



**ASOCIACION ANTIOQUEÑA DE
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA**

Boletín 92

Septiembre - Diciembre 2019

"SI NO TE HA SORPRENDIDO NADA EXTRAÑO DURANTE EL DÍA, ES QUE NO HA HABIDO DÍA". JOHN ARCHIBALD

EDITORIAL:

De la venta de clínicas en Antioquia

*Dr. Jorge Alexander Rodríguez Gallego
Presidente Junta Directiva - ASAGIO*

ARTÍCULO ACADÉMICO:

Parto vaginal después de cesárea. ¿Mito o Realidad?

*Dra. Carolina Arango Montoya
Dra. Juliana Marín Ríos
Dra. María Ximena López Arroyave
Residentes Ginecología Y obstetricia - CES*

ARTÍCULO GREMIAL:

Responsabilidad civil: un compromiso propio

*Daniel Correa Parra
elpulso@sanvicentefundacion.com*

VARIEDADES:

Errores comunes en la elaboración de artículos científicos

*Dr. Emilio Alberto Restrepo Baena
Ginecobstetra Laparoscopista, Universidad de Antioquia, Universidad CES
Corrector Congreso Anual de Residentes
Departamento de Ginecología y Obstetricia*

JUNTA DIRECTIVA 2018-2020

PRESIDENTE:

*Dr. Jorge Alexander Rodríguez Gallego
jorgear12@gmail.com*

VICEPRESIDENTE:

*Dr. Luis Fernando Escobar Agullera
feamon2@gmail.com*

TESORERO:

*Dr. Augusto Isaza Estrada
augustoisaza@hotmail.com*

SECRETARIO:

*Dra. Ana María Ángel De La Cuesta
anangelmd25@hotmail.com*

VOCAL:

*Dr. Jorge Alberto Tirado Mejía
jatm@une.net.co*

*Dr. Jorge Alberto García Ortega
j.garcia@dhfertilidad.com*

*Dr. Juan Fernando Bojanini Betancur
jbojani@une.net.co*

FISCAL:

*Dr. Edgar Adel Noreña Mosquera
edgarnorena@gmail.com*

COORDINADORES

COORDINADOR BOLETÍN:

*Dr. Emilio Alberto Restrepo Baena
emiliorestrepo@gmail.com*

COORDINADOR PROGRAMA EDUCACIÓN MÉDICA:

*Dr. Luis Javier Castro Naranjo
exdecano@hotmail.com*

ASAGIO

Calle 33 No. 42B - 06, Torre sur - Oficina 1001

Tels. (4) 2627515 - 2623513 | Cel. + WhatsApp 3136841417 | asagioant@gmail.com - asagio@une.net.co

Editorial

De la venta de clínicas en Antioquia...

Dr. Jorge Alexander Rodríguez Gallego
Presidente - Junta Directiva
 ASAGIO

Muchos de nosotros, como pacientes o profesionales, hemos presenciado los grandes cambios del sistema de salud colombiano.

Como país, pasamos de un Sistema Nacional de Salud SNS, conformado por una serie de “subsistemas”, cada uno con población, financiación y servicios diferentes: servicios privados o particulares, seguro para trabajadores formales, asistencia pública o beneficencia, salud pública y, prácticas populares.

Con la Ley 100 de 1993 se da paso al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, que basado en los principios de equidad y solidaridad, propone que todos los ciudadanos sean atendidos en igualdad de condiciones.

Tras 25 años de implementación con sus reformas y adendas, tenemos un sistema con una cobertura de más del 90%, muy valorada por los observadores internacionales, pero con serias dificultades en el acceso, no siempre geográfico, sino con las barreras propias de las dilataciones de tipo administrativo y los llamados itinerarios burocráticos, que llevan a que la población (usuarios, asegurados, clientes) recurra a los servicios previos a la ley, es decir, el pago a los prestadores privados, las prácticas populares o la “resignación”.

A pesar de las tutelas, la ley estatutaria o la reciente Política de Atención Integral en Salud PAIS, el nuestro, ha incumplido los objetivos de todo sistema de salud: mejorar la salud de la población, responder a las expectativas de las personas, y brindar protección financiera contra los costos de la mala salud. Y éste, el tema financiero, con el paciente como principal víctima, ha afectado a todos los actores; desde las EPS, ahora llamadas Empresas Administradoras de Planes de Beneficio EAPB, pasando por Prestadores IPS de poco presupuesto, hasta las Clínicas y Hospitales con el más grande músculo financiero.

