

1º Congreso Argentino de Neonatología
Buenos Aires, 30 de septiembre, 1 y 2 de octubre de 2010

Taller

Cómo escribir un trabajo científico

Viernes 1 de Octubre – 14 a 16 horas

Primera parte

Guías, aspectos éticos

Dra. Norma Rossato

Archivos Argentinos de Pediatría
Editora Asociada

Guías para la escritura

- **Requisitos de uniformidad para los manuscritos enviados a revistas biomédicas: escritura y edición de publicaciones biomédicas**
- **Reglamento de Publicaciones o Instrucciones al Autor**
- **Declaración CONSORT**
- **National Library of Medicine**
- <http://www.ncbi.nlm.nih>
- **Diccionario de la Real Academia Española**
- <http://ww.rae.es>
- **Diccionario inglés-castellano**
- <http://www.wordreference.com>

Normas de Vancouver

- 1978 Canadá, British Columbia, Grupo de Vancouver
- 1979 Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: escritura y edición de una publicación biomédica (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication*)
- Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE*)

Normas de Vancouver

Propósitos

- **Principios éticos** del proceso de evaluación, mejora y publicación de manuscritos en revistas biomédicas, y de las relaciones entre editores y autores, revisores y medios de comunicación.
- **Aspectos técnicos** de la preparación y presentación de manuscritos.

Fundamentos

- Experiencia
- Acompañadas de las razones que las justifican

Autoría

Los autores deben cumplir las tres condiciones:

- **Contribución sustancial a la idea y diseño del estudio, o a la recolección de datos, o al análisis e interpretación de los datos**
- **Redacción del borrador del artículo o revisión crítica de su principal contenido intelectual**
- **Aprobación final de la versión que va a publicarse**

Autoría grupal

Multicéntrico

Autores responsables del manuscrito en orden de prelación por acuerdo entre ellos

Grupo

- **Nombre del grupo**
- **Nombre de todos los integrantes del grupo en orden de prelación por acuerdo entre ellos**

Colaboradores

Agradecimientos

Autoría

No se justifica por:

- **Conseguir fondos o materiales**
- **Buscar datos**
- **Supervisar el grupo de investigación**
- **Ayuda técnica**
- **Preparación del manuscrito**

Agradecimientos

Colaboradores que no cumplen los tres criterios de autoría:

- **ayuda técnica**
- **redacción del manuscrito**
- **jefatura del departamento**
- **ayuda económica y material**
- **asesoramiento científico**
- **revisión crítica del protocolo**
- **recolección de datos**
- **atención de los pacientes del estudio**

Aspectos editoriales

- **Libertad editorial**
- **Consejo editorial asesor independiente**
- **Revisión por pares**
- **Ética de la publicación**

Conflictos de intereses

El autor, los revisores o los editores tienen relaciones personales o financieras que influyen de forma inadecuada (sesgo) en sus acciones

- **Relaciones financieras: empleo, asesoría, propiedad de acciones, honorarios, informes, peritajes**
- **Relaciones personales, rivalidad académica y pasión intelectual**
5. f. Perturbación o afecto desordenado del ánimo.



ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 1.

Identifying Information

1. Given Name (First Name)

2. Surname (Last Name)

3. Effective Date (07-August-2008)

4. Are you the corresponding author?

Yes No

5. Manuscript Title

6. Manuscript Identifying Number (if you know it)

Section 2.

The Work Under Consideration for Publication

Did you or your institution at any time receive payment or services from a third party for any aspect of the submitted work (including but not limited to grants, data monitoring board, study design, manuscript preparation, statistical analysis, etc...)?

Complete each row by checking "No" or providing the requested information. **If you have more than one relationship click the "Add" button to add a row. Excess rows can be removed by clicking the "X" button.**

The Work Under Consideration for Publication

Type	No	Money Paid to You	Money to Your Institution*	Name of Entity	Comments**	
1. Grant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			X
						ADD
2. Consulting fee or honorarium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			X
						ADD
3. Support for travel to meetings for the study or other purposes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			X
						ADD
4. Fees for participation in review activities such as data monitoring boards, statistical analysis, end point committees, and the like	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			X
						ADD
5. Payment for writing or reviewing the manuscript	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			X
						ADD
6. Provision of writing assistance, medicines, equipment, or administrative support	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			X

* This means money that your institution received for your efforts on this study.

Section 3.

Relevant financial activities outside the submitted work.

Place a check in the appropriate boxes in the table to indicate whether you have financial relationships (regardless of amount of compensation) with entities as described in the instructions. Use one line for each entity; add as many lines as you need by clicking the "Add +" box. You should report relationships that were present during the 36 months prior to submission.

Complete each row by checking "No" or providing the requested information. **If you have more than one relationship click the "Add" button to add a row. Excess rows can be removed by clicking the "X" button.**

Relevant financial activities outside the submitted work				
Type of Relationship (in alphabetical order)	No	Money Paid to You	Money to Your Institution*	Entity
1. Board membership	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Consultancy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Employment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Expert testimony	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Grants/grants pending	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Payment for lectures including service on speakers bureaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Payment for manuscript preparation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				8. Patents (planned, pending or issued)
				9. Royalties
				10. Payment for development of educational presentations
				11. Stock/stock options
				12. Travel/accommodations/meeting expenses unrelated to activities listed**
				13. Other (err on the side of full disclosure)

* This means money that your institution received for your efforts.

** For example, if you report a consultancy above there is no need to report travel related to that consultancy on this line.

Section 4.

Other relationships

Are there other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work?

No other relationships/conditions/circumstances that present a potential conflict of interest

Yes, the following relationships/conditions/circumstances are present (explain below):

At the time of manuscript acceptance, journals will ask authors to confirm and, if necessary, update their disclosure statements. On occasion, journals may ask authors to disclose further information about reported relationships.

Hide All Table Rows Checked 'No'

SAVE

Privacidad y confidencialidad

- **Los pacientes: no deben ser identificables (nombres, iniciales, historia clínica, fotografías, datos genealógicos).**
Solicitar consentimiento informado si hay duda.
- **Los autores: la confidencialidad puede no respetarse en caso de falsedad o fraude.**
- **Los revisores: pueden conocer la opinión de otros revisores y la decisión final de los editores.**

Registro obligatorio de los ensayos clínicos

- **Un ensayo clínico es cualquier proyecto de investigación con asignación prospectiva de seres humanos a grupos de intervención, o de comparación concurrente o de control para estudiar la relación causa-efecto entre una intervención médica (medicamento, procedimiento quirúrgico, dispositivo, tratamiento conductual, cambio en el proceso de cuidado) y un resultado de salud.**
- **El ICMJE recomienda que las revistas publiquen el número de registro del ensayo al final del resumen.**

Protección de personas y de animales que participan en la investigación

World Medical Association

- Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2000 Dec 20; 284(23):3043-5.
- Normativas nacionales e institucionales para el cuidado y uso de animales de laboratorio.

Conductas antiéticas mayores

Plagio

Auto-plagio

- ◆ Duplicación
- ◆ Redundancia
- ◆ Fragmentación de datos

Fabricación

Se puede publicar

- **Artículo rechazado por otra revista**
- **Artículo completo posterior a la publicación de uno preliminar (resumen o un póster de un congreso)**
- **Artículo dirigido a un grupo diferente de lectores (versión abreviada)**
- **La información previa a la publicación, o simultánea en varias revistas, de importantes avances terapéuticos o riesgos para la salud pública (efectos adversos de medicamentos, vacunas u otros productos biológicos, dispositivos médicos o enfermedades de declaración obligatoria)**
- **Las directrices de organismos gubernamentales y organizaciones profesionales**

Publicación secundaria aceptable

Condiciones

- **Los autores han recibido la aprobación de los editores de ambas revistas**
- **Nota a pie de página aclaratoria**
- **Título: reedición completa, reedición abreviada, traducción completa o traducción abreviada de una publicación primaria.**

Manuscritos concurrentes

- **Discrepancias en el análisis o en la interpretación: enviar un manuscrito con ambas interpretaciones. La revisión puede ayudar.**
- **Discrepancias en los métodos o resultados: es motivo de rechazo.**
- **Basados en la misma base de datos.**

Conductas antiéticas menores

- **No mencionar fuentes de financiación**
- **No declarar conflictos de interés**
- **Establecer autoría honoraria**
- **Seleccionar la bibliografía citada**
- **Seleccionar los resultados a publicar**

Directrices de presentación

Iniciativa Tipo de estudio y Fuente

CONSORT Ensayos controlados aleatorizados

<http://www.consort-statement.org>

STARD Estudios de exactitud diagnóstica

<http://www.consort-statement.org/stardstatement.htm>

QUOROM Revisiones sistemáticas y Meta-análisis

<http://www.consort-statement.org/Initiatives/MOOSE/moose.pdf>

STROBE Estudios observacionales en epidemiología

<http://www.strobe-statement.org>

MOOSE Meta-análisis de estudios observacionales en epidemiología

<http://www.consort-statement.org/Initiatives/MOOSE/moose.pdf>

CONSORT, STROBE

CONSORT

- Normas Consolidadas para la Publicación de Ensayos Clínicos

STROBE

- Mejorando la Publicación de Estudios Observacionales Epidemiológicos

CONSORT Statement 2011 - Checklist
 Items to include when reporting a randomized trial

