

156

centro médico

Publicación Oficial de la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas"

Deposito Legal ppi 201302DC4727



centro
médico
de caracas

número 2

2023

Editorial

69 Aniversario de la revista centro médico - Un poco de historia

Dr. Oscar Colina Cedeño..... 45

Educación para el cuidado humano. Una visión Transdisciplinaria en el campo de la salud.

Dra. Elena Fernández de Alemán..... 49

Café: importancia sociológica. Mitos y leyendas

Dr. Harry Acquatella..... 55

Hiperplasia mamaria virginal asociada a hiperplasia pseudoangiomatosa.

Reporte de un caso y revisión de la literatura.

Dres. Lianeth Salazar, Rafael Ángel Delgado Morales, Gustavo Parthe, Cecilia Capriles..... 62

Semblanza del Dr. José M. Francisco

Epónimo del conversatorio "Desafío pediátrico integral, más allá de lo biológico"

Dra. Darda Ramírez..... 76

Normas para la publicación en la

Revista Centro Médico..... 84



centro médico de caracas

Volumen 62
156, N°2
Año 2023

Revista arbitrada dedicada a estudios humanos, animales y de laboratorio relacionados con la investigación biológica y clínica. Publicada semestralmente por la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas".

Dirección: Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas. Av. Juan de Villega, Edif. San Bernardo, Anexo A del Centro Médico de Caracas. Telef. (+58-212) 555-9242 - 555-9190
revistacentromedico.org

ISSN: 2477-9504

Depósito Legal: ppi 201302DC4727

Publicación Oficial de la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas"

Junta Directiva de la C.A Centro Médico de Caracas

Presidente

Dr. Jon A. Barriola

Vicepresidente

Dr. José Luis López

Tesorera

Dra. Eleonora Garcia

Secretario

Dr. Ricardo Tobio

Director General del Hospital

Dr. José Alberto Blondet

Junta Directiva de la Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas período 2022-2025

Presidente:

Dr. Carlos Sánchez Valenciano

Vicepresidente:

Dra. Laura Sánchez Traslaviña

Secretario:

Dr. Héctor Villarroel

Tesorero:

Dr. Ramón Vallenilla

Vocal:

Dr. Juan C Catari

Director – Editor de la Revista Centro Médico de Caracas

Dr. Oscar Colina

Comité Editorial

Dr. Oscar Colina

Dr. Michelangelo Ricciardelli

Dr. Fernando Godayol

Dr. Ricardo Tobio

Dra. María Fátima De Abreu

Dra. Adriana Pizarro

Dr. Jaime Krivoy

Dr. Ezequiel Trejo

Dr. Aldo Stamile

Dr. Saverio Santucci

Dr. Luis Alfonso Colmenares

Lic. Raquel Colina H.



Contenido

Editorial

69 Aniversario de la revista centro médico - Un poco de historia

Dr. Oscar Colina Cedeño..... 45

Educación para el cuidado humano. Una visión transdisciplinaria en el campo de la salud

Dra. Elena Fernández de Alemán..... 49

Café: importancia sociológica. Mitos y leyendas

Dr. Harry Acquatella..... 55

Hiperplasia mamaria virginal asociada a hiperplasia pseudoangiomatosa.

Reporte de un caso y revisión de la literatura.

Dres. Lianeth Salazar, Rafael Ángel Delgado Morales, Gustavo Parthe, Cecilia Capriles..... 62

Semblanza del Dr. José M. Francisco

Epónimo del conversatorio “Desafío pediátrico integral, más allá de lo biológico”

Dra. Darda Ramírez..... 76

Normas para la publicación en la Revista Centro Médico..... 84



EDITORIAL

69 ANIVERSARIO DE LA REVISTA CENTRO MÉDICO UN POCO DE HISTORIA

Dr. Oscar Colina Cedeño
Editor
Email: boleroscar@yahoo.com

El Centro Médico de Caracas se inauguró en octubre de 1947. La Sociedad Médica se fundó el 12 de julio de 1950 y su primer presidente fue el Doctor José A. Carbonell (1950-1951) (1). En abril de 1954 aparece la primera edición de “PUBLICACIONES DEL CENTRO MÉDICO” que así se llamó nuestra revista científica en su primera etapa. En septiembre de 1964, con el número 19, se le cambia el nombre, por el de “CENTRO MÉDICO”. En el año 2012, la Sociedad Médica decidió rescatar y modernizar la Revista, gracias a la iniciativa de los Dres. Fernando Godayol y Abraham Krivoy, y las Licenciadas Consuelo de Francisco y Ana Olivia Marín, con el apoyo de la Junta Directiva de la C.A. Centro Médico, lograron realizar la digitalización electrónica de todos los números anteriores e iniciar la publicación de las nuevas ediciones con capacidad ilimitada para la aceptación de imágenes y videos médicos, inclusive (2). Con haber logrado la inclusión de “Centro Medico” en Internet, se dio un avance gigantesco a nuestra publicación, poniéndola a disposición de todos los médicos a nivel mundial.

En este año 2023, la revista ha cumplido ya, 69 años de publicación continua, con dos grandes méritos: 1° Por ser la revista científica de mayor antigüedad entre sus similares de instituciones médicas privadas y 2° por haber sido la primera, dentro de su grupo, en elaborar un índice acumulativo de autores y materias desde 1954 hasta nuestros días, donde gracias a la tecnología electrónica, cualquier lector interesado, en su computadora personal, puede obtener información de los más diversos trabajos científicos allí publicados, desde el primer número hasta el más reciente.

DIRECTORES Y EDITORES DE LA REVISTA A TRAVÉS DE LOS 69 AÑOS

Primer Director Dr. Rafael Campo Moreno (Anestesiólogo) 1954-1973

2° Dr. Néstor Arreaza Colizza (Medicina Nuclear) 1974-1975

3° Dr. Simón Beker (Gastroenterólogo) 1975–1977

4° Dr. Federico Fernández Palazzi (Traumatólogo) 1977-2004



5° Dr. Ramón Zapata Sirvent (Cirujano Plástico) 2005-2014

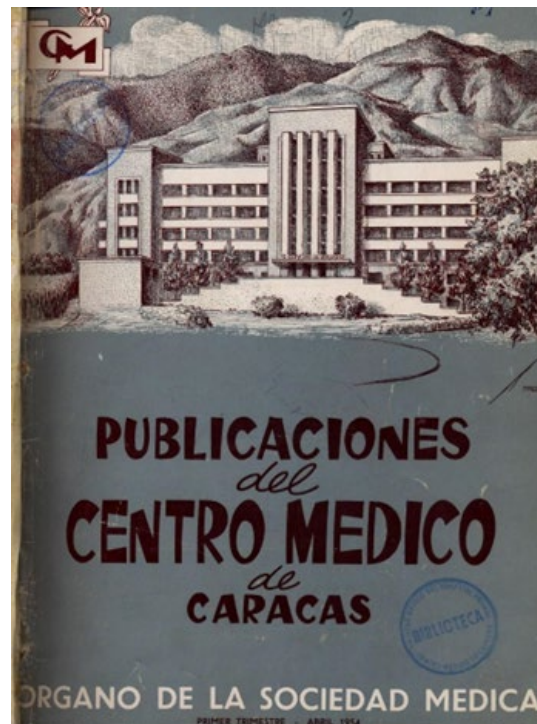
6° Dr. Abraham Krivoy (Neurocirujano) 2015-2017

7° Dr. Oscar Colina (Cirujano Oncólogo) 2018-2023

El primer número de la revista incluyó dos trabajos científicos importantes: una contribución del Dr. Francisco Baquero González, titulada “TUMORES DEL URÉTER” donde comunica el primer caso tratado en el Centro Médico, documentado con excelentes fotografías y revisión de la literatura nacional e internacional. (3)

Un segundo trabajo del Dr. Cruz Quijada Gamboa titulado “ERITROBLASTOSIS FETAL”, etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento por la exanguino-transfusión, en la cual se describe prolijamente la historia del método en Venezuela, destacando el hecho importante de que la primera exanguino-transfusión con éxito, en recién nacidos y en Venezuela, fue realizada en el Centro Médico, el 17 de mayo de 1951. (4)

Merece especial atención, en este primer número, el hermoso dibujo de la portada, que mostramos aquí, realizado por el gran pintor venezolano Pedro Ángel González a quien los editores manifiestan su agradecimiento con las siguientes frases: “La ilustración de nuestra portada es obra del notable pintor venezolano Pedro Ángel González a quien sinceramente agradecemos su magnífica y gentil colaboración”.





INDICE DE ANUNCIANTES

Este Primer número, incluía una sección de resúmenes de revistas médicas extranjeras, el relato de las sesiones de la Sociedad Médica, y un índice de anunciantes entre los cuales estaban incluidas algunas casas farmacéuticas y laboratorios médicos, las cuales prestaban su apoyo financiero al mantenimiento de la revista.

PARKE – DAVIS INTER-AMERICAN CORPORATION	LABORATORIOS SQUIBB
WYETH INTERNATIONAL LIMITED	J. PAULY, SUS HIJOS & CIA., S.A.
ÉTICA CORPORACIÓN DE PRODUCTOS CIENTÍFICOS, S. A.	G. & C. MUSKUS
KENT	MICRON, C. A.
SALVADOR PÉREZ F.	LABORATORIOS KLINOS, C. A.
MANUFACTURAS DE ENVASES PARA PRODUCTOS MEDICINALES	COMPAÑÍA SHELL DE VENEZUELA
SABER GUINAND, CARRIER	LABORATORIOS LETI, S. A.
LABORATORIOS ERGOS	C. A. CIFAR, INDUSTRIA FARMACÉUTICA VENEZOLANA
PRODUCTOS CIBA	LABORATORIO BEHRENS
COMPAÑÍA ANÓNIMA VITA	INDULAC, INDUSTRIAS LÁCTEAS
COLIMODIO	PFIZER CORPORATION
	DISTRIBUIDORA VARGAS (MERCH NORTH AMERICA) Inc.

Con motivo de la celebración del 69 aniversario, es oportuno felicitar a todos los autores que han publicado sus trabajos durante todos estos años y agradecerles porque gracias a su esfuerzo y entusiasmo, hemos logrado mantener nuestra revista vigente y altamente calificada. También nos complace invitar a todos nuestros colegas a brindarnos su apoyo, mediante la publicación de sus trabajos científicos originales, para enriquecer la literatura médica nacional e internacional y contribuir así a la difusión de sus experiencias profesionales y al mismo tiempo, mantener en el más alto nivel, el prestigio que se ha ganado nuestra revista en estos 69 años de existencia.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torrealba. C. Sociedad Médica del Centro Médico Rev. Centro Med. vol. 42 No. 2 pág. 76 nov. 1997
2. Godayol F. Palabras pronunciadas con motivo de la reaparición de la Revista Centro Médico digitalizada.Rev. Centro Med. Vol. 52 No. 139, pág. 4. Año 2013
3. Baquero G. F. Tumores del Uréter. Publicaciones del Centro Médico de Caracas No. 1 primer trimestre, pág. 9 abril 1954
4. Quijada G. C. Eritroblastosis Fetal. Publicaciones del Centro Médico de Caracas No. 1 Primer trimestre, pág. 15 abril 1954



EDUCACIÓN PARA EL CUIDADO HUMANO. UNA VISIÓN TRANSDICCIPLINARIA EN EL CAMPO DE LA SALUD.

Dra. Elena Fernández de Alemán

Dra. en Ciencias de la Educación. Post Doctorado en Investigación Emergente. Lic. Enfermería.

Directora del Colegio Universitario de Enfermería. Centro Médico de Caracas.

E-mail: elena.aleman@cmcaracas.com.ve

RESUMEN: El hombre en su contexto bio sico social espiritual, está inmerso en un mundo paradójico de situaciones que lo hacen especial como especie de la naturaleza y como ser onto epistemológico. En su episteme confluyen necesidades y problemas, más aún en los procesos de salud y enfermedad, que hace imperativo la visión transdisciplinaria de la salud, en su forma de pensar y hacer, concebida esta como la integración de saberes específicos que dan repuesta sapiense de los procesos que aportan la vida del ser humano, cruzando en él, los limites tradicionales entre disciplinas para el surgimiento de nuevas líneas de pensamientos o enfoques en el diagnóstico, tratamiento y cuidados de la salud. **RCM 2023. 62;156(2): 49-54.**

Palabras claves: Cuidado humano, salud, transdisciplina.

EDUCATION FOR HUMAN CARE. A TRANSDICCIPLINARY VISION IN THE FIELD OF HEALTH.

ABSTRACT: The man in his bio psycho social spiritual context, is immersed in a paradoxical world of situations making him special like a kind of nature specie and like epistemological ontology human being. In its episteme converge needs and problems, even more into the health processes and disease, which makes imperative the transdisciplinary vision of health, in its way of thinking and doing, conceived this as the integration of specific knowledge giving sapiens answer of the processes contributing the human being life, crossing in him, the traditional limits between disciplines for the new lines emergence of thoughts or approaches in the diagnosis, treatment and health care. **RCM 2023. 62;156(2): 49-54.**

Key words: Human care, health, transdiscipline.

INTRODUCCIÓN

En la visión Transepistemologica de la salud se lleva al quebrantamiento de paradigmas, parcelamientos, fracturas, individualismos de la ciencia, egocentrismos, que dan paso al surgimiento a nuevas formas de pensar, comprender e interpretar el complejo mundo del ser humano, en lo individual, familiar, social y espiritual; comprender que las necesidades no son aisladas, que cada una, la une un hilo integrador, con el padecimiento físico, su sensibilidad y sentimientos y obliga al equipo interdisciplinario a ir más allá del saber científico.

Esta necesidad requiere estructurar un paradigma

epistémico que ordene e integre de modo consecuente y racional los principios y postulados donde se apoyan los saberes científicos, que muestren fuerza, firmeza, y convicción, pero la interdependencia de la realidad en los procesos de salud y enfermedad del ser humano, exigirá que este paradigma vaya más allá de la interdisciplinariedad a la Transdisciplinariedad.

Transdisciplinariedad y Cuidado Humano

En la transdisciplinariedad el conocimiento hay que compartirlo, argumentarlo, englobarlo, cuando de él depende el equilibrio central del ente ontológico del



hombre, concebir en los momentos de enfermedad, un acercamiento humano recíproco durante los cuidados, que esta integración de saberes no sea independiente de cada uno de ellos (enfermería, nutricionistas, médicos, bioanalistas y otros profesionales de la salud) si no que esta integración vaya más allá de un escrito en una historia clínica, de la indicación de un tratamiento o del registro de datos, y se involucren entre sí en miras de atender las necesidades, físicas, emocionales, sociales y espirituales de un ser humano, en lo individual, con sus propias necesidades que comprende y quiere, que convive en un entorno de relaciones con la familia y la sociedad. La esencia de este cuidado la tiene el equipo transdisciplinario de salud, siendo indispensable su participación desde la concepción hasta la muerte en todas las etapas del crecimiento y desarrollo.

El ser humano para mantener un estado de salud óptimo requiere de un equilibrio en lo biológico, psicológico, social y espiritual ya sea en el ámbito hospitalario o comunitario, lo que hace en muchos momentos la complejidad de su cuidado, ¿Por qué la complejidad? cuando uno de estos elementos es interrumpido conlleva al hombre a enfrentar situaciones de inestabilidad y en cada uno de ellos es percibida en forma diferentes, que requieren de un equipo dispuesto para ayudar identificando, valorando y atenderlo, pero que de acuerdo a la necesidad interrumpida o desequilibrio observado hace necesario de la unión de los campos del conocimiento científico y humano en las ciencias de la salud en la interdisciplinariedad y Transdisciplinariedad, como la define Balza (2012).

La Transdisciplinariedad deviene en una perspectiva de pensamiento que integra de modo concurrente los múltiples saberes provenientes de diversos campos del conocimiento, en tanto el propósito por comprender a profundidad la realidad para generar refundaciones conceptuales emergentes, ingénitas y verdaderamente transdisciplinarias (pag40) (1).

En el proceso de transición, en la relación humana, en este caso, en el proceso de salud y enfermedad es imperativo la visión transdisciplinaria, tomando en cuenta que la salud es un derecho humano, como lo señala la Organización Mundial de la salud (OMS) en

1948, en el principio 2° de su carta fundacional y en el artículo 25 en la declaración universal de los Derechos Humanos (1948), en el cual se establece ese derecho para todas las personas sin distinciones de ninguna naturaleza; los derechos humanos enfatizan una pauta de derechos, protecciones y garantías mínimas que deben ser aceptados por todas las sociedades. Así también en 1946 la OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, desde entonces esta definición prevalece a nivel mundial.

González (2013) señala que, en 1978, en la conferencia internacional de atención primaria en salud, conocida como Conferencia de Alma Ata, se establece que la transferencia de la concepción biológica de salud a la concepción social requiere de una visión transformadora en las prácticas de salud. Al respecto señala que se establece la Atención Primaria en Salud, como estrategia para la promoción y prevención, en aras de alcanzar la meta del milenio, la salud para todos, dirigiendo prácticas de prevención más que de curación (2). Libreros L. en el (2012) menciona que a pesar de los avances en la concepción del proceso salud enfermedad, se puede observar que aún sigue persistiendo la concepción moderna, que visualiza el paradigma orgánico funcionalista del saber médico, el cual, define la estructura corporal como una suma de procesos bioquímicos y fisiológicos, se trata de datos objetivamente definidos en términos observables y medibles y no como un ser que convive en condiciones sociales y ambientales (3).

Por otro lado la autora menciona que existen muchos pensadores que influyeron en este concepto de Medicina, que desde entonces se piensa en términos de ciencia, razón y progreso, como Comte, Kant, Descartes, que postulaban una posición mecanicista de la vida, basada en la posición cartesiana, se tenía una visión reduccionista y determinista de los fenómenos, ya que el modelo cartesiano se le da valor al estudio de la estructura y funcionamiento de los fenómenos, tomando la geometría y la matemática como modelo de razonamiento, descartando las interacciones de los diferentes sistemas con el ambiente.



La educación poco se ha detenido a cuestionar su papel Transdisciplinario en un área tradicionalmente positivista y más en los últimos años, donde la educación ha tenido transformaciones epistemológicas profundas. Esta concepción fragmentaria limita y enlentece, visualizar y comprender las realidades desde el punto de vista social y humano del sujeto, donde se requiere indagar, y acercarse a la verdad dentro del rigor científico que exige un cuerpo epistemológico y metodológico basado en el ser humano, y en sus necesidades y problemas que enfrenta, de aquí que la comprensión y la reflexión son imperativas, tomando en cuenta que las realidades y necesidades son percibidas de forma diferentes de acuerdo al contexto donde se circunscribe el hombre.

