso 4 de junio de 2004] URL disponible en: <http://www.cmw.sld.cu/medidoc/homeo/index.htm>
16. Peña Makeira AR. Eficacia del tratamiento homeopático en la fase aguda de la estomatitis aftosa recurrente [trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en periodontología] 2002.Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay: Camagüey.
17. Pérez Díaz M. Eficacia de la terapia homeopática en los procedimientos quirúrgicos de la atención primaria en Periodoncia [trabajo para optar por el título de especialista de I Grado en Estomatología General Integral]. 2003. Clínica Estomatológica Docente Provincial Ismael Clark y Mascaró: Camagüey.
18. Voltueña Borque O. Sobre la Homeopatía. Atención primaria [en línea] 1997[fecha de acceso 16 de mayo de 2004]. URL disponible en <http://db.dayama.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=14533>
19. Farmacia homeopática. Recomendaciones para el uso de medicamentos homeopáticos. Ciudad de La Habana: Centro de Referencia Nacional de Homeopatía; 1999.
20. Nasbona I. La Homeopatía y la atención primaria.FMC [en línea] [fecha de acceso 16 de mayo de 2004] URL disponible en: <http://db.dayama.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=6396>

21. Ballester Sanz A, Sanz Francob MI, Salan Gran E. Homeopatía. Fundamento científico. FMC [en línea] [fecha de acceso 16 de mayo de 2004] URL disponible en: <http://db.dayama.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=6397>
22. Homeopatía capacitación [en línea] [fecha de acceso 15 de agosto de 2005]. URL disponible en: <http://www.amha.com.ar/capacitacionprofcont/homeopatiacirugia.htm>
23. Lathoud H. Materia médica homeopática. Buenos Aires: Editorial Albatros; 1998.p. 10-7, 100-1, 326-30, 421-2.
24. Draiman M. Agravación Homeopática [en línea] [fecha de acceso 15 de septiembre de 2005].URL disponible en: <http://www.holistica2000.com.ar/Homeocolumna/.htm>
25. Inglada Mulet M. Introducción a los fundamentos de la homeopatía [en línea] [fecha de acceso 15 de septiembre de 2005].URL disponible en:<http://personal.redesth.es/curare>
26. Palsule SG. Odontología y Homeopatía.1 ed. Nueva Delhi: B.Jain Publisher (P) Ltd.1997.p.12.
27. Faingold R.Homeopatía en pediatría [en línea] 2003 [fecha de acceso 12 de agosto de 2005] .URL disponible en: <http://www.amha.org.ar/>
28. Botiquín homeopático [en línea] 2003 [fecha de acceso 24 de junio de 2004]. URL disponible en: <http://www.infonegocio.com/lgp/homeopatía06.htm>
29. Núñez Betancourt A. Gotas de ciencia. Homeopatía en Estomatología. Granma 1998 julio 3.
30. González Rodríguez E, Barciela Calderón J, Rivacoba Novoa E. Eficacia del tratamiento homeopático en la periodontitis simple. Archiv Med Camagüey 2002; 6 (supl3):3.
31. Barciela Calderón J, Cabrera Carballo N, Torres Rasés M, Barrios Rodríguez MA. Eficacia del tratamiento homeopático en la neuralgia trigeminal. Archiv Med Camagüey 2002; 6(supl3):12.

32. Tan Suárez N, Hidalgo García C, Tan Suárez N, Rodríguez Gutiérrez G, Mulet García M. Eficacia de la terapia homeopática en la alveolitis dental. Archiv Med Camaguey 2007; 11(supl2):8.

Anexo 7. Ejemplos de Temas de actualidad

Revista de Ciencias Médicas La Habana 2008; 14 (1)

Longevidad satisfactoria: reto inaplazable para los cubanos.

Lic. María Mayda Oliva Martínez.

RESUMEN

Se hizo un análisis de un tema de actualidad, partiendo de los anuarios estadísticos que reflejan datos de salud poblacional, se trataron algunos factores sociales que han hecho posible el aumento de la esperanza de vida al nacer y por lo tanto el envejecimiento de la población cubana en los últimos 20 años. Para ello se utilizaron las bases de datos de Infomed, Google, MEDLINE y textos de Medicina General Integral del 2001, la prensa nacional escrita que trató este aspecto en el año 2006 y otros libros de interés. Se introdujeron y consideraron términos como la longevidad satisfactoria, a lo que aspira la sociedad cubana actual, y se debatieron los cambios sociales ocurridos en el país a raíz del triunfo revolucionario hasta la actualidad y su incidencia en el tema que se debate que es el envejecimiento poblacional.

Descriptores DeCS: ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN; LONGEVIDAD

INTRODUCCIÓN

Fenómeno del envejecimiento poblacional en Cuba en los últimos 20 años

El fenómeno del envejecimiento poblacional acompañado de una disminución gradual de la natalidad, constituyen preocupaciones de la sociedad cubana actual. La esperanza de vida al nacer está aproximadamente alrededor de los 77 años y se observado en la nación un sostenido crecimiento de las personas de 60 años y más,

que ya representan un 16% de la población total y que se prevé que llegará al 26% en el 2025.¹

Se observa el comportamiento de la ancianidad desde el año 1985 al 2005 y se tiene que:

POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS (%)

AÑO	1985	1990	1995	2000	2003	2004	2005
CUBA	11.3	12.1	12.7	14.3	15.0	15.4	15.8

La población de adultos mayores en Cuba la integran alrededor de 1,8 millones de personas, teniendo esto una tendencia progresiva para los próximos años. Se espera que si para el 2050 no se ha revertido esta situación, que está unida al decrecimiento de la natalidad, estaremos entre los 11 países más envejecidos del mundo. Esta situación debe ser observada, pues las estadísticas prevén que en 2019 arribarán menos personas a la edad laboral en comparación con las que se jubilarán y existirá un sustantivo gasto en la Seguridad Social, haciéndose una necesidad, hacer cambios y diseñar estrategias de salud que deben potenciar ciencias como la gerontología y la geriatría para una población de gran peso en el país. Además de crearse los hogares de ancianos, casas de abuelos, comedores para jubilados y otros sitios de esparcimiento para el anciano que serán necesidades sociales que el Estado debe enfrentar con una relativa inmediatez y para lo que el país debe prepararse.¹

Se hace necesario analizar qué factores sociales han influido en Cuba para que exista un aumento en el envejecimiento de la población, lo que representa un desafío social a la que el país debe enfrentarse con gran inmediatez, ya que constituye una preocupación a los decisores involucrados en la calidad de vida ciudadana.

DESARROLLO

En las últimas cuatro décadas los indicadores de salud de la población cubana han mostrado una mejoría gradual y constante, hasta alcanzar los niveles actuales que sitúan a Cuba a la vanguardia del tercer mundo, e incluso puede comparar sus

resultados con naciones del más alto nivel de desarrollo económico, lo cual ha sido posible porque nuestro programa de salud es parte esencial de la política social, y ha contribuido a los logros en el desarrollo humano y la equidad. Entre sus componentes se destacan de manera especial una concepción de salud vinculada con todos los aspectos de la vida humana, y el acceso universal a adecuados servicios de salud caracterizados por la atención priorizada a través de programas específicos, entre los que se destaca, la atención a la mujer, a la infancia y a la tercera edad, entre otros².