PAPER SECTION And topic	Item	Descriptor	Reported on Page #
TITLE & ABSTRACT	1	<u>How participants were allocated to interventions</u> (e.g., "random allocation", "randomized", or "randomly assigned").	
INTRODUCTION Background	2	<u>Scientific background and explanation of rationale.</u>	
METHODS Participants	3	<u>Eligibility criteria for participants</u> and the <u>settings and locations</u> where the data were collected.	
Interventions	4	<u>Precise details of the interventions intended for each group and how and when they were actually administered.</u>	
Objectives	5	<u>Specific objectives and hypotheses.</u>	
Outcomes	6	<u>Clearly defined primary and secondary outcome measures</u> and, when applicable, any <u>methods used to enhance the quality of measurements</u> (e.g., multiple observations, training of assessors).	
Sample size	7	<u>How sample size was determined</u> and, when applicable, <u>explanation of any interim analyses and stopping rules.</u>	
Randomization -- Sequence generation	8	<u>Method used to generate the random allocation sequence, including details of any restrictions</u> (e.g., blocking, stratification)	
Randomization -- Allocation concealment	9	<u>Method used to implement the random allocation sequence</u> (e.g., numbered containers or central telephone), clarifying whether the sequence was concealed until interventions were assigned.	
Randomization -- Implementation	10	<u>Who generated the allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to their groups.</u>	
Blinding (masking)	11	<u>Whether or not participants, those administering the interventions, and those assessing the outcomes were blinded to group assignment.</u> If done, <u>how the success of blinding was evaluated.</u>	
Statistical methods	12	<u>Statistical methods used to compare groups for primary outcome(s); Methods for additional analyses</u> , such as subgroup analyses and adjusted analyses.	
RESULTS Participant flow	13	<u>Flow of participants through each stage</u> (a diagram is strongly recommended). Specifically, for each group report the numbers of participants randomly assigned, receiving intended treatment, completing the study protocol, and analyzed for the primary outcome. <u>Describe protocol deviations from study as planned, together with reasons.</u>	
Recruitment	14	<u>Dates defining the periods of recruitment and follow-up.</u>	
Baseline data	15	<u>Baseline demographic and clinical characteristics of each group.</u>	
Numbers analyzed	16	<u>Number of participants (denominator) in each group included in each analysis and whether the analysis was by "intention-to-treat".</u> State the results in absolute numbers when feasible (e.g., 10/20, not 50%).	
Outcomes and estimation	17	<u>For each primary and secondary outcome, a summary of results for each group, and the estimated effect size and its precision</u> (e.g., 95% confidence interval).	
Ancillary analyses	18	<u>Address multiplicity by reporting any other analyses performed</u> , including subgroup analyses and adjusted analyses, indicating those pre-specified and those exploratory.	
Adverse events	19	<u>All important adverse events or side effects in each intervention group.</u>	
DISCUSSION Interpretation	20	<u>Interpretation of the results</u> , taking into account study hypotheses, sources of potential bias or imprecision and the dangers associated with multiplicity of analyses and outcomes.	
Generalizability	21	<u>Generalizability (external validity) of the trial findings.</u>	
Overall evidence	22	<u>General interpretation of the results in the context of current evidence.</u>	

*Agnès Saint-Raymond, Suzanne Hill,
Jose Martines, Rajiv Bahl,
Olivier Fontaine, Lisa Bero
agnes.saint-raymond@ema.europa.eu

European Medicines Agency, 7 Westferry Circus,
Canary Wharf, London E14 4HB, UK (ASR); WHO,
Geneva, Switzerland (SH, JM, RB, OF); and University
of California, San Francisco, CA, USA (LB)

www.thelancet.com Vol 376 July 24, 2010

	Item number	Descriptor
Title and abstract		
Title and abstract	1	Age range of participants
Introduction		
Background	2	Were parents and children involved in planning the trial?
Methods		
Participants	4a	Rationale for the age range(s) selected for the trial
Intervention	5	Dose form, strength of formulation used, bioavailability, excipients, rationale for choice, manipulation of adult dose
Intervention	5	Rationale and level of evidence for control (active comparator)
Outcomes	6a	Validity of outcomes in age group(s) included
Sample size	7a	Implications of planned subgroup analyses on sample size
Randomisation sequence generation	8b	Was stratified randomisation considered?
Blinding (masking)	11a	Blinding of children and care-givers
Statistical methods	12	Was effect modification by age, sex, anthropometric status, and (if relevant to age of participants) gestation, birthweight, and breastfeeding status considered?
Ethical considerations	New	<ul style="list-style-type: none"> Was information about research provided to children and assent taken (appropriate for age)? What measures were taken to reduce pain, distress, and invasiveness of research methods? How much blood was drawn for the purpose of research over the course of the study? Was a Data Safety Monitoring Board established?
Results		
Baseline data	15	<ul style="list-style-type: none"> Number of children in the trial by age categories (0–28 days, 1–12 months, 1–2 years, 3–5 years, 5–11 years, 12–17 years) Distribution by sex, nutritional status, if relevant by gestation, birthweight, breastfeeding status, pubertal stages
Harms	19	Results or plan for long-term adverse reactions, particularly those related to growth and development. If not, rationale for why not.
Discussion		
Limitations	20	Using additional considerations above
Generalisability	21	Using additional considerations above
Interpretation	22	Using additional considerations above

Table: Suggested reporting requirements beyond the 2010 CONSORT Statement for trials with children

Table 1. The STROBE Statement—Checklist of Items That Should Be Addressed in Reports of Observational Studies

	<i>Item number</i>	<i>Recommendation</i>
TITLE and ABSTRACT	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
INTRODUCTION		
<i>Background/ rationale</i>	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
<i>Objectives</i>	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
METHODS		
<i>Study design</i>	4	Present key elements of study design early in the paper
<i>Setting</i>	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
<i>Participants</i>	6	(a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants (b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case
<i>Variables</i>	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
<i>Data sources/ measurement</i>	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
<i>Bias</i>	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
<i>Study size</i>	10	Explain how the study size was arrived at
<i>Quantitative variables</i>	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen, and why
<i>Statistical methods</i>	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses
RESULTS		
<i>Participants</i>	13*	(a) Report the numbers of individuals at each stage of the study—e.g., numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
<i>Descriptive data</i>	14*	(a) Give characteristics of study participants (e.g., demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate the number of participants with missing data for each variable of interest (c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (e.g., average and total amount) <i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time <i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure <i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures
<i>Outcome data</i>	15*	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (e.g., 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
<i>Main results</i>	16	Report other analyses done—e.g., analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
<i>Other analyses</i>	17	
DISCUSSION		
<i>Key results</i>	18	Summarise key results with reference to study objectives
<i>Limitations</i>	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
<i>Interpretation</i>	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
<i>Generalisability</i>	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
OTHER INFORMATION		
<i>Funding</i>	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

* Give such information separately for cases and controls in case-control studies, and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies. Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of *PLoS Medicine* at <http://www.plosmedicine.org/>, *Annals of Internal Medicine* at <http://www.annals.org/>, and *Epidemiology* at <http://www.epidem.com/>). Separate versions of the checklist for cohort, case-control, and cross-sectional studies are available on the STROBE Web site at <http://www.strobe-statement.org/>.

Elegir la Revista

Leer el Reglamento de Publicaciones:

- Temas de interés
- Enfoque (clínico, epidemiológico)
- Tipos de artículos, detalles de formato, extensión, numeración de páginas
- Carta de presentación

Verificar la lista de control antes del envío

Portada

- **Título del artículo**
- **Autores: nombres, afiliaciones institucionales**
- **Descargos de responsabilidad, si los hay**
- **Autor(es) corresponsal(es)**
- **Fuente(s) de ayuda: becas, equipo, medicamentos o todas ellas**
- **Recuentos de palabras: excluyendo el resumen, los agradecimientos, las leyendas de las figuras y las referencias**
- **Contar aparte las palabras del resumen y del Abstract**
- **Número de figuras y tablas**

Qué escribir

1º Congreso Argentino de Neonatología
Buenos Aires, 30 de septiembre, 1 y 2 de octubre de 2010

Taller

Cómo escribir un trabajo científico

Viernes 1 de Octubre – 14 a 16 horas

Segunda parte

Los artículos

Dra. María Elina Serra

Médica Pediatra Investigadora

FUNDASAMIN

Fundación para la Salud Materno Infantil

Tipos de artículos:

- Originales
- Artículos de revisión: narrativa, sistemática (metanálisis)
- Actualización
- Reporte de un caso
- Reporte de serie de casos
- Comunicación
- Editorial
- Carta al editor
- Comentario (de un libro, artículo)

PEDIATRICS®

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Does Antibiotic Exposure During Infancy Lead to Development of Asthma? A Systemic Review and Metaanalysis

Anupama Kewalramani and Mary E. Bollinger

Pediatrics 2007;120:S106-S107

DOI: 10.1542/peds.2007-0846H

The online version of this article, along with updated information and services, is located on the World Wide Web at:

<http://www.pediatrics.org>

PEDIATRICS is the official journal of the American Academy of Pediatrics. A monthly publication, it has been published continuously since 1948. PEDIATRICS is owned, published, and trademarked by the American Academy of Pediatrics, 141 Northwest Point Boulevard, Elk Grove Village, Illinois, 60007. Copyright © 2007 by the American Academy of Pediatrics. All rights reserved. Print ISSN: 0031-4005. Online ISSN: 1098-4275.