De tal forma que, pasado un cuarto de siglo, encontramos una sociedad agotada por el desgaste de la lucha constante para salvar un sistema de salud que, a todas luces, no tiene futuro a largo plazo.

Y justo ahí, como pescador en río revuelto, descienden sobre Colombia y más específicamente Antioquia, multinacionales de salud, para brindar un respiro al agotado sistema, con la intención de comprar cuanta clínica se atravesase por su lupa financiera.

Hasta la fecha, que se sepa, se han vendido cuatro grandes clínicas de Antioquia, y no nos debe parecer extraño que vendan 4 o 5 más. Situación que no tendría que preocuparnos, de no ser porque hayan sido adquiridas por una sola multinacional, generando el monopolio de un mercado que se sabe es imperfecto.

En los corredores de pasillo de las instituciones de salud de Medellín, se habla mucho del tema, ¿a qué pueden venir multinacionales a comprar clínicas a Colombia?, ¿será que no saben como es de malo el sistema?, ¿será que van a hacer economía de escala?, y todo tipo de conjeturas al respecto, de lo cual finalmente sabremos, cuando lleguen a los diferentes centros e inicien su operación administrativa.

En el 2019, el presupuesto asignado para la salud en Colombia fue de 32 billones de pesos, con un incremento del 30% respecto al año anterior; además, el gobierno central se comprometió a llevar a cabo la Ley de Punto Final, como una importante ayuda para paliar los problemas del sistema de salud actual; lo cual muestra el interés del Estado por mejorar el acceso de los pacientes a la atención, y la salud financiera de los diferentes actores del sistema. Y es precisamente indicadores como éstos, lo que ven los inversionistas extranjeros a la hora de invertir en nuestro país.

Por parte del gremio de la ginecología y la obstetricia, nuestro deber es seguir velando por el bienestar del binomio madre-feto y la salud de la mujer en todas sus etapas; independientemente de quien gerencie las diferentes IPS, brindando un servicio ético, humano y de calidad científica; pues existe una relación que desde hace muchos siglos no se ha perdido por más que se presenten cambios en los modelos de atención, y es la relación médico-paciente.

PARTO VAGINAL DESPUES DE CESÁREA ¿MITO O REALIDAD?

Carolina Arango Montoya
Juliana Marín Ríos
María Ximena López Arroyave

Residentes Ginecología y obstetricia – CES

El parto vaginal posterior a una cesárea permanece controversial; definir la vía de parto constituye un reto en la práctica actual, ya que es necesario definir los posibles riesgos o puntos a favor que nos pueden apoyar para definir la vía de parto (1).

El parto por cesárea ha venido en incremento, pasando de un 4.5% en 1965 a un 32.9% en el 2009 en los Estados Unidos (2). En Colombia la tasa de cesárea al 2013 fue de 45.7%, logrando hasta un 70% en instituciones privadas. Como cualquier procedimiento quirúrgico, la cesárea tiene implicaciones, dentro de las cuales se encuentran los riesgos maternos y neonatales (3).

El incremento en la tasa de cesáreas se ha convertido en un problema de salud pública ya que, con ésta, aumenta también la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Desde este punto de vista se hace necesario implementar estrategias de reducción, dentro de las cuales está la prevención de la primera cesárea, y sobre todo de propender e incrementar la implementación del parto vaginal después de la primera cesárea, siempre y cuando las condiciones maternas y fetales lo permitan. Existen múltiples factores asociados al probable desenlace de una paciente con cesárea previa, dentro de los cuales enumeramos la edad, los antecedentes médicos, e incluso el estrato socioeconómico de las pacientes.

Desde la antigüedad las cesáreas tenían como finalidad la extracción fetal perimortem, sin embargo con el tiempo se ha convertido en una práctica común con el propósito de disminuir las complicaciones inherentes a ciertas características en algunos embarazos, tales como embarazo gemelar, situaciones y presentaciones fetales distócicas, estados fetales no tranquilizadores y situaciones de enfermedad materna grave como lo son la preeclampsia en su amplio espectro entre otras razones justificadas o sin justificación, que finalmente han llevado al incremento en las tasas mundiales de cesárea, y los escasos intentos de parto vaginal luego de ésta.