Indicadores demográficos

En relación con los indicadores demográficos se muestra como aspecto relevante una reducción de la fecundidad, de la tasa anual de crecimiento de la población, de la mortalidad infantil y un incremento de la esperanza de vida al nacer. Estos avances en el desarrollo socioeconómico influyen en los cambios poblacionales, determinados por variables demográficas de mortalidad, fecundidad y migraciones. La fecundidad, por ejemplo, es el componente de cambio poblacional que más incide en el tamaño y estructura por edades de una población, constituye el aspecto real del desarrollo de una población, basado en el número de nacimientos vivos que se producen².

El descenso de la natalidad es un pronóstico demográfico cumplido para la población cubana actual desde que Cuba inició la transición demográfica, lo que repercutirá, según los expertos, en la salud y la economía en los próximos años. Si se analizara una cultura latinoamericana en términos de una natalidad y un envejecimiento con alta calidad de vida, podríamos observar que Cuba marcha a la vanguardia en la solución de los problemas sociales al respecto y que, incluso dentro del país, a pesar de todos los esfuerzos realizados por la Revolución Cubana en igualar las condiciones de vida del campo y la ciudad, todavía el Programa Nacional de Atención Materno Infantil (PAMI) demuestra cifras con diferencia sustancial con respecto a tasas de fecundidad y natalidad .

Los cambios sociales que se observan en Cuba desde el 1959 hasta la fecha tienen en su haber gran parte de la respuesta a las interrogantes que en este sentido se pueden tener¹.

¿Por qué se ha producido este envejecimiento de la población cubana?

Cambios en la conducta de género de la sociedad

Los grandes cambios sociales han hecho de las féminas cubanas, una mujer más emancipada en el plano personal, laboral y social, que la existente antes del triunfo revolucionario y que puede llevar a cabo una maternidad responsable, donde cada familia tiene en sus manos el control de la natalidad familiar. Las responsabilidades sociales han limitado a las mujeres en no contraer compromisos con una fecundidad numerosa. La Salud Pública ha trabajado en los programas de reproducción y estos han sido asimilados por las familias. La mujer vive de su trabajo y no depende en este sentido de su compañero, lo que le ha dado gran independencia social a ella y esto ha repercutido en los cambios observados en la natalidad del país.

Programas de salud pública

Las enfermedades infecciosas no son las mayores causas de muerte prematura en Cuba; la calidad de vida del anciano ha mejorado debido a los programas sociales, en particular los de la Salud Pública, al controlar gran cantidad de enfermedades infecciosas, principalmente por inmunizaciones. Se han realizado grandes campañas de vacunación a la población que han erradicado enfermedades como el tétanos y otras que cobraban gran cantidad de vidas jóvenes sin llegar a la adultez.

Las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo son también controlados y aumentan así la esperanza de vida al nacer.

La capacitación brindada a la población de formas diferentes han hecho que el individuo viva con mayor calidad de vida; así los medios de difusión han contribuido a que el pueblo conozca medidas higiénicas y nutricionales que ayudan en este propósito. Un pueblo más culto tiene estilos de vidas más saludables y responsables.

La Educación para la Salud ha tomado un auge nunca antes conocido en el país y ha usado disímiles métodos para llegar a toda la comunidad.

El Centro Iberoamericano para la Tercera Edad (CITED) fue fundado en Cuba el 7 de mayo de 1992, durante las actividades del Primer Congreso Centroamericano y del Caribe de Gerontología y Geriátrica, por el Presidente Cubano Dr. Fidel Castro Ruz, quien expresó en el acto inaugural: ...*"Lo más humano que pueda hacer la sociedad es ocuparse de los ancianos"*.³

El CITED ha desarrollado desde su fundación un trabajo asistencial ascendente, brindando atención geriátrica terciaria a pacientes de Cuba y otros países. La necesidad de un salto cualitativo en la atención al anciano y el desarrollo de las investigaciones han proporcionado la aceptación y demanda de cursos y entrenamientos impartidos en la institución. Este trabajo docente de nivel nacional e internacional ha abarcado una amplia variedad de temas de interés dentro del envejecimiento, tratando de cubrir y a la vez ampliar las necesidades de conocimientos sociales, económicos, ecológicos, psicológicos y biológicos que conlleva el manejo multidimensional y multidisciplinario del tema 3.

Si además, se añade que los nuevos conceptos gerontológicos exhiben gran participación de la familia y la comunidad y se dejan fuera los antiguos patrones de institucionalización para ser usada cuando sea necesaria, se llega a la conclusión de que no existen suficientes recursos humanos que garanticen esta atención y que el Estado por sí solo no puede hacerse cargo de este incremento. La favorable estructura sociopolítica en el país constituye un potencial de ayuda para acondicionar todas estas premisas en un nuevo programa, que además de contemplar todo lo anterior fuera capaz de asegurar la participación activa de la familia, la comunidad y las organizaciones políticas y no gubernamentales en un trabajo colectivo donde el protagonista principal fuera el adulto mayor. Este programa, además de ofrecer aglutinación en favor del adulto mayor será aplicable en todos los niveles de atención, que incluyen no sólo salud, sino seguridad social, deportes, cultura, legislación otros³.

El Programa Integral de Atención al Adulto Mayor consta de tres subprogramas que se describen a continuación:

- Atención comunitaria
- Atención institucional
- Atención hospitalaria

Con el incremento de la esperanza de vida, han aumentado la incidencia y prevalencia de enfermedades que aparecen en edades avanzadas, lo que unido a la revolución demográfica del mundo occidental, con un crecimiento explosivo de la población mayor de 65 años, hace que las dimensiones del problema se tornen “epidémicas” en la primera mitad del siglo XXI ⁴.

Las últimas décadas del II Milenio fueron testigos de espectaculares avances en todas las esferas del saber científico y muy en particular en la esfera de la Salud Humana donde la conservación y prolongación de la existencia, desafortunadamente sólo en países con buenos o aceptables niveles de salud, llegó a una expectativa de vida promedio que se mueve en el entorno avanzado de la octava década de vida. Cada vez un mayor número de personas vive más allá de los ochenta años, y, en muchos casos, con vitalidad y productividad sorprendentes³.

Es evidente que ello presupone importantes cambios, tanto conceptuales como operacionales, en las estrategias sanitarias de estos países.

- En primer lugar resulta necesario el incremento de servicios de salud específicos para una población que envejece –tal vez para decirlo de una forma más optimista, una población con mayores niveles de experiencia y juventud acumulados- pero que dentro de su homogeneidad cronológica se caracteriza por una extraordinaria heterogeneidad: hay adultos mayores que escasamente con 60 años de edad están repletos de achaques, ingieren lotes de medicamentos, no pueden, o no quieren, renunciar a las frecuentes consultas médicas y se convierten en verdaderos “viejitos”. Otros sobrepasan los 90 y mantienen niveles de actividad y creatividad que mucho envidiarían jóvenes de 20 años, sirva como ejemplo la recientemente fallecida Profesora Emérita de la

Universidad de la Habana, Dra. Rosario Novoa, que con más de 95 años se mantuvo impartiendo clases, ¡hasta de pre grado!, en su Facultad.

