

El dilema de la acentuación de palabras compuestas

The dilemma of the accentuation of compound words

MSc. Yurima Hernández de la Rosa^{a,b}✉, Dr. Francisco L. Moreno-Martínez^a, Lic. Lídice López Díaz^b, Lic. Dudixis Vasconcelos Ramírez^b y Lic. Tunia Gil Hernández^a

^a CorSalud. Revista Cubana de Enfermedades Cardiovasculares. Cardiocentro Ernesto Che Guevara. Villa Clara, Cuba.

^b Centro Provincial de Información. Universidad de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz. Villa Clara, Cuba.

Recibido: 06 de enero de 2015

Aceptado: 10 de febrero de 2015

Palabras clave: Escritura médica, Lenguaje

Key words: Medical writing, Language

Sr. Editor:

El prestigio del profesional de la salud no depende únicamente de los conocimientos que sobre las ciencias médicas este posea, sino también de otros muchos aspectos, entre ellos el de escribir y expresarse correctamente. Sobre temas como este ya hemos hablado al respecto en otros espacios de la revista CorSalud, por tanto, sin querer ser repetitivos, no podemos dejar de hacer un llamado de atención sobre una cuestión que merita toda nuestra deferencia y que está muy ligada a la terminología médica: la acentuación de palabras compuestas.

El acento tónico, fonético o prosódico es la mayor intensidad con que se emite una determinada sílaba respecto a las que le acompañan. Este importante fonema, presente en casi todas las palabras, no debe confundirse con la tilde (o acento ortográfico), un signo que, según determinadas reglas, se escribe sobre una vocal para indicar que su sílaba tiene acento tónico. Esto no es así en todos los idiomas; por ejemplo, en francés el acento ortográfico (con tres grafías distintas) cumple otras funciones y en inglés las palabras no se acentúan gráficamente. En nuestra lengua el acento gráfico debe escribirse en las voces que lo requieran, pues de lo contrario el lector puede ser inducido a leer mal una voz e incluso toda una frase¹.

Hay voces cuyo significado cambia si se escriben con o sin tilde. Este es el caso de las palabras diagnós-

tico y médico (existen también diagnóstico, diagnóstico, médico y medicó)¹. Se hace indispensable entonces colocar siempre la tilde en la vocal tónica de la palabra, según las reglas de la Real Academia Española (RAE)² establecidas para ello. En esta ocasión nos referiremos específicamente a la acentuación de las palabras compuestas.

La composición es uno de los procedimientos léxicos de formación de palabras³. Mediante esta se crean nuevos términos en muchas de las lenguas existentes. Básicamente consiste en la unión o combinación de dos o más unidades léxicas independientes (palabras, raíces, bases) en uno solo³.

No existe un consenso en su clasificación ni en la designación de varios tipos de esta³. La palabra compuesta entonces es un producto genuino de este procedimiento, que puede escribirse en una palabra, en dos (unidas mediante el guión) o como dos palabras separadas. La manera de escribirlas no es determinante para considerar una palabra como compuesta; lo importante es que deben representar una unidad semántica coherente (expresar una idea única)³.

Entre las unidades lexicales del compuesto no se puede intercalar ningún elemento; no pueden cambiar su posición y en una frase desempeñan funciones sintácticas idénticas (sujeto, objeto, atributo, entre otras). Por su parte, su significado semántico se puede, o deducir de sus componentes, o los componentes

pueden perder un matiz de su significado o pierden todo su significado básico. En este caso una palabra compuesta adquiere un significado nuevo que no es deducible del significado de cada uno de sus componentes^{3,4}.

De la misma manera que se han expuesto cuestiones generales de este procedimiento lexical tan desapercibido para muchos, creemos sea necesario conocer también algunos aspectos relacionados con su acentuación, fuente de error tanto en el lenguaje coloquial como en el lenguaje médico.

Cuando una palabra que normalmente lleva tilde pasa a ser el primer elemento de una voz compuesta, pierde el acento ortográfico que como simple le correspondía: anuloplastia, valvuloplastia, valvulotomía.

Existen tres excepciones a esta norma que deben quedar bien claras:

1. El adjetivo inicial de los adverbios terminados en **-mente** conserva la tilde, si la llevaba: rápidamente, ágilmente, lógicamente. En estas palabras, el componente **-mente** funciona como sufijo, por lo que pueden considerarse palabras derivadas⁵.
2. En los compuestos en que entran dos adjetivos unidos con un guión, éstos conservan los acentos que les corresponden según las normas generales: físico-químico, ácido-básico, céfalo-raquídeo, teórico-práctico.
3. Los verbos con pronombre pospuesto (pronombre enclítico) conservan siempre la tilde de su forma pura: disminuyóse, administróle¹.