Tomando en consideración lo antes expuesto, para que exista una atención que se aborde la realidad del ser ontológico, debe existir una integración de saberes que puedan responder a realidades complejas, diversas y se pueda llegar a la comprensión real del sujeto, para ello es imperativo el cambio de paradigmas, y de pensamientos, que rompa con los esquemas reduccionistas y se adentre en un campo amplio, desconocido, que conlleva a nuevas perspectivas, nuevas verdades de ver el mundo real del ser humano, en dimensiones amplias e integradoras en su contexto social, humano y comunitario, al mismo tiempo conlleve hacia la creación de un nuevo arte de vivir, implica una nueva visión transcultural, trans religioso, y trans filosófico.

En este contexto está implícito cambios de normas, nuevas visiones y estrategias donde el investigador aporta conceptos de nuevas realidades presentes y futuras, acerca de estos paradigmas, es importante que los nuevos profesionales de la salud deben integrar en forma Holo gramática la capacidad perceptiva, la mente, conciencia, que sean capaces de captar, registrar información que esté presente o visionar situaciones que puedan rodear al ser humano, esta formación no debe estar enmarcada sólo en las ciencias duras donde lo procedimental y lo técnico es relevante, sino que abarque las ciencias blandas, donde el espíritu de solidaridad, compromiso, cooperación, motivación, empatía y relaciones humanas sean saludables en el proceso de integración de saberes.

Concepción Emergente de Cuidado

Rojas (2010) hace mención que el investigador estudia la realidad en un modelo estructurado de ideas y valores que orientan sus percepciones, sin embargo, en los nuevos esquemas de pensamiento se van orientando a nuevos enfoques donde la complementariedad invita a la reflexión y al trabajo en equipo (4). Por tal motivo la concepción del hombre en su proceso de salud y enfermedad debe superar la visión reduccionista, debe verse como un ser vivo que mantiene un intercambio con su entorno y ambiente. Dando apertura sistemática, coordinada mediante un abordaje epistémico de la Transdisciplinaria, con la integración de diversas disciplinas que den repuesta integrada a los procesos de salud y enfermedad.

Tomando en consideración lo antes expuesto interpretando a Lincoln y Guba (2000) citado por Paz Sandín (2003) es necesario en la formación de los nuevos paradigmas se exprese en un pensamiento participativo donde la dimensión ontológica sea estudiada en la realidad misma del sujeto y su ambiente, la dimensión epistemológica se visualice en una participación con la cosmovisión y la metodología sea enfocada en una acción participativa, con el uso del lenguaje expresado sobre el entorno, contexto de experiencias compartidas, donde el facilitador desarrolle competencias emocionales, personalidad abierta a nuevos esquemas de pensamiento y habilidades en las ciencias duras y blandas (5).

En tal sentido para este nuevo esquema de pensamiento emergente es importante considerar principios del enfoque integrador Transcomplejo, Schavino (2010) citada por Mejías M. (2018) considerar en todos los procesos principios epistemológicos como la integralidad, la sinergia relacional, la dialógica epistemológica, la integralidad y la reflexividad profunda (6), en el cuidado de la salud del ser humano es imprescindible considerar estos principios, unidos al trabajo en equipo y en la participación de todos los autores, tomando en cuenta su cultura, valores individuales, familiares, sentimientos, emociones, repuestas a sus necesidades, lo que fortalecerá el equipo transdisciplinario de la salud. Thiebaut (2007) afirma que la reflexividad nos lleva a pensar y de



ser consciente de la misma (7), en pensamientos y acciones, ver la realidad desde otras dimensiones donde se fortalezca la igualdad, la libertad y el amor como elementos axiológicos importantes del ser humano, actuar por el bien propio y del otro en un ambiente de armonía y colaboración.

Este pensamiento conlleva al quiebre de estructuras mentales limitantes y adentrarse a la amplitud de pensamientos donde la reflexión invite a la necesidad del trabajo en equipo. El trabajo en equipo, se debe dar a través de la sinergia relacional, donde la comprensión debe prevalecer, aún en las diferencias que puedan existir, en este abordaje interdisciplinario, se estudian los aspectos que afectan al hombre en su estado y ser, con el aporte de su sapiencia de cada especialista, se interviene aportando ideas y soluciones y, a través de un auténtico diálogo recursivo, se discute y acuerda.

En este aspecto es necesario considerar a Habermas (1981) citado por Vera y Jara (2018) donde señala que es necesario que los individuos sean capaces de ir más allá de sólo comprender las realidades de los sujetos, sino que puedan entregar soluciones a los problemas sociales y de esta forma contribuir a los cambios que sean precisos para enfrentar la adversidad (8). En la coordinación y acción conjunta para satisfacer las necesidades individuales y sociales es importante el entendimiento y la comprensión y esto sólo se logra a través del lenguaje, la acción comunicativa, es aquella en la cual los actores buscan entenderse sobre situaciones que les afecta y así poder coordinar acciones de común acuerdo sus planes de acción para dar repuestas a las necesidades percibidas en ese mundo envuelto de hostilidades. Interpretando al autor, es importante que el equipo interdisciplinario y transdisciplinario de la salud conciba la necesidad de reflexionar acerca de la realidad del individuo y de la necesidad de afrontar el proceso de la salud y la enfermedad, para ello es importante comprender a la sociedad, su población y las necesidades de estos en el contexto que se desenvuelva.

Paz Sandín (2003) menciona que solo el contacto directo con esa realidad nos podrá garantizar el conocimiento del papel que el contexto social y cultural juega en la construcción de significados y en la comprensión, que de ellos tengan las personas (9). De aquí que el

equipo interdisciplinario en su ser Onto epistemológico deben romper con pensamientos o paradigmas individualistas, fragmentarios, adentrarse en un diálogo recursivo, reflexivo y profundo que de apertura a la complementariedad y al trabajo en equipo. Echeverría (2003) hace referencia que el lenguaje nos permite coordinar acciones con otros para coordinar acciones con ellos, esto nos transforma en seres que usan el lenguaje para construir sentido, el lenguaje transforma a los seres humanos desde la actuación y desde la relación con el entorno (10). Torres (2015) citada por Alfonso y Villegas, considera que la intercolaboración es una nueva forma de entender el trabajo colaborativo, diálogo e intercambio aun en posiciones antagónicas a fin de dar repuesta a situaciones ante una realidad existente (11). La comunicación interpersonal esta matizada por la percepción, Torres (2014) sostiene que saberlo nos ayuda a ampliar la visión de la vida, nos brinda la oportunidad de comunicarnos imparcialmente y, en consecuencia, llegar a acuerdos enriquecedores, (12) al respecto, Robbin A. citado por Varela (1998), dice que para comunicarse de forma efectiva, debemos darnos cuenta que cada uno de nosotros percibe el mundo de diferente manera y debemos utilizar ese conocimiento como guía para comunicarnos con los demás (13). De aquí que la comunicación asertiva es imperativa para que el equipo transdisciplinario de la salud permita acordar y dar respuesta a las situaciones de salud o enfermedad del individuo.

Interpretando a Arteaga (2018) señala que el trabajo colaborativo es aquella estrategia que propicia el involucramiento de más personas en una actividad propuesta, todos tienen una meta y una responsabilidad común (14), las acciones colaborativas requieren, voluntad, entrega, reconocimiento, acciones y metas, Por consiguiente, se hace imperativo abordar la educación para la salud como una acción dialógica con los individuos, requiere de un abordaje Transdisciplinario que pueda integrar una visión amplia de la salud como objeto de estudio de la educación y que no sea sólo un recurso de apoyo para la salud del hombre.

En la transdisciplinariedad debe prevalecer la ética social, o deberes sociales, que son los que el hombre tiene para con los demás hombres, valores helenísticos,



cada miembro que participa tienen deberes éticos ineludibles que cumplir, el respeto, la solidaridad, aporte afectivo, la lealtad, altruismo, empatía, beneficencia. A nivel axiológico, donde el valor de la justicia, caridad, beneficencia, cultura, para que estos valores sean concebidos se necesita el valor de la cooperación, como se menciona Galaz (2008) interpretando a Wienger (2001). La cooperación debe fundamentarse en medios interactivos, elaborar tareas conjuntas, generar actividades que favorezcan el compromiso y aplicar capacidades individuales (15), enfrentando problemas los problemas que comprometan personalmente a los sujetos y en conjunto buscar las repuestas a las necesidades que se presenten en el contexto de la salud y enfermedad del hombre. La cooperación es la ayuda mutua, la acción de conjunto que permite a los hombres alcanzar determinados fines que no podrían conseguirse por la simple acción individual. Por eso de este valor emanan deberes cuyo cumplimiento es necesario para que él sea realidad.

En el cuidado humano, el valor de la solidaridad y compromiso representa la conciencia de quiénes somos, seres humanos que compartimos un mismo espacio y un mismo tiempo, compartimos el ambiente, necesidades y problemas, de aquí que, en la Transdisciplinaria, en la nueva formación de los profesionales que se interesaran por el individuo en su proceso de salud y enfermedad deben cultivar esos valores complementados con la generosidad y el amor. Estos valores éticos van unidos a la convivencia, por lo cual hay que considerar normas, culturas, políticas, creencias, leyes, respetar la diversidad, desarrollar capacidad para el diálogo en la resolución de problemas y manifestar sentimientos de amor hacia los seres humanos, la familia y el entorno social donde convive el individuo.

Para concluir es importante que el hombre sea visto en forma integral, concebir que en él surgen necesidades y problemas no sólo en el proceso de la salud y la enfermedad sino en su entorno social, como ser bio sico social espiritual. El cuidado de la salud no puede verse fragmentada, requiere de la intervención de un equipo Transdisciplinario que se establezca vinculaciones epistémicas con otras ciencias, disciplinas y profesiones,

donde se propicie la reflexión desde distintos puntos de vista, que facilite una comprensión más integrada a la realidad del hombre, que pueda trascenderse a nuevos paradigmas de conocimientos disciplinario, con nuevos enfoques de atención, que la valoración de la vida supere el individualismo y que la integración de saberes sea la base del cuidado humano.

Referencias

1. Balza (2012) La complejidad y Transdisciplinaria como perspectivas epistemológicas emergentes. Seminario. Transepistemología de la Investigación social
2. González B. I. (2013) La educación para la salud. Algunas reflexiones epistemológicas. Universidad Latinoamericana y del Caribe. Revista de Secretaria de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador. STATUS QUO. AÑO 3 N°2. Diciembre 2013
3. Libreros .L.(2012) El Proceso de salud, Enfermedad y Transdisciplinaria. Debate. Departamento de Salud Pública de la Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social de la Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela. Disponible: Scielop.org/article/rcp/2012.v38n4/622 – 628/ [consultado 17/8/2022. 8am]
4. Rojas B. (2010) Investigación Cualitativa. Fundamentos y praxis. Segunda edición .FEDEUPEL. Caracas. Venezuela.
5. Paz Sandin. M. (2003) Investigación Cualitativa en Educación. Fundamentos y Tradiciones. McGraw Hill. Barcelona. España.
6. Mejías M. (2018) Desarrollo del pensamiento complejo. Revista. Pensamiento y lenguaje transcomplejo. Disponible: uba.edu.ve/wp – content/uploads/2021/02/10. – DT_v4_N1_2018_ pensamiento – Y -lenguaje_transcomplejo_pdf_
7. Thiebaut. C. (2007). Conceptos fundamentales de Filosofía. Alianza editorial. Madrid España.
8. Vera A. Jara P. (2018) El Paradigma sociocrítico y su contribución al prácticum en la formación inicial del docente. Artículo. Disponible: innovare. Edec.cl/wp – Content/uploads/2018/08/Art. – 5- tomo 4pdf
9. Paz Sandin. M. (2003) Investigación Cualitativa en Educación. Fundamentos y Tradiciones. McGraw Hill. Barcelona. España.
10. Echeverría. R. (2003) Ontología del Lenguaje. Edita y distribuye Comunicaciones noreste Ltda. Chile.



11. Alfonso N. Villegas C. (2015) Artículo. Perspectiva Transcompleja. ¿Un paradigma? Disponible: <https://rediteve.wordpress.com/2018/05/2/perspectiva-transcompleja-un-paradigma>.
12. Torres G. A. (2014) Comunicación Humana para Enfermería. Fundación Empresas polar Venezuela. Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado. ISBN. Disponible: <https://bibliofep.fundacionempresapolar.org/manuales>.
13. Varela A. ETAL (1998) Habilidades de comunicación. En guía luces para emprendedores(pp115-137).Disponible: <http://www.oadl.es/guias/GuiLUCES/es/pdf/Cap05.pdf>
14. Arteaga E. (2018) Importancia del trabajo colaborativo en los niños del nivel inicial. Trabajo académico para optar al título de segunda especialidad profesional en investigación y gestión educativa. Universidad Nacional de Tumbes. Perú. Disponible: repositorio.un.tumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/63496/trabajo-academico.
15. Galaz C. (2008) La Relación de Cooperación y Exclusión entre personas con referentes diversos. Un estudio socioeducativo sobre alteridad. Programa de doctorado de educación y sociedad. Departamento de Pedagogía Sistemática y Social. Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible: tdx.cat/bitstream/handle/10803/5288/cgv1de1.pdf [revisado agosto2022.10am]



CAFÉ: IMPORTANCIA SOCIOLÓGICA. MITOS Y LEYENDAS

Dr. Harry Acquatella

Profesor de Medicina, UCV. Miembro Del Centro Médico De Caracas.

Ex Presidente de la Academia de Medicina.

E-mail: hacquatella@gmail.com

RESUMEN: Es habitual que en una reunión casual o preparada se ofrezca un café antes o después, y le preguntan a la persona si quiere el café “con leche”, “marrón”, “claro”, “negrito”, “guarapo”. Ya sea obtenido “coladó”, “filtrado”, o “expreso”, sea con azúcar o edulcorante. En este trabajo se presentará una breve historia sobre el origen del café con sus mitos y leyendas. Indicaré su origen como migró afuera de Etiopía a Europa, Asia, continente americano, y hacia nuestro país. Se indicarán las diferencias de los tipos de café que son: Arábigo y Robusta. Se hará un resumen de los efectos beneficiosos en el organismo, y a la vez, sobre los problemas que pueden originar por alteraciones del ritmo cardiaco, presión arterial, influencia en las personas diabéticas, modificaciones de colesterol, su efecto en presencia de enfermedad coronaria, o de insuficiencia cardiaca, o de ACV, y finalmente si tiene o no efecto sobre mortalidad y otros efectos indeseables. **RCM 2023. 62;156(2): 55-60.**

Palabras claves: café, historia, efectos beneficiosos, efectos secundarios.

COFFEE: SOCIOLOGICAL IMPORTANCE. MYTHS AND LEGENDS

ABSTRACT: This brief account deals with some of the myths and legends of coffee. Its origin came from Ethiopia in Africa. The legend says that a sheep guardian by the name of Kalil (probably a fictitious name) noticed that the sheeps became very excited after eating coffee beans. This fact was also observed by the superior priest, who also noticed when consuming coffee was able to remain alert at the night prayers. Apparently this fact allowed Ethiopia to maintain secret the observation, until around the years 1500-1700 when it spread through Moka (Yemen) to Europe and Asia. **RCM 2023. 62;156(2): 55-60.**

Key words: coffee, history, effects.

INTRODUCCIÓN

Mitos y Leyendas

Según la leyenda en las montañas de Etiopía un personaje llamado Kalil (personaje probablemente ficticio), notó excitación de sus cabras al comer la fruta del café. Le informó al principal religioso, quien preparó un caldo con granos tostados, y pudo trabajar hasta tarde y estar alerta para los rezos vespertinos. Se estima, que el consumo del café en Etiopía se inició

alrededor del año 1.400. Posteriormente pasó a Mocha (Yemen) entre los años 1.500 a 1.700, quienes trataron de mantener el monopolio comercial de café en forma exclusiva. Sin embargo, viajeros europeos alrededor de 1.600, pudieron obtener de Yemen y países vecinos, muestras de café llamado “el brebaje de Satan”, y lo introdujeron en Venecia en el año 1.615. Inicialmente el clero lo condenó, pero posteriormente el Papa Clemente VIII, después de probarlo lo aprobó, y se difundió en Europa. Se estima que el café llegó inicialmente a la

Isla de Martinica traída por los franceses, y llegó a Brasil en 1.727. En Venezuela, el Padre Jesuita José Gumilla (Figura 1), lo introdujo alrededor de 1.732, y lo publicó



Figura 1. Padre Jesuita José Gumilla describió por primera vez la presencia del café en Venezuela en 1732 en el documento “El Orinoco Ilustrado y Defendido”.

en un escrito llamado El Orinoco, Ilustrado y Defendido en donde se refiere a la historia natural, civil y geográfica del río Orinoco. Para 1.770 existían siembras junto con cacao en gran cantidad, y para 1.800 Venezuela era el tercer exportador mundial de café. Posteriormente, y como consecuencia de la Guerra de Independencia se arruinaron las plantaciones de cacao y café, que eran la fuente más importante de ingresos económicos para nuestro país; de hecho, para 1.871 el Presidente Guzmán Blanco se propuso aumentar la producción de

café en los estados Táchira, Mérida, Trujillo, y en Duaca a una altura de 800 a 1.700 metros, con un 5% a 60% de inclinación del terreno, crecía muy abundantemente el café, y de hecho, para el año 1.917 el café y el cacao representaban el 75% de los ingresos económicos del país. Con la irrupción de los pozos petroleros se sustituyeron completamente, el cacao y el café como la primera fuente de ingresos. Si actualmente se visita la Casa Club del Country Club, que fue construida en 1.929, en el mismo sitio donde estuvo la antigua casona de la Hacienda Blandín, en la cual se tomó la primera taza de café cultivado en el Valle de Caracas en 1.786 (Figura 2).



Figura 2. Imagen superior muestra la hacienda Blandín en cuyos terrenos se cultivó café en el valle de Caracas En el mismo sitio se tomaron las primeras tazas de café cultivado en Caracas. La imagen inferior muestra en la placa la entrada del Country Club que indica el mismo sitio se encontraba La Hacienda Blandín.

Posteriormente, los Presbíteros Palacios y el Padre Mohedano, (extraordinario músico), diseminaron lo del cultivo de café en otras regiones de Caracas.

Tipos de Café

Existen dos tipos de café: la semilla robusta es más fuerte que la semilla arábica, y tiene doble de cafeína, pero la mayor parte del consumo de café probablemente más del 80% se efectúa utilizando la semilla arábica, ambas por supuesto tienen cafeína: la robusta el doble de la arábica, y tienen otros componentes en su constitución (Figura 3).



Figura 3. Diferencia entre los granos de Café Arábigo (izquierda) más común, Robusta (derecha) más fuerte y tiene doble cafeína.