- En segundo lugar, y en consecuencia con lo anterior, la prolongación de la duración de la existencia no presupone la creación de “almacenes para viejos” que vivirán muchos años, sino el fomento de estrategias que potencien el bienestar, la satisfacción, la calidad y la productividad de la existencia en las personas que envejecen, para que se mantengan tan activas como sus potencialidades se lo permitan. Ello es coherente con una popular expresión que es recurrente tanto en contextos geriátricos como donde quiera que se reflexione acerca del sentido de la existencia humana: “no se trata de llenar la vida de años, sino –tal vez mucho más importante- llenar los años de vida.”
- En tercer lugar, los cambios en el cuadro de salud en el planeta demuestran que su consecución se debe no sólo a grandes logros, avances y descubrimientos en la farmacología y tecnología médicas, sino a la clara comprensión del papel de los factores psicológicos y sociales en el proceso salud enfermedad, a la significación del factor humano en el logro, el mantenimiento, el restablecimiento o la optimización de la salud humana. En este sentido es un hecho que en los principales desafíos a la prolongación y Ocalidad de la existencia –las enfermedades cardiovasculares, oncológicas, cerebro vasculares, endocrinas como la diabetes, o problemas específicos como el suicidio y los accidentes- juegan un papel importante determinados factores psicosociales como el estilo de vida, la cultura sanitaria, el estrés, el rol activo ante el cuidado y mantenimiento de su salud y la satisfacción con los sistemas de relaciones interpersonales en que esté inmerso el individuo. Todo ello es particularmente válido para las personas convencionalmente conocidas como adultos mayores o pertenecientes a la Tercera Edad³.

Programas sociales

El fenómeno social de cualquier país influye de manera primordial en cuestiones de importancia como es el envejecimiento poblacional, la seguridad social, el reemplazo

laboral, la natalidad y otros factores demográficos que marcan las pautas del desarrollo de ese país³.

En la última década donde algunos países latinoamericanos han realizado y pretenden otros, realizar grandes cambios sociales sobre todo en la salud y la educación, se verán cambios sustanciales en estos factores demográficos y se podrá reafirmar lo antes expuesto.

Uno de los factores más importantes a tener en cuenta es el referente al acceso a los sistemas de relaciones interpersonales y que en la literatura autorizada se definen como redes de apoyo social. Es este un concepto que, aunque sumamente complejo desde lo conceptual y metodológico, desde lo empírico ha resultado ser sumamente útil en la práctica de la Psicología de la Salud.

Numerosos autores coinciden en sugerir los favorables efectos que sobre la salud y el bienestar, así como en la disminución de la vulnerabilidad a enfermar, ejercen las redes de apoyo social de las personas en general, muy en particular en estadios sensibles del ciclo vital como la niñez, en que no se ha alcanzado la madurez y validismo deseados, o como en la senectud en que supuestamente el adulto mayor depende más de los otros, dado el declinar de sus habilidades y al lógico riesgo cronológico de haber vivido más años y, en consecuencia, haber pasado por un mayor número de eventos estresantes como pérdidas de relaciones importantes, enfermedades crónicas o limitantes, o haber sido impactados por eventos tan significativos como la viudez o la jubilación que le privan de importantes fuentes de gratificación interpersonal³.

En función de que el proceso de Apoyo Social ha sido concebido como uno de “dar y recibir”, en el que lo característico es una especie de “transacción” entre las personas en que al ofrecer algo en las relaciones humanas también se recibe algo (y ese algo puede ser afecto, ayuda material, guía, consejo, validación de la identidad, etc.) algunos autores ven el proceso en la Tercera Edad quizás desde una óptica pesimista, como una especie de asimetría en las redes de apoyo social del adulto mayor pues es mucho más lo que, en apariencia, este necesita y demanda que lo que realmente puede ofrecer. Cuando así sucede el adulto mayor es plenamente consciente de ello y

puede socavar su salud subjetiva cuando los intentos de los demás por favorecer su bienestar ,aunque positivos en su intención, impactan negativamente y contribuyen a sentimientos de minusvalía, al sentir que no puede reciprocitar lo que recibe o demanda de los demás. Esto incrementa los riesgos sanitarios y en alguna literatura ha sido definido como “apoyo social negativo”.

En la medida que la persona se adentra en estadios avanzados del Ciclo Vital, tiende también a cambiar el tipo de apoyo social que recibe. Es mucho más frecuente que al Adulto Mayor se le incremente la ayuda práctica, instrumental, y disminuya la ayuda emocional, de corte subjetivo, vivencial, que tiende a validarlo y reforzar su identidad³. Así mismo, muchos de los eventos “normativamente” estresantes, esperados en la Tercera Edad implican un importante costo en cuanto a merma de las relaciones interpersonales: la muerte o relocalización geográfica de amistades; la disminución de la propia capacidad y energía necesaria para la movilidad, tanto para cultivar y mantener redes de relaciones interpersonales previamente existentes como para fomentar y propiciar otras nuevas; la jubilación que no sólo restringe el número de contactos con otras personas significativas sino que a veces conduce a la pérdida de roles y status alcanzados durante toda una vida con su consecuente daño al amor propio; y la viudez con la pérdida física irreparable de la persona con quien se convivió -ien las buenas y en las malas! durante varias décadas, con quien se construyó un proyecto de vida común, se creó familia y se tuvo descendencia³.

Todos estos eventos conducen a una de las más agresivas situaciones para cualquier ser humano, se acrecienta tal vez más, para el adulto mayor: la vivencia de soledad. Con ella aparecen una serie de manifestaciones de pobre salud psíquica traducidas en amargura, resentimiento, apatía, desesperanza, etc. que se vuelcan sobre los potenciales proveedores de apoyo social quienes percibirán a estas personas como refunfuñonas y “poco deseables” y en consecuencia se alejarán. Esto compromete, por una u otra razón, la salud física, al reducir tanto sus posibilidades de una mayor longevidad como al deteriorar su calidad de existencia.

Sin embargo, existen personas que, a pesar del efecto no deseado que pudieran tener sobre ellas, saben asimilar los cambios en la vida como oportunidades y desafíos más

que como pérdidas y amenazas. Piense solamente en el contexto cubano en que a muchos adultos mayores repletos de vitalidad les gusta decir *“estoy jubilado, ¡pero no retirado!”*, con lo que expresan que a pesar del cambio de roles en su existencia, su postura ante la vida sigue siendo activa y constructiva.

Algunos estudiosos de la tercera edad se quejan, no sin razón, de que la sociedad presta gran atención a la preparación del individuo para su inserción en el mundo profesional y laboral, a través de la educación y otros programas de formación, pero se descuida totalmente y no se ofrece apenas preparación alguna para el tránsito de la vida laboral a la jubilación¹.