Antes de finalizar esta pequeña reflexión sobre la

acentuación de las palabras compuestas, es conveniente aclarar que, sin dejar de reconocer la difícil situación que sobre cuestiones ortográficas existe en medicina, no menos preocupante es la de otras disciplinas técnicas o científicas, e incluso entre los profesionales más intelectuales, como lo son los periodistas y escritores de manera general.

La extraordinaria riqueza del lenguaje médico, muy superior a la del lenguaje común, ha de ser, por supuesto, motivo de orgullo¹ para todos los profesionales del sector, pero debe también hacernos meditar ante las malas prácticas tan arraigadas que hoy aparecen en los textos médicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Navarro FA. Traducción y lenguaje en medicina. Barcelona: Ediciones Doyma; 1997.
2. Martínez de Sousa J. Algunas consideraciones sobre la ortografía académica. Dendra Méd Rev Humanid. 2012;11:9-25.
3. Rossowová L. Las palabras compuestas en español [Internet]. 2007 [citado 3 Jun 2015]. Disponible en: http://147.251.49.10/th/145940/ff_b/diplomova_race.pdf
4. Ortiz-Lira H. La acentuación contextual en español. Onomazein. 2000;5:11-41.
5. Villó JM. Acentuación de palabras compuestas. En: Acentuación y puntuación en castellano. Cursos de Cultura y humanidades [Internet]. 2008. Disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-acentuacion-puntuacion-castellano/acentuacion-palabras-compuestas>

Reflexiones sobre el primer encuentro de Cirujanos Cardiovasculares Cuba-Estados Unidos *Reflections on the first Cuba-US meeting of Cardiovascular Surgeons*

MSc. Dr. Gustavo J. Bermúdez Yera 

Cardiocentro Ernesto Che Guevara, Villa Clara, Cuba.

Palabras clave: Acuerdos de cooperación científica y tecnológica, Procedimientos quirúrgicos cardiovasculares, Cirugía torácica asistida por video, Procedimientos quirúrgicos robotizados

Key words: Science and technology cooperation agreements, Cardiovascular surgical procedures, Video-assisted thoracic surgery, Robotic surgical procedures

Recibido: 14 de septiembre de 2015
Aceptado: 22 de septiembre de 2015

Sr. Editor:

El primer encuentro de Cirujanos Cardiovasculares Cuba-Estados Unidos, se desarrolló recientemente en el Hospital Hermanos Ameijeiras, el 10 y 11 de septiembre pasados, fueron días de arduo trabajo científico.

Constituyó una jornada muy emotiva porque reflejó claramente el deseo del intercambio entre nuestras comunidades médicas, con un mayor énfasis en los logros norteamericanos, pues como era de esperar sus aportes multiplican con creces los nuestros, debido precisamente al desarrollo de esta nación, cuestión que se conjuga con sus habilidades y conocimientos¹. La jornada se realizó en el contexto del reciente restablecimiento de las relaciones diplomáticas entre nuestros dos países, interrumpidas desde hace muchos años.

Tuvimos la oportunidad de escuchar a más de 10 cirujanos cardiovasculares estadounidenses que presentaron excelentes conferencias sobre temas actualizados y además, explicaron lo que ellos hacen en su país y cómo lo hacen². Los caracterizó una enorme humildad, modestia y sensibilidad, al intercambiar con cubanos, incluso al ofrecer la oportunidad de realizar entrenamientos y tutorías en su país y en sus hospitales, cuestión esta que –por la parte cubana– se materializará de acuerdo a la voluntad de nuestro Ministerio de Salud Pública, única entidad que legalmente puede aprobar y gestionar estas pasantías.

No obstante, lejos de su preparación científica, habilidades y entrenamiento, así como del equipamiento de sus quirófanos y el número de pacientes que han operado, podemos decir que la cirugía cardiovascular que practican los especialistas cubanos, que es la básica, no difiere en mucho de la que ellos realizan, por ejemplo:

- La revascularización miocárdica la realizan básicamente con arteria mamaria interna izquierda y vena safena interna.
- En las sustituciones valvulares, a pesar de tener varias ofertas en cuanto a sustitutos protésicos, la técnica es básicamente como la nuestra (cirugía abierta).
- Las cánulas para el *bypass* (derivación) cardiopulmonar son como las nuestras aunque no tienen necesidad de reutilizarlas, y la cardioplejía empleada a diario es similar también con el uso del potasio y excipiente hemático, administrada por vía anterógrada o retrógrada, según el paciente.