Regiones productoras de café y comercio

Actualmente para el año 1.992 Brasil ocupa el primer lugar en la exportación de café a nivel mundial con cerca de un 30%, seguido de Colombia 14%, luego Indonesia 7%, México 5%, Costa de Marfil 4%, y Etiopía 3% (Figura 4).

Nuestro país, actualmente solo contribuye con 1% de la producción mundial, y a menudo nos vemos obligados a tener que importar café de otros países latinoamericanos.

Constituyentes del café

El café tiene más de 1.000 compuestos: (1) El más importante es la cafeína, que es estimulante y broncodilatador, además tiene ácido clorogénico, que es un antioxidante y antiinflamatorio (Figura 5). La ingestión elevada de café con ingestión de más de 750 mg de cafeína al día, aumentan teóricamente la pérdida urinaria de calcio y magnesio, que podrían llevar a la osteopenia. Esto es neutralizado al combinar el café con la leche. Adicionalmente contiene alcoholes diterpénicos que pueden ser capaces de aumentar el colesterol. Se estima que una taza de café contiene entre 95 a 200 mg de cafeína, así que, hasta 3 tazas de café al día son niveles muy aceptables. El café obtenido

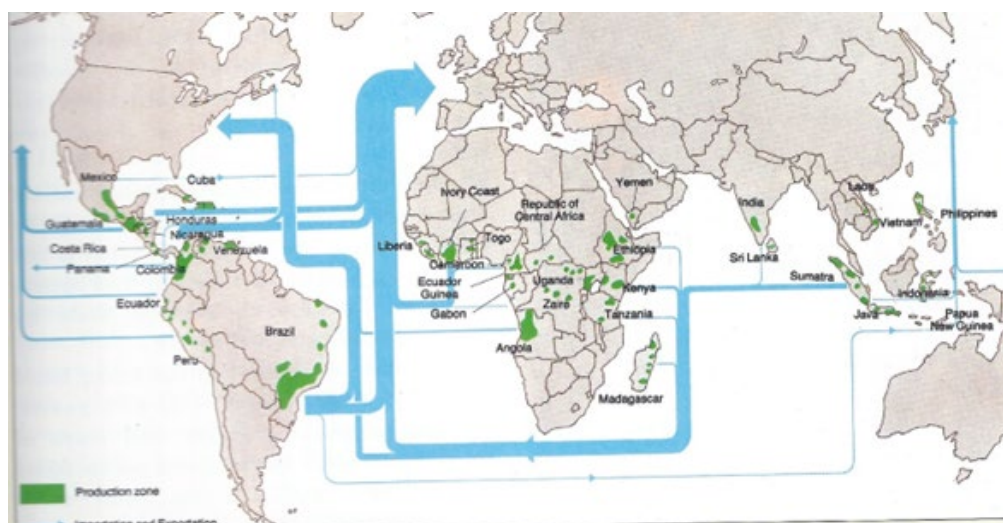


Figura 4. Regiones productoras de café a nivel mundial para 1992, las flechas indican hacia donde se dirigen las exportaciones de café.



Contituyentes	Arábica	Robusta
Cafeína y trazas de purinas	1,2	2,2
Trigonelina	1,0	0,7
Total amino ácidos	10,3	10,3
* de los cuales libre	0,5	0,8
Carbohidratos (por diferencia)	58,9	60,8
Ácidos alifáticos	1,7	1,6
Ácido clorogénico	6,5	10,0
Lípidos	16,0	10,0
Glucósidos	0,2	trazas
Minerales	4,2	4,4
* potasio	1,7	1,8

Figura 5. Diferentes constituyentes entre el café Arábica (comúnmente usado para consumo) y el café Robusta.

de máquina tiene un volumen aproximado de 300 ml, a 235 ml de cafeína. El llamado café americano en la misma cantidad tiene solo 150 mg, y el café instantáneo 63 mg, igual que el expreso, el café llamado descafeinado apenas tiene 2 mg de cafeína.

Efectos del consumo habitual de café sobre la enfermedad cardiometabólica, salud cardiovascular, y como causa de mortalidad.

El café con agua es la bebida más consumida a nivel mundial, y la fuente más importante de ingestión de cafeína en adultos, y una cantidad importante de compuestos biológicamente activos. El efecto del café en general es beneficioso (2). El consumo de café puede reducir el riesgo de diabetes Mellitus tipo 2, e hipertensión, y a la vez está asociado con una disminución de la obesidad y depresión, pero puede teóricamente afectar los niveles lípidos según la forma como se prepara. Actualmente el efecto del consumo de café es neutral en cuanto a su variedad y sus efectos

adversos sobre algunas enfermedades. Sin embargo, estudios epidemiológicos grandes sugieren que el consumo regular de café disminuye la mortalidad cardiovascular, y protegen contra enfermedades neurológicas degenerativas.

Café y arritmias

Estudios en perros sugieren, que el café puede inducir arritmias, pero en los tomadores de café habituales más bien hay una reducción del riesgo de arritmia. Un estudio efectuado en California, en más de 130.000 adultos encontraron que había una disminución de la hospitalización por arritmia, tanto en hombres como mujeres, independientemente de razón étnica, en jóvenes y mayores de 60 años. Tope sugerido 4 tazas al día. Cinco estudios de placebo control con ingestión de más de 500 mg de cafeína, no aumentó el riesgo de arritmias ventriculares. Se atribuye a que la cafeína, inhibe la adenosina cardiaca y en el cerebro, lo que acorta el período refractario, y teóricamente podría producir arritmia. Otro estudio Danés, de cerca de 48.000 participantes hasta 64 años con un seguimiento de 6 años, el consumo de cafeína presente en café o Té, o cola, no se asoció a aparición de fibrilación auricular. En un estudio reciente, (3) con 100 participantes y grupo control, encontró que no había diferencia en las contracciones prematuras auriculares o ventriculares, o durante el sueño. La conclusión es que, no aumenta esos riesgos.

Café e hipertension arterial

El consumo de café en personas no tomadoras de café, puede aumentar transitoriamente la presión arterial, pero no tiene ningún efecto en los tomadores de café, por el desarrollo de tolerancia. Así, 10 metanálisis aleatorios mostraron cambios no significativos de presión arterial entre tomadores y no tomadores de café, y la ingestión de café no aumenta el riesgo de hipertensión a largo plazo. Eso fue comprobado en un estudio de enfermeras que comprendió millón y medio de enfermeras, y se observó que no hubo aumento de presión arterial.



Café y sensibilidad a la insulina

El ácido clorogénico, es un antioxidante, y teóricamente mejora el metabolismo de la glucosa, y la sensibilidad a la insulina. En 9 estudios se comparó la ingestión de 2 tazas de café, con más de 6 tazas de café al día para el riesgo de diabetes Mellitus tipo 2, y fue menor en los que consumieron más de 6 tazas, y reducido en los que tomaron de 4 a 6 tazas. Un estudio de 88.000 mujeres entre 26 y 46 años mostró una relación lineal entre el consumo mayor de café y, una menor incidencia de diabetes Mellitus tipo 2. (3)

Café y lípido serico

El café contiene diterpenos, cafetol, y hahweol. Todo depende del tipo de preparación del café. El café hervido llamado café turco, tiene más diterpeno por mayor tiempo de contacto de la semilla con agua caliente; en cambio, el café filtrado o exprimido tiene menor tiempo de contacto con el agua caliente, y los diterpenos son retenidos por el papel filtro o expreso. Así, 14 estudios aleatorios, comparando café hervido contra filtrado mostró que el hervido aumenta el colesterol total y el LDL, eso no ocurre con el café filtrado, y estudio de 132.000 personas no mostró efecto del café filtrado en las cifras de colesterol, LDL, HDL.

Café y enfermedad coronaria

Por décadas se sugirió, que el café contribuía a provocar infarto miocárdico, pero no se incluyeron variables como fumar, alcohol, grasas, inactividad física, y obesidad. Cuando se hizo un ajuste a la mortalidad total y cardiovascular, fueron menores en los tomadores regulares de café. Y así, en 21.000 metanálisis efectuados entre 1.966 y el año 2008, el consumo moderado de café disminuye el riesgo de enfermedad coronaria. Y en otro estudio efectuado en casi 410.000 personas que tomaban más de una o dos tazas de café, el riesgo disminuyó significativamente. Finalmente, el café en infarto agudo de miocardio, con segmento ST-T elevado no aumentó la arritmia.

Café e insuficiencia cardiaca

Cinco estudios prospectivos independientes efectuados entre 1.966 y el 2.011, en 140.000 pacientes que tuvieron 6.500 episodios de insuficiencia cardiaca hubo una relación inversa en los que tomaron 4 tazas de café. No hubo relación con el sexo, presencia de infarto miocárdico previo, o diabetes (3,4), (Figura 6).

Café y accidente cerebro-vascular

El café puede reducir el riesgo de apoplejía. Un metanálisis de 7 estudios prospectivos de más de 440.000 participantes, con 7.000 ACV, con un seguimiento de 2 a 24 años, el consumo al día de 1 a 3 tazas de café, disminuyó el riesgo de ACV. No tuvo efecto el alto consumo de más de 6 tazas de café al día. El uso habitual moderado, ejerce un efecto protector. En otro estudio sueco de casi 35.000 mujeres, y en un estudio de más de 83.000 enfermeras en ambos hubo una reducción modesta del riesgo de ACV, en un seguimiento de hasta 24 años.

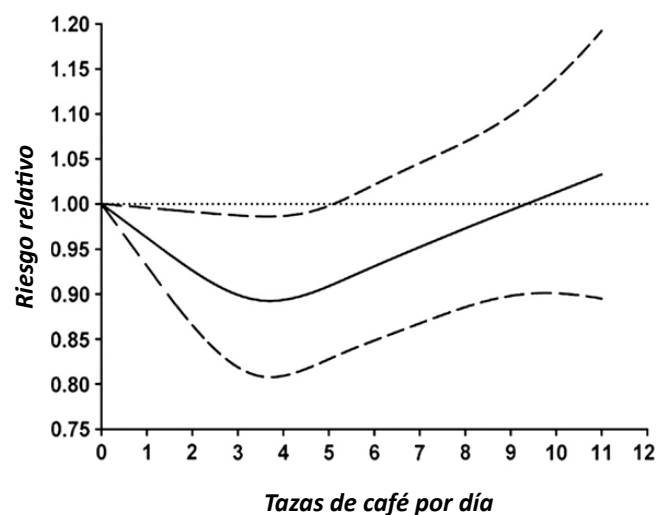


Figura 6. Relación entre el consumo de café y riesgo en Insuficiencia Cardíaca: relativo (línea sólida) comparado con el 95% posibilidad desarrollo de Insuficiencia cardiaca (líneas interrumpidas).

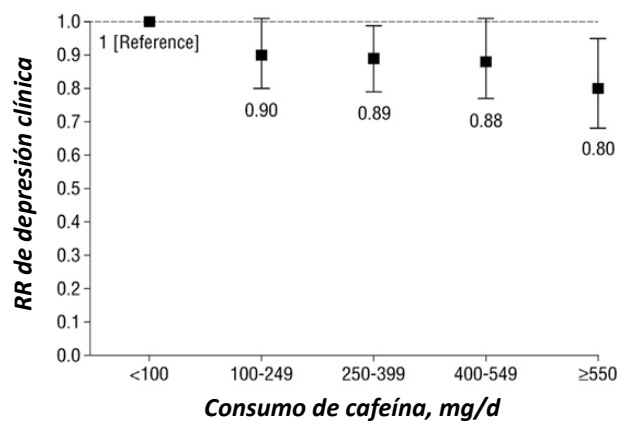


Consumo de café y mortalidad

Un estudio del NIH de casi 230.000 hombres y 173.000 mujeres seguidos entre 1.995 y 2008 con edades de 50 a 71 años, sin cáncer, o enfermedad cardiaca, o ACV, si no se ajustó el riesgo en los mayores tomadores de café, pero al ajustar incluyendo fumar, y otros, el riesgo fue menor en consumo de 6 tazas de café en hombres 10%, y en mujeres 15%, ya sea si el café estaba con o sin cafeína (5). Se concluyó que hay una asociación inversa de muerte por enfermedad cardiaca respiratoria, accidentes, diabetes, infecciones, pero no con cáncer (6).

Otros efectos

Disminuye el riesgo de depresión como se observó en un estudio de 51.000 mujeres que tomaban 4 tazas de café al día, ayuda al control del peso, reduce el riesgo de enfermedad de Alzheimer, y de Parkinson, y puede mejorar a los síntomas de asma bronquial. Es importante la disminución de la depresión en mujeres (6), (Figura 7).



No. de casos	467	810	719	394	217
Persona-años	78249	147229	129787	68342	39854

Figura 7. Cafeína y depresión (mujeres): relación entre el consumo de cafeína en miligramos por día y riesgo relativo de depresión clínica. A mayor consumo, menos depresión (2,6).

Efectos indeseables del café

Puede producir palpitaciones, ansiedad, temblor, dificultad para dormir, especialmente a las dosis altas de cafeína. El citocromo P450 1^a metaboliza la cafeína al igual que los inhibidores de la re-captación de serotonina, tales como: la fluoxamina, que es el antiarrítmico mexiletine, el antipsicótico Clozapina, el broncodilatador teofilina, la quinolona Enoxacin, aumentan los efectos secundarios del café. Además, la ingestión de más de 750 mg de café al día, aumentan la pérdida de calcio y magnesio, y pueden perjudicar la salud ósea. Finalmente, el café produce dependencia, y su ausencia puede inducir cefalea, irritabilidad, fatiga, depresión, ansiedad, dificultad para la concentración. El uso de café descafeinado en estas circunstancias, es una buena opción.

CONCLUSION

La cultura del café y del expreso, sigue constituyendo un mecanismo sociológico importante de interacción entre nosotros los humanos. Actualmente es lamentable observar como en todas partes, las personas tienen pegado a su oreja o en la boca un celular, y mantienen conversaciones de todo tipo, con una ausencia de comunicación interpersonal con las personas con las que están reunidas. Uno de los aspectos más importantes en reuniones de todo tipo, es que, al inicio para evitar interrupciones, y mantener una interconexión humana, debe de pedírsele a los asistentes el cierre de los celulares, cuando a la vez se le ofrece un café en sus diversas formas, para mantener una reunión productiva. Hay que mantener la cultura y el beneficio del consumo diario de café en cantidades aceptables.

REFERENCIAS

1. Van Dam y Col. N. Engl. J. Med 2020; 383:369-378
2. O'Keefe JH y Col. JACC 2013; 62:1043-1051
3. Marcus GM y Col. N Engl J Med 2023; 388: 1092-1100
4. Mostofky E. y Col. Circ Heart Fail 2012;5:401-405
5. Freedman ND y Col. NEJM 2012;366:1891-1904
6. Lucas M. y Col. Arch Intern Med 2011;171:1571-1578

HIPERPLASIA MAMARIA VIRGINAL ASOCIADA A HIPERPLASIA PSEUDOANGIOMATOSA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Dres. Lianeth Salazar¹, Rafael Ángel Delgado Morales², Gustavo Parthe³, Cecilia Capriles⁴.

¹Cirujano Plástico y Reconstructivo. Servicios de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Instituto Oncológico "Luis Razetti" - Hospital "Carlos J. Bello" Cruz Roja Venezolana. ²Cirujano Oncólogo. Centro Médico de Caracas-Sociedad Anticancerosa de Venezuela. ³Medico Patólogo. Centro Médico de Caracas.

Jefe de Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Militar de Caracas. ⁴Medico Endocrinólogo. Centro Médico Docente La Trinidad.

E-mail: lssr75@yahoo.es

RESUMEN: Introducción: La hiperplasia mamaria virginal es el crecimiento mamario desproporcionado en niñas con niveles hormonales normales, sin función lactante que puede generar disconformidad. **Caso clínico:** Adolescente femenina, edad: 11,6 años, con hipercrecimiento mamario bilateral de progresión rápida, dolorosa. Mamas voluminosas. Pezones aplanados. Estudio hormonal normal. Ultrasonido mamario: abundante tejido fibroglandular, congestión y vasculatura prominente. Resonancia magnética: T1 mamas predominantemente hipointensas relacionadas con escaso tejido graso. T2: hiperintensidad del tejido que sugiere congestión. Cirugía: Mamoplastia reductora con injerto areola-pezones bilateral. Peso del tejido reseado: 22,6 kg. Histología: hiperplasia mamaria virginal, hiperplasia ductal sin atipias y focos pseudoangiomasos. Reevaluación postoperatoria (6 semanas): recrecimiento mamario bilateral. Inició tamoxifeno, dosis: 20 mg/día por 6 meses y reducción a 10 mg/día para completar tratamiento 12 meses, regresión resultante del volumen mamario. Refiere satisfacción. Cuatro meses posterior a la suspensión del tamoxifeno, volumen mamario estable. **Discusión:** La hiperplasia mamaria virginal, infrecuente, suele corregirse tempranamente, por presentación agresiva. Ultrasonido y resonancia magnética permitieron aproximación diagnóstica a esta patología y la exclusión de otras ocultas. La combinación cirugía/tamoxifeno es eficaz para evitar el recrecimiento del tejido remanente. El tamoxifeno fue bien tolerado, sin efectos adversos. La hiperplasia estromal pseudoangiomaso es una lesión proliferativa benigna mamaria infrecuente. En este caso, sin presentar masa palpable, incidental. Diagnóstico diferencial: angiosarcoma de bajo grado. **Conclusión:** La hiperplasia mamaria virginal amerita tratamiento sintomático, por su repercusión biopsicosocial. Síntomas severos requieren cirugía. La mamoplastia reductora debe considerarse primera línea, por generar mejor resultado y estimar el tratamiento médico postquirúrgico ante la posibilidad de recurrencia. **RCM 2023. 62; 156(2): 62-75.**

Palabras claves: Hipertrofia virginal mamaria, Gigantomastia. mamoplastia de reducción, hiperplasia pseudoangiomaso

VIRGINAL MAMMARY HYPERPLASIA ASSOCIATED WITH PSEUDOANGIOMATOUS HYPERPLASIA. CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE.