La preparación para la jubilación es un programa que ha de comenzar no unos meses previos a este acontecimiento, sino mucho antes, de manera continuada. Ha de estar encaminado a prevenir sus efectos negativos y a permitir que el sujeto pase del plano productivo al creativo para mantener su sentimiento de identidad, su autoestima y readecuar su proyecto de vida a la nueva coyuntura.

En el plano social, el proyecto ha de contemplar acciones dirigidas a contrarrestar los mitos y visiones negativas sobre la vejez como etapa improductiva, etc.; y crear las condiciones para que el jubilado pueda participar en diversas actividades, accesibles a su posibilidad financiera y a sus gustos e intereses³.

En el plano individual, se brindará información real en cuanto a las características de esta etapa, sobre cómo y cubrir los principales problemas: empleo del tiempo libre, disminución de los roles, reestructuración de la red de amistades, etc. Ha de quedar bien claro las posibilidades de desarrollo intelectual y los nuevos intereses en esta etapa, pues la jubilación puede y debe ser una etapa productiva de la vida, si hay una preparación adecuada para ello.

En este sentido el contexto social cubano, complejo en su convivencia multigeneracional, sería difícil de concebir sin los abuelos, que se convierten en verdadero soporte del hogar para que las más jóvenes generaciones puedan desempeñar roles socialmente importantes, al asumir múltiples responsabilidades

hogareñas que garantizan el bienestar de la más importante célula de la sociedad: la familia, ¿no son estas personas más proveedoras que receptoras de apoyo social?³

Como resulta lógico, estas personas rara vez son presas de la soledad -¡tienen poco tiempo y oportunidades para ello!- y cuando así ocurre esta se traduce en una tristeza legítima y no en amargura y resentimientos hacia los demás. Es coherente entonces pensar que, lejos de alejar a los otros y agudizar así su soledad, estas personas logran naturalmente atraer a sus seres significativos que lejos de rechazarlos disfrutan de su cercanía, y tratan de contribuir a su bienestar.

Por supuesto, no quiere decir que estas personas no necesiten a su vez de cuidados y atenciones para atenuar las limitaciones propias de la edad y del estado físico del adulto mayor concreto, pero lo recomendable es que este apoyo no sea excesivo, que anule o elimine el potencial de validismo de estas personas, sino que los incentive a hacer tanto como les sea posible en aras de su autonomía, sin que ello signifique hacerlos sentir abandonados a sus propias posibilidades.

Es por ello que el tipo de apoyo que reciban estas personas no sólo debe tener una connotación de apoyo material o instrumental de la existencia, sino que debe tener una importante carga afectiva y de validación de la individualidad del adulto mayor⁸, a la par que se le reconozca la posibilidad referida de reciprocidad en la compleja maraña de “dar y recibir” que implica el apoyo social.

No se trata en modo alguno de pensar en y comportarse con los adultos mayores como si fueran un tipo distinto de personas, a quienes hay que atender todo el tiempo o desechar por inservibles, se trata, de pensar en ellos como auténticos seres humanos que también fueron niños, adolescentes, jóvenes, adultos como cualquiera de nosotros que aún no ha arribado a estadios avanzados de la vida, y por ello su connotación como tales va a estar presente hasta el bien tardío momento de la existencia³.

Si se analizara la génesis del envejecimiento poblacional, se podría afirmar que la libertad es también una categoría filosófica que refleja no la independencia del sujeto frente a las leyes naturales y sociales, sino la capacidad del sujeto de que al

conocerlas, tener la posibilidad de hacerlas actuar de un modo planificado para fines determinados. Si se aplican esas ideas defendidas por Engels, se puede entonces decir que la libertad de la pareja cubana en planificar su descendencia como derecho humano, es ejemplo de libertad. Se evidencia que la libertad es un producto del desarrollo histórico de la humanidad y que se expresa en la responsabilidad moral del hombre ante su generación y las venideras. Así, el carácter de la moral del hombre implica una relación particular entre el hombre y la comunidad, lo individual y lo colectivo. Por eso un grupo de individuos que viven en una misma época y bajo un mismo sistema social, reaccionan por tanto de forma similar, pues las condiciones externas fueron similares, y esto ha ocurrido con la natalidad en Cuba y el envejecimiento poblacional⁵.

Programa educativo

Dentro de la atención comunitaria en los proyectos educativos de Cuba se fundó hace aproximadamente un quinquenio la Cátedra de la Universidad del Adulto Mayor, la cual está instituida en la mayoría de los municipios del país, que cuentan cada vez con más aulas donde de forma planificada se cumple un programa de clases impartido por los especialistas de cada territorio, fundamentalmente en el campo de la Medicina, del Deporte y de la Cultura donde se instruye al anciano cómo enfrentar la ancianidad, qué factores propician una mejor calidad de vida, incentivando su vida y se motiva su ingreso en el Club de los 120 años, movimiento que aspira a una longevidad satisfactoria ejemplarizada por la cantidad de 120 años^{6,8,9}.

CONCLUSIONES

- Es bueno destacar que las condiciones de vida en los pueblos de bajo nivel de desarrollo y bajo nivel cultural son propicias para vivir poco, máxime cuando no existe voluntad política que ayude a mejorar la calidad de vida de toda la población.
- El control de Cuba sobre las enfermedades crónicas no transmisibles es único en la actualidad, el trabajo que se viene llevando a cabo contra los hábitos tóxicos modificables a través no sólo del Sistema Nacional de Salud, sino

también de los medios masivos de comunicación, la propaganda escrita, etc. que alertan sobre los daños del hábito de fumar, el alcoholismo y las drogas. Los trabajos de educación y promoción para la salud que se llevan a cabo desde edades tempranas en este sentido, el mejoramiento paulatino de los ingresos económicos, el aumento de la escolaridad y por tanto la capacitación en todos los aspectos de la vida, unido a la promoción de la práctica del ejercicio físico en todas las edades, se revierten también en calidad de vida y aumento de la esperanza de vida al nacer.