Sin embargo ¿Que dice la literatura acerca del parto vaginal posterior a la cesárea?, ¿Es posible lograrlo con adecuada seguridad materna y fetal?

Para las mujeres con historia de una cesárea previa, el tipo de incisión uterina es el parámetro más importante para determinar si es candidata a un parto vaginal, siendo la incisión vertical la de menor índice de ruptura uterina (4). Otras incisiones, como la incisión clásica o corporal, extensiones en el cuerpo uterino, confieren un incremento del riesgo de ruptura uterina, y por lo general no son candidatas a este procedimiento. Los datos acerca de incisiones verticales son limitados, dado que este tipo de histerotomía es usado con poca frecuencia (5). Otros factores a tener en cuenta son los recursos y el entrenamiento con el que se cuenta en la institución donde se llevará a cabo la prueba de parto. Un obstetra capacitado, anestesiólogo permanente, personal permanente para soporte ventilatorio y cardiovascular tanto para la madre como para el recién nacido, y acceso oportuno a hemoderivados (4).

Dada la necesidad de identificar las pacientes, encontramos en la literatura diversos estudios encaminados a optimizar el proceso de selección de las mujeres y observar qué factores influyen en el éxito y el fracaso de estos partos. Grobman y colaboradores publicaron en 2007 un nomograma basado en los factores identificables en la primera consulta prenatal, que permitiera predecir la posibilidad de parto vaginal después de cesárea (6). Se incluyeron 11856 pacientes con un desenlace de 73% fueron llevadas a parto vaginal exitoso. Una vez identificados los factores que se asocian al éxito de estos partos, se realizó una ecuación de este tipo de modelo, para posterior desarrollo del nomograma, los factores descritos por Grobman y colaboradores son; edad materna, Índice de masa corporal, raza materna, indicación recurrente de cesárea, parto vaginal previo y parto vaginal después de cesárea. Este modelo no puede ser utilizado para predecir el resultado en todas las mujeres que consideren el trabajo de parto, ni para trabajos de parto pretérmino ni con más de una cesárea previa.

Entre las variables favorecedoras de parto vaginal después de cesarea en el estudio de Grobman se encontraron edad materna entre 21 y 34 años, índice de masa corporal menor a 25, raza blanca, historia de parto vaginal y previos partos después de cesárea.

Estudios similares se han realizado por otros grupos de investigación como el del Srinivas y colaboradores, donde intentan identificar el grupo de factores clínicos que pueden predecir el fracaso durante un intento de parto vaginal después de cesárea (7). Este estudio contó con una cohorte de 25.005 mujeres, el 55% fueron llevadas a parto vaginal después de cesárea, encontró una tasa de fallos de 24,5%. Para este estudio se incluyeron seis variables; edad gestacional, edad materna, raza, tipo de parto (espontáneo o inducido), historia de parto vaginal, desproporción cefalopélvica o inducción fallida, en variable combinada como indicación de la cesárea anterior.

Las tasas reportadas de complicaciones, en una paciente que tiene parto vaginal luego de una cesárea previa son muy similares a las pacientes sin este antecedente. No obstante, el riesgo de ruptura uterina podría ser más elevado en quienes han necesitado ser llevadas a inducción del trabajo de

parto (8, 9).

Dentro de las posibles complicaciones de inducción o trabajo de parto luego de una cesárea previa, la evidencia muestra que el riesgo principal es el de ruptura uterina, siendo este del 1% cuando se utiliza oxitocina y del 2% si se utilizan prostaglandinas (10), motivo por el cual éstas últimas no se recomiendan en el contexto de una cesárea previa.

En cuanto a desenlaces neonatales, no se encontró un incremento significativo en términos de mortalidad neonatal en mujeres llevadas a trabajo de parto. Sólo se encontró un incremento en la tasa de encefalopatía isquémica de un 0.08 %, enfatizando que el riesgo absoluto de este evento es muy bajo en el parto vaginal después de cesárea (9).