The precipitous loss of an airway in a child is alarming, no matter what the setting. In the community setting, the causes include croup, tracheitis, epiglottitis, retropharyngeal abscess, congenital structural defects, laryngeal edema, and traumatic causes (including burns).¹ In the ICU setting, a loss of airway can occur from malposition, extrinsic compression, and intrinsic obstruction. Obstruction can result from multiple causes including secretions, blood, and sloughing of the airway. We report here an unusual cause of airway obstruction in a mechanically ventilated child without known airway injury, infection, or foreign body.

CASE REPORT

A 9-year-old boy was transferred to our facility from Mexico for definitive care after he suffered a high-voltage electrical injury that included contact

Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Gustavo Aldereguía Lima",
Cienfuegos

PATOLOGÍA QUIRÚRGICA DE GLÁNDULAS SALIVALES. REPORTE DE 79 CASOS

Dr. Enrique Pérez Abreus¹ y Dra. Nurelys González Domínguez²

RESUMEN: Se realiza una revisión actualizada de la patología quirúrgica de las glándulas salivales mayores y se presentan los resultados obtenidos en 7 años de experiencia, comprendidos de enero de 1990 a diciembre de 1996 en 79 pacientes portadores de esta patología en el Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos. Se analizan los diferentes procesos inflamatorios, litíasicos y tumorales de las glándulas salivales y la terapéutica empleada. La edad media fue de 50,7 años, con un predominio del sexo femenino; la patología más frecuente fue la tumoral y dentro de ésta los adenomas, con el 52 %, seguidos de las lesiones afines con el 29,1 % y los carcinomas con el 10,2 %. La cirugía sola o combinada con otros procedimientos fueron los principales pilares de tratamiento.

Descriptores DeCS: NEOPLASMAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES/cirugía; CALCULOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES/cirugía; PATOLOGÍA QUIRÚRGICA.

Aunque existe un gran volumen de información con respecto a la patología de las glándulas salivales, sobre todo procedente de Europa y América, ésta muchas veces está confinada a la patología tumoral, no así en lo referente a la litíásica o inflamatoria o una combinación de todas ellas.¹⁻⁹

Si se revisan series africanas, europeas o americanas, nos daremos cuenta de cuánta

diferencia existe de continente a continente en relación con el tipo de patología, y dentro de un mismo grupo la información es bien diferente. Así en nuestro país salvo algunos trabajos¹⁰ que han tenido un enfoque amplio de patologías tumorales, inflamatorias o litíásicas, el resto de los autores consultados¹¹⁻¹⁵ ha hecho un enfoque selectivo hacia patologías tumorales exclusivamente, y otro grupo¹²⁻¹⁵ un análisis puramente terapéutico.

¹ Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Miembro Adjunto de la Sociedad Cubana de Cirugía Maxilofacial. Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

² Estomatóloga General. Profesora Instructor. Policlínico Área 4. Cienfuegos.

Sr. Editor:

Me leído con mucho interés el artículo de Cozas y col. publicado en *Archivos Argentinos de Pediatría*.¹ El estudio es muy trascendente ya que aporta nuevas herramientas a la problemática de la enfermedad hemolítica ABO del recién nacido.

Envío algunas observaciones sobre el análisis de los datos y su posterior interpretación, que espero contribuirá a una mejor utilización en la práctica clínica diaria.

Siguiendo los clásicos estudios de Sackett² y el de Demirdjian³ la razón de verosimilitud o "Likelihood Ratio" (LR) compara cuántas veces el test acierta contra las veces que se equivoca; así y para el presente estudio se observó que (para el punto de corte de 8,75 mg%) el LR+ de 4,98 indica que un recién nacido (RN) con BI al 2º día de vida \geq 8,75 (+) tendrá 4 veces y media más chances de desarrollar ictericia grave en la primera semana de vida. Un LR- de 0,27 indica que la probabilidad de desarrollar ictericia grave acúa de 0,3. Cabe destacar que para que un método diagnóstico tenga utilidad en la práctica clínica se espera que su LR+ sea alto (idealmente > 3-10) y su LR- sea bajo (< 0,1-0,2).³

La probabilidad de que un paciente esté enfermo antes de confirmarlo con un método diagnóstico se la denomina probabilidad pre-test y se estima usualmente por la prevalencia de la enfermedad en la población (22% en el presente estudio). Sin embargo, en la práctica diaria el clínico necesita conocer si el resultado del test propuesto aumentará o disminuirá esta probabilidad basal, acercando o alejando el diagnóstico presuntivo, y transformándose en probabilidad post-test.⁴

Siguiendo la técnica bayesiana, para el cálculo de probabilidad post-test se utiliza el Nomograma de Fagan,⁵ tomando la prevalencia de 22% trazamos una línea que pase por ésta y el valor del LR+ (4,98) y obtenemos así que la probabilidad post-test aumenta al 30%. Para un LR- (0,27) la probabilidad post-test disminuye al 7%.

¿Qué significan estas cifras? ¿Los resultados modificarán la decisión de colocar precozmente en fototerapia y prevenir el kernicterus? La respuesta es afirmativa, ya que si un RN presenta precozmente una BI \geq 8,75 mg%, esto representa el doble de posibilidad de desarrollar ictericia grave a posteriori y "esta información contribuirá a decidir de manera más apropiada la indicación de fototerapia". Además, es de resaltar que en el presente estudio y utilizando esta estrategia, ningún niño requirió exanguinotransfusión ante aumentos de la BI sérica y en tratamiento con fototerapia.¹

En la Figura 4 (Curva ROC) se detalló un

error: la leyenda del eje x debe ser "I-Especificidad" (falsos positivos).

Dr. Carlos Grandi,
Investigador CIES

Epidemiología Perinatal y Bioestadística
Maternidad Sardá, Buenos Aires
ograndi@intramed.net

1. Cozas M, Medina M, Ventura S, Gossiero D, Giuliano A, Brandi M, Aldá E. Enfermedad hemolítica por incompatibilidad ABO y desarrollo de ictericia grave en recién nacidos de término: factores predictores precoces. *Arch Argent Pediatr* 2009;107 (3):18-25.
2. Jarrinck R, Guyatt GH, Sackett DL. Users' guides to the medical literature. III. How to use an article about a diagnostic test. A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1994;271: 389-392 y 793-797.
3. Demirdjian G. Estudios de validación de métodos diagnósticos. En: Programa de Educación a distancia en Metodología de la Investigación para Pediatría (PREIMP). Nivel 2. Módulo 1.6, 2003.
4. Fletcher R, Fletcher S. Epidemiología clínica: conceptos clínicos. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004:75-76.
5. Fagan TJ. Nomogram for Bayes Theorem. *N Engl J Med* 1975;293:237.

El sistema de las tablas de crecimiento más altas posibles

Sr. Editor:

Recientemente, la OMS construyó nuevas tablas internacionales de 0-19 años pegando las tablas OMS de 0-5 años con las tablas del NCHS de 3-19 años.¹ Contando con estas nuevas tablas internacionales, los defensores del uso clásico de tablas OMS en nuestro país con el argumento de que "todos los niños del mundo tienen el mismo potencial de crecimiento", para ser coherentes deberían proponer el uso de las tablas recomendadas por la OMS en toda su extensión, de 0-19 años, y no sólo en el segmento 0-5 años. ¿O acaso solamente los niños de 0-5 años tienen derecho a crecer según su máxima potencialidad? Los de 0-19 años no deberían estar excluidos de este supuesto beneficio. El percentil 50º y 3º de niños de 19 años de las tablas NCHS es de 176,3 y 162,8 cm, respectivamente, 3,5 y 2,5 cm superior a los mismos percentiles (173,0 y 160,3 cm) de las referencias nacionales de crecimiento recientemente publicadas por *Archivos*² (que incluyen las tablas OMS de 0-2 porque expresa en este período "y no a edades mayores" el crecimiento de niños alimentados a pecho). El uso de tablas NCHS presupone que miles de adolescentes sean mal clasificados como "anormalmente bajos".

a para
erarse
untaje
t = 2,2,

curso
lo de-
: sobre
ador 1
prana.

italiza-
pecial-
) Para
líferen-
visio-
distin-
guicio-
narias,
salina
símica
le hos-
nico de