- El control de todos los factores de riesgos sobre la aparición de enfermedades y eventos de salud indeseables como la accidentabilidad y el suicidio son también parte de este objetivo social.
- Existe una prioridad estatal a través del MINSAP, con el Programa del Adulto Mayor⁷ que forma parte de los cuatro Programas principales de este Ministerio, el mismo tiene dos puntos importantes a desarrollar que son los siguientes:
 - Promover un envejecimiento saludable y una vejez satisfactoria.
 - Atender oportunamente el estado de fragilidad y necesidad de las personas mayores.
- Todas las actividades que se ejecutan solo puede ser desarrolladas si existe una voluntad política que comprometa a los factores sociales en la participación de cada una de las tareas que esto requiere y además de la capacitación en espiral ascendente de todos, en el nuevo reto social que se nos avecina, de mantener una longevidad satisfactoria para todos nuestro adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peláez O. Reto inaplazable para los cubanos. Granma. 2006 Oct 30: 4-5
2. Martínez Uriarte E, Mulen Castillo S, Rivera Lias M. Control de la fecundidad: experiencia de 15 años de trabajo en un consultorio médico (seriada en línea) Rev Cubana Med Gen Integr 2006; 22 (4). Acceso: 6 enero 2006. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

3. CITED. Centro Iberoamericano para la tercera edad. Más vida a sus años. (monografía en línea). Acceso: 6 de enero del 2006. Disponible en: <http://saludparalavida.sld.cu> <http://www.geriatrianet.com/>
4. Pérez M. Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años de dos consultorios del Policlínico “La Rampa” (seriada en línea) Rev Cubana Med Gen Integr 2006; 22 (3). Acceso: 8 de enero 2006. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252006000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Guadarrama González P. Humanismo en el pensamiento latinoamericano. La Habana: Ciencias Sociales; 2001.
6. Del Puerto Quintana C, Paradoa Alvarez A, Alvarez Sotera A, Alba Valdez A, Bravo Despaigne J, Ochoa Morales G, et al. Higiene del medio. La Habana: Pueblo y Educación; 1984; T2 .
7. Sanchez Soto L, Cruz Alvarez NM, Amaro Cano MC, Barriuso Andino A. Introducción a la Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001.
8. Martínez Querol C, Pérez Martínez VT. Longevidad: estado cognoscitivo, validismo y calidad de vida (seriada en línea) Rev Cubana Med Gen Integr 2006; 22(1). Acceso: 6 enero 2006. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252006000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Hernández C. El envejecimiento de la población en Cuba. La Habana: CEDEN; 1999.

Anexo 8. Ejemplos de Artículos históricos

Revista de Ciencias Médicas La Habana 2002;9(1)

El Hospital “José Ramón Martínez Álvarez” de Guanajay. Apuntes para su historia.

Dr. Denis Berdasquera Corcho, Lic. María del Carmen Mirabal López.

RESUMEN

El municipio Guanajay fue considerado como una de las localidades más prósperas de la antigua provincia de Pinar del Río, actual provincia La Habana y desde el punto de vista de Salud Pública cuenta con una de los hospitales más longevos del territorio. Sin embargo, se desconocían muchos datos relacionados con su historia, que pasaban inadvertidos a lo largo de los años. Razones estas que motivaron la realización de este trabajo, donde se realiza una investigación histórica sobre los antecedentes de la salud pública en el municipio y en el especial del antiguo hospital San Rafael. Se consultaron documentos y fotos históricas museables que datan del siglo XVIII y XIX y consultas con historiadores y otros expertos del tema obteniendo que los primeros orígenes de la Salud Pública del municipio se remontan al 1814, cuando se inauguró un centro asistencial que se utilizó durante años como centro de caridad. El 8 de julio de 1868, comienza a funcionar como hospital. Se prestan servicios de Cuerpo de Guardia, consultas médicas, laboratorio clínico, servicios de curaciones e inyecciones y hospitalización. En 1890, se le cambia el nombre de “La Caridad” por el de “San Rafael” y en 1892 se autoriza el traslado de este hospital para el local que ocupaba el antiguo cuartel de la Guardia Civil española “San Carlos”. El 8 de diciembre de 1959 se decide cambiarle el nombre de Hospital “San Rafael” por el de “José Ramón Martínez Álvarez”, mártir del municipio Guanajay, asaltante del cuartel Moncada.

Descriptores DeCS: HOSPITALES/ historia; SALUD PÚBLICA, GUANAJAY.

Históricamente el municipio Guanajay ha tenido una amplia tradición política, cultural y médica al contar con uno de los centros hospitalarios más antiguos de la provincia: el Hospital Civil “San Rafael”, hoy Hospital General Docente “José Ramón Martínez

Álvarez". Sin embargo, son escasos los trabajos realizados en la localidad que reflejen la historia de la salud pública en el municipio y especialmente la del hospital. Por tales razones se hizo necesario realizar este trabajo que va encaminado fundamentalmente a realizar una descripción de los antecedentes de la salud pública de Guanajay y la evolución del hospital hasta la actualidad, agradeciendo la colaboración de todos los historiadores del municipio que posibilitaron la obtención de la información necesaria, dentro de los que se encuentran el Dr. José Virgilio Moreno González.; Médico jubilado quién fuera uno de los Directores del Hospital de Guanajay, Narciso Sánchez García; Presidente de la Filial de la Unión de Historiadores de Cuba en Guanajay, Georgina Fidencia Vázquez Álvarez; Especialista del Registro de la Propiedad de Guanajay, Lic. Odalmis Hernández Concepción; historiadora de la localidad.

El municipio de Guanajay.

El municipio de Guanajay se encuentra situado en el oeste de la actual provincia La Habana. Antiguamente formaba parte de la provincia de Pinar del Río cuando por el Decreto de 9 de julio de 1878 se produjo la división geográfica de la isla y esta provincia quedó erigida, integrada por las extinguidas Tenencias de gobierno de Nueva Filipinas, San Cristóbal, Bahía Honda, Guanajay, y la ciudad de Pinar del Río como capital¹. Se mantuvo como municipio de esta provincia hasta el año 1976 cuando se realiza la división Político Administrativa del país y pasa a formar parte de uno de los 19 municipios de la provincia Habana.

Guanajay no surge como villa fundada por los conquistadores españoles, debe su origen así como su nombre a primitivos asentamientos aborígenes. El 19 de enero de 1559 el cabildo de La Habana hizo merced de los terrenos de Guanajay a Bartolomé Bazargo para dedicarlos a la cría de cerdos, ofreciéndonos la primera referencia de que se tenga noticia. En sucesivas mercedes en 1568 y a todo lo largo del siglo XVII se menciona el corral de Guanajay como evidencia inequívoca, no ya de su antigüedad, sino también de su permanencia y afianzamiento como sitio de trabajo y asentamiento humano². Se piensa fue fundado en diciembre de 1650, a orillas del río Capellanías. Cuenta actualmente este municipio con 112,47 kilómetros cuadrados y una población estimada de 29 185 habitantes. (Departamento de Estadísticas. Dirección Municipal de

Salud, Guanajay, febrero 25 del 2003.) Por su extensión territorial es considerado el municipio más pequeño de la provincia La Habana.

Primeros antecedentes de la salud pública en el municipio.

Los primeros orígenes de la Salud Pública del municipio se remontan al 1814, cuando el 9 de octubre se inaugura un centro asistencial en un edificio recién terminado en la esquina sur-este de la calle San Rafael, posteriormente llamada de Los Carros, más tarde calle Martí y actualmente calle 70; con la calle San Salvador, llamada después Zayas y actualmente avenida 67. A este centro asistencial le ponen por nombre "La Caridad" y había sido construido por orden de la Iglesia Católica del municipio, realizándose en él determinados procedimientos médicos como curaciones e inyecciones por un personal no profesional³. (Expediente formado para realizar una exposición a su majestad la reina para solicitar que Guanajay fuera nombrado una villa. libro 5, número 33 de la Secretaría del Ayuntamiento de Guanajay, octubre de 1861) El 18 de febrero de 1840, este centro comienza a ofrecer consultas médicas para personas pobres en el horario de la mañana por el Dr. José María Dou(3) considerado el primer médico de este municipio, quién además era escritor, publicando el primer periódico de este pueblo llamado "El Agricultor cubano", editado por primera vez el 7 de enero de 1844⁴.