El periodo intergenésico entre una cesárea y la prueba de parto siguiente se han asociado también con desenlaces maternos y perinatales, sin embargo, éstos no se han caracterizado adecuadamente. En un análisis secundario de una cohorte de 13.331 mujeres entre los años 1995 y 2000 en Estados Unidos (11), se analizaron intervalos intergenésicos de seis, doce y dieciocho meses definidos como intervalos cortos y de 60 meses como intervalos largos. Realizaron análisis de regresión univariable y multivariable; para la asociación de los intervalos teniendo como variables; ruptura uterina, morbilidad mayor definida como lesión vesical, intestinal, de arteria uterina o requerimiento de transfusión sanguínea. El intervalo de menos de seis meses se asocia con el incremento de ruptura uterina, con un odds ratio de 2,66, IC 95% de 1.04- 3,65. En esta cohorte se evidencia que el intervalo de menos de seis meses es un factor de riesgo independiente para la ruptura uterina además de aumentar la morbilidad materna. Con estos hallazgos los autores concluyen que debe ser considerado el intervalo entre embarazos durante la consejería preconcepcional y los controles prenatales, evitando intervalos cortos con el objetivo de reducir la morbilidad materna mayor.

La cesárea como procedimiento elegido para disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en el contexto de indicación obstétrica o fetal incuestionable, sigue siendo la conducta más pertinente a pesar de los riesgos implicados en la misma (12). Sin embargo, a la hora de evaluar la morbilidad de ésta, cuando tiene como única indicación el antecedente de una sola cesárea, es pertinente evaluar los beneficios posibles del parto vía vaginal, en quienes no haya contraindicación obstétrica.

Bibliografía

- Gordon GC. Delivery after Cesarean Section. In: Studd J, Tan SL, Chervenak FA, editors. Progress in Obstetrics and Gynaecology. Edinburgh: Elsevier; 2006. p. 245-63.
- Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, et qal. Births: Final Data for 2004. National Vital Statistics Reports vol 55; no.1. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2006.
- Paré E, Quiñones JN, Macones GA. Vaginal birth after cesarean section versus elective repeat cesarean section: Assessment of maternal downstream health outcomes. BJOG 2006; 113:75-85.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2015. Birth after previous caesarean birth. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Clinical Guideline 45:1–17.
- Dodds Crowther. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with previous caesarean birth, review. The Cochrane Collaboration. 2007.
- Grobman Yingley. Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery. Obstetrics and Gynecology 2007; 109: 806-812
- Srinivas SK, Stamilio DM,et al.Predicting failure of a vaginal birth attempt after cesarean delivery. stet Gynecol. 2007 Apr;109(4):800-5.
- Kennare Tucker. Risk of adverse outcomes in the next birth after a first cesarean delivery. Obstetrics an gynecology 2007; 109: 270-276.
- Landon M, Hauth JC, Leveno KJ, et al. Maternal and perinatal outcomes asociated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med 2004; 351: 2581-2589.
- Dodd Crowther. Elective caesarean section versus induction of labour for women with a previous cesarean birth. Review . The Cochrane Collaboration. 2007 Issue 4.
- Stamilio DM, DeFranco E, Paré E.Short interpregnancy interval: risk of uterine rupture and complications of vaginal birth after cesarean delivery.Obstet Gynecol. 2007 Nov;110(5):1075-82.
- Betran AP, Gulmezoglu AM, Robson M, Merialdi M, Souza JP, Wojdyla D, et al. WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America: classifying cesarean sections.Repro Health. 2009;6(18):1–8.

Responsabilidad civil: un compromiso propio

Daniel Correa Parra
elpulso@sanvicentefundacion.com

Tomado de: http://www.periodicoelpulso.com/abril_2019/cultural-2.html

Dentro de los temas importantes que rodean la esfera del sector salud, hay uno específico que necesita ser entendido, asimilado e interiorizado en todas las comunidades hospitalarias. Se trata de la responsabilidad civil, asunto para observar con el máximo detenimiento debido a las consecuencias que puede traer el no cumplimiento de las normas de la actividad asistencial y del protocolo establecido.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, la responsabilidad civil: “es la obligación económica que resulta como consecuencia de la negligencia u omisión en el cumplimiento de las normas en salud ocupacional de parte del empleador. Es ejercida por la justicia ordinaria por medio de la cual un juez de la República define una indemnización de daños o perjuicios al trabajador y/o familiares cuando exista culpa suficientemente comprobada”.

Riesgos en las actividades de la salud

En relación con el tema, el abogado, Luis Eduardo Rodríguez, menciona cuales son las disposiciones y a lo que se está enfrentando actualmente el personal de la salud; en primer lugar en el enfoque a la protección de la persona, define los derechos de estas como ‘personalísimos’ y desataca a la persona como inviolable y protegida en cuestión de su dignidad, su cuerpo y su nombre; por lo anterior, “la responsabilidad civil centra su mirada en la ‘víctima’, y esta concentración es la que ha hecho cambiar la carga de la prueba en la profesión médica”, aclaró.