- La cirugía de aorta ascendente es practicada por ellos de manera más frecuente y numerosa, sobre todo con la utilización del procedimiento Bentall-De Bono.

De igual manera, nos encontramos distantes en diversos aspectos:

- La cirugía mínimamente invasiva* y videoendoscópica, es llevada a cabo frecuentemente en sus quirófanos y para algunos de ellos, constituye su dedicación. En nuestro país solo se han realizado casos aislados^{3,4}.
- La impresionante cirugía robótica, practicada por algunos de ellos y con gran habilidad.
- La impactante realización de cirugía híbrida de aorta ascendente y arco aórtico, con posibilidad de sustitutos protésicos y con excelente entrenamiento.
- La eficiente oferta en cuanto a tipos de prótesis valvulares, incluso algunas que aunque son mecánicas, requieren tiempo de protrombina mucho más bajos y por ende, bajas dosis de warfarina, en caso de que utilizaran anticoagulantes de ese tipo; pues disponen de los nuevos anticoagulantes orales que ni siquiera precisan de determinación del *INR* (*international normalized ratio*)⁵.
- La posibilidad de acceder a la cirugía cardiovascular de laboratorio, o sea, de una parte la cirugía experimental con modelos para este propósito, físicos y digitales, y por otra parte, la ingeniería tisular con las matrices para la siembra y el crecimiento de tejidos, que sean implantados posteriormente como válvulas u órganos, con la existencia de bancos de tejidos en sus centros hospitalarios⁶.

Lo importante también fue la reflexión y el intercambio fuera de las sesiones científicas, después de las cuales todos concluimos que existe necesidad urgente de:

- Aprender y practicar con excelencia la cirugía básica, ejercida hoy en cualquiera de los quirófanos del mundo.
- Desarrollar y poner a disposición de los pacientes técnicas más complejas como: reparación valvular mitral en la insuficiencia mitral degenerativa o mixomatosa, cirugía de la aorta ascendente y arco aórtico, y la cirugía endovascular para procedimientos híbridos, las que dan solución a la disección aórtica y permiten el desarrollo de técnicas, como

la trompa de elefante y cirugías mínimamente invasivas y videoasistidas que requieren de equipamientos más complejos y de entrenamientos especializados en la realización de safenectomías endoscópicas, drenaje de derrames pericárdicos, colocación de electrodos epicárdicos permanentes, ventanas pericardiopleurales, por solo mencionar las más sencillas, pues el resto no constituye, ni en su país, una práctica diaria.

De la misma forma se realizaron reflexiones sobre los avances tecnológicos y quirúrgicos y se aludió también a la cuestión de practicar con excelencia la parte básica de la cirugía cardiovascular:

- Preparación del cirujano para la realización de la sustitución valvular protésica mitral en poco tiempo quirúrgico, antes de tener dominio de la reparación valvular mitral.
- Sustitución correcta de una válvula antes que una reparación sin calidad.
- Imposibilidad de la utilización del robot y de la realización de la cirugía mínimamente invasiva y endoscópica sin antes haber practicado la cirugía abierta.
- Manifestación de respeto por los que realizan la revascularización arterial completa con ambas arterias mamarias, aunque ellos de forma cotidiana no la emplean, pues la realizan con parada cardíaca cardiopléjica, con buenos resultados, avalados por sus años de experiencia y seguimiento a los pacientes.

Por último y de manera concluyente se puede afirmar que sobre la cirugía coronaria aun no se ha dicho la última palabra, asumir lo que se pueda realizar desde cada servicio con el objetivo de lograr una mejor supervivencia, calidad de vida y clase funcional, debe ser el precepto que guíe a todos los especialistas de Cirugía Cardiovascular, sin pasar por alto el seguimiento de estos pacientes, pues cada técnica requiere ser examinada con el paso del tiempo.