El Primer Hospital del Municipio.

El 8 de julio de 1868, comienza este centro a funcionar como hospital. Se prestan servicios de Cuerpo de Guardia, consultas médicas, laboratorio clínico, servicios de curaciones e inyecciones y hospitalización de pacientes contando con un total de 6 camas. Su director era el Dr. Pedro Arrechaga, natural de Asturias, España y que se desempeñaba anteriormente como médico del ejército español desde su graduación en octubre de 1865³.

Es así como esta institución se inscribe el 10 de abril de 1883 en el Registro de la Propiedad del municipio según hoy consta, cuya inscripción primera y única hasta la actualidad plantea que era una finca urbana, con casa de mampostería y tejas de construcción antigua y de poco puntal en cuyo edificio estaba construido el Hospital de

Caridad de esta villa. Contenía a su entrada una habitación para Cuerpo de Guardia, una sala para presos contiguos y junto a esta la mayordomía, existiendo en el interior las salas de San Diego, Santa Rita y San Leopoldo, un cuarto de depósitos para cadáveres, otro dedicado a cocina y su letrina. Estaba situado en la calle San Rafael, esquina a la calle de San Salvador, no tenía número y se había construido en dos solares de terreno de 20 varas de frente y cuarenta de fondo que equivalen a 1140 metros cuadrados. Se construyó por orden del Excelentísimo señor Don Juan Díaz de Espada y Landa, obispo, quien dispuso la fundación de la obra realizada con las ofertas hechas por el vecindario y otros recursos destinados por él. El terreno fue donado por el señor Don Miguel Antonio Herrera. Se inscribe este Hospital a favor del Estado del municipio de Guanajay" (Registro de la Propiedad del Ayuntamiento de Guanajay. Tomo 4, folio 162, finca 157, abril 10 de 1883).

El Hospital "San Rafael".

El 24 de octubre de 1890, se le cambia el nombre de "La Caridad" por el de Hospital "San Rafael" (Santo patrón de los médicos), hecho que tiene lugar en una misa católica celebrada en el lugar³.

Así las cosas, el 30 de Noviembre de 1892, por orden del Capitán General Español Francisco Dionisio Vives, se autoriza el traslado de este hospital para el local que ocupaba el antiguo cuartel de la Guardia Civil española "San Carlos", alias "La Concordia", en el barrio norte del municipio llamado La Reunión, construido bajo el reinado del Señor Don Fernando VII y el gobierno del Excelentísimo señor Don Francisco Dionisio Vives, intendente de ejército del Excelentísimo Señor Don Claudio Martínez de Pinillo; Director del Real Cuerpo de Ingenieros el Señor Don Anastasio Arango. Proyectó y construyó esta obra a expensas de este vecindario y de la Real Hacienda el Teniente Coronel Capitán de dicho Real Cuerpo Don Manuel Pastor, según reza en una lápida de mármol colocada en su pared exterior y a la derecha de la puerta de entrada y que aún hoy se conserva en una de las paredes laterales del patio del museo municipal "Carlos Baliño".

Este cuartel había sido construido en 1827 cuando el Dr. Tomás Romay Chacón recomendara al “Controlor” del Hospital Militar de La Habana, entre otras cosas, a la Jurisdicción de Guanajay para la aclimatación y preservación de la Fiebre amarilla o Vómito negro; a los batallones de Galicia y La Unión, así como a las fragatas Restauración de la Marina Real, que procedentes de España desembarcaban por el Puerto de La Habana⁵.

El General Francisco Dionisio Vives, Capitán General de la isla y fiel intérprete del rey absoluto, con la experiencia de lo ocurrido en 1823 con la conspiración de “Soles y Rayos de Bolívar”, puso en la mirilla a la Jurisdicción de Guanajay. Con el objetivo de asegurar y neutralizar cualquier movimiento insurreccional, este General creó una fuerte plaza militar con el pretexto de establecer un cuartel de aclimatación para alojar a los soldados recién llegados de España. Por tal motivo se solicitó y obtuvo el terreno para su edificación en una zona que estaba considerada como terrenos eriales y breñosos, pero que tenía una situación estratégica pues estaba situado en una loma para describir desde su altura y controlar todo el territorio del municipio. Este cuartel se terminó de construir en 1827 dispuesto para la aclimatación pero poseía además una caballería y pesebres para los caballos, con capacidad suficiente para alojar a los soldados del batallón de Infantería.

El antiguo local que ocupaba el hospital, primero “La Caridad” y después “San Rafael”, en la calle Martí esquina Zayas, se mantuvo como una casa de socorros hasta los primeros años de 1900, cuando es transformado en la Policía Municipal y luego en el Vivac Municipal³ (figura 1).



Figura 1. Edificio que ocupaba el antiguo Hospital “La Caridad” que posteriormente se dedicó a Casa de Socorros, Policía Municipal y después a Vivac Municipal de Guanajay.

Hoy en día una parte de esta edificación es utilizada por el Comité Militar del municipio y el resto pertenece a una casa de viviendas.

Es así como el 10 de febrero de 1902 se inscribe por primera vez en el Registro de la Propiedad del Ayuntamiento de Guanajay, el hospital "San Rafael" cuya inscripción primera y única hasta la actualidad plantea que era una finca urbana, con casa de mampostería y tejas situada en los ejidos de esta población, con una capacidad superficial de 2301 metros cuadrados y 120 milímetros, lindante por el norte con terrenos del Ingenio demolido "San José", por el sur con la calle Canteras, por el este con la finca "San Francisco" de la que estaba separada por el antiguo camino del Mariel. Según certificación expedida el 27 de abril de 1901 por Don Nicolás Martínez Suárez, administrador de rentas e impuestos de esta zona fiscal, afojas tres del Libro Inventario de Bienes del estado. Se inscribe la posesión de esta finca a nombre del Estado cubano quién poseía anteriormente el antiguo cuartel "San Carlos" sin que hubiese contado en ningún registro, la propiedad del terreno en que fue edificado. Esta inscripción se solicita a las 12.30 pasado meridiano del día 14 de enero de 1902 por Don Rafael Bravo, vecino de esta villa, como mandatario verbal de Don Tomás Cardona, administrador de rentas e impuestos de esta zona fiscal, según asiento que obra al folio 41 vuelto del tomo 8 del diario de operaciones del Registro de la Propiedad de Guanajay, quedando archivado uno de sus ejemplares en el legajo anual del censo de documentos públicos. (Registro de la Propiedad del Ayuntamiento de Guanajay. Tomo 17, folio 12, finca 663, febrero 10 de 1902).