Es aquí donde el profesional en la salud debe entrar a defender cuando el paciente lo ataca, porque “para el juez el paciente tiene la razón, hasta que el médico demuestre lo contrario”, apuntó, Rodríguez.

Otra situación a la cual el abogado hace referencia y sobre la que llama especialmente la atención es la prescripción, donde existe una forma del código de liberar obligaciones por dos razones: por el simple transcurso del tiempo y por la inactividad del acreedor.

Asimismo, indica que el profesional que sea juzgado solamente queda liberado de algún acto 10 años después, siempre y cuando no esté actuando con personas que tengan imposibilidad absoluta de hacer valer sus derechos, caso en el que no se cuenta el tiempo de prescripción (incapaces absolutos) y se suspende a favor de ellos la carga de la responsabilidad hasta que salgan de ella.

Frente a los “incapaces relativos” - los menores de edad -, y que se curan con el tiempo, la norma es diferente: “si alguien le hace un daño a un niño recién nacido, para él no empieza a contar la prescripción en ese momento (está suspendida), pero cuando el niño cumple 18 años de edad, empiezan a contar los 10 años”, explicó, Luis Eduardo Rodríguez.

Por otro lado, expresa que la relación entre el profesional en salud y el usuario genera una obligación de medio, no de resultados, es decir, la función del profesional es únicamente aplicar todo el conocimiento en beneficio de la salud del paciente e informar al usuario del uso de todos los medios que conozca la ciencia médica de manera global y actualizada.

Es preciso indicar que el Consejo de Estado considera a la actividad médica como una relación jurídica compleja y expresa que para librar responsabilidad de los médicos se deben analizar los procedimientos realizados de manera integral y no aislada. El acto médico aparece en los denominados deberes secundarios de conducta, donde hacen alusión a la debida elaboración del diagnóstico de información y a la elaboración de la historia clínica.

La importancia de las pruebas liberatorias

Un elemento de vital importancia para enfrentar el tema de responsabilidad civil, es utilizar y conservar las pruebas liberatorias: la historia clínica y el consentimiento informado, como protección y prueba del médico. Estos dos requerimientos se deben llevar de manera responsable y consciente para poder registrar todos los detalles (evoluciones, recaídas, procedimientos) para después contar respuestas frente a los argumentos del paciente en caso de un inconveniente legal.

Según Rodríguez, las acciones relacionadas con “diagnósticos, procedimientos, tratamientos y riesgos deben ser soportados en el consentimiento informado de manera escrita”, igualmente, reitera que el paciente debe saber de qué se trata lo que está consignado en este documento, al igual que debe estar enterado de lo que va a suceder con su estado de salud y las consecuencias que pueden tener los tratamientos que requiere.

Vale la pena recordar que la historia clínica es un documento privado y personal del paciente, donde se registran cronológicamente sus condiciones de salud; según Luis Eduardo Rodríguez, la información que está en este documento la pueden conocer: el usuario, el equipo médico, las autoridades judiciales, y demás personas determinadas en la ley, para fines de médicos o material investigativo; no obstante, si el paciente autoriza por escrito que otra persona (familiar, pariente, amigo) lea su historia clínica, se considera como lícito.

Por su parte, el profesional de la salud debe reservar y no divulgar la información, dicho de otra manera, debe mantener el secreto profesional de todo lo que haya visto, oído o comprendido y que no es ético ni lícito revelar; en caso de que se incumpla este compromiso, se cataloga el hecho como un delito o falta de moral que podría repercutir en penas desde tres meses a un año de cárcel y a la destitución profesional.

En conclusión, el profesional de la salud es el primer responsable de su seguridad, puesto que, si es correcto al ejercer su profesión y sigue los protocolos con las prácticas idóneas, y con las pruebas liberatorias requeridas, se encontrará respaldado y asegurado frente a los diferentes riesgos que conlleva la relación con el paciente.