ar una
spitali-
ción de
dearon
la ac-
infla-
ficati-
ontrol,
untaje

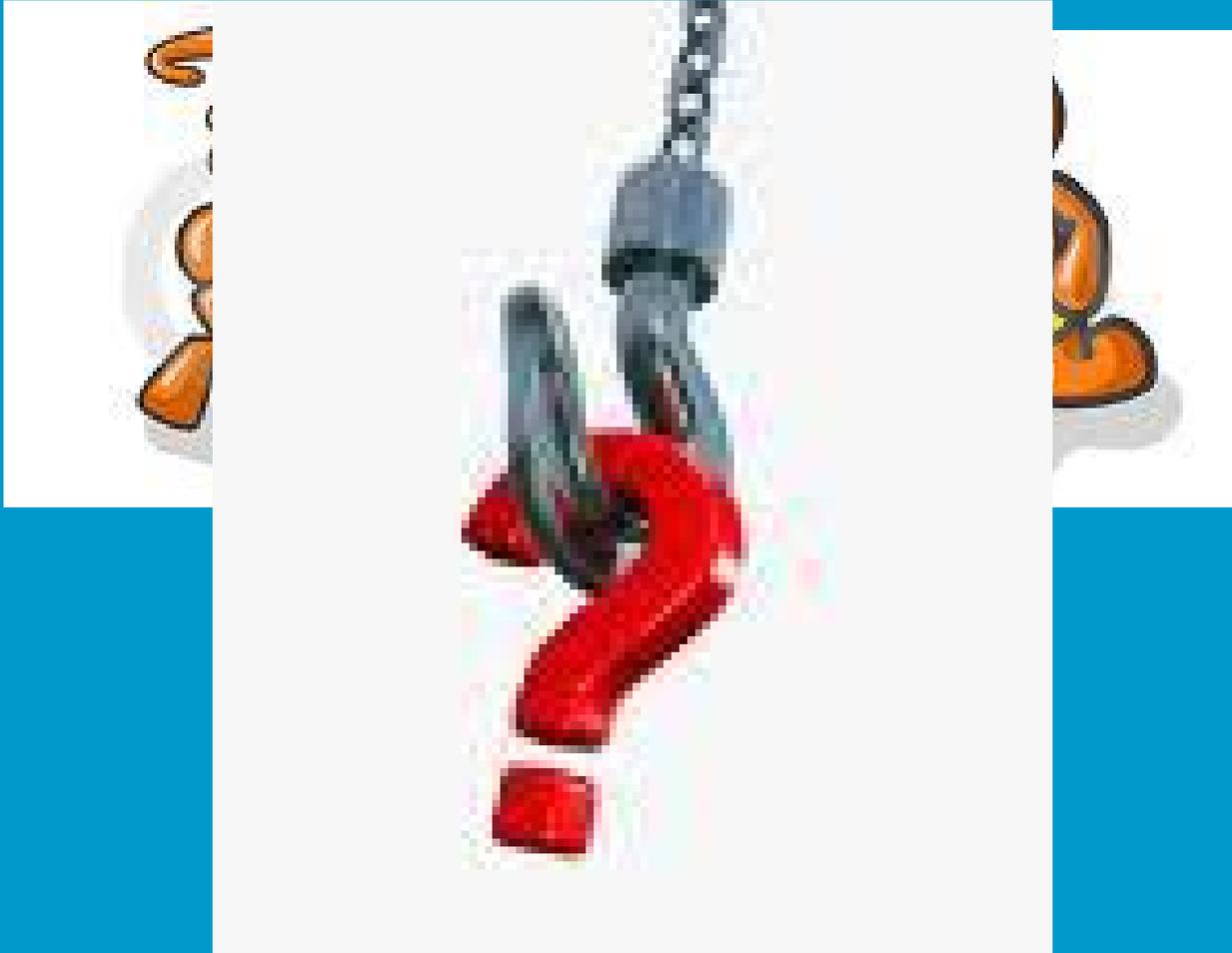
monte-
: Otros
respi-
otector
recien-

mayor
ast tie-
las por
e buen
de ni-

Llapur
ología
ño Jesús
ligación

Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Tucumán

quinas entre los dos grupos. No se observaron diferencias en el índice interleuquina 4/IFN- γ en-



Instrumento de persuasión

Bradford Hill

IMRD

- ¿Por qué investigó sobre esto? Introducción
- ¿Cómo lo hizo? Métodos
- ¿Qué respuestas obtuvo? Resultados
- ¿Qué significa esa respuesta? Discusión



Secuencia de la investigación	Formato	Elementos del alegato/razonamiento
¿De dónde proviene la pregunta? ¿Cuál es la pregunta/hipótesis?	Introducción Objetivos	Problema
¿Cómo se buscó la respuesta?	Materiales y métodos	Credibilidad de la evidencia
Hallazgos	Resultados	Datos (Evidencia) Respuesta inicial
Consideración de la validez de los hallazgos , comparación con otros hallazgos	Discusión Conclusión	Sustento con otras evidencias, controversia con otros resultados. Valoración final de la evidencia.

Introducción

¿Por qué investigó sobre esto?

¿Qué se sabe? (tiempo presente)

¿Qué no se sabe? (tiempo presente)

¿Porqué o para qué se efectuó este estudio?
(tiempo pasado)

Origen: El problema



Los interrogantes sobre el consumo de pescado en la dieta

- *¿Con cuánta frecuencia la gente de esta ciudad come pescado?*
- *¿La ingesta de pescado disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular?*
- *¿Existe un riesgo importante de intoxicación con mercurio en los ancianos con ingesta de pescado “superior a la habitual” ?*
- *¿Los suplementos de aceite de pescado tienen el mismo efecto sobre la salud cardiovascular que el pescado de la dieta?*

La pregunta tiene que ser:

- Concreta
- Factible
- Interesante
- Novedosa
- Ética
- Relevante

Todo esto debe quedar claro en la introducción.

Relación de la lipoproteína (a) con el control metabólico en la diabetes mellitus infanto-juvenil

Introducción

La diabetes mellitus insulino dependiente o tipo I (DMID) se asocia a una alta incidencia de alteraciones cardiovasculares. Dentro de las causas responsables de esta situación cabe incluir a las alteraciones en el metabolismo de las lipoproteínas.

Recientemente ha despertado un especial interés el estudio de la lipoproteína(a) [Lp(a)] como una partícula lipoproteica que parece estar implicada tanto en procesos aterogénicos como trombogénicos⁽¹⁾. Numerosos estudios han demostrado que un aumento de las concentraciones plasmáticas de Lp(a) se encuentra asociado con la enfermedad coronaria y con la enfermedad cerebrovascular⁽²⁻⁵⁾, si bien no todos los autores están de acuerdo con el hecho de que concentraciones aumentadas de Lp(a) estén asociadas a riesgo futuro de infarto de miocardio⁽⁶⁾. Por otro lado, existen estudios en pacientes diabéticos adultos, en los que las concentraciones de Lp(a) se encuentran elevadas⁽⁷⁾, habiéndose demostrado en otros la existencia de asociación significativa de las citadas concentraciones con el grado de control metabólico de la enfermedad^(8,9), así como con la existencia o no de microalbuminuria⁽¹⁰⁻¹²⁾, aunque no sean hechos aceptados unánimemente en la bibliografía⁽¹³⁻¹⁵⁾. En diabéticos infanto-juveniles existen pocos estudios realizados y son poco concluyentes⁽¹⁶⁾.

El objetivo de este trabajo ha sido analizar la relación existente entre las concentraciones plasmáticas de Lp(a) y otros constituyentes del metabolismo lipoproteico con los indicadores bioquímicos del grado de control glucémico, el tiempo de evolución de la enfermedad y la existencia o no de microalbuminuria, en un grupo de niños afectados de DMID infanto-juvenil. Finalmente, el estudio ha valorado la frecuencia de hiper Lp(a), considerando como tal las concentraciones de Lp(a) > 300 mg/L en estos pacientes.

Ya se sabe

No se sabe

Pregunta/
Objetivo /
Hipótesis

Ya se sabe

Introducción

La broncoscopia flexible (BF) es una técnica diagnóstica y terapéutica de enorme repercusión clínica. El paciente habitualmente no tolera bien esta técnica¹, lo que implica una mayor dificultad en la realización de la exploración y un menor rendimiento diagnóstico. Por otro lado, la desazón que presenta el paciente le dificulta la aceptación de una repetición de la broncoscopia, que en ocasiones es necesaria. Por este motivo cada vez surgen más grupos interesados en buscar una sedación que conlleve una mayor tolerancia, un bienestar y una cooperación en esta exploración por parte de los pacientes²⁻⁵. Sin embargo, otros grupos de broncoscopistas no consideran la sedación como una técnica habitual necesaria en la broncoscopia⁶⁻⁸, y solo la consideran en situaciones de ansiedad evidente o cuando el paciente expresa su deseo de sedarse.

Existe escasa información de un elevado nivel de evidencia científica en la actualidad sobre la relación entre la sedación consciente y el grado de satisfacción y tolerancia del paciente con la BF^{2,4-6,9,10} entre otras razones porque no se ha definido la sedación ideal para esta técnica¹¹. Sin embargo, se han propuesto distintos fármacos, como el midazolam o el propofol, e incluso combinaciones de benzodiazepinas y algunos opiáceos. De entre todos ellos, el midazolam es uno de los fármacos más utilizados¹¹. Se trata de una benzodiazepina que tiene una acción depresora sobre el sistema nervioso central de rápido comienzo y corta duración con propiedades sedantes, ansiolíticas, amnésicas, anticonvulsionantes y relajantes musculares, y que presenta la ventaja de que su efecto puede antagonizarse rápidamente con flumazenil, un antagonista competitivo de los receptores de las benzodiazepinas de acción corta en situaciones de sobredosis¹¹.

El objetivo principal de nuestro estudio ha sido analizar si la sedación consciente con midazolam durante la realización de la BF incrementa la calidad de la exploración en términos de tolerancia para el paciente. Como objetivos secundarios interesa conocer si mejora con la sedación el grado de aceptación de la broncoscopia por parte del paciente una vez realizada la prueba endoscópica y ante la necesidad de una segunda o sucesivas exploraciones. Por otro lado, se pretende valorar si con la sedación se mejora el grado de satisfacción del broncoscopista de la exploración realizada.

No se sabe

Pregunta /
Objetivo/
Hipótesis

Programa de formación sobre la higiene de las manos. Estudio comparativo aleatorizado del lavado higiénico y el uso de soluciones alcohólicas

Introducción

La contaminación de las manos del personal sanitario es uno de los principales mecanismos de transmisión de la infección hospitalaria¹.

...mision a otro paciente.

La correcta higiene de las manos es, por tanto, la principal medida de prevención de la infección hospitalaria¹⁻⁴.