ABSTRACT: Introduction: The Virginal mammary hyperplasia is the disproportionate breast growth in girls with normal hormonal levels, without lactating function that can cause discomfort. **Clinical case:** A female adolescent, age: 11.6 years, with painful, rapidly progressive bilateral breast hypergrowth. Bulky breasts. Flattened nipples. Normal hormonal study. Breast ultrasound: abundant fibroglandular tissue, engorgement and prominent vasculature. Magnetic resonance: T1 predominantly hypointense breasts related to little fatty tissue. T2: Tissue hyperintensity suggestive of congestion. Surgery: Reductive mammoplasty with bilateral



nipple-areola graft. Weight of resected tissue: 22.6 kg. Histology: virginal mammary hyperplasia, ductal hyperplasia without atypia and pseudoangiomatous foci. Postoperative reassessment (6 weeks): bilateral breast regrowth. Tamoxifen was started, dose: 20 mg/day for 6 months and reduction to 10 mg/day to complete 12 months treatment, resulting regression of breast volume. Refers satisfaction. Four months after stopping Tamoxifen, stable breast volume. **Discussion:** The infrequent virginal mammary hyperplasia is usually early corrected, due to aggressive presentation. Ultrasound and magnetic resonance allowed a diagnostic approach to this pathology and the exclusion of other hidden ones. The surgery/Tamoxifen combination is effective in preventing the regrowth of remaining tissue. The Tamoxifen was well tolerated, with no adverse effects. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia is a rare benign proliferative lesion of the breast. In this case, without presenting a palpable incidental mass. Differential diagnosis: low-grade Angiosarcoma. **Conclusion:** Virginal Mammary Hyperplasia requires symptomatic treatment, due to its biopsychosocial repercussions. Severe symptoms require surgery. The Reduction mammoplasty should be considered first line, as it generates better results and estimates post-surgical medical treatment given the possibility of recurrence. **RCM 2023. 62; 156(2): 62-75.**

Key words: Virginal Mammary Hypertrophy. Gigantomastia. Reduction Mammoplasty. PseudoAngiomatous Hyperplasia

INTRODUCCIÓN

El crecimiento mamario desproporcionado en niñas con niveles hormonales normales, en ausencia de menstruación y sin finalidad funcional lactante, es conocido como hiperplasia mamaria virginal y al parecer, se debe a una respuesta desproporcionada del tejido mamario al estrógeno. Todas las dolencias físicas, dermatológicas y psíquicas que acompañan a este cuadro, a menudo simétrico, suele llevar a una situación límite a los pacientes a una edad muy temprana (1).

La gigantomastia es una condición patológica infrecuente que se caracteriza por un desarrollo mamario excesivo. Sin definición universalmente aceptada, muchos autores la definen como tejido mamario excesivo que contribuye a más del 3 % del peso corporal (2), o que requiere reducción de más de 1500 g de cada mama (3,4). Tales definiciones son limitadas porque el diagnóstico de gigantomastia se puede confirmar solo después de la cirugía, a pesar de estimar la magnitud de la resección antes de la operación (5). Netscher *et al* consideran que esta patología se define mejor por los síntomas que por la cantidad de tejido extirpado (6).

La primera descripción de esta enfermedad fue 1.669 por Durston, sin embargo formalmente

documentada y publicada por Henry Albert en 1.910 denominándola "Gigantomastia Juvenil o Hipertrofia Virginal Mamaria" (7). Es una condición poco frecuente. Neinstein en una revisión realizada en 40 años de pacientes adolescentes con patología mamaria, determinó que la hipertrofia virginal representaba el 2% (8). En el 2011 Hope *et al*, reportó en su metaanálisis de reporte de casos entre 1910 y 2009, un total de 65 pacientes (9). Hisham *et al*, describió adicionalmente 9 casos publicados entre los años 2010-2017 (10).

Se trata de un trastorno raro y benigno, de etiología incierta, en la que se produce un rápido y continuo crecimiento del tejido mamario durante la pubertad; a menudo hay un período de seis meses de crecimiento extremo y luego un período más lento pero sostenido. Ocurre más comúnmente en niñas entre ocho y 16 años de edad; se desarrolla de forma esporádica, aunque se han reportado casos familiares (11,12). El crecimiento excesivo suele ser bilateral, sin embargo, se han reportado casos unilaterales. Puede causar problemas clínicos como dolor en pecho, espalda y cuello, así como dilatación de las venas superficiales, cambios tróficos dermatológicos con ulceración de la piel y trastornos psicológicos (13 -16).

El mecanismo subyacente que causa la hipertrofia de



la mama no ha sido dilucidado. Una teoría propuesta es una hipersensibilidad de los órganos diana a niveles normales de hormonas gonadales. Una hipótesis alternativa es que hay aumento de la actividad hormonal; sin embargo, estudios previos muestran niveles normales de estrógeno, progesterona, gonadotropinas y la hormona del crecimiento. La etiología del sobrecrecimiento mamario, no está clara, sin embargo se sabe que bajo la estimulación estrogénica, se produce el crecimiento de los ductos y de la grasa, mientras que la progesterona y la prolactina promueven el desarrollo de lóbulos y alveolos (17,9,18).

El diagnóstico es sencillo, pero se deben descartar diferenciales amplios como tumores fibroepiteliales (fibroadenoma y tumor filodes) y cambios fibroquísticos, que son más frecuentes que la hipertrofia mamaria virginal en este grupo de edad (19-21).

El ultrasonido mamario es el método ideal de imagen recomendado en la edad pediátrica, ya que identifica de forma adecuada tumoraciones en mamas con tejido fibroglandular abundante, el cual es característico en esta población (22). La Resonancia magnética nuclear se indica ante lesiones de sospecha.

Las modalidades de tratamiento en hipertrofia mamaria virginal incluyen cuatro estrategias: 1.- manejo quirúrgico, 2.- tratamiento médico preoperatorio 3.- tratamiento médico postoperatorio, y 4.- tratamiento médico solo (23).

La hipótesis hormonal ha sido la justificación de los intentos de controlar esta condición, utilizando medicamentos como tamoxifeno, danazol, bromocriptina, medroxiprogesterona y didrogesterona (10), pero la seguridad y eficacia de la farmacoterapia es desconocida actualmente.

Aunque hay reportes de casos tratados medicamente con estas drogas, como tamoxifeno (24), la mayoría de las adolescentes diagnosticadas con esta condición deben ser tratadas quirúrgicamente (24). El tratamiento antiestrogénico adyuvante

postoperatorio es aceptado según Grolleau *et al.* Y ayuda a prevenir la recurrencia (25).

La modalidad terapéutica combinada, médica y quirúrgica, se lleva a cabo con la finalidad de detener el crecimiento de las mamas antes o después de la cirugía. El uso de moduladores médicos como el citrato de tamoxifeno y la medroxiprogesterona ha tenido resultados variables y los efectos secundarios no deben pasar por alto. El tamoxifeno es un antiestrogénico que causa regresión de tejido hipertrofiado, en contraste con didrogesterona y medroxiprogesterona, que solo ralentiza o detiene el crecimiento (25,3), por tanto es un complemento útil a la mamoplastia de reducción en la gigantomastia por hipertrofia mamaria juvenil. El conocido efecto secundario del tamoxifeno incluye el riesgo de cáncer de endometrio, tromboembolismo, calores súbitos (sofocos) y disminución de la densidad ósea (26).

La terapéutica reportada en la literatura en los casos severos, es quirúrgica. Las opciones disponibles son: Mastectomía subcutánea (sin reposición de volumen, o con reposición del mismo con implantes) y la mamoplastia de reducción con sus modificaciones (técnica basada en pedículo o injerto de pezón). La mastectomía subcutánea con remoción casi total del tejido mamario, tiene menor probabilidad de recurrencia, pero produce más deformidad, por lo tanto, no es la opción de primera línea para muchos (25).

La mamoplastia reductora cuya tasa de recurrencia es mayor, e idealmente debe ser realizada cuando se estabiliza el tamaño de la mama (estadio 4 a 5 de Tanner) (25) podría ameritar tratamiento coadyuvante con anti estrógenos pre o post operatorio, aun así, es la opción terapéutica de preferencia. Siendo el procedimiento de elección para el tratamiento, basada en los resultados estéticos y las secuelas psicológicas de una mastectomía, es importante asesorar al paciente sobre la probabilidad de recurrencia después de la cirugía.



La mamoplastía de reducción con injerto autólogo de pezón es el enfoque preferido por encima de la técnica pediculada. Fiumara *et al.* enfatizaron la evidencia estadística de menor probabilidad de recurrencia hipertrófica con el uso de injerto de pezón que con la técnica basada en pedículo ($p = 0,005$) (27). Hisham *et al.* comunicaron un caso corregido quirúrgicamente con mamoplastía de reducción con injerto de pezón libre sin recurrencia a cinco años de seguimiento (10).

La razón por la cual se prefiere la mamoplastia reductora con injerto autólogo de areola-pezón es porque permite reseca suficiente tejido y así lograr los objetivos planteados con la cirugía, además de la seguridad para la vascularización del complejo areola-pezón. Por el contrario, la técnica basada en pedículo, que obliga a preservar una proporción no despreciable de tejido mamario para la vascularización del complejo areola-pezón, tiene una mayor probabilidad de recurrencia que pudiera requerir cirugía adicional. Además, el segmento largo de tejido mamario que utiliza como pedículo, puede comprometer el suministro de sangre durante la resección de gran volumen y conducir a un mayor riesgo de isquemia del complejo areola-pezón (19). Adicionalmente, tiene una mayor tasa de complicaciones.

De igual manera se debe señalar que el injerto de pezón tiene ciertas desventajas: pérdida de la lactancia, retorno variable de la sensibilidad y contractilidad del pezón, falla del injerto y, en ocasiones, cambios pigmentarios del complejo areola-pezón y aplanamiento de este último (19). Es necesario asesorar a la paciente y a sus familiares sobre las limitaciones de este procedimiento. No obstante, la mamoplastia de reducción es el procedimiento más recomendado a las adolescentes con esta patología y hacerlo una vez que se estabilice el tamaño de la mama. No obstante, en cierto casos no es posible esperar completar la maduración por el impacto desde el punto de vista físico y social que genera en la paciente.

Una forma rara de gigantomastia es la causada por hiperplasia estromal pseudoangiomatosa (PASH, por sus siglas en inglés) (28). PASH es una patología benigna de la mama debido a la proliferación de colágeno. A

menudo diagnosticado incidentalmente en la biopsia de la mama, rara vez se manifiesta clínicamente y no se requiere seguimiento (29). Sin embargo, la PASH bilateral difusa, que es extremadamente rara, provoca un aumento rápido de la mama sin formar masas nodulares. La gigantomastia por PASH es muy rara (4).

La hiperplasia estromal pseudoangiomatosa de la mama, fue descrita por primera vez en 1986 por Vuitch *et al* (30). Es una proliferación benigna poco frecuente de células estromales mesenquimales, con formaciones de ranuras irregulares parecidas a estructuras angiomatosas. En la mayoría de los casos es un hallazgo microscópico focal en biopsias de mama realizadas por enfermedades benignas o malignas. Se puede presentar en forma difusa o nodular y en ocasiones como una masa palpable indolora, casi exclusivamente en mujeres premenopáusicas. Tiende a crecer con el tiempo y la mayoría de los casos se pueden curar mediante la extirpación y el pronóstico es bueno (31,32). La etiología exacta y la patogénesis de esta lesión sigue siendo desconocida, aunque ha sido postulada una respuesta proliferativa de miofibroblastos a estímulos hormonales. Histológicamente, se encuentran hendiduras ramificadas, bordeadas de miofibroblastos que se pueden anastomosar y confundirse con espacios vasculares, lo que lleva a un diagnóstico erróneo de angiosarcoma (33,34).

CASO CLÍNICO

Adolescente femenina de 11 años y 7 meses de edad, con hipercrecimiento mamario bilateral que se inicia a los 10,5 años que progresa rápidamente en un período de 6 meses, produciendo dolor y alteración del equilibrio que dificultaba la deambulacion y generó ausentismo escolar durante 1 año. Como antecedentes de importancia la madre se practicó mamoplastia reductora a los 14 años de edad (resección de 3,5 kg de tejido mamario). La telarquia de nuestra paciente fue a los 10 años y 6 meses y menarquia a los 11 años y 3 meses, ciclos regulares.

Al examen físico presentó una talla de 155 cm y peso de 62 Kg, IMC: 25,8 kg/m² (percentil 96) estadio puberal de



Figura 1. 1a, Proyección frontal, 1b, proyección lateral izquierda, 1c, proyección lateral derecha. Vease la relación tórax-volumen mamario.

Tanner 5. Alteración postural caracterizada por cifosis dorsal. Marcha inestable por alteración del eje corporal. Tórax hipoexpansible, de tipo restrictivo. Marcados surcos a nivel de los hombros (asociado a presión ejercida por los tirantes del sostén). Mamas de gran volumen, dolorosas, con resequead de la piel, presencia de fisuras, induración y eccema bilateral, estrías en toda la circunferencia de ambas mamas. Intertrigo en surcos submamarios. Sin adenopatías axilares (Figuras 1a, 1b, 1c).

El complejo areola-pezones bilateral es poco visible, por lo cual fue necesaria la exploración minuciosa de la sensibilidad para su localización. La implantación es baja y la configuración alterada a expensas del diámetro aumentado, muy escasa pigmentación, con zonas costrosas, descamativas y aplanamiento de pezones, sin secreción (Figuras

2a, 2b, 2c). Estudio hormonal (función tiroidea, estrógenos, progesterona y prolactina) normal. Se realizó espirometría que reportó perturbación de la ventilación tipo mixto: restrictivo leve y obstructivo leve a predominio de medianas y grandes vías aéreas.

Se realizó ultrasonido mamario con transductor lineal de alta frecuencia en equipo ALOKA64. Se aprecian mamas voluminosas con abundante tejido fibroglandular (Figura 3a), engrosamiento de la piel (Figura 3b), congestión (Figura 3c) y vasculatura mamaria prominente en imagen *Doppler*.

En la resonancia magnética, se evidencian en T1 mamas predominantemente hipointensas en relación con escaso tejido graso (Figura 4a). En T2 la hiperintensidad del tejido mamario bilateral sugiere congestión (Figura 4b, 4c).

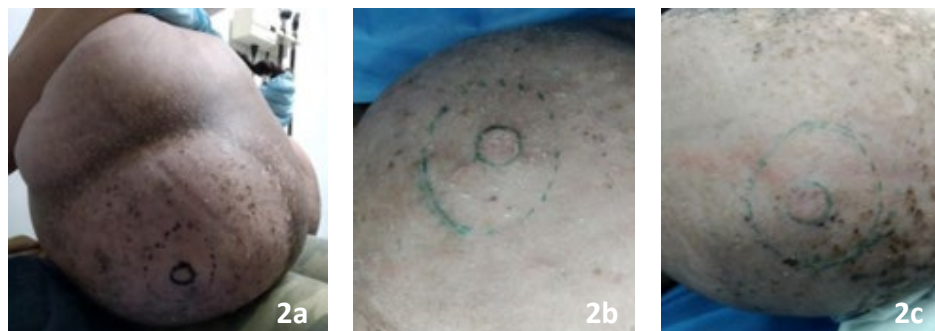


Figura 2. 2a, Complejo areola-pezones proyección lateral derecha, figura 2b, areola-pezones derecho, 2c, areola-pezones izquierdo. Nótese eccema y aplanamiento del pezón en ambas mamas

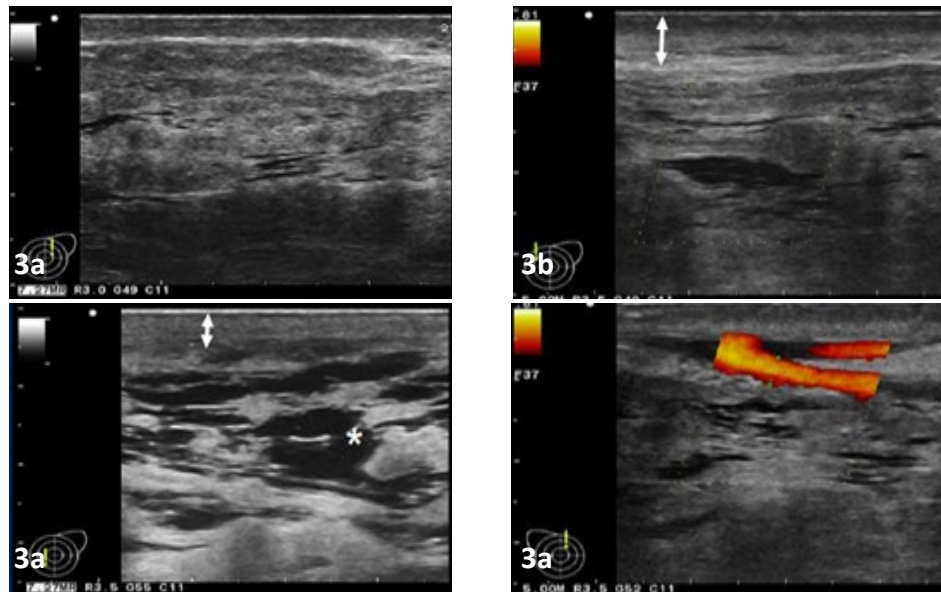


Figura 3. 3a, Abundante tejido fibro-glandular, 3b, engrosamiento de la piel (doble flecha blanca), 3c, mamas congestivas (asterisco *) 3d, vasculatura mamaria prominente (Imagen Doppler).

Se realizó un marcaje de mamoplastia reductora, según patrón de Wise (Figura 5a). Por tratarse de una paciente en período de crecimiento, se utilizaron como puntos de referencia, los correspondientes a su estructura ósea (Figura 5b). En este sentido, el complejo areola-pezones debe localizarse a nivel de la cuarta costilla en cada hemitórax: el punto de máxima proyección del pezón (Punto P) se ubicó en relación al borde inferior de la cuarta costilla y el cuarto espacio intercostal: Punto antropométrico de la cuarta costilla con el punto antropométrico del pezón, y punto medio del hemitórax, entre línea axilar anterior y línea medio esternal, como referencias más objetivas para obtener

resultados anatómicos y estéticos³⁵. El marcaje sobre la paciente se realizó considerando las referencias anteriores (Figura 5c).

Se llevó a cabo el procedimiento quirúrgico inicialmente con el equipo de cirugía oncológica quien realizó reducción mamaria bilateral con remoción del 90 % del tejido mamario (Figura 6a, 6b).

De forma inmediata se realizó la reconstrucción por cirugía plástica con técnica de mamoplastia reductora con injerto autólogo de complejo areola-pezones bilateral (Fig 7a, 7b. 8a,8b).