Errores comunes en la elaboración de artículos científicos

Emilio Alberto Restrepo Baena

Ginecoobstetra Laparoscopista Universidad de Antioquia, Universidad CES
Corrector Congreso Anual de Residentes
Departamento de Ginecología y Obstetricia

La labor del corrector de estilo no es fácil y muchas veces es incomprendida. No solo lucha contra el ego de eminentes profesores muy versados en su tema académico (pero no tanto en asuntos generales de redacción, que no permiten ni ven con agrado que se hagan sugerencias sobre sus textos), sino que se choca de frente contra la inveterada costumbre latina de pensar que el trabajo del otro no vale, que todo debe ser gratis, que el conocimiento no se valora, que lo que no es tangible o no se pese en gramos, no debe ser pagado. Y el corrector hace su llamada labor de uniformizar el lenguaje, hacerlo amigable y respetuoso, con la menor cantidad posible de vicios, sin que pierda la identidad del autor, para que sus ideas ganen brillo y su prestigio continúe intacto.

Para muestra, un ejemplo. En un evento, un Jefe de Departamento figuraba como expositor invitado, al momento de mandar su artículo para las memorias, le exigió al residente que su trabajo no fuera evaluado por el editor, pues consideraba que ya estaba terminado y que no necesitaba mejoras. Como las condiciones que él mismo había redactado decían lo contrario, el inquieto estudiante me buscó y me planteó el problema, insinuando (un tanto malicioso), que por curiosidad lo revisáramos para ver si su excelencia iba de la mano con su arrogancia. Al terminar la primera lectura, vimos que tenía 68 errores susceptibles de ser enmendados en un total de nueve páginas. Con algo de embarazo, pero tratando de ser responsables, llegamos a la conclusión de que teníamos que hacer lo correcto: en forma respetuosa lo confrontamos, le expusimos el problema diciéndole la mentira piadosa que lo leímos sin prevenciones, sin tener clara su advertencia al practicante. Afortunadamente, se trataba de un hombre inteligente que entendió de inmediato el mensaje. A partir de ese día es un entusiasta defensor del papel del corrector, y no duda en recomendarnos a cada departamento o profesional que le pide la opinión al respecto.

En la experiencia de varios años como corrector de textos para artículos científicos y revisión de temas para las memorias escritas de diversos congresos académicos, he observado una serie de errores que se repiten en forma recurrente y enrarecen la compresión definitiva del producto, además de hacer difícil la adherencia, llevando al abandono de la lectura del tema en cuestión. Enumeremos algunos de los más frecuentes:

Falta de brevedad. No se respetan las indicaciones del editor al respecto. Hay que recordar que las revistas y los libros tienen sus normas y sus límites y se debe guardar una cierta uniformidad en la extensión. Hemos tenido autores que mandan carpetas de 40 páginas cuando se sugieren 12 y se enojan ante la llamada de atención, llegando al punto de retirar el trabajo.

Falta de claridad. No todo mundo expresa con transparencia y eficacia las ideas. Se le dan muchas vueltas a un asunto, no se precisa la idea central o la explicación no tiene que ver con el postulado. Se recomienda pensar bien las ideas, redactadas en frases y párrafos cortos. Leer en voz alta es un excelente ejercicio para revisar.

Falta de orden en el planteamiento de las ideas. Se brinca de una idea a la otra y se vuelve a la inicial, incluso repitiendo conceptos ya expresados. Se recomienda hacer primero un esquema teórico con los títulos, tratando de que cada enunciado responda una pregunta específica, sin mezclar muchos asuntos al mismo tiempo.

Repeticiones. Hemos visto una misma idea repetida cinco veces en un artículo. El lector tiende a rechazar tal ehemencia (la mayoría de las veces involuntaria), que lo hace pensar que se menosprecia su capacidad de discernimiento.

Falta de artículos. Muy común en la literatura norteamericana, pero inelegante en nuestro idioma. “Diabetes Gestacional es una entidad...”, se leería mucho mejor “La diabetes gestacional es...”. “Menopausia es un síndrome que agrupa...”, quedaría mejor “La menopausia es un síndrome que...”.

Muletillas. Repetir una y otra vez un término. Por ejemplo, con “Ciertamente”, “es decir”, “de igual manera”, “o sea”, etc. Aquí también cabe el abuso de lugares comunes o comodines innecesarios. Insisto, hay que huir de las palabras de cajón, muchas veces redundantes, tales como el adjetivo “importante”, por ejemplo: “es importante empezar diciendo”, “vuelvo a reiterar”, “prever de antemano”, “reafirmar tajantemente”, “protagonismo principal”, etc.

