

of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2010;31:2369-429.

2. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al., ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Eur Heart J. 2008;29:2388-442.
3. Jessup M, Abraham WT, Casey DE, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. 2009 focused update: ACCF/AHA Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. Circulation. 2009;119:1977-2016.
4. The Digitalis Investigation Group. The Effect of Digoxin on Mortality and Morbidity in Patients with Heart Failure. N Engl J Med. 1997;336:525-33.
5. Brophy JM, Joseph L, Rouleau JL. Beta-blockers in congestive heart failure. A Bayesian meta-analysis. Ann Intern Med. 2001;134:550-60.
6. Fauchier L, Grimard C, Pierre B, Nonin E, Gorin L, Rauzy B, et al. Pharmacologic management of atrial fibrillation: current therapeutic strategies. Comparison of beta blocker and digoxin alone and in combination for management of patients with atrial fibrillation and heart failure. Am J Cardiol. 2009;103:248-54.
7. Kjekshus J. Prescription of beta-blockers in patients with advanced heart failure and preserved left ventricular ejection fraction. Clinical implications and survival. Eur J Heart Fail. 2007;9:280-6.

R. Quirós-López*, M. Noureddine-López, M.A. Villena-Ruiz y J. García-Alegría

Área de Medicina, Unidad de Medicina Interna, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: quieroslopez77@gmail.com
(R. Quirós-López).

doi:10.1016/j.rce.2011.02.011

Añadir que ...

Add that...

Sr. Director:

Cada vez resulta más frecuente oír o leer frases que comienzan con un infinitivo en una acción que exige un sujeto: «Añadir que...», «Resaltar que...», «Terminar diciendo....», «Señalar por último...». Esta moda lingüística es un tipo particular de *elipsis*¹.

La palabra nos viene del griego «elleipsis» que significa «deficiencia» (la elipse es una figura geométrica deficiente si la comparamos con la perfección de la circunferencia).

La *elipsis gramatical* es una figura retórica que consiste en la supresión de una o varias palabras en una frase sin que ésta pierda su sentido. Nos encontramos inmersos en un lenguaje elíptico. Decimos: «¿Qué tal?» y ya estamos en plena elipsis.

Muchas veces lo que falta en la frase es el verbo (construcción nominal): «Hoy, entrenamiento de la Selección» o un ejemplo de Azorín: «Pleno campo. Árboles, pajarillos y brisa». Es un estilo impresionista, puntillista.

A veces, se emplean las elipsis para conseguir un mayor énfasis, como en los refranes: «En abril, aguas mil» o «A enemigo que huye, puente de plata».

Las frases elípticas son frecuentes en los medios de comunicación, sobre todo en radio y televisión: «Ministro de...Exteriores», «...es todo», «para finalizar...señalar». En la mayoría de las ocasiones suelen reflejar una gran pobreza de léxico. Es indudable que no sabemos hablar sin elipsis, pero hay que evitar el abuso para no convertir el lenguaje corriente en un mensaje telegráfico.

Por lo que se refiere al lenguaje médico, pueden admitirse las elipsis en la comunicación hablada propia de la jerga específica de este ámbito y dentro del concepto de «economía del lenguaje»: «Se diagnosticó de...Hodgkin» o «Un paciente...mitral».

También pueden ser razonables las elipsis en lenguajes apresurados y factibles de informatizar como el de las historias clínicas y el de los informes médicos: «...cardiopulmonar...normal», «No adenopatías», «En la...simple de abdomen», «...elemental de orina normal»^{2,3}.

Pero no deben introducirse frases elípticas en el lenguaje médico publicado ni en el lenguaje hablado de conferencias o ponencias de congresos médicos, y ésto es lo que está ocurriendo con cierta frecuencia en los últimos años. Se supone que son lenguajes pensados y reposados donde las frases tienen que estar completas. Veamos algunos ejemplos:

«Pese a (mantener) hemodinámica y diuresis estables», «Los depósitos de amiloide (se) correlacionan», «Una intolerable (tasa de) mortalidad», «La supervivencia a (los) cinco años».

También son frecuentes en el lenguaje médico otros tipos de incorrecciones más o menos graves, como los solecismos, barbarismos, anglicismos y el abuso de siglas y del verbo hacer, pero son cuestiones que comentaremos en otra ocasión.

Bibliografía

1. Lázaro Carreter F. El dardo en la palabra. Barcelona: Círculo de Lectores. S.A.; 1997.
2. Ordóñez A. Lenguaje médico. Estudio sincrónico de una jerga. Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid; 1992.
3. Ordóñez A. Lenguaje médico. Modismos, tópicos y curiosidades. Madrid: Editorial Noesis S.L.; 1994.

A. Ordóñez Gallego

Asociación de Médicos Escritores y Artistas, Madrid, España

doi:10.1016/j.rce.2011.05.013