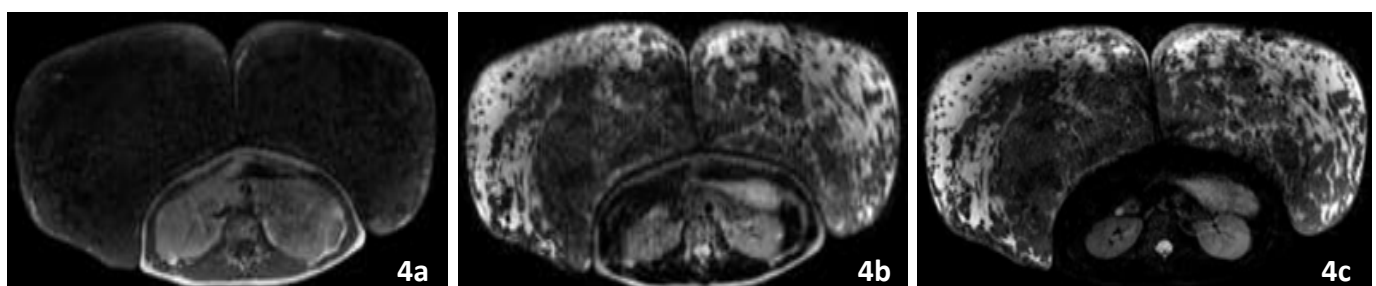


Figura 4. Resonancia Magnética de Mama. Fig 4a, T1 con ambas mamas predominantemente hipointensas en relación con escaso tejido grasoso. Fig 4b y 4c, En T2 la hiperintensidad del tejido mamario sugiere proceso congestivo confirmándose en secuencias T2 STIR (Equipo Resonador Magnético Phillips 1,5T) (Fue necesario el uso de antena para tórax en vista de que volumen superaba capacidad de antena para mama).

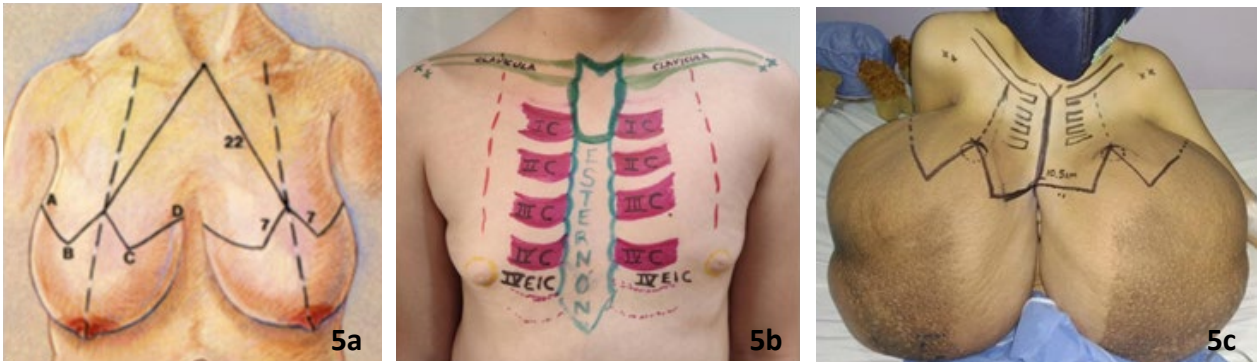


Figura 5. 5a, planificación preoperatoria con patrón de mamoplastia reductora con injerto de complejo areola-pezones. La longitud de los colgajos superiores (A a B más C a D) debe ser aproximadamente igual a la longitud del pliegue inframamario para lograr una forma cónica adecuada al cierre. (Tomado de: *Operative Techniques in Plastic and Reconstructive Surgery*, Vol 3, No 3 (August), 1996: pp 184-188). Figura 5b: Las estructuras óseas son las mejores referencias en la marcación de la posición normal de la mama, ya que se trata de tórax en crecimiento y las medidas no coinciden con las estándares de la mama femenina adulta. IC, IIC, IIIC, IVC: costillas con la numeración romana correspondiente. EIC: Espacio intercostal. El IV (cuarto) espacio intercostal corresponde con la ubicación normal del complejo areola-pezones. Fig 5c, Marcaje preoperatorio sobre el tórax de la paciente, tomando las referencias señaladas.

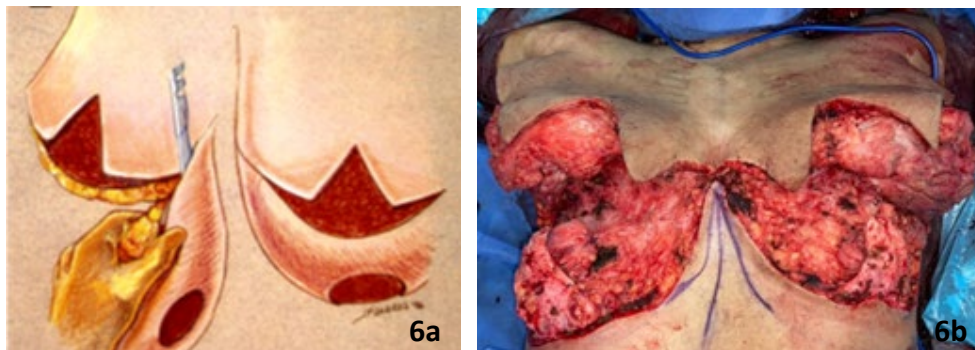


Figura 6. 6a, resección parenquimatosa. La piel superior no debe socavarse excesivamente, sino biselar la resección y así dejar suficiente volumen para la forma adecuada del seno. (Tomado de: *Operative Techniques in Plastic and Reconstructive Surgery*, Vol 3, No 3 (August), 1996: pp 184-188). 6b, Fotografía intraoperatoria de la paciente, imagen resultante de la resección parenquimatosa bilateral.

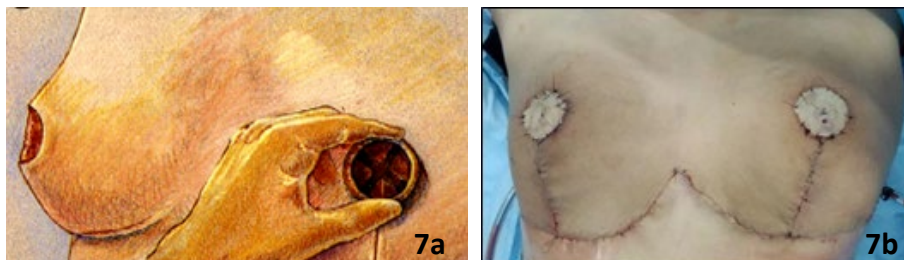


Figura 7. 7a, Determinación de la posición del injerto areola-pezones. Esto se determina mejor, después de dar la forma cónica a la mama. (Tomado de: *Operative Techniques in Plastic and Reconstructive Surgery*, Vol 3, No 3 (August), 1996: pp 184-188). 7b, Fotografía intraoperatoria de la paciente para señalar la ubicación definitiva del injerto autólogo del complejo areola-pezones.

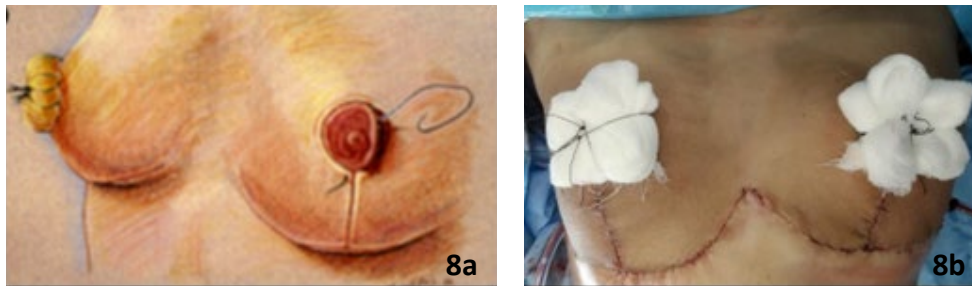


Figura 8. 8a, inmovilización del injerto con "apósito atado" (Tomado de: *Operative Techniques in Plastic and Reconstructive Surgery*, Vol 3, No 3 (August), 1996: pp 184-188).8b, fotografía intraoperatoria de la paciente con el correspondiente "apósito atado".

El peso del tejido resecado fue de 22,6 kg como sumatoria de ambas mamas (Figura 9). El hallazgo de



Figura 9. Pieza operatoria correspondiente a la resección mamaria bilateral. Nótese la zona de defecto en el centro de cada mama, que corresponde a la extracción del complejo areola-pezón para su inmediato injerto en el nuevo montículo mamario.

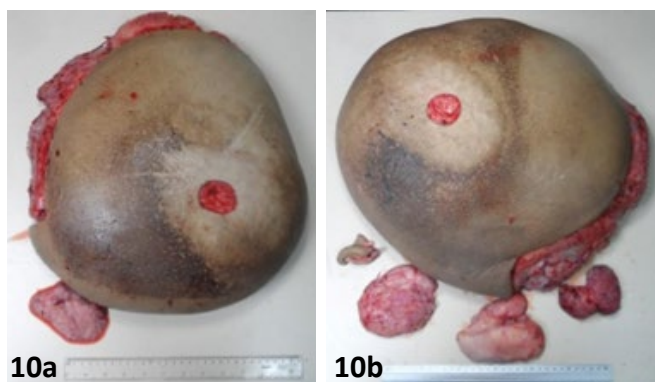


Figura 10. 10a, Pieza operatoria correspondiente a la resección mamaria derecha. 10b, Pieza operatoria correspondiente a la resección mamaria izquierda.

anatomía patológica en su descripción macroscópica señala: mama derecha con un peso de 12.400 gr con medidas 46x45x12cm y mama izquierda con peso de 10.200 gr y con medidas 43x37x11 cm (Figura 10).

Los hallazgos histológicos fueron compatibles con hiperplasia mamaria virginal, en las láminas se observaban ductos y lobulillos pocos desarrollados, algunos muestran hiperplasia ductal sin atipias con dilataciones y cambios columnares inmersos en su estroma denso colagenoso, áreas focales pseudoangiomatosa (Figura 11a, Figura 11b).

La evolución postoperatoria inmediata/mediata fue satisfactoria, Talla: 155 cm, peso: 44.9 kg, (25.6 %

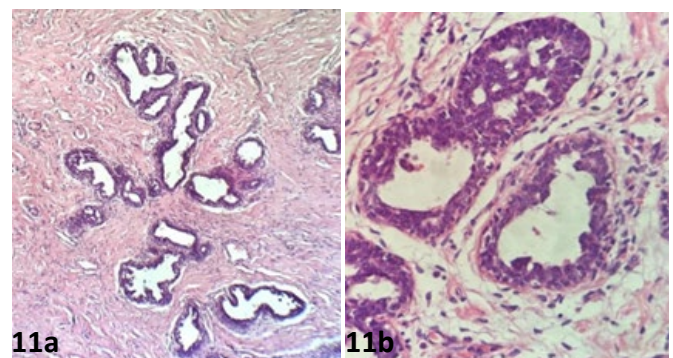


Figura 11. 11a, Hematoxilina/Eosina, microscopia óptica, 20X. Figura 11b, Hematoxilina/Eosina, microscopia óptica, 40X : Imagen del examen anatomopatológico de la biopsia del espécimen quirúrgico respectivamente izquierda y derecha). La sección microscópica evidencia un aspecto similar al visto en la ginecomastia, sin atipias, con fibrosis estromal y proliferación pseudoangiomatosa.

reducción del peso corporal) IMC 18,33 kg/m² (percentil 50) mamas de configuración normal y cónsonas al desarrollo pondoestatural de la paciente, colgajos bien vascularizados, injertos de areola-pezones totalmente integrados. En fotografías antes y después de la cirugía, se aprecian los cambios experimentados en la paciente en proyección frontal (Fig 12a, 12b), caudo-craneal (Fig. 12c, 12d), oblicua-lateral derecha (Fig 12e, 12f) y oblicua-lateral izquierda (Fig. 12g, 12h).

Al momento de su presentación, la paciente tenía un IMC de 25,8 kg/m², percentil 96, en el rango de obesidad, sin embargo al resecar 22,6 kg de tejido mamario, equivalente al 35.6% de su peso corporal, su IMC se normaliza, 18,33 kg/m², percentil 50 para su edad y sexo. Durante su recuperación postoperatoria (4 semanas), fue referida a consulta de fisioterapia, quien posterior a

evaluación clínica, precisa debilidad generalizada en los cuatro miembros y tronco e hipertrofia gemelar. Es entonces referida a rehabilitación.

En reevaluación postoperatoria (6 semanas) se evidencia recrecimiento de tejido mamario, a predominio de mama izquierda, por lo cual es referida a endocrinología pediátrica, confirmado por ultrasonido (Fig. 13a, 13b).

Se inició terapia médica con Tamoxifeno a una dosis de 20 mg/día por 6 meses que se redujo a 10 mg/día para completar 12 meses de tratamiento, con la resultante regresión del volumen mamario bilateral. La paciente pierde seguimiento, continúa el mismo tratamiento por 12 meses adicionales hasta cumplir 24 meses de tratamiento médico con tamoxifeno. Refiere ciclos menstruales regulares, satisfacción con el volumen de sus mamas, restablecimiento de sus actividades sociales y académicas (Fig 14).

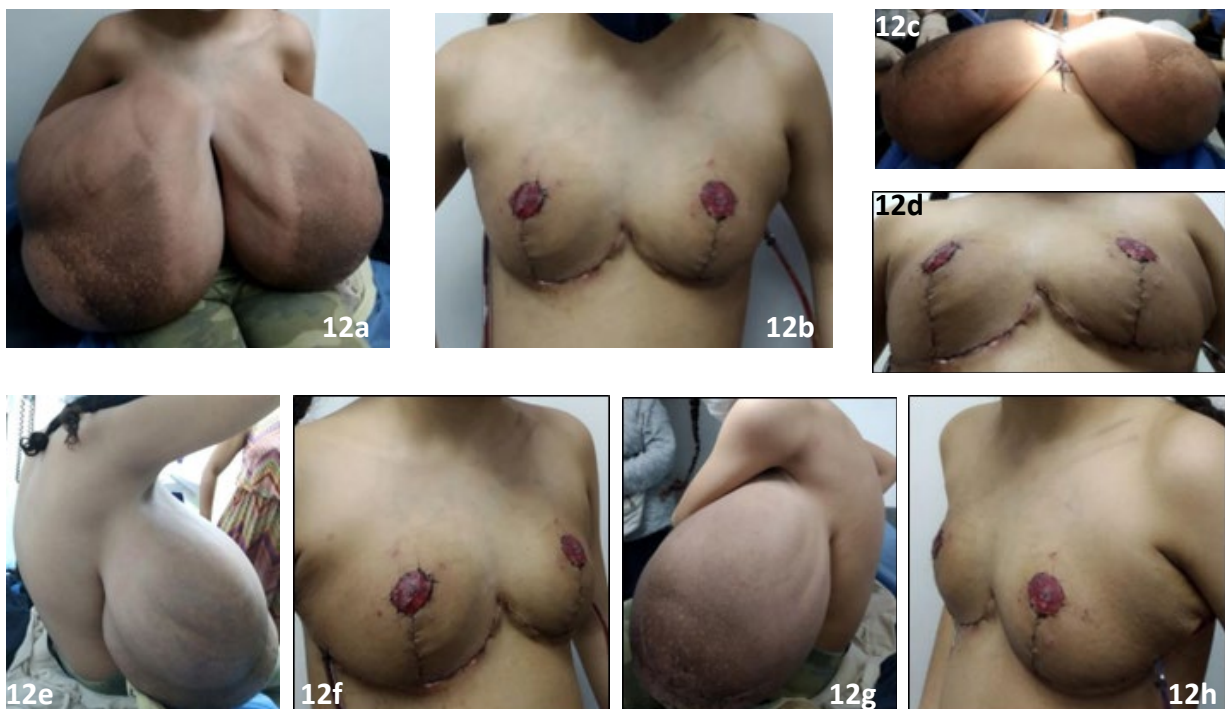


Figura 12: Fotografías antes y después de la cirugía: cambios experimentados en la paciente, fig 12a y 12b, proyección frontal, fig. 12c y 12d, proyección caudo-craneal, figura 12e y 12f, proyección oblicua-lateral derecha y figura 12g, 12h, oblicua-lateral izquierda.

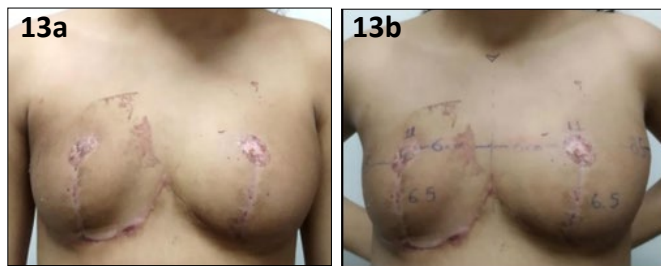


Figura 13. 13a, fotografía en postoperatorio (6 semanas), se aprecian laceraciones por irritación secundaria a la cura oclusiva en polo superior de la mama derecha y aumento leve de volumen a predominio de mama izquierda. 13b, El complejo areola-pezones se mantiene en su ubicación inicial en forma simétrica, pero sobre una mama que comienza el recrecimiento.



Figura 14. Foto actual, enero 2023, se aprecia asimetría de las mamas, con mayor volumen la izquierda.

Refiere muy leve aumento del volumen mamario en los dos meses siguientes a la suspensión del tamoxifeno, que durante el tercer mes, se estabilizó. Actualmente, a cuatro meses posterior a la suspensión, el volumen

mamario se mantiene estable. Se mantiene en seguimiento a largo plazo, lo cual es necesario para controlar las recurrencias después de la cirugía y de la suspensión del tratamiento antiestrogénico. Se muestra la secuencia fotográfica de la paciente (Fig 15).

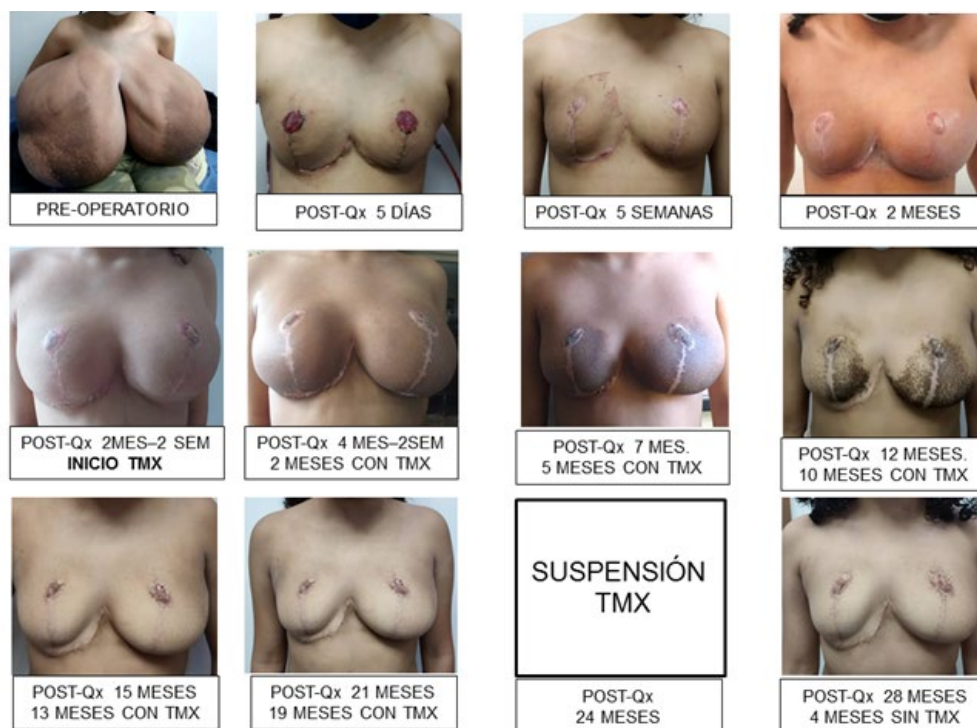


Figura 15. Secuencia fotográfica de la paciente desde el momento que consulta por el cuadro de hipertrofia mamaria hasta la finalización de su tratamiento hormonal. Nótese inicialmente el cambio de volumen pre y post.quirúrgico (POST-Qx= post. quirúrgico). El crecimiento posterior a la cirugía. La mejoría con el tratamiento (TMX= Tamoxifeno). Y la estabilización del volumen mamario posterior a la suspensión del tratamiento con Tamoxifeno.