Falta o mal uso de la coma, el punto y coma, el punto seguido o el punto final. Es más común de lo que se piensa; lleva a combinar, en una misma frase, manzanas con naranjas. También se hace pesada la lectura, pues no permite las pausas necesarias. Este tema merece un capítulo aparte por su complejidad.

Citar términos en inglés que tienen equivalente en español. Si se van a usar de todos modos, se sugiere la letra cursiva, para hacer notar que obedecen a un propósito.

Plagio. Voluntario o involuntario. Muchos problemas se evitarían si al “tomar prestado” un texto se pone entre comillas o en cursiva, e inmediatamente al final se cita su referencia exacta, o al principio del párrafo se reconoce que son palabras del autor fulano de tal.

Errores de ortografía. Son una plaga. Muchas veces el autocorrector del computador está en otro idioma y se pasan decenas, a veces cientos de errores que pueden hacer ilegible un texto bien documentado pero mal escrito.

Traducciones literales. Algo de plagio, algo de pereza, de todas formas inaceptable. Se hace la misma consideración del plagio.

Falta de concordancia con la bibliografía. Casi siempre de buena fe. Se dicta un concepto de un tema y la bibliografía citada es de otro diferente, sin nada que ver en el asunto. A veces es evidente que la intención es llenar por llenar, o peor aún: al buscarla, no se encuentra.

Exceso de tablas y gráficos innecesarios. Debe obedecer a la pregunta ¿Es realmente necesario incluirlos para mejorar la comprensión del texto? A veces uno tiene la impresión de que es simplemente por rellenar o por hacer volumen. Cuando se usan, se debe preguntar, ¿Son las tablas o figuras fácilmente inteligibles y resumen los resultados expresados en el texto?

Copiar y pegar tablas tomadas de la literatura, en otro idioma y sin crédito. Una vez más, el perverso Copy-paste, sin citar referencias, sin tomarse siquiera el trabajo de traducir el encabezado. Colinda peligrosamente con el plagio y le resta originalidad.

Palabras inventadas o no aceptadas por el Diccionario de la Real Academia (nuestro buen amigo DRAE). Muchas veces por error involuntario, por traducciones poco rigurosas, por ignorancia, por manierismo o por esnobismo académico.

Falta de corrección autocrítica. Después de terminar el artículo es difícil que el autor vea más errores de los que ya detectó. El cerebro se niega a ver cosas nuevas. Un lector imparcial, con cierta formación, se percata de ellos al instante. El cansancio, la premura por entregar, la falta de documentación o de rigor, o hasta la vanidad personal influyen muchas veces en ello. Se recomienda “dejar enfriar” lo escrito para corregirlo.

No leer las bases de las revistas. Muchas veces lleva a cometer errores de presentación que conllevan el rechazo, incluso de material que vale la pena.

Usar iniciales no aceptadas universalmente o sin explicación previa. Por ejemplo, US. ¿Significa United States o Ultra Sound? No se debe abusar de ellas dando por sentado que el lector las debe reconocer, lo que no siempre es cierto.

Abuso de los adverbios. De por sí, si no son adecuados, se pueden volver pesados en un texto. Peor aún, si se usan 3 o 4 en un mismo párrafo. “Ciertamente, es un asunto que indefectiblemente, conlleva a conclusiones raramente acertadas”.

Falta de coherencia en el uso de los tiempos verbales. Es más común de lo que se espera, y totalmente inadecuado, que se empiece una frase en presente y se pase de inmediato al uso del pasado o del futuro en el mismo párrafo.

Para terminar, un par de preguntas útiles que se debe hacer el autor: ¿Se responde en la conclusión a la pregunta formulada en la introducción, a la expectativa generada en el título y en el resumen? ¿Se sacan las conclusiones apropiadas a los resultados obtenidos y no más, sin especulaciones? Hay que tener cuidado que los editores, los correctores y los lectores juiciosos, casi siempre detectan este punto de inmediato.

Recomendamos a los autores que sean muy cuidadosos en la elaboración de sus presentaciones escritas. Una buena idea, bien expresada, es mucho más valorada. De lo contrario, corre el riesgo de pasar inadvertida o no ser bien interpretada. Hay que tener una base crítica, un criterio abierto al conocimiento; no se debe dudar en pedir ayuda y valorar el entrenamiento del personal capacitado en la función de corregir. El texto científico y académico gana mucho cuando respeta las normas de la buena redacción y se deja enriquecer de la literatura.