Sin embargo, numerosos estudios evidencian que el grado de cumplimiento de este sencillo procedimiento es muy bajo, oscilando según los estudios entre un 5 y un 81%⁶.

Ya se sabe

...écnica incorrecta.

Por todo ello, los servicios de medicina preventiva deben desarrollar e implantar estrategias dirigidas al personal sanitario que tiendan a incrementar la práctica de una correcta higiene de manos para prevenir y controlar la infección hospitalaria. La educación es uno de los métodos más importantes. Sin embargo, no se han encontrado publicaciones acerca de la metodología de la enseñanza de la higiene de manos.

Los objetivos de este trabajo han sido analizar los resultados de un programa de formación sobre higiene de las manos en el personal de enfermería y comparar la eficacia del lavado higiénico de las manos con la aplicación de soluciones antisépticas alcohólicas.

Ya se sabe

No se sabe

Pregunta / Objetivo/ Hipótesis

Material y Métodos

¿Cómo lo hizo?

- Debe incluir solamente la información que estaba disponible cuando se redactó el plan o protocolo antes de comenzar el estudio.
- Dar los detalles suficientes para que la investigación pueda ser repetida por otros.

(en pasado simple)

Población, material y métodos

- **Diseño**
- **Estado, condición o intervención estudiada**
- **Sujetos (pacientes , animales, etc)**
- **Población origen de los sujetos, entorno y momento**
- **Criterios de elegibilidad, de inclusión y exclusión**
- **Forma de aleatorización y enmascaramiento**
- **Definir las variables con precisión, su relevancia y cómo se midieron**
- **Identificar los métodos, aparatos (nombre y dirección del fabricante), y procedimientos con suficiente detalle para permitir la reproducción de los resultados.**
- **Facilitar referencias y/o breve descripción de los métodos**
- **Identificar con precisión los medicamentos y sustancias químicas usadas, con nombres genéricos, dosis y vías de administración**
- **Métodos usados para localizar, seleccionar, extraer y sintetizar los datos**
- **Describir métodos estadísticos y software utilizado**
- **Aspectos éticos**
- **Posibilidad de apéndices cuando es muy largo o complejo**

VALIDEZ



- Población
- Fenómeno de interés

- Muestra
- Variables

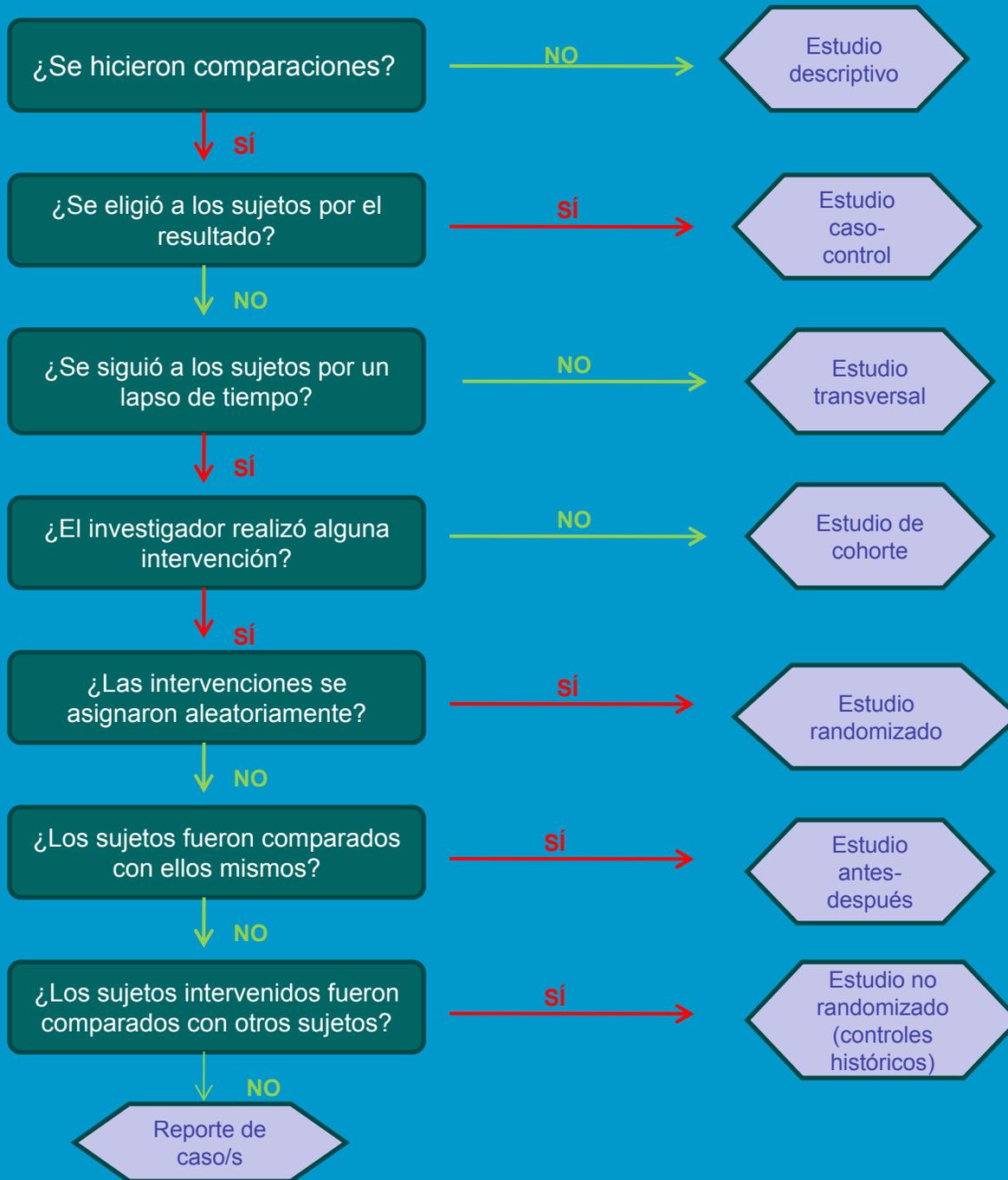
- Sujetos
- Mediciones

VALIDEZ EXTERNA

¿Es adecuado aplicar las conclusiones a sujetos por fuera del estudio?

VALIDEZ INTERNA

¿Las conclusiones del estudio reflejan la "verdad" del estudio?



Consideraciones estadísticas

Tamaño muestral:

¿Cuál fue el estimado?

¿En qué se basó el cálculo?

Análisis estadístico:

¿Cómo y por qué se hizo así?

Pacientes y metodología

La población estudiada se ha compuesto de 211 niños diagnosticados de diabetes mellitus insulino dependiente, 110 niños y 96 niñas, cuyas edades oscilaban entre los 3 y los 18 años. De acuerdo con el tiempo de evolución de la enfermedad el grupo se subdividió en: 15 debutantes (10 niños y 5 niñas), 99 con un tiempo de evolución menor o igual a 5 años (50 niños y 49 niñas) y 92 con más de 5 años (50 niños y 42 niñas).

Todos recibían un tratamiento basado en una norma dietética adecuada a su edad y sexo, y en la inyección, cada 12 horas, de una mezcla de insulina regular e intermedia, manteniendo una dosis promedio de insulina, correspondiente a 1 U/kg de peso, con un suplemento de insulina regular antes del almuerzo,

- ¿Cuál es el diseño de este estudio?
- ¿Cuándo y dónde se hizo?
- ¿Cómo fueron “elegidos” los participantes?
- ¿Había un tamaño muestral estimado?

cuando la glucemia era superior a 11,1 mmol/L. Cada tres días modificaban las dosis matutina y nocturna de insulina intermedia, en función de los controles realizados (glucosuria, cetonuria y glucemia capilar).

En todos estos niños se realizó un estudio de lípidos que incluía: colesterol total, triglicéridos, colesterol de alta densidad (cHDL), de baja densidad (cLDL), de muy baja densidad (cVLDL), apolipoproteína AI (Apo AI), apolipoproteína B (Apo B) y Lp(a); así como la excreción de albúmina urinaria (AER) (microalbuminuria > 30 µg/minuto). Como parámetros de control metabólico: glucemia, fructosamina, glucohemoglobina (HbA1c) y el aclaramiento de creatinina.

Todos los constituyentes del plasma se midieron en especímenes obtenidos en ayunas de 10 horas, antes de la dosis matutina de insulina; los constituyentes urinarios se midieron en especímenes de orina recogidos durante 3 horas postejercicio para la microalbuminuria y 24 horas para el aclaramiento de creatinina. Se emplearon los siguientes métodos para las determinaciones de las concentraciones de: colesterol (CT) y triglicéridos (Tg): métodos enzimáticos adaptados a un analizador AU510 (Merck). cHDL: precipitación con ácido fosfotúngstico. cLDL y cVLDL: cálculo mediante la fórmula de Friedewald. Lp(a): método ELISA (MACRA-TM Lp(a) Terumo). Las apolipoproteínas AI y B y la albúmina urinaria se determinaron por inmunofelometría cinética (Array Protein System, Beckman). La glucemia por método enzimático, la creatinina en plasma y orina por el método de Jaffé (Olimpus AU510), la fructosamina mediante un método colorimétrico con nitroazul de tetrazolio (Roche) y la HbA1c (medida como % sobre la Hb total) por cromatografía de intercambio iónico (Biorad). Una vez en posesión de los resultados, el estudio estadístico a que se sometieron, consistió en la aplicación del paquete estadístico Statgraphics-TM, aplicando los métodos no paramétricos de Mann-Witney (comparación de dos medianas) y Kruskal-Wallis

(análisis de la variancia), la prueba de Chi cuadrado (comparación de frecuencias) y la correlación de Spearman (asociaciones estadísticas entre variables), considerando significativo un valor de $p < 0,05$.