Por otro lado, al menos en nuestro país, el padecimiento de la cardiopatía isquémica se diagnostica cada vez más en generaciones más jóvenes, lo que tal vez haga necesario la realización de nuevas intervenciones quirúrgicas para paliar la enfermedad en lo que la comunidad científica busca en la ingeniería genética y tisular, su curación⁷. Lógicamente existen diferencias entre la población estadounidense y la cubana, desde

el punto de vista demográfico en Estados Unidos se operan con frecuencia pacientes de 70, 80 y hasta 90 años de edad, lo cual no es así en nuestro país.

Entonces, de conjunto se opina que en la cirugía coronaria como tratamiento paliativo de la cardiopatía isquémica, la garantía está en una buena revascularización a la arteria descendente anterior como vaso de oro⁸.

De igual manera, se concluye que sin intercambio no se puede mejorar la atención al pueblo ni poner en su beneficio muchas de estas tecnologías para tratar sus enfermedades y que además, se necesita un salto de calidad que impacte en el desarrollo de la cirugía cardiovascular en el país.

Solicito entonces que a través de la revista CorSalud se agradezca el intercambio con estos cirujanos cardiovasculares, sobre todo por sus enseñanzas, valentía y modestia, así como por su sensibilidad y amor por la ciencia y la raza humana. El llamado será siempre contar con su ayuda, sobre todo en el entrenamiento de complejos procedimientos para practicar con excelencia la cirugía cardiovascular básica en nuestras unidades especializadas de salud.

Nota del Editor

* **Invasiva**, este término viene del inglés *invasive*, cuya traducción directa es “invasivo/a”. Siempre que se refiera a una técnica o procedimiento diagnóstico o terapéutico, es un anglicismo. La RAE acepta este vocablo solamente como adjetivo derivado del verbo invadir. A su vez se refiere a la penetración en el organismo sólo de agentes patógenos, por lo que no parece razonable aplicarlo a procedimientos diagnósticos o técnicas de tratamiento. La traducción más correcta, aunque no perfecta, es **cruenta**, que provoca efusión de sangre, también pueden ser **agresiva**, **penetrante**. No obstante, CorSalud ha decidido aceptar **invasivo/a** debido a su alta frecuencia de uso y de que además, creemos no es razonable sustituir por otros términos que quizás no expresen con claridad la complejidad de este tipo de procedimiento terapéutico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Crichton GE, Elias MF, Davey A, Sauvageot N, Delagardelle C, Beissel J, *et al.* Cardiovascular health: a cross-national comparison between the Maine Syracuse Study (Central New York, USA) and ORISCAV-

- LUX (Luxembourg). BMC Public Health [Internet]. 2014 [citado 15 Sep 2015];14:253. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-14-253.pdf>
2. Williams JB, Harskamp RE, Bose S, Lawson JH, Alexander JH, Smith PK, *et al.* The preservation and handling of vein grafts in current surgical practice: Findings of a survey among cardiovascular surgeons of top-ranked US hospitals. JAMA Surg. 2015;150: 681-3.
 3. de Arazoza A, Rodríguez E, Rodríguez FL, Carrasco MA, Valera D. Sustitución valvular aórtica mínimamente invasiva. Primeros casos realizados en Cuba. CorSalud [Internet]. 2014 [citado 15 Sep 2015];6: 105-9. Disponible en: <http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2014/v6n1a14/svao-cuba.html>
 4. de Arazoza A, Rodríguez FL, Carrasco MA, Valdés O, Rodríguez E. Conducción anestésica de la revascularización miocárdica video-asistida. Informe de cinco casos. CorSalud [Internet]. 2011 [citado 15 Sep 2015];3:107-11. Disponible en: <http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2011/v3n2a11/conduccion.htm>
 5. Gebler-Hughes ES, Kemp L, Bond MJ. Patients' perspectives regarding long-term warfarin therapy and the potential transition to new oral anticoagulant therapy. Ther Adv Drug Saf. 2014;5:220-8.
 6. Smit FE, Dohmen PM. Cardiovascular tissue engineering: where we come from and where are we now? Med Sci Monit Basic Res. 2015;21:1-3.
 7. Wei C, Yamato M, Wei W, Zhao X, Tsumoto K, Yoshimura T, *et al.* Genetic nanomedicine and tissue engineering. Med Clin North Am. 2007;91:889-98.
 8. Guerra M, Miranda JA, Ponce P, Mota JC, Vouga L. Impact of isolated bypass grafting of the left internal thoracic artery to the left anterior descending coronary artery in high-risk patients with three-vessel coronary artery disease. Rev Port Cardiol. 2008;27:1239-47.
-