DISCUSION

La hiperplasia mamaria virginal es una condición poco frecuente que ocurre durante la pubertad, y debido a que su presentación clínica agresiva coloca a prueba la resistencia física y psíquica de las pacientes, la mayoría de los casos publicados son corregidos antes de los 15 años (4).

Aunque no existe un consenso, la hipertrofia mamaria virginal se describe como un aumento patológico superior a 1500 cm³ en el volumen de ambas mamas en adolescentes (25). Daffyd *et al*, define la gigantomastia como un exceso de tejido mamario que contribuye en un 3 % o más al peso corporal total de la paciente, aproximadamente una desviación estándar por debajo de la media (2). Considerando las medidas antropométricas en el caso descrito, más del 35 % de su peso correspondía al tejido mamario que posteriormente fue resecado, por lo cual se trata de una hipertrofia mamaria virginal que puede clasificarse como gigantomastia.

En la revisión de la literatura hecha por Dancey y Hoppe que presentan más de 150 casos, solo hay 2 donde el peso de la mama resecada se asemeja a la presentada en esta paciente (Albert, JAMA 1910; Harris, Aris Med 1945) (3,9).

En la mayoría de los casos el diagnóstico clínico es claro, a pesar de esto siempre debemos considerar otras patologías mamarias propias de la edad. El diagnóstico diferencial incluye fibroadenomas gigantes, tumores phyllodes y tumores malignos (linfomas o sarcomas), la prevalencia de estas lesiones en adolescentes con patología mamaria representa el 1%, 0,4% y 0,9% respectivamente (3).

La ecografía se considera el estudio de imágenes de primera línea debido a la densidad mamaria. Ante la sospecha de lesiones asociadas, se sugiere la resonancia magnética de mama (25). Tal y como fue dirigido el estudio de imágenes en este caso, el ultrasonido y la resonancia magnética de la mama permitieron la aproximación diagnóstica a esta patología y la exclusión de otras patologías ocultas, considerando su utilidad por la edad de la paciente y la densidad del tejido mamario.

No existe un manejo terapéutico estándar. Las modalidades incluyen tratamiento médico, quirúrgico o la combinación de ambos. La cirugía es el tratamiento de elección (24). Y la reducción mamaria es ahora un procedimiento quirúrgico común para la gigantomastia juvenil. En este caso, la paciente tenía mamas excesivamente voluminosas, que impedían la deambulacion y la inhibían de cualquier contacto social, por lo que la reducción mamaria era absolutamente necesaria para aliviar los síntomas físicos y psicológicos.

Es una cirugía que se realiza con mayor frecuencia a partir de los 15-16 años con la finalidad de permitir finalizar la maduración de las mamas (25). sin embargo, en este caso, la franca afectación de sus actividades diarias, que impedía incluso la deambulacion, fue el criterio para decidir instaurar tratamiento sin más retraso. Se realizó en un estadio 4-5 de Tanner, 4 meses post menarquia, cuando aún se podría esperar crecimiento y maduración de la glándula mamaria, lo que puede considerarse mayor riesgo de recurrencia. Adicionalmente, la mamoplastia reductora, estética y psicológicamente más aceptable que la mastectomía, deja tejido residual que aumenta la posibilidad de recrecimiento. Todo ello minuciosamente explicado a la paciente y sus padres.

El tratamiento antiestrogénico adyuvante postoperatorio es aceptado según Grolleau *et al*. y ayuda a prevenir la recurrencia (25). Estas drogas han demostrado ser efectivas para evitar el recrecimiento del tejido cuando se realiza mamoplastia reductora con tejido mamario remanente, aun sensible a la acción de los estrógenos con excelente respuesta, evitando la reintervención quirúrgica (9). En el caso de la adolescente, presentó recrecimiento mamario bilateral transcurridas seis semanas de postoperatorio, por lo cual fue necesario iniciar tratamiento con tamoxifeno. La respuesta fue favorable, presentando regresión del tejido glandular y sin reportar efectos secundarios al tratamiento. Actualmente, a cuatro meses de la suspensión del tamoxifeno, la paciente refiere muy ligero aumento del volumen mamario los dos primeros meses después de la suspensión, que se ha estabilizado actualmente.

El uso de Tamoxifeno como modulador selectivo del receptor estrogénico en el tejido mamario compite antagónicamente con los estrógenos a nivel de su receptor causando un efecto antiestrogénico. En los casos de hipertrofia mamaria benigna, el efecto de regresión del tejido hipertrofiado propio del tamoxifeno³ lo hace útil como complemento a la mamoplastia de reducción en la gigantomastia juvenil, por ello es el medicamento más utilizado actualmente (25).

Siendo el tratamiento quirúrgico la piedra angular en estos casos de gigantomastia, la técnica seleccionada fue la de abordaje con patrón de Wise, que es la más utilizada. Puede ser pediculada o se puede realizar una amputación con injerto autólogo del complejo areola-pezones, según fue descrito inicialmente por Thorek. Esta técnica consiste en la extirpación de la totalidad del polo inferior de la mama, sin preservación de pedículo (que irrigue el complejo areola-pezones) y el montículo mamario se reconstruye con piel superior medial y lateral. También es viable realizar alguna variante de esta técnica. En este caso, se modificó parcialmente la técnica, porque la resección no se limitó al polo inferior, sino que tomó parte del polo superior para lograr una resección de aproximadamente el 90% del tejido mamario.

En 1922, Thorek describió la mamoplastia estándar de reducción con injerto de pezón en la gigantomastia. La escasa proyección del complejo areola-pezones entre otros inconvenientes de esta técnica, han contribuido a su reemplazo por técnicas pediculadas (3). No obstante, el gran volumen mamario en el caso de esta adolescente, avala la técnica del injerto por su simplicidad y confiabilidad, Su uso se justifica por la gran cantidad de tejido mamario que sería necesario preservar en la técnica pediculada, para nutrir el complejo areola-pezones, que haría de esta reducción un procedimiento subóptimo en términos de la proporción de tejido a resecar. Así mismo, la gran distancia existente entre los pedículos mamaros y el complejo areola-pezones en esta adolescente, derivaría en un procedimiento inseguro para la vascularización del complejo areola-pezones.

En la planificación preoperatoria, se tomó como referencia la estructura ósea de la paciente, para ubicar correctamente sus neomamas acorde a sus proporciones corporales, considerando que no se debe utilizar las medidas estándares para mamoplastia reductora por tratarse de una adolescente en período de crecimiento, que aun no ve completado el desarrollo de sus mamas. Así mismo, tal y como lo señala Gil Bernardette *et al* las referencias basadas en medidas tradicionales han mostrado ser imprecisas, mientras que las estructuras fijas del esqueleto torácico que se relacionan con estructuras y referencias de la mama (pezón, surco submamario y meridiano mamario), brindan mayor objetividad en la planificación (35).

La hiperplasia estromal pseudoangiomatosa es una lesión proliferativa benigna del estroma mamario, con una prevalencia de 0,4 %. (9) Morita *et al.*, describen que la enfermedad podía estar asociada a otras enfermedades como condición fibroquística (14,1 %), fibroadenoma (0,9 %), y carcinoma (6,7 %) (36).

Comúnmente no tiene representación clínica como en la variedad difusa y se encuentra de forma accidental en biopsias aisladas de mama, o manifestarse como una lesión nodular palpable, única o múltiple, sin dolor, móvil, semiblanda, que puede ser bilateral y tan grande como 7 cm de diámetro.³⁶ La hiperplasia estromal pseudoangiomatosa según algunas series puede observarse hasta el 23% de las biopsias de mama, en su contraparte se han reportado 10 casos asociados a gigantomastia idiopática del adulto (28,34). En el caso descrito la presentación fue la de un hallazgo patológico sin masa palpable de forma incidental en una paciente con hiperplasia mamaria virginal.

El diagnóstico diferencial más relevante es con el angiosarcoma de bajo grado, en el que se observan hematíes en los espacios vasculares y están completamente rodeada por células endoteliales atípicas y con actividad mitótica (37). Los hallazgos histológicos asociados de la hiperplasia estromal pseudoangiomatosa de la mama son los cambios fibroquísticos, hiperplasia ductal sin atipia, adenosis,



metaplasia apocrina, cambios fibroadenomatosos, cambios similares a ginecomastia, pero pocas veces relacionado a hiperplasia mamaria severa (gigantomastia) en un mismo contexto clínico^{38,39}. En el presente caso, la hiperplasia estromal pseudoangiomatosa se observó junto con áreas de hiperplasia ductal sin atipias.

CONCLUSIÓN

1. La hiperplasia mamaria virginal es una entidad patológica poco frecuente cuya causa aún no ha sido dilucidada, pero que amerita tratamiento en casos sintomáticos, por su repercusión desde el punto de vista biopsicosocial.
2. El diagnóstico debe ser clínico y las imágenes constituyen un elemento muy importante para precisar la naturaleza de la lesión, excluir tumores y patologías ocultas.
3. La hipertrofia mamaria virginal, con severas manifestaciones sintomáticas, requiere intervención quirúrgica.
4. La mamoplastia reductora debe ser considerada como tratamiento de primera línea, por generar los mejores resultados desde el punto de vista físico y psicológico para la paciente.
5. En los casos de gigantomastia por hipertrofia mamaria virginal, se debe considerar el tratamiento médico en el esquema terapéutico, ante la posibilidad de recurrencia posterior a la cirugía.
6. El seguimiento a largo plazo forma parte del manejo de la hipertrofia mamaria virginal, para controlar las recurrencias después del tratamiento.
7. El manejo multidisciplinario es clave en esta entidad patológica para brindar al paciente un resultado satisfactorio y perdurable.

REFERENCIAS

1. Zubizarreta, Gabilondo, Madarriaga Romero M, Melendez J, Ayestaran S. Hipertrofia Mamaria Virginal Caso Clínico. *Cir.Plást.Iberoamericano* volume 04 octubre noviembre diciembre 2007.
2. H Dafydd 1, K R Roehl, L G Phillips, A Dancey, F Peart, K Shokrollahi, Redefining gigantomastia, *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2011 Feb;64(2):160-3. doi: 10.1016/j.bjps.2010.04.043. Epub 2010 Jun 8.
3. Anne Dancey, M. Khan, J. Dawson, F. Peart, Gigantomastia e a classification and review of the literature. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* (2008) 61, 493e502.
4. Min Jeng Cho, Jung-Hyun Yang, Hyeon-Gon Choi1, Wan Seop Kim, Yeong-Beom Yu, Kyoung Sik Park An idiopathic gigantomastia. *Annals of Surgical Treatment and Research* 2015;88(3):166-169.
5. Willy F. Jean-Louis, Alexis Bowder, Claude R. Dupont, Ruth Delva, McLee Jean-Louis, Roger C. Mixter, Frederick J. Duffy, MD, Extreme Gigantomastia Caused by Pseudoangiomatous Stromal Hyperplasia at Hopital Universitaire de Mirebalais: A Case Report, (*Plast Reconstr Surg Glob Open* 2021;9:e3960; doi: 10.1097/GOX.0000000000003960
6. Netscher DT, Meade RA, Goodman CM, *et al*. Physical and psychosocial symptoms among 88 volunteer subjects compared with patients seeking plastic surgery procedures to the breast. *Plast Reconstr Surg*. 2000;105:2366–2373).
7. Baur BS, Jones KM, Talbot CW. Mammary masses in the adolescent female. *Surg Gynecol Obstet* 1987; 165: 63-64.
8. L. S. Neinstein, "Breast disease in adolescents and young women" *Pediatric Clinics of North America*, vol. 46, no. 3, pp. 607-629, 1999.
9. Hoppe IC, Patel PP, Singer-Granick CJ, Granick MS. Virginal mammary hypertrophy: a meta-analysis and treatment algorithm. *Plast Reconstr Surg*. 2011 Jun;127(6):2224-2231. doi: 10.1097/PRS.0b013e3182131bd1. PMID: 21617457.
10. Hisham A. Latib MA, BAsiron N. Juvenile breast hypertrophy: A successful breast reduction of 14,9% body weight without recurrence in a 5-year Follow-Up. *Case Rep Surg*. 2017;2017:3491012.
11. Kupfer D, Dingman D. Broadbent R. Juvenile breast hypertrophy: report of a familiar pattern and review of the literature. *Plast Reconstr Surg* 1992; 90: 303-309.
12. Baker SB, Burkey BA, Thornton P, LaRossa D. Juvenile gigantomastia: presentation of four cases and review of the literature. *Ann Plast Surg* 2001; 5: 517-526.



13. Mareti E, Vatopoulou A, Spyropoulou G, -A, Papanastasiou A, Pratilas G, C, Liberis A, Hatzipantelis E, Dinas K: Breast Disorders in Adolescence: A Review of the Literature. *Breast Care* 2021;16:149-155. doi: 10.1159/000511924.
14. Templeman C, Hertweck SP. Breast disorders in the pediatric and adolescent patient. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000; 27: 19-34.
15. Netscher DT. Mosharrafa AM, Laucirica R. Massive asymmetric virginal breast hypertrophy. *South Med J* 1996; 89: 434.
16. Agaoglu G, Ozgur F, Erk Y. Unilateral virginal breast hypertrophy. *Ann Plast Surg* 2000; 45:451-453.
17. D J Laurence 1, P Monaghan, B A Gusterson, The development of the normal human breast. *Oxf Rev Reprod Biol*, 1991;13:149-74. PMID: 1845333
18. Lisa M. Arendt and Charlotte Kuperwasser, Form and function: how estrogen and progesterone regulate the mammary epithelial hierarchy *J Mammary Gland Biol Neoplasia*. 2015 June ; 20(0): 9–25. doi:10.1007/s10911-015-9337-0
19. Pokhrel B, Gautam S, Sharma S, *et al.* Virginal breast hypertrophy in a 14-year-old girl: A case report. *Clin Case Rep*. 2021;9:198–202. <https://doi.org/10.1002/ccr3.3498>
20. Wolfswinkel EM, Lemaine V, Weathers WM, Chike-Obi CJ, Xue AS, Heller L. Hyperplastic breast anomalies in the female adolescent breast. *Semin Plast Surg*. 2013; 27(1): 49- 55. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1347167>
21. Paepke S, Metz S, Brea Salvago A, Ohlinger R. Benign Breast Tumours - Diagnosis and Management. *Breast Care (Basel)*. 2018;13(6):403-412. doi:10.1159/000495919
22. Heather J. Kaneda, Julie Mack, Claudia J. Kasales, and Susann Schetter, Pediatric and Adolescent Breast Masses: A Review of Pathophysiology, Imaging, Diagnosis, and Treatment *American Journal of Roentgenology* 2013 200:2, W204-W21.
23. JUNITA, Dila; WIKANTA, Edmond Rukmana. Giant Breast Hypertrophy in Juvenile: A Rare Case. *Indonesian Journal of Cancer, [S.l.]*, v. 14, n. 2, p. 60-63, july 2020. doi:http://dx.doi.org/10.33371/ijoc.v14i2.700.
24. Figueroa Angel, Santino; Romero Flores, Venecia. Hipertrofia virginal mamaria en niños y manejo quirúrgico. *Rev. peru. ginecol. obstet.*, Lima, v. 58, n. 2, p. 127-132, 2012 . Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322012000200010&lng=es&nrm=iso.
25. Serraj MA, Juvenile Gigantomastia: About a Case and Review of the Literature. *Ame J Surg Clin Case Rep*. 2021; 2(6): 1-4.
26. Arscott GD, Craig HR, Gabay L. Failure of bromocriptine therapy to control juvenile mammary hypertrophy, *British Journal of Plastic Surgery* 54(8):720-3, January 2002. DOI:10.1054/bjps.2001.3691
27. Linda Fiumara, David T Gault, Mark R Nel, Dominique N Lucas, Elizabeth Courtauld, Massive bilateral breast reduction in an 11-year-old girl: 24% ablation of body weight, PMID: 18291739, DOI: 10.1016/j.bjps.2007.10.053
28. Idiopathic gigantomastia with Pseudoangiomatous stromal hyperplasia: A case report Aakansha Vashistha, Manish Rundla, Farukh Khan, Prabha Om, *International Journal of Surgery Case Reports* 77 (2020) 915–919.
29. Türkan H, Gökgöz MŞ, Taşdelen İ, *et al.* Gestational gigantomastia. *J Breast Health*. 2016;12:86–87.
30. Vuitch MF, Rosen PP, Erlandson RA. Pseudoangiomatous hyperplasia of mammary stroma. *Hum Pathol* 1986; 17:185-91.
31. Gow KW, Mayfield JK, Lloyd D, Shehata BM. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia of the breast in two adolescent females. *Am Surg*. 2004; 70(7):605-8.
32. Castro CY, Whitman GJ, Sahin AA Pseudoangiomatous stromal hyperplasia of the breast. *Am J Clin Oncol*. 2002; 25(2): 213-6.
33. Vicandi B, Jimenez-Heffernan JA, Lopez-Ferrer P, Ortega L, Viguer JM. Nodular pseudoangiomatous stromal hyperplasia of the breast. Cytologic features. *Acta Cytol*. 1998; 42(2):335-41.
34. Ibrahim RE, Sciotto CG, Weidner N. Pseudoangiomatous hyperplasia of mammary stroma. Some observations regarding its clinicopathologic spectrum. *Cancer* 1989; 63: 1154-1160
35. Gil Bernardette, Rincón Linda, Cemborain Marisela, Bookaman Angelique. Evaluación radiológica de la correspondencia entre los puntos antropomórficos de la mama y sus respectivos puntos antropométricos en el esqueleto torácico. *Cir. plást. Ibero-latinoam.*-Vol. 45 - Nº 3, Julio - Septiembre 2019 / Pag. 253-260).
36. Moriya T, Endoh M, Semba S: Pseudoangiomatous stromal hyperplasia (PASH). *Byori to Rinsyo* 19:518- 520, 2001
37. Cohen MA, Morris EA, Rosen PP, Dershaw DD, Liberman L, Abramson AF. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia: mammographic, sonographic and clinical patterns. *Radiology* 1996; 198:117–120.
38. Ferreira M, Albarracín CT, Resetkova E. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia tumor: a clinical, radiologic and pathologic study of 26 cases. *Mod Pathol*. 2008 Feb;21(2):201-7. Epub 2007 Dec 14.
39. Johnson R, Haywood R. A case report of prepubescent idiopathic gigantomastia with pseudoangiomatous stromal hiperplasia. *International Journal of Surgery Case Reports* 101 (2022) 107793.