Pacientes y métodos

Diseño del estudio

Se trata de un ensayo clínico prospectivo, aleatorizado, doble ciego y controlado a recibir midazolam o placebo de 3 meses de duración. El comité ético del hospital lo aprobó y todos los pacientes firmaron el consentimiento informado para participar del estudio. El ensayo clínico está registrado con el n.º NCT01038882.

Pacientes a estudio

Se incluyó a todos los pacientes consecutivos desde el 20 de octubre de 2008 hasta el 21 de enero de 2009 a los que se les realizó

con motivo diagnóstico o terapéutico una fibrobroncoscopia en la Unidad de Endoscopias del Servicio de Neumología del Hospital Universitario La Fe. En total fueron 238 pacientes, de los que 86 se excluyeron por distintos motivos (fig. 1), por lo que quedaron incluidos en el estudio 152 pacientes. Las BF se solicitaron según el criterio del clínico responsable del paciente por sospecha de enfermedad neoplásica, toma de muestras microbiológicas en enfermedades infecciosas respiratorias, estudio de enfermedad intersticial o estudio de síntomas, como hemoptisis o tos crónica. Se consideró a pacientes con edad superior o igual a 18 e inferior a 80 años y con un American Society of Anaesthesiology de riesgo I-III¹². Se excluyó del estudio a los pacientes con inestabilidad hemodinámica (definida por una frecuencia cardíaca inferior a 60 o superior o igual a 120 lpm o una presión sistólica inferior a 100 o superior o igual a 180 mmHg); alteración de la función hepática (definida como aspartato aminotransferasa o alanina aminotransferasa superior o igual a 3 veces el valor máximo de la normalidad o bilirrubina total superior o igual a 1,5 veces el valor máximo de la normalidad); nivel de plaquetas inferior a 50.000/mm³ o índice de Quick inferior al 50%; hipersensibilidad a las benzodiazepinas y EPOC de grado grave (definido como FEV₁ superior o igual al 30% e inferior al 50% del valor previsto tras broncodilatador) o muy grave (definido como FEV₁ inferior al 50% del

valor previsto tras broncodilatador e insuficiencia respiratoria crónica)¹³, y depresión del nivel de consciencia o rechazo a participar en el estudio.

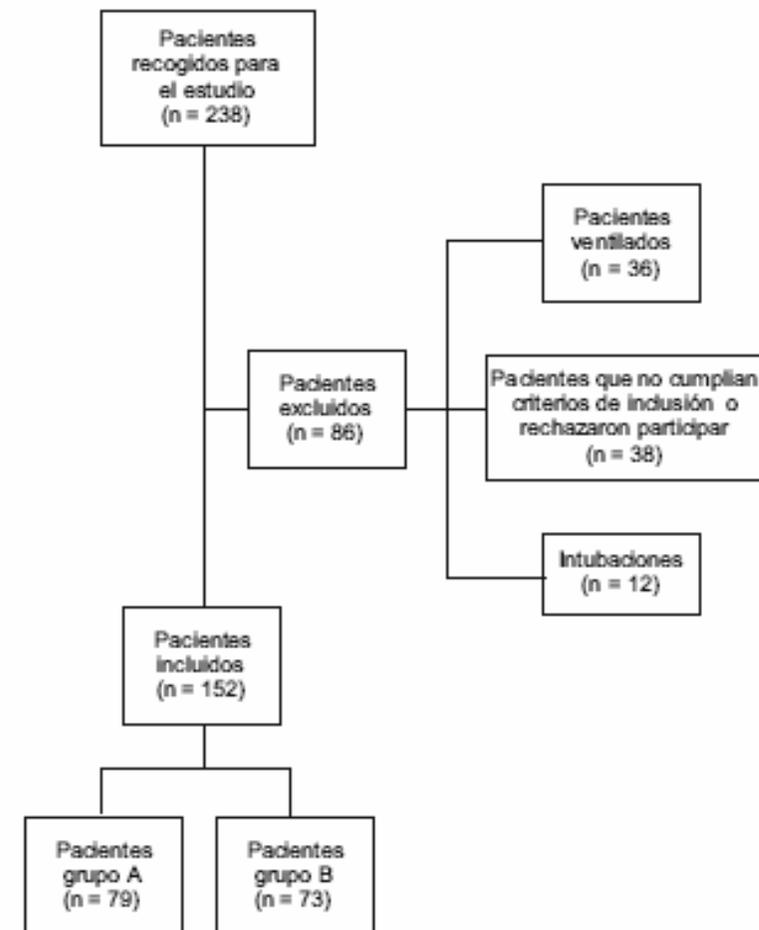


Figura 1. Diagrama de flujo del protocolo de estudio. Grupo A: pacientes con sedación; grupo B: pacientes con placebo.

Procedimiento y protocolo

Tras la firma del consentimiento informado se procedió a la colocación de una vía periférica con suero fisiológico de mantenimiento y monitorización con pulsioxímetro de la saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca y de la presión arterial. Todos los pacientes recibieron oxígeno suplementario en gafas nasales con un flujo de 4l/min. Antes de iniciar la sedación se administraba anestesia local tópica con lidocaína al 10% en rinofaringe y orofaringe y por punción a través de la membrana cricotiroidea en la tráquea.

Los pacientes se asignaron de forma aleatorizada a 2 grupos (grupo A y grupo B) mediante programa informático. Tanto los pacientes como los broncoscopistas desconocían el tipo de sedación utilizada. El grupo A recibió midazolam intravenoso a una dosis de 0,07–0,1 mg/kg administrada durante 30 s 2 min antes de iniciar la exploración. El grupo B recibió un placebo (suero fisiológico) a la misma dosis también 2 min antes de iniciar la exploración. En ambos grupos se administraron dosis suplementarias de 1 mg antes o durante la exploración en intervalos de más de 2 min si el paciente lo requería y hasta un máximo de 5 mg.

Durante la BF se realizaron distintas técnicas diagnósticas que incluían la aspiración de secreciones, la realización de biopsias bronquiales o transbronquiales, la punción transbronquial «ciega» de adenopatías o masas mediastínicas (punción aspirativa con aguja fina), la realización de lavado broncoalveolar y la toma de muestra con cepillo citológico. Se cuantificaron en ambos grupos el número de técnicas realizadas.

A todos los pacientes se les entregaba un cuestionario sobre diferentes aspectos de la percepción de la exploración que constaba de 13 preguntas de respuestas múltiples con una escala de respuesta de tipo Likert (1=mucho; 2=bastante; 3=algo; 4=poco, y 5=muy poco). También había una pregunta con variable dicotómica (sí/no) y 2 preguntas con otras distintas posibilidades de respuesta. El paciente

debía cumplimentar este cuestionario a los 30 min de concluida la exploración y siempre que no estuviera bajo los efectos de la sedación. El broncoscopista también rellenaba un cuestionario, que constaba de 4 preguntas, inmediatamente tras la realización de la exploración. Dos preguntas con respuestas múltiples con una escala (1=mucha; 2=poca, y 3=nula) y 2 preguntas con diferentes alternativas de respuesta (anexo 1). La escala visual para la sedación consistía en una escala de puntuación entre 0–10, en la que 0 correspondía a ausencia de sedación, 2 a sedación mínima (definida como la presencia de respuestas normales a estímulos verbales), 5 a sedación moderada (definida como respuestas rápidas e intencionadas ante una estimulación verbal o táctil repetida), 8 a sedación profunda (definida como respuestas intencionadas ante una estimulación dolorosa o verbal y táctil repetida), y 10 a anestesia general (definida como paciente no despertable incluso ante estimulación dolorosa).

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete informático SPSS para Windows versión 15.0 (Chicago, Illinois, EE. UU.). Las variables cuantitativas se tabularon como media y desviación estándar, mientras que las variables cualitativas se tabularon mediante su valor absoluto y porcentaje sobre el total. Para analizar la distribución normal de las variables se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se calculó el tamaño muestral y se aceptó un error α del 5% y un error β del 20% y una diferencia mínima clínicamente significativa de un escalón (un punto) en las preguntas realizadas con escala de tipo Likert (0–4 puntos). Con estos parámetros, el tamaño muestral mínimo fue de 124 pacientes (62 por grupo de aleatorización). La comparación de las variables basales entre ambos grupos de tratamiento se realizó mediante la prueba t de student para medias independientes en caso de variables cuantitativas con distribución normal o mediante la prueba U Mann Whitney en caso contrario. Para la comparación de las variables cualitativas se utilizó la prueba de ji-cuadrado con la corrección de Yates cuando fue necesario. En el caso de variables analizadas antes y después de la broncoscopia se compararon las diferencias resultantes en cada grupo a estudio entre las variables analizadas antes y después de la prueba.

Esta comparación se realizó utilizando las pruebas estadísticas anteriormente comentadas. En cualquier caso se consideró como diferencia significativa aquella con una $p < 0,05$.

Método

Se diseñó un programa de formación sobre higiene de las manos para personal sanitario que se llevó a cabo mediante la realización de talleres teoricoprácticos, impartidos por el personal de enfermería del Servicio de Medicina Preventiva.