Era considerado este hospital como uno de los lugares más saludables del municipio debido a la elevación del terreno. A la entrada y a mano derecha estaba la dirección, después una reja blanca y grande que daba acceso a amplios corredores que circundaban un hermoso patio y conducían a las diferentes salas y demás dependencias. Partiendo de la reja y hacia la derecha estaban las salas de partos, sala de maternidad, sala de enfermedades contagiosas. Hacia la izquierda se encontraba el laboratorio, la sala de Cirugía, la sala de hombres y la farmacia, las camas tenían en su cabecera un crucifijo⁶.

El primer director del Hospital fue el Dr. Luis Galainena Rivero quien además contribuyó con sus servicios profesionales y personales al sostenimiento del hospital. Contaba en un inicio con 50 camas, laborando en él dos enfermeras y dos médicos incluyendo al Dr. Galainena quien permanece por algún tiempo en este cargo hasta que es sustituido por el Dr. Vicente Crespo Moreno, médico cirujano, considerado uno de los primeros médicos natales del municipio Guanajay, graduado el 4 de julio de 1895, quien ejerció hasta su fallecimiento el 3 de agosto de 1934³.

Los doctores Galainena y Crespo Moreno fueron los médicos forenses designados por los clubes patrióticos para que reconocieran un centenar de restos exhumados en la Colina de Justiniani en el barrio de San Francisco, de guanajayenses que habían sido asesinados por el gobierno español desde el mes de enero de 1896 a agosto de 1898; cuando la guerra de independencia. Este trabajo realizado por los Dres. Galainena Rivero y Crespo Moreno, se recoge en un Certificado emitido por ellos el 30 de diciembre de 1898⁷ (Núñez, LM. Guanajay; apuntes para su historia. Texto inédito, 1900).

El 20 de diciembre de 1941 el hospital contaba con tres médicos, tres enfermeros (Teresa Feijó, Emilia Saínz y Serafín Otaño) y dos técnicos. Ocupaba el cargo de director desde hacía 8 años, el Dr. Manuel Silvestre Mazpule Fernández (Clínico y Radiólogo) y se desempeñaban como médicos los Dres. Eduardo Díaz Ortega (médico general), Manuel Menéndez Valdés (médico general) y la Dra. Farmacéutica Virginia González⁶, sumándose posteriormente el Dr. Gabriel Cano Mena. El 29 de diciembre de 1946 fallece el Dr. Manuel Menéndez Valdés y comienza a laborar en el hospital el Dr. José Virgilio Moreno González³.

Posteriormente, en 1950, ocupa la dirección del centro el Dr. César Nuevo Aladro, médico general^{8,9}; y en 1951 es nombrado director el Dr. Manuel Vicente Rodríguez Crespo, médico radiólogo³.

Remodelación del Hospital "San Rafael".

En los primeros años de la década de 1950 el hospital "San Rafael" se encontraba ya prácticamente en ruinas. (figura 2)



Figura 2. Imagen exterior del antiguo Hospital Civil "San Rafael" de Guanajay que se encontraba en los primeros años de 1950 en completo estado de ruinas.

Se comienza en 1953 una remodelación por la primera dama de la república Sra. Martha Fernández Miranda de Batista por gestiones de los Sres. Reinaldo Rodríguez Carreño (Alcalde municipal), Dr. Vicente Rodríguez Crespo (Director del hospital) y Antonio Rodríguez Brito, administrador del mismo³.

Durante el tiempo que duró la remodelación del hospital, los servicios de urgencia del municipio, se brindaron en el antiguo Reclusorio Nacional de Mujeres, actualmente Establecimiento Penitenciario de Guanajay³. Este Reclusorio de Mujeres se había comenzado a construir en 1944 durante el gobierno de Ramón Grau San Martín, en los terrenos donde se encontraban las edificaciones "Batería de la Reina" que servía de Escuela Correccional de Menores. Se terminó de construir en 1948¹⁰.

El día 30 de junio de 1954 se inaugura a las 4.00 P.M el nuevo edificio recientemente construido para Hospital Civil. Esta inauguración la realiza el señor Presidente de la República General Fulgencio Batista Zaldívar y su esposa Martha Fernández Miranda de Batista, entregándoles a ambos, el señor Reinaldo Rodríguez Carreño (Alcalde municipal), el Diploma de Hijos Adoptivos de Guanajay¹¹. Se amplía así la capacidad del centro a 60 camas. Se introducen algunas mejoras en los servicios al público y se amplía el servicio médico a 10 galenos y dentro de ellos cuatro especialistas³, quienes eran:

- Dr. José Antonio Acosta Montejo (Cirujano)
- Dr. René Muñecas Caiñas (Ginecobstetra)
- Dr. Lorenzo Victores (Medicina Interna)
- Dr. Rafael Daussá Viña (Anestesista)

El 27 de abril de 1955 se inaugura el Salón de Operaciones y un año después se habían realizado 287 cirugías mayores con pleno éxito por el Dr. Acosta Montejo. Más del 95 % de estas operaciones habían sido gratuitas y habían colaborado en ellas los Dres. Antonio Cotarelo, Osvaldo Rey y José Virgilio Moreno González, como médicos auxiliares, y el Dr. Rafael Daussá Viña como anestesista¹².

En 1957 ocupa la dirección del centro el Dr. Gabriel Cano Mena, médico general³. El 5 de enero de 1959, con el triunfo de la Revolución, se designan veedores en los centros de mayor importancia del municipio para que de esta forma estuvieran garantizados los servicios bajo la administración revolucionaria.

El 10 de febrero de 1959 el cargo de director es ocupado por el Dr. José Virgilio Moreno González, funcionando en estos momentos el hospital con 15 médicos y 9 enfermeras³. Se brindan consultas de diferentes especialidades, como por ejemplo:

- Otorrinolaringología, por el Dr. Luis Enrique Llopiz Cobiellas.
- Cirugía, por el Dr. José Antonio Acosta Montejo.
- Ginecología, por el Dr. Elías Cesín Amet.
- Medicina Interna, por los Dres. Lorenzo Victores y López Carrillo.
- Pediatría, por el Dr. José Virgilio Moreno González.
- Anestesia, por el Dr. Rafael Daussá Viñas.
- Laboratorio clínico, por el Dr. Alfredo Álvarez Ferro.

Desempeñaban sus funciones como médicos de Cuerpo de Guardia los Dres. Pedro Silva Silveira (médico general), Rafael García Izaguirre (médico general), Régulo Acosta, Miguel A. Orue (médico general), Adrián García y Mesa Santiusty³.

El Actual Hospital "José Ramón Martínez Álvarez".

El 8 de diciembre de 1959 a iniciativa de un grupo de compañeros y siendo el Dr. José Virgilio Moreno González el director (quien se mantiene en el cargo hasta 1967 cuando se designa como director el Dr. Novas) y el compañero Eulalio Suárez Camejo el administrador, se decide cambiarle el nombre de Hospital "San Rafael" por el de Hospital "José Ramón Martínez Álvarez", mártir del municipio Guanajay que fue

asaltante del cuartel Moncada, expedicionario del Granma y combatiente de Alegría de Pío, donde muere, nombre que actualmente lleva el hospital del municipio³.