SEMBLANZA DEL DR. JOSÉ M. FRANCISCO EPÓNIMO DEL CONVERSATORIO “DESAFÍO PEDIÁTRICO INTEGRAL, MÁS ALLÁ DE LO BIOLÓGICO”

Dra. Darda Ramírez¹.

¹Pediatra Puericultor. Especialista en Medicina del Adolescente. Defensor de NNA.

Presidenta de la Comisión de Pediatría Social de la SVPP

E-mail: chenofra@gmail.com

PRESENTACIÓN

Esta semblanza sobre el Profesor José M. Francisco, constituyó, la primera de nueve intervenciones, en el Conversatorio “Desafío pediátrico integral Más allá de lo biológico”, realizado en el Auditorio “Dr. Joel Valencia”, del Hospital Privado Centro Médico de Caracas, organizado por la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (SVPP), con el respaldo de la Academia Nacional de Medicina y de la Junta Directiva de la Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas, como un reconocimiento a su trayectoria profesional.

Como Maestro Ceremonia y Bienvenida, actuó el Dr. Pedro Ospina (SVPP).

La Dra. Isis Nezer de Landaeta, Presidente de la Academia Nacional de Medicina, dio apertura al acto, con un comentario elogioso sobre la labor científica, docente y social del Dr. José Francisco.

Los ponentes fueron los siguientes: Dra. Darda Ramírez: “Semblanza del Dr. José M. Francisco”; Dr. Alejandro Risquez: “Salutogénesis de niños y adolescentes”; Dr. Germán Rojas Loyola: “Los Pediatras, como seres bioéticos”; Dra. Saturnina Clemente: “Consulta pediátrica: entre lo orgánico y lo psicosocial, una necesaria reflexión”; Dr. Huniades Urbina M.: “Escenarios de violencia de género”; El Abogado, Carlos Trapani: “Infancia armada y su impacto en las escuelas”; El Lic. en Educación, Fernando Pereira: “CECODAP, una experiencia biopsicosocial venezolana” y finalmente, el homenajeado Dr. José M. Francisco: “Comentarios y Enfoque Multifactorial de la Puericultura y Pediatría”, además de Comentarios sobre las intervenciones precedentes.



La mayoría de los ponentes, hizo cordial referencia adicional, a diversas situaciones y experiencias asistenciales, docentes u organizativas, en las cuales habían compartido actividades con el epónimo, en actividades relacionadas con la Pediatría Social,



Centro Médico de Caracas



entendida ésta como el debido enfoque integral del continuo salud/enfermedad, de niños y adolescentes, considerando y valorando los múltiples factores biológicos, económicos, sociológicos, psicológicos, ambientales, políticos, culturales y otros, que intervienen en la protección y conservación de la salud, así como en el padecimiento de enfermedades, su gravedad, evolución, desenlace y secuelas, si las hay. Hubo acuerdo tácito, en que, la denominada “Pediatria Social”, no es un área, ni una rama, ni mucho menos una Especialidad de la Pediatría, sino ella misma “bien hecha”, como afirmaba, la inolvidable Dra. Lya Imber de Coronil (1914-1981).

SEMBLANZA

A continuación, se presenta un resumen de la biografía del Médico Pediatra venezolano, Dr. José M. Francisco, basado en una entrevista realizada y presentada por la Dra. Darda Ramírez, con apoyo fotográfico y biográfico.

“Trataré de resumir las 35 páginas del *Curriculum* del Dr. José Manuel Francisco, epónimo de este encuentro sobre Pediatría Social. Nació en Caracas, el primer día de septiembre de 1931. Sus padres fueron Don José Manuel Francisco Cabrera y Doña Candelaria Meneses de Francisco, ambos españoles de Tenerife, Islas Canarias, quienes llegaron a Venezuela en 1929. Su hermano Rosendo, once años mayor, fue siempre un ávido lector, con una condición docente innata, que nuestro biografiado recuerda con especial ternura y agradecimiento.

Estudia Primaria en las Escuelas “República del Brasil” y “Jesús Muñoz Tébar” y Bachillerato en el Liceo “Fermín Toro”. En 1950, ingresa a la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (UCV). El Dictador Pérez Jiménez, cierra la UCV por dos años, por lo que realiza el segundo año en Mérida y regresa a Caracas, culminando en 1957.

Durante sus estudios médicos fue Técnico Radiólogo del “Hospital Médico Quirúrgico de Emergencia”,

conocido como “Puesto de Socorro de Salas”, (1953-1957) y Externo del Hospital “José María Vargas” de La Guaira. (1957). Además, Interno y Jefe de Guardia en el Hospital “Carlos J. Bello” de la Cruz Roja Venezolana (1955-1957).

Graduado de Médico Cirujano en la Promoción “Dr. Félix Pifano, en 1957. Graduado de Doctor en Ciencias Médicas en la Universidad del Zulia, en 1979, con una investigación personal sobre Perímetro Cefálico normal y sus límites en 733 niños eutróficos. (4.142 mediciones)

Al egreso de la UCV, se incorpora en el Hospital Municipal de Niños “J. M. de los Ríos”, (100 camas), como Médico Voluntario, en su sede original, desde 1936, ubicada en el lado oeste del Hospital “Vargas”, esquina de Pirineos, Parroquia San José. Al año siguiente (1958), el Hospital de Niños, fue trasladado a San Bernardino, (420 camas), donde fue designado Médico Interno, en propiedad.

Realizó el Curso de Postgrado Universitario de Puericultura y Pediatría de la UCV, sede Hospital de Niños (1959-1961): Promoción “Dr. Simón Gómez Malaret”, desarrollado por el personal docente de la Cátedra, asistencial del Hospital y del Hospital Universitario de Caracas, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y Seguro Social, algunos de ellos, Pediatras o Sanitaristas venezolanos que estaban exiliados y regresaron después de la caída del Dictador Pérez Jiménez en 1958, con experiencia en diversos países (España, México, Argentina y Chile).

Además, vinieron destacados Pediatras invitados, Profesores extranjeros de la especialidad, provenientes de México, EEUU, Colombia, Argentina, Uruguay, Chile, Costa Rica, Cuba y España, a dictar Conferencias y Cursos. Por otra parte, la reorganización y modernización de la Biblioteca de Hospital, denominada posteriormente (1965), con el nombre del ilustre pediatra, “Dr. Gustavo H. Machado”, a cargo de la Sociedad de Médicos del Hospital, biblioteca que recibía más de 200 títulos de Revistas científicas generales y especializadas, provenientes de diversos países, adquiridas por la Sociedad de Médicos del Hospital de Niños y por donaciones particulares.



SEMBLANZA DEL DR. JOSÉ M. FRANCISCO - EPÓNIMO DEL CONVERSATORIO “DESAFÍO PEDIÁTRICO INTEGRAL, MÁS ALLÁ DE LO BIOLÓGICO”

Por otra parte, las interesantes reuniones científicas semanales de los sábados, alternaban, tipo Clínicas y Anatómo-Clínicas, llenaban el Auditorio con asistencia adicional de pediatras de diversas edades e Instituciones.

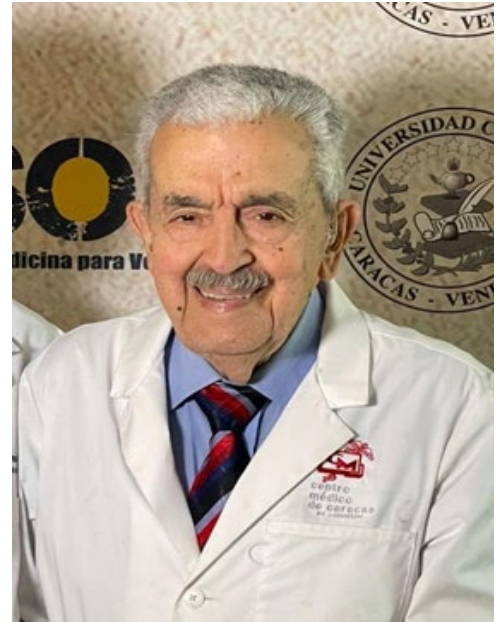
Salvo dos años en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, nuestro biografiado, ha trabajado, 63 años en el Hospital de Niños, primero como Pediatra (Interno, Residente, Adjunto y Jefe de Servicio (1958-1995), como Colaborador Docente, (1963-1970), 7 años y desde 1970, además, Profesor Universitario, hasta la actualidad (2023.). El Hospital de Niños ha sido: “como su otra casa”

Desde 1940, hasta la fecha, el Hospital de Niños ha sido sede oficial de cursantes universitarios de Puericultura y Pediatría, primero, solo de pregrado y luego se añadió posgrado.

Es Miembro de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (SVPP): desde 1959 (64 años)

Trabajó, *Ad honorem*, como Pediatra Adjunto, en el Servicio de Puericultura y del Retén de Recién nacidos del Hospital “Carlos J. Bello” de la Cruz Roja Venezolana en el lapso 1961-1966.

Profesor en Educación Secundaria de las asignaturas Puericultura, Biología y Anatomía Comparada, en el “Colegio Americano” y el Liceo “J. F. Torrealba” (1956-1967).



Entre otros, realizó el Curso de Capacitación Docente para personal docente y de investigación: 1964-1965 y el Curso I de Actualización Docente Vicerrectorado Académico. SADPRO. UCV. 1980-1981.

En julio de 1970, es designado Instructor Interino, de la Facultad de Medicina, Cátedra de Puericultura y Pediatría, sede Hospital de Niños “J. M. de los Ríos”, luego, en 1974, como Instructor por Concurso. Ascendió a Profesor Asistente en 1978 y a Profesor Agregado en 2008. En la Cátedra de Puericultura y Pediatría en el Hospital de Niños, (Pregrado), fue Coordinador de Puericultura (1970-1976) y luego, de Pediatría Social, como continuación de la labor desarrollada por la Profesora Dra. Lya Imber de Coronil, pionera de la pediatría social en el país.

En 1976, realiza el Curso Internacional de Medicina Social, de un mes de duración, patrocinado por el Centro Internacional de la Infancia y la Oficina Sanitaria Panamericana, en Temascalcingo, México y el Curso Internacional de Obstetricia y Pediatría Social, (abril-junio), en el Centro Internacional de la Infancia. París, Toulouse y Checoslovaquia. (Beca del Centro Internacional de la Infancia. París Francia).



Las actividades docentes de Pediatría Social han sido continuas, hasta la actualidad, (1981-2023), figuran como complemento de la formación pediátrica de los programas ordinarios de Pregrado, las cuales han sido realizadas durante los últimos 42 años.

Nos refiere, que en los Servicios de Pediatría donde atendió, durante varias décadas, los análisis de los denominados “casos clínicos”, fueron siempre “integrales”, (“sociales”), tomando en consideración, no solo los aspectos biológicos, sino también, los denominados Factores Determinantes, para entender mejor y mejorar el apoyo al paciente, su enfermedad, a su familia y a las múltiples circunstancias que los rodean, para poder ser más justos, útiles y eficaces.

Cumplió actividades de Proyección Social de la Cátedra, atención integral de niños sanos y enfermos, reuniones con la comunidad, en el barrio de Cotiza en San José, en el barrio “Los Eraso”, de San Bernardino, junto con la Dra. Mireya Pérez Peditra de dilatada y eficaz labor en el Consultorio “Dr. Francisco Castellanos”, creado por la comunidad del Barrio. Además, en un Centro de Salud del MSAS en la Urbanización Pedro Camejo y en un Dispensario, en el pueblo de San José de Galipán, este último en la cara norte de la serranía del Ávila

Por encargo del Jefe de Cátedra, Dr. F. Castellanos, en los años 70, coordinó la modificación de la técnica de evaluación de crecimiento de niños y adolescentes,

en las Consultas e Historias Clínicas del Hospital “J. M. de los Ríos”, calculado con fórmulas matemáticas, al moderno método, para la época, de la utilización de las curvas antropométricas de J. M. Tanner (Gran Bretaña) y luego de OMS y de Fundacredesa, en todos los Servicios del Hospital de Niños

En 1984, realizó la primera investigación nacional masiva de niños hospitalizados por diversas formas de maltrato, en el Archivo Médico del Hospital “J. M. de los Ríos”. Encontró 96 casos, en la década 1974-1983. De ellos 92% de Maltrato Físico, 5% por “Síndrome de Munchhausen por poder” y 3% por Maltrato Sexual. (Francisco, J. (2012) Maltrato de niños en Venezuela. Tribuna del Investigador. (APIU/UCV). V13. (1-2): 9-22.

En 1985, por Jubilación del ilustre Maestro, Profesor Francisco Castellanos, se abrió el Concurso para la Jefatura de la Cátedra y la Dirección del Posgrado Universitario de Puericultura y Pediatría de la Facultad de Medicina, UCV, en el Hospital “J. M. de los Ríos”, el cual ganó por concurso, la ejerció en el lapso 1985-1994.

Fue Coordinador de la Comisión de las Residencias Programadas de Subespecialidades del Hospital, Coordinador del Comité Académico de Curso y del Comité Académico de la Especialidad Puericultura y Pediatría, en la Comisión de Estudios para Graduados, Facultad de Medicina UCV. 1985-1994.



En enero de 1995, solicitó permiso no remunerado, durante dos años, para desempeñar los cargos de Director Materno Infantil Nacional (1995-1996) y luego Director General Sectorial de Salud en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social: (1996-1997).

De regreso al Hospital, trabajó como Coordinador del Servicio de Niños Sanos, que funcionaba mañana y tarde, de lunes a viernes, con personal de la Cátedra y del Hospital. Se evaluaba examen físico, crecimiento y desarrollo, alimentación, se aplicaban las vacunas pediátricas facilitadas por el Ministerio de Salud y se dictaban charlas educativas a las madres de los niños, con un grupo rotatorio de Cursantes de Posgrado y alumnos de Pregrado de la Escuela de Medicina “J. M. Vargas”.

Posteriormente fue jubilado, de la actividad asistencial hospitalaria. Ha continuado, hasta la actualidad, en la actividad docente teórico-práctica, como Profesor Activo.

En resumen: Profesor Universitario por concurso. Activo, desde 1970, hasta la fecha, en la Cátedra de Puericultura y Pediatría, Escuela “J. M. Vargas”, Facultad de Medicina, UCV, sede Hospital “J. M. de los Ríos”. Actualmente, Profesor Agregado, Activo.

Asesor y/o tutor de Trabajos Especiales de Investigación y Miembro del Jurado de cursantes de Postgrado de Puericultura y Pediatría, como en materias afines, en otras sedes, así como actividades relacionadas con psicología infantil, Derechos del Niño, historia de la medicina, sociología, salud pública, entre muchos otros. Designado Miembro Honorario de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (1909).

Individuo de Número de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, (2003, Sillón XXXI). En esta corporación, ha sido Secretario, Vicepresidente y Presidente. Ingresó con la biografía: [“Génesis de la pediatría venezolana” “Dr. José Manuel de los Ríos”]

Ingresó a la Academia Nacional de Medicina (ANM),

en 2011, como Miembro Correspondiente, con una investigación sobre 11.893 Niños en Circunstancias Difíciles (Nomenclatura del Maltrato de UNICEF), atendidos en PANACED, Barquisimeto, en la década 2000-2009. (Francisco, J. Gac. Med. de Caracas (2011)119:(3) 218-242)

En 2017, electo Individuo de Número de la Ilustre Academia Nacional de Medicina, Sillón XIII, con una investigación sobre embarazo en adolescentes, en 11.593 nacimientos, en dos hospitales públicos y dos privados en Caracas, distinguido con el “Premio al mejor trabajo del año”. Ha sido Miembro, Secretario y Presidente de la Comisión de Pediatría y Puericultura de esta Ilustre Corporación.

Colaborador, asesor y miembro de la Junta Directiva de la Fundación Oficina Nacional de Denuncia de Niños, (FONDENIMA) desde 1984, hasta la fecha. Además, en CECODAP, Red por los Derechos Humanos de Niños, Niñas y Adolescentes (REDHNA), Universidad Católica Andrés Bello, entre otros.

Ha participado en 41 congresos internacionales, cursos y talleres, de pediatría, puericultura, salud pública, medicina social, educación para la salud, información biomédica e historia de

la medicina en Venezuela, en diversos países: Argentina, Colombia, Chile, Cuba, Ecuador, Guatemala, México, Paraguay, República Dominicana y Uruguay, así como en EEUU, Canadá, España, patrocinados u organizados por: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. UNICEF, PNUD. UNESCO, Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE), Centro Internacional de la Infancia, Paris y Organización AFECTO (Save the Children Foundation) de Bogotá, Colombia.

Igualmente, ha participado en numerosos Congresos y reuniones desarrollados por Organizaciones No Gubernamentales (ONG), relacionadas con los derechos de los niños y su incumplimiento, maltrato de niños: FONDENIMA, Fundación del Niño. FIPAN, Asociación



del Preescolar, CECODAP, PANACED; Organización AFECTO de Colombia y de Maracaibo, entre otras.

Publicaciones: Un libro; 17 capítulos en libros, entre ellos: “Accidentes más frecuentes en el niño”, “Síndrome del Niño Maltratado “Derechos del Niño”, “Enfermedades infecciosas eruptivas”, “Infancia, adolescencia y violencia, “Quemaduras intencionales de niños. Una forma terrible de maltrato”, “Ciencia, renovación y docencia. De Vargas a Razetti” y “Dictadura, estudios médicos y libertad”, “Puericultura y Pediatría. Introducción”, “Maltrato de Niños en Venezuela, “Institucionalidad y Protección del Niño Enfermo.

En 2012, con motivo del 65° aniversario del Hospital Privado Centro Médico de Caracas, participó en el libro editado a tal fin (“Un sueño que trasciende el tiempo”), con el tema: “Historia del Departamento de Pediatría” de la Institución (pp. 163-173).

Además, 68 artículos publicados en diversas revistas nacionales y extranjeras.

Extensión docente: 301 conferencias, (todas Ad honorem), registradas en 35 años, en el lapso enero 1980- marzo 2015. (35 años): (media aritmética anual: 8,57).

Por razones de espacio y tiempo de exposición, se omite la enumeración de asistencia a innumerables Congresos, Jornadas, Talleres, entre otros, realizados en Venezuela y en el exterior.