El programa se aplicó en un hospital público de tercer nivel, dependiente de la Comunidad de Madrid, con una plantilla de 1.409 enfermeras, 945 auxiliares de enfermería y 48 matronas.

Desde enero de 2004 a diciembre de 2006 se realizaron 73 talleres, dirigidos a enfermeras, auxiliares de enfermería y matronas. Inicialmente se dio prioridad al personal de las unidades especiales: cuidados intensivos, reanimación, quemados, neonatología, hemodiálisis, quirófanos y paritorios y, posteriormente, al resto del hospital. A cada taller asistió una media de 11 profesionales sanitarios de distintas unidades y se formó un total de 792 personas, lo que supone un 33% de la población diana.

Los talleres constan de breves exposiciones teóricas acerca de la importancia de la higiene de las manos, el protocolo de lavado de manos y la aplicación de soluciones antisépticas alcohólicas, intercaladas con actividades prácticas, con una duración total de 2 h. La metodología de los talleres ha sido publicada previamente⁹.

Los participantes en el taller se distribuyeron en 4 grupos de forma aleatoria.

1. Grupo A: lavado de manos previo a la formación.

– Se realizó una impronta de las yemas de los dedos índice y pulgar de ambas manos en placas de Petri con medio de cultivo Agar sangre.

– Antes de recibir la formación teórica sobre higiene de las manos los alumnos se lavaron las manos tal como lo hacen habitualmente.

– Se volvieron a recoger improntas tras el lavado.

2. Grupo B: lavado de manos de acuerdo con el protocolo tras la formación.

– Se realizó una impronta de las yemas de los dedos índice y pulgar de ambas manos en placas de Petri con medio de cultivo Agar sangre.

– Tras recibir la formación teórica los alumnos se lavaron las manos según el protocolo explicado.

– Se realizó una impronta de manos tras el lavado.

3. Grupo C: soluciones alcohólicas.

– Se realizó una impronta de las yemas de los dedos índice y pulgar de ambas manos en placas de Petri con medio de cultivo Agar sangre.

– Los alumnos se aplicaron solución antiséptica alcohólica durante, al menos, 15 s según la técnica explicada en la exposición teórica. Se utilizaron 3 soluciones antisépticas alcohólicas diferentes, que se alternaban entre un taller y otro.

– Se realizó una impronta de manos 1,5 min después de la aplicación.

4. Grupo D: a este cuarto grupo se les aplicó contaminación artificial

– Se contaminaron las manos con una "sustancia artificial con partículas plásticas inocuas" que se detectan con la luz ultravioleta. Se administraron 3 gotas en cada mano y se extendieron bien por palmas, dedos y dorsos.

– A continuación los alumnos se lavaron las manos tal como lo hacen habitualmente.

– Se visualizaron las manos con lámpara de luz ultravioleta para detectar la contaminación residual. Oscureciendo el entorno y acercando la luz ultravioleta a las manos se detectan los restos de sustancia en las zonas donde el lavado no ha sido efectivo; generalmente los espacios interdigitales, alrededor de las uñas, los surcos, el dedo pulgar y las muñecas.

Posteriormente, se presentó a los alumnos de los 4 grupos diversas placas contaminadas para que constataran visualmente la contaminación bacteriana real.

Al final del taller los alumnos cumplimentaron una encuesta anónima en la que puntuaron entre 1 y 10 los siguientes aspectos del curso: *a)* contenidos, documentación y material pedagógico; *b)* organización; *c)* calidad del profesorado; *d)* metodología aplicada; *e)* utilidad del taller; *f)* aprendizaje conseguido, y *g)* valoración global. También se dejó un espacio abierto para aportar sugerencias.

Las placas de cultivo recogidas se incubaron a 37 °C, se leyeron los resultados a las 24-48 h, realizando un recuento cuantitativo manual de las unidades formadoras de colonias (UFC). Para evitar sesgos, las placas se identificaron de forma que en la lectura no se conociera el grupo asignado, ni el nombre de la persona a la que pertenecía la impronta.

Tras analizar los resultados de cada taller se elaboró un informe, tabla 1, que se entregó personalmente a cada alumno, respetando el anonimato.

Se realizó un análisis estadístico comparativo de los resultados entre los 3 grupos aleatorizados en el que se analizaron las siguientes variables: categoría profesional (enfermera, matrona, auxiliar de enfermería), grupo asignado y solución alcohólica empleada. El estudio estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 10.0. Para la comparación del recuento de colonias antes y después de la higiene de las manos se utilizó la prueba de t de Student para datos pareados. Se utilizó el ANOVA de 1 vía para comparar la reducción en UFC de las 3 intervenciones y la prueba de la χ^2 para comparar el número de alumnos en que el cultivo después de la intervención llega a 0 UFC. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados (en pasado simple)

¿Qué respuestas obtuvo?

Es la sección más corta

Elegir si se presenta como texto, tabla o figura

- Texto: generalidades
- Tablas: datos precisos; todas citadas
- Figuras: tendencias o diferencias; todas citadas

1 - Elaborar la secuencia (**orden lógico**)

2 - Hacer los gráficos

3 - Escribir la sección

¿Qué espera encontrar el lector en esta sección?

- Flujograma de pacientes
- Resultados descriptivos (sobre la muestra y sobre la variable principal “en estudio”)
- Hallazgo principal: claro
- Otros hallazgos importantes (por ejemplo efectos adversos)
- (Resultados adicionales)

NO AGREGAR COMENTARIOS NI INTERPRETACIONES

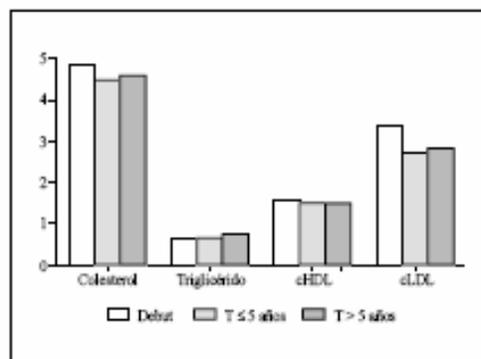


Figura 3. Concentraciones plasmáticas de lípidos en relación con el tiempo de evolución. cHDL, colesterol de lipoproteínas de alta densidad. cLDL, colesterol de lipoproteínas de baja densidad.

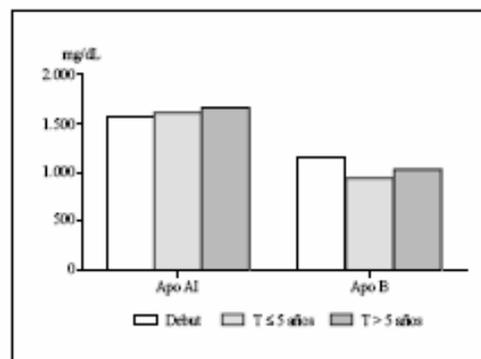


Figura 4. Concentraciones medias de apolipoproteínas en relación al tiempo de evolución.

(análisis de la variancia), la prueba de Chi cuadrado (comparación de frecuencias) y la correlación de Spearman (asociaciones estadísticas entre variables), considerando significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Considerando buen control metabólico de la enfermedad cuando la HbA1c es inferior a 8%, no hemos encontrado diferencias significativas entre las concentraciones de Lp(a) según los valores de glucohemoglobina. En cambio, sí las hemos encontrado en relación a la existencia de microalbuminuria (Fig. 1), así como cuando se clasificaban los pacientes según el tiempo de evolución de la enfermedad (mayor de cinco años).

Las concentraciones medias plasmáticas de Lp(a) (Fig. 2), así como el porcentaje de individuos con hiper Lp(a) eran significativamente superiores ($p < 0,02$) en los niños afectados de DMID con tiempo de evolución superior a 5 años, respecto a los niños con tiempo de evolución de la enfermedad igual o inferior a 5 años. No hemos encontrado diferencias significativas para las concentraciones de Lp(a) en los tres grupos de pacientes estudiados (debut, ≤ 5 años y > 5 años) considerando el grado de control metabólico (HbA1c $< 8\%$ y HbA1c $\geq 8\%$).

La edad media de los niños afectados de DMID, así como los resultados de los marcadores bioquímicos del control glucémico se muestran en la tabla I. Se observaron diferencias estadísticamente significativas, de acuerdo al tiempo de evolución de la enfermedad para la hemoglobina glucosilada y fructosamina. En cambio, no se han encontrado asociaciones estadísticas entre la Lp(a) y los constituyentes representados en esta tabla.

Dentro de los resultados del perfil lipídico realizado, los valores medios de colesterol, triglicéridos, cHDL y cLDL vienen representados en la figura 3. Entre estos dos grupos de cifras no existen diferencias significativamente favorables. Por lo que respecta a las concentraciones medias de apolipoproteínas (Fig. 4)

Tabla II Asociaciones estadísticas

	HbA1c	Fructosamina
Colesterol	0,16 *	0,13 NS
Triglicéridos	0,36 ***	0,36 ***
cHDL	-0,22 **	-0,14 *
cLDL	0,24 ***	0,18 **
Apo B	0,38 **	0,34 **

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

tampoco existían diferencias significativas. Por tanto, parece que el tiempo de evolución de la enfermedad no tiene influencia en los valores de las magnitudes lipídicas anteriormente citadas. No se constató la existencia de asociaciones estadísticamente significativas entre las concentraciones plasmáticas de Lp(a) y las de glucosa, fructosamina, HbA1c y los valores del aclaramiento de creatinina. En la tabla II se muestran las asociaciones estadísticamente significativas entre la HbA1c, fructosamina y los constituyentes lipídicos.