En 1965 se incrementan 100 camas más al hospital de Guanajay. En octubre de 1980 se terminó de construir el local de archivos y el Departamento de Patología y se remodelan el Departamento de Iconopatografía, local de la Unión de Jóvenes Comunistas, consulta externa y dirección, laboratorio, sala de gastro y respiratorio, salón de operaciones, sala de Cirugía y medicina de hombres, estación de enfermería, sala de Ginecología, cuerpo de guardia, cocina comedor, lavandería, caldera, morgue, almacén, salón de reuniones, oficinas administrativas y central de esterilización. En general se realiza una remodelación completa del hospital, (figura 3). (Suárez Camejo E. El Termómetro. Boletín Informativo de los Trabajadores del Hospital General de Guanajay, octubre de 1980, año 15, número 7:3-4)



Figura 3. Entrada del Hospital "José Ramón Martínez Álvarez" después de su remodelación en 1980.

Este hospital se inició en la Docencia Médica Superior en el curso 1982-1983 como parte de la Facultad número 4 del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. (Suárez Camejo E. Desde las aulas. El Termómetro. Boletín Informativo de los Trabajadores del Hospital General Docente de Guanajay, junio - julio 1983, año 17, número 187:4). En la actualidad forma parte de los centros de docencia de la Filial de Ciencias Médicas del Oeste de La Habana, donde se han formado cientos de profesionales de la salud.

En el año 1985 se realiza una nueva remodelación del hospital, se construye una nueva lavandería, naves de mantenimiento, almacén central, esterilización y departamento de Rayos X. En 1988 se realiza una ampliación de la lavandería y calderas y se inaugura una nueva sala de recuperaciones.

En 1989 se realiza una ampliación de la cocina comedor, remodelación del banco de leche y pantry de la sala de Medicina. En el año 1990 se comienza la puesta de mármol en los pasillos centrales del hospital, se construye las oficinas del jefe de turno y lavandería y comienza el funcionamiento de la Comisión de casos graves del hospital, se reparan además las salas de gastro y respiratorio del servicio de Pediatría y se funden los pasillos laterales de la cocina.

En 1992 se comienza la construcción de la sala de Neonatología, Parto, Parto, Preparto, oficinas de archivo y estadísticas y la Dirección. Ese mismo año comienza a funcionar el equipo de Ultrasonido y se introduce el equipo de Magnetización. En 1994 se remodela el nuevo bloque de la sala de Ginecología y se inaugura el bloque de Partos, Cuidados Perinatales, Neonatología y se comienza la remodelación de la actual sala de Medicina Interna que incluye la sala de Cuidados coronarios. Ese mismo año se termina esa obra y se remodela además la sala de Pediatría y Cirugía.

En 1995 se comienza la construcción del nuevo laboratorio de Microbiología. Sus últimas remodelaciones datan de marzo de 1997 cuando se inaugura el nuevo Cuerpo de Guardia de Ginecología, salón de Ultrasonidos, dos nuevas salas, central de esterilización, sala de recuperaciones y laboratorio de Microbiología¹³.

En 1999 se inaugura el Cuerpo de Guardia de Pediatría y se remodelan el banco de sangre, Cuerpo de Guardia de Cirugía y Ortopedia y la Sala de Observaciones. Este hospital cuenta actualmente con 499 trabajadores, de ellos 70 médicos, 184 enfermeras, 66 técnicos propios de la salud, 12 técnicos comunes, 90 trabajadores de servicios, 36 obreros, 26 administrativos y 15 dirigentes. (Departamento de Personal. Hospital General Docente "José Ramón Martínez Álvarez", febrero 25 del 2003.) Tiene un total de 166 camas distribuidas en los siguientes servicios:

- Medicina Interna: 41 (Cuidados Coronarios: 3, Geriátrica: 8, Medicina de mujeres: 14, Medicina de hombres: 16)
- Cirugía: 34 (Cirugía de hombres: 18, Cirugía de mujeres: 16)
- Pediatría: 38 (Servicio de Gastro: 10, Servicio de Respiratorio: 14, Servicio de Miscelánea: 14)

- Neonatología: 9
- Obstetricia: 30
- Ginecología: 14 (Sala de Metro: 8, Sala de Cirugía General 6)

(Departamento de Archivo y Estadísticas. Hospital General Docente "José Ramón Martínez Álvarez", febrero 24 del 2003).

Cuenta con las especialidades de Medicina Interna, Pediatría, Neonatología, Cirugía General, Ortopedia, Otorrinolaringología, Ginecobstetricia, Anestesia, Inmunología, Urología, Nefrología, Cardiología, Geriátría, Hematología, Reumatología, Epidemiología, Laboratorio Clínico, Microbiología, Anatomía Patológica, Radiología, Neumología y Medicina Natural y Tradicional.

Indudablemente el hospital "José Ramón Martínez Álvarez" de Guanajay (que aun hoy se encuentra situado en el mismo lugar donde fuera fundado en 1892, al norte del municipio Guanajay, en la actual Avenida 51 entre las calles 72 y 88), constituye un lugar de relevancia en la historia del municipio. Siempre ha estado dedicado a prestar servicios a la población de las localidades cercanas y aún hoy constituye un hospital regional que brinda sus servicios a los municipios de Artemisa, Caimito, Guanajay y Mariel y aunque en estos momentos pertenece a la provincia de La Habana, sería verdaderamente injusto no considerar la historia de este hospital como parte de la historia de la salud pública cubana en la provincia de Pinar del Río.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Santovenia E. Ensayo histórico de Pinar del Río. Pinar del Río: Imprenta La Casa Villalba;1919.
2. Figueredo Valdés R. El Guanajay que somos. Rev 350 Guanajay 2000:3.
3. Moreno González JV. Historia de la Salud Pública en Guanajay. Rev 350 Guanajay. En prensa 2001.
4. Efemérides del trimestre. Simiente. 2001(12):15.
5. López Sánchez J. Tomás Romay Chacón: obras completas. La Habana: Academia de Ciencias de Cuba; 1965; T 1.
6. Olazábal CA. Hospital San Rafael. Periódico Fragua. 1941 dic 20:14.

7. Sánchez García N, Colina Justiniani. ¡No olvidar!. Rev 350 Guanajay 2000:33.
8. Valdés García JL. Profesionales del municipio. Periódico La Chispa. 1950 ago 11:4.
9. Valdés García JL. Destituido el Alcalde municipal. Periódico La Chispa. 1952 sep 30: 1(3).
10. Díaz Padrón D. Patrimonio. Simiente. 2001; 12:16.
11. Inauguración del Nuevo Hospital Civil. Periódico La Chispa. 1954 jun 30:1.
12. Valdés García JL. 287 operaciones en el Hospital San Rafael. Periódico La Chispa. 1956 may 15:1.
13. Mayor Lorán J. Hospital que crece. Periódico El Habanero. 1997 mar 18:7.