En cuanto a labor de extensión docente a la comunidad, ha participado como expositor, en la gran mayoría de los cursillos dictados en el Hospital de Niños, durante 35 años, así como en otros centros hospitalarios o docentes, sobre numerosos temas de interés para médicos, educadores de Pre escolar, Primaria y Secundaria, Enfermeras, Trabajadores Sociales y Psicólogos, entre otros; nacionales y extranjeros y otras instituciones, la mayoría de ellas, relacionadas con la violencia contra los niños (malos tratos en sus diversas formas), derechos de los niños y otros temas de pediatría social.

Autor, con el profesor Carlos Izquierdo y la Diseñadora Jacqueline Cherouvier, del folleto impreso a color: “Los accidentes en el niño, pueden evitarse si todos colaboramos”, patrocinado por la Fundación del Niño y la SVPP, presentado en el Congreso Nacional de Pediatría. Caraballeda, 1976

Autor del libro “Origen y evolución de la salud pública en Venezuela”, patrocinado y publicado por la OPS/OMS, con motivo del centenario de su creación, en 2003

Miembro Fundador y dos veces Secretario de la Junta Directiva de la Sociedad de Médicos del Hospital de Niños, Miembro del Consejo de la Escuela Vargas, por elección, durante 16 años. Ha sido Miembro de Comité editorial y Árbitro de 7 revistas Científicas.

Actividad gremial, así como en diversas asociaciones científicas sociales y docentes, desde 1963, hasta la actualidad.

Ejercicio profesional privado de Puericultura y Pediatría, en la Clínica Florida (1957-1964) y desde 1964, en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

Miembro fundador del grupo de Pediatras que crearon y atendieron en la Clínica de Emergencia Infantil, en San Bernardino, durante el lapso 1966-1994.

En 1974, coordinó la elaboración y presentó el Audiovisual “Ser Pediatra hoy”, premiado en el XIV Congreso Internacional de Pediatría, realizado en Buenos Aires, con asistencia de más de 7.000 pediatras, de diversos países

En 1994, formó parte de los fundadores de “ALAMA”, (Asociación de Lactancia Materna). Se elaboraron folletos y tarjetas de divulgación sobre ventajas y técnicas recomendadas de la lactancia natural y se organizaron conferencias, talleres y declaraciones de prensa. En 1997, dejó de funcionar, a raíz de un incendio en la sede, que afectó notablemente los archivos y depósitos.



Ha recibido 29 reconocimientos, entre ellos: la Orden Andrés Bello. Segunda Clase (1993); Gran Cordón Gobernación del Distrito Federal (1998); Miembro Honorario de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (2009). Premio Honor al Mérito “Dr. Gustavo H. Machado” de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (2012). Premio “Dr. J. M. de los Ríos” (coautor). Mejor trabajo de investigación. 2013” y Orden “Niños y Niñas de Chacao”. 2015.

El texto de la placa, que la SVPP, le entregará al final de este Conversatorio, es el siguiente: “Reconocimiento al Dr. José M. Francisco como merecido homenaje por su encomiable labor en pro de la salud de los niños, niñas y adolescentes, pionero en pediatría social, donde ha demostrado una dilatada trayectoria, así como en el ámbito docente. Considerado un baluarte de la pediatría nacional”.

Firman las Dras. Elvia Badell y Joselit Torres, como Presidente y Secretario, de la Junta Directiva Central de la SVPP”.

En su adolescencia estudió música en la Escuela Preparatoria y en la Escuela Nacional de Música en Caracas: Teoría y Solfeo (Inocente Carreño). Violín. Ascanio Negrete (1944-1948). Excursionista: Ascensos: Sierra del Ávila, Pico Bolívar. Mucuñuque; Pico Teide, entre otros.

Fotógrafo aficionado, desde 1947. Distinguido en varias ocasiones en los Salones de Arte Fotográfico del Colegio de Médicos del Distrito Federal, FIPAN, Primer Premio del Concurso del Diario “El Nacional”, en 1968. Su primer galardón lo obtuvo en 1949 en el “Liceo Fermín Toro”, el más reciente, en mayo, 2016, (Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría).

En el lapso 1960-1970, cineasta aficionado, miembro de la Asociación de Cine Amateur, con varias películas premiadas, en formato Supercho

Fue coautor, junto con la Dra. Zaira de Andrade, del Guion de un Documental, que denunció la grave situación del Hospital “J. M. de los Ríos”, titulado “Los

Niños Callan”, (1971) B/N, 16mm, 20min., del cineasta Jesús Guedez.

Además, Iniciador y participante de diversos Cine foros, sobre pediatría social en la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría.

Padre de dos hijas: Valentina (Psicóloga) y Vanessa, (Biólogo Marino), una nieta (Ximena). Su esposa, Profesora Consuelo Ramos de Francisco, Bibliotecólogo e Historiadora, ha publicado importantes trabajos sobre historia y bibliografía pediátrica.

Finalmente, y en el terreno personal, puedo expresar que conocí a nuestro homenajeado, mientras hacia mi residencia como Pediatra, asistiendo a algunos eventos de pediatría social y congresos nacionales. En 2007, fui invitada por la SVPP a integrarme en la Comisión de Pediatría Social. Fui Secretaria de dicha Comisión y desde entonces, mantenemos una fraternal amistad. Definir al Dr. José Francisco, no es tarea fácil, pero puedo decir, que ha sido mi maestro, no solo en el ámbito profesional sino personal, es una persona laboriosa, íntegra, colaborador, progresista, amante de la lectura, con una cultura general impresionante; muy agudo con sus apreciaciones, pero al final, estas se agradecen porque nos fortalecen profesionalmente y nos hacen mejores personas. Sempiterno soñador de un país alcanzable, donde lo más sagrado, los niños, adolescentes y jóvenes, tengan prioridad en todas las acciones que tanto el Estado, como la Sociedad deben y pueden ejecutar.

No en vano, es considerado por muchos de nosotros, como el principal defensor de la Pediatría Social en Venezuela, después de los valiosos esfuerzos de los primeros maestros pioneros en el área. Van, para él, nuestras más sentidas felicitaciones y reconocimiento, en vida, de toda su impecable trayectoria.

Muy merecido este evento en su honor, con el aval de la SVPP, el apoyo de la Academia Nacional de Medicina y especialmente, de la Sociedad Médica del Centro



D Ramírez.

Médico de Caracas, así como la valiosa presencia personal y virtual, de personas que lo queremos y admiramos.

Disfrutemos este compartir de saberes.

Gracias por su atención.

Entrevista y Discurso:

Dra. Darda Ramírez.



INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

<https://www.revistacentromedico.org/instrucciones/>

La revista del Centro Médico de Caracas es el órgano oficial de divulgación científica y cultural de la Sociedad Médica del CMC, para la publicación de artículos originales o primarios o los resultados de la investigación de los mismos dirigidos a un comité editorial para su publicación bianual.

El comité editorial está constituido por el editor y miembros seleccionados por la Junta Directiva de la Sociedad Médica del Hospital Privado Centro Médico de Caracas. Tiene además un comité asesor integrado por especialistas que fungen de árbitros. Estos así como el Comité editorial, deben respetar la confidencialidad de los autores y el contenido de los manuscritos.

El comité editorial puede hacer las correcciones que considere pertinentes informando debida y oportunamente al autor o los autores, así mismo el comité editorial podrá consultar con especialistas en temas ajenos a la competencia de los miembros del comité.

Estos pueden ser inéditos o no, pero deben ser revisados por el editor, comité editorial, o expertos en temas específicos, asegurando la confidencialidad a los autores. Deben contener en forma general una orientación triple de introducción, desarrollo y conclusiones.

Requisitos formales:

- Formato: Microsoft word, hoja tamaño carta.
- Letra: Arial tamaño 12 puntos
- Espaciado: Texto en un espacio y medio (1,5). Sumario y referencias bibliográficas a un solo espacio.

- Márgenes: uniforme de 3 cms
- Extensión: variable según el material enviado en relación a los subtítulos aceptados (ver abajo). No pasar de 40 cuartillas incluidos todos los anexos, fotos, gráficos, bibliografía, etc.
- Numeración: todas numeradas al pie de página derecha.
- Títulos: Debe expresar la esencia del trabajo con menos de 10 palabras en mayúsculas. Los subtítulos en minúscula.
- Nombres de autor y autores: Apellido y nombre completo.
- Reseña curricular del autor y/o autores: con un asterisco al pie de página señalar la institución o instituciones pertenecientes actualmente. No pasar de 50 palabras.
- Sumario: visión ordenada de los contenidos a espacio sencillo.
- Utilización de cursivas: en palabras, expresiones diferentes para hacer énfasis.

La revista Centro Médico de Caracas publica editoriales, artículos de revisión, artículos originales (publicados o no), artículos doctrinarios de la Medicina, la Salud pública, de Historia de la Medicina y la comunidad. También publica reportes de casos clínicos, reuniones anatomoclínicas, cartas al editor, artículos sobre temas culturales presentados en la Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas y otros lugares.

En la primera página el título, que no exceda las 40 palabras. Luego el nombre de los autores, con sus grados académicos y sus afiliaciones institucionales, e-mail y teléfonos.



En la segunda página un resumen en español e inglés de un máximo de 200 palabras, que contenga el objetivo, método, resultados y conclusiones, incluyendo entre 3 y 10 palabras claves. Sugerimos para la elaboración del contenido del manuscrito consultar las recomendaciones internacionales: <http://www.español.equatornetwork.org>

Las referencias son las mencionadas en el texto con números entre paréntesis, colocado inmediatamente luego del nombre del autor o autores, y en el orden en que van apareciendo en el texto con las siguientes normas:

1. Para revistas o publicaciones periódicas: apellido(s) del autor (es), inicial del nombre (s). Título del artículo en cursiva. Abreviatura internacional de la revista. año, volumen, páginas, inicial y final.
2. Si se trata de libros: Apellido(s) del autor(es) e iniciales del nombre(s). Título del libro. Edición. Lugar de publicación (ciudad). Casa editora, año
3. Capítulos de libro: Apellido(s) del autor(es), inicial del nombre(s). Título del capítulo, Apellido(s) e inicial(es) del editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación (ciudad) casa editora, año. páginas inicial y final.
4. Referencia Electrónica: Apellido y nombre del Autor (es). Título o descripción del documento. Dirección electrónica. Fecha de Publicación.

El comité editorial se reserva el derecho de modificar los artículos aceptados, para adaptarlos a las normas de publicación.

Dirección para recepción de los manuscritos info@sociedadmedica.org

Redacción de citas bibliográficas según estilo de las Normas de Vancouver

El actual comité editorial de la Revista de la Sociedad Médica “Centro Médico de Caracas”, que dirige el

Dr. Oscar Colina y que continúa la tarea de su anterior Director el Dr. Abraham Krivoy, quien logró la titánica labor de digitalizar los números de la Revista a partir del Volumen N° 3 del año 1964 hasta el presente, los cuales podemos encontrar en internet en la siguiente dirección electrónica <https://www.revistacentromedico.org/>, queremos seguir aumentando el valor editorial de esta revista hasta conseguir su indexación en Lilacs (<https://lilacs.bvsalud.org/es/>) que desde hace 32 años es el más importante índice de la literatura científica en Salud de América Latina y del Caribe.

Para lograr este objetivo debemos conseguir la publicación regular de los números de la Revista y quienes en ella publican, deben cumplir los Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas (https://metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf). Por esta razón, hemos incluido en el número actual, el estilo de citas bibliográficas de revistas biomédicas basado en las Normas de Vancouver actualizadas para el año 2019, el cual descargamos de la Biblioteca de la Universidad Autónoma de Madrid https://biblioguias.uam.es/citar/estilo_Vancouver y que a continuación transcribimos. Además el resumen del trabajo a publicar, debe ser entregado tanto en español como en inglés. Esperamos contar con su colaboración, para que nuestra institución y su revista, sigan siendo ejemplo de calidad, superación y compromiso con nuestro país.

Citas y elaboración de bibliografía: el plagio y el uso ético de la información: Estilo Vancouver

Guía para citar respetando los derechos de autor

Los estilos de cita

Es importante hacer un uso responsable, ético y legal de la información que se utiliza cuando se elabora un trabajo académico. Al incluir las referencias bibliográficas identificamos las ideas e información que han sido tomadas de otros autores. Si además empleas un estilo de cita normalizado se favorece el reconocimiento de la fuente empleada para que cualquier otra persona pueda localizar esos documentos.



La elaboración de un trabajo académico o científico requiere de la inclusión de una bibliografía sistemática y estructurada. En su redacción hay dos elementos fundamentales:

1. las citas en el texto: forma de referencia breve entre paréntesis dentro de un párrafo o añadida como nota a pie de página, al final de un capítulo o del documento, según dicte el estilo bibliográfico empleado y
2. las referencias bibliográficas: una nota más extensa y ordenada alfabéticamente al final del documento o siguiendo una sucesión numérica que corresponde al orden de citas en el texto, también dependiendo de las normas del estilo utilizado.

Los gestores de citas bibliográficas son herramientas que permiten recopilar bibliografía, organizarla, comentarla o compartirla, utilizarla para la preparación de un manuscrito con vistas a su publicación o incluso adaptar su estilo a las normas de edición de una determinada revista científica. *RefWorks* es la aplicación recomendada por la UAM para la gestión de bibliografías personales de docentes, investigadores y estudiantes. Las bibliotecas de la UAM ofrecen cursos de formación sobre la elaboración de bibliografías y la utilización de *RefWorks*.

Redactar referencias bibliográficas según estilo Vancouver

Libro completo

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

Bell J. Doing your research project. 5th. ed. Maidenhead: Open University Press; 2005

Volúmenes independientes de libros

1. Volúmenes con título propio pero de los mismos autores/editores

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Páginas. Vol. nº. Título del capítulo.

Cicchetti D, Cohen DJ, editors. Developmental psychopathology. Vol. 1, Theory and methods. New York: John Wiley & Sons, Inc.; c1995. 787 p.

2. Monografías seriadas

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Páginas. (Autor/es. Título de la serie. Vol. nº)

Stephens D, editor. Adult audiology. Oxford (UK): Butterworth-Heinemann; c1997. 657 p. (Kerr AG, editor. Scott-Brown's otolaryngology; vol. 2).

Capítulos de libros

Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/ Coordinador/Editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. página inicial-final del capítulo.

Franklin AW. Management of the problem. En: Smith SM, editor. The maltreatment of children. Lancaster: MTP; 2002. p. 83-95.

Artículo de revista

Autor/es. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. año; volumen (número): página inicial-final del artículo.

Dawes J, Rowley J. Enhancing the customer experience: contributions from information technology, J Business Res. 2005; 36(5):350-7.

Actas de congresos y conferencias (se citan como un libro)

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.



Comunicaciones y ponencias

Autor/es de la comunicación / ponencia. Título de la comunicación / ponencia. En: Título oficial del Congreso. Lugar de Publicación: Editorial; año. página inicial-final de la comunicación / ponencia.

Anderson JC. Current status of chorion villus biopsy. Paper presented at: APSB 1986. Proceedings of the 4th Congress of the Australian Perinatal Society, Mothers and Babies; 1986 Sep 8-10; Queensland, Australian. Berlin: Springer; 1986. p. 182-191.

Recursos en internet

Libros

Autores. Título [Internet]. Lugar: Editor; año [revisión; consultado]. Disponible en: url.

Richardson ML. Approaches to differential diagnosis in musculoskeletal imaging [Internet]. Seattle (WA): University of Washington School of Medicine; 2007-2008 [revised 2007-2008; cited 2009 Mar 29]. Available from: <http://www.rad.washington.edu/mskbook/index.htmlpA>

Artículos de revistas

Autor. Título. Nombre de la revista abreviado [Internet] año [consultado]; volumen (número): páginas o indicador de extensión. Disponible en:

Aboud S. Quality of improvement initiative in nursing homes. Am J Nurs [Internet]. 2002 [Consultado 22 Nov 2012]; 102(6). Disponible en: <http://www.nursingworld.org>.

Sítios web

Autor/es. Título [Internet]. Lugar de publicación: Editor; Fecha de publicación [revisado; consultado]. Disponible en: dirección electrónica.

European Space Agency. ESA: Missions, Earth Observation: ENVISAT. [Internet]. [Consultado 3 Jul 2012]. Disponible en: <http://envisat.esa.int/>

Parte de un sitio web

Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; c2009. Dental health; 2009 May 06 [cited 2009 Jun 16]; [about 7 screens]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/dentalhealth.html>

Datos de investigación

Veljić M, Rajčević N, Bukvički D. A Revision Of The Moss Collection Of The University Of Belgrade Herbarium (Beou) From The Ostrozub Mountain In Serbia [Internet]. Zenodo; 2016. Available from: <https://doi.org/10.5281/ZENODO.159099>

Citas en texto según Vancouver

Las citas en el texto se efectúan a través de llamadas con números arábigos entre paréntesis, aunque muchas revistas establecen en sus normas para autores el uso de superíndices.

Cada trabajo citado en el texto debe tener un único número asignado por orden de citación. Si se cita una obra más de una vez conservará el mismo número.

Las citas de un autor se pueden realizar por un número o integrando el nombre del autor seguido de un número en el texto. Cuando en el texto se menciona un autor, el número de la referencia se pone tras el nombre de éste. Si no se nombra al autor, el número aparecerá al final de la frase

Los tumores pueden extenderse desde el pulmón a cualquier parte del cuerpo (1)...

Como indicó Lagman (2) los cuidados de la diabetes...

Si la obra tiene más de un autor se citará en el texto el primer autor *et al.*

Simona *et al.* (5) establecen que el principio



Información para los autores

Para citar una obra que no tiene un autor conocido, se debe usar lo que se denomina 'autor corporativo'. Por ejemplo una organización o una entidad.

El Ministerio de Sanidad (4) recientemente ha estimado que la hepatitis...

El número de personas que sufren de hepatitis en España ha crecido un 14% en los últimos 20 años (4)....

Algunos libros contienen capítulos escritos por diferentes autores. Cuando se cita el capítulo se citará al autor del capítulo no al editor literario o director de la obra.

Bell (3) identificó que las personas que sufren de diabetes mellitus 2 requieren unos cuidados alimentarios estrictos

Cuando hay más de una cita, éstas deben separarse mediante comas, pero si fueran correlativas, se menciona la primera y la última separadas por un guion

Modern scientific nomenclature really began with Linnaeus in botany (1), but other disciplines (2,5) were not many years behind in developing various systems (4-7) for nomenclature and symbolization

Cita directa: Debe ser breve, de menos de cinco renglones, se inserta dentro del texto entre comillas, y el número correspondiente se coloca al final, después de las comillas y antes del signo de puntuación, se incluye la paginación

"...has been proven demonstrably false." (4, p.23)