Discusión

La Lp(a) es una lipoproteína que se asocia con el riesgo aumentado de desencadenar procesos de arterioesclerosis. En los pacientes diabéticos, las concentraciones de Lp(a) suelen ser más elevadas que en la población normal^(17,18). Se ha subrayado que existe una correlación entre el grado de control metabólico medido por glucohemoglobina y las concentraciones de Lp(a)⁽¹⁹⁾. En nuestro caso y tal como se ha referido por otros autores^(20,21), no hemos puesto de manifiesto una correlación entre el grado de control metabólico y los valores de Lp(a); en cambio, sí encontramos diferencias en las concentraciones de Lp(a) en relación a la presencia de microalbuminuria⁽²²⁾. Además, conviene señalar que el tiempo de evolución de la enfermedad puede ser

Sección corta
Complementa
texto con
tablas y
figuras

Resultados

Considerando buen control metabólico de la enfermedad cuando la HbA1c es inferior a 8%, no hemos encontrado diferencias significativas entre las concentraciones de Lp(a) según los valores de glucohemoglobina. En cambio, sí las hemos encontrado en relación a la existencia de microalbuminuria (Fig. 1), así como cuando se clasificaban los pacientes según el tiempo de evolución de la enfermedad (mayor de cinco años).

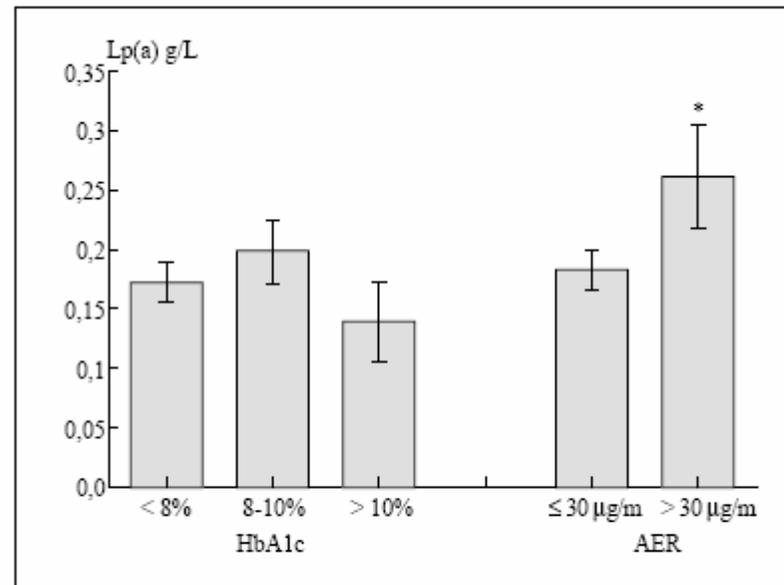


Figura 1. Concentraciones plasmáticas de Lp(a) en relación a los valores de glucohemoglobina (HbA1c) y a las concentraciones de albúmina en orina (AER). Valores expresados como $X \pm ESM$; $p < 0,05$.

Resultado principal claro y en concordancia con el objetivo del estudio

Esta comparación se realizó utilizando las pruebas estadísticas anteriormente comentadas. En cualquier caso se consideró como diferencia significativa aquella con una $p < 0,05$.

Resultados

La edad media de los 152 pacientes incluidos en el estudio fue de 51,9 años (rango: 28-79) de los que 105 eran varones (69,1%). Los pacientes se asignaron de forma aleatorizada en 2 grupos. El grupo A estaba compuesto por 79 pacientes (51,9%) que recibieron midazolam y el grupo B estaba compuesto por 73 pacientes (48,1%) que recibieron placebo. En la tabla 1 se reogen los datos demográficos, las variables de la monitorización durante la realización de la BF y las pruebas realizadas por grupos. Cuando se compararon ambos grupos no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las variables basales de los pacientes, excepto en la edad, que fue significativamente inferior en el grupo placebo (grupo A, $53,9 \pm 15,5$; grupo B, $59,6 \pm 13,4$; $p=0,019$). Tampoco se encontraron diferencias entre el tipo de técnicas realizadas en cada grupo, el número por técnicas o el total de técnicas realizadas.

La valoración de la broncoscopia por parte de los pacientes se muestra en la tabla 2 y se aprecia cómo la sedación con midazolam es muy superior a placebo en lo referente a las variables relacionadas por el paciente relacionadas con los síntomas y las sensaciones, a pesar de que en ambos grupos comienzan con una valoración de miedo y nerviosismo ante la realización de la broncoscopia —preguntas 8 y 9 del cuestionario— muy similar, sin presentar diferencias estadísticas.

La tabla 3 hace referencia a la valoración del broncoscopista tras la realización de la BF. Se encuentran diferencias significativas en la escala visual del nivel de sedación y en la dificultad de la exploración a favor del grupo A con sedación con midazolam. Sin embargo, la dosis final de midazolam y placebo fue similar en ambos grupos al igual que la colaboración del paciente valorada por el broncoscopista. La duración de la prueba, medida desde que se introduce el broncoscopio por vía nasal hasta que se retira, fue mayor en el grupo que recibió placebo ($p < 0,0001$). El broncoscopista valoró la colaboración del paciente de forma similar en ambos grupos, solo en 2 ocasiones, un paciente de cada grupo, no completaron la broncoscopia por mala colaboración del paciente; sin embargo, estos pacientes se han incluido en el estudio, ya que sí rellenaron el cuestionario y disponíamos de esta información. El resto de los pacientes de ambos grupos colaboraron durante la exploración y solo en 3 casos

la colaboración fue mala pese a lo cual sí se concluyó la exploración con las distintas muestras que fue preciso obtener.

En la tabla 4 se presenta la comparación entre los grupos aleatorizados de las variables analizadas antes y después de la broncoscopia, sólo se encontraron diferencias en las cifras de la presión arterial sistólica en el grupo de midazolam que fue menor al finalizar la prueba ($135 \pm 22,8$ vs. $129,6 \pm 21,9$ mmHg; $p=0,001$).

Como complicaciones solo se presentaron 2 desaturaciones de oxígeno en pacientes del grupo A, una menor del 85%, que se recuperaron al incrementar la FiO_2 y se utilizó una dosis de flumazenil para neutralizar el efecto del midazolam. En 6 casos hubo una hemorragia de grado moderado (4 en el grupo A y 2 en el grupo B) tras la toma de distintas muestras de biopsia que cedieron con las maniobras habituales con aspiración e instilación de suero frío. En 11 pacientes durante la broncoscopia se produjo taquicardia entre 100-150 pulsaciones por minuto (6 en el grupo A y 5 en el grupo B) que cedieron al finalizar la prueba. No se registraron otras complicaciones durante el estudio.

Discusión

Los resultados de nuestro estudio demuestran que la sedación con midazolam en los pacientes que reciben una BF presentó una mejor tolerancia a la prueba. Por otro lado, la sedación disminuye el rechazo a repetir la exploración, disminuye la complejidad del procedimiento para el broncoscopista y a costa su duración.

De todas las benzodiazepinas utilizadas para la sedación durante la broncoscopia, como el midazolam, el diazepam, el temazepam y el lorazepam, es el midazolam el más utilizado en las endoscopias respiratorias¹¹, por sus propiedades farmacodinámicas. Para valorar los beneficios de la sedación con midazolam recogimos 2 grupos

Tabla 3
Características de la broncoscopia y valoración de la exploración por el broncoscopista

Variable	Grupo A n=79	Grupo B n=73	p
Escala visual de la sedación	$6,29 \pm 2,2$	$2,78 \pm 1,97$	0,0001
Dosis final de la sedación	$3,61 \pm 0,5$	$3,66 \pm 0,44$	NS
Colaboración del paciente	$2,56 \pm 1,1$	$2,41 \pm 1,04$	NS
Dificultad de la exploración	$0,94 \pm 1,01$	$0,5 \pm 0,67$	0,003
Duración de la prueba, min	$10,18 \pm 3,7$	$13,04 \pm 5,14$	0,0001

Valores expresados como media \pm desviación estándar.

NS: no significativo.

Tabla 2
Valoración de la broncoscopia por parte de los pacientes

Variable	Grupo A n=79	Grupo B n=73	p
Retardo de la prueba	$3,38 \pm 0,84$	$1,88 \pm 1,1$	0,0001
Dolor durante la prueba	$1,73 \pm 1,15$	$0,73 \pm 0,87$	0,0001
Tos durante la prueba	$1,84 \pm 1,13$	$1,2 \pm 1,12$	0,0001
Sensación de falta de aire	$1,61 \pm 1,15$	$0,5 \pm 0,8$	0,0001
Miedo al la trakea que repetir	$1,98 \pm 1,03$	$0,83 \pm 0,83$	0,0001
Miedo previo a la prueba	$1,83 \pm 1,5$	$1,84 \pm 1,6$	NS
Nervios previo a la prueba	$1,98 \pm 1,36$	$2,08 \pm 1,4$	NS
Nervios al trakea que repetir la prueba	$2,3 \pm 1,16$	$1,03 \pm 1,16$	0,0001
¿Diferencia al trakea que repetir la prueba	$2,63 \pm 1,01$	$1,96 \pm 1,01$	0,0001
¿Repetir la prueba si fuera necesario?	$2,84 \pm 0,5$	$2,53 \pm 0,58$	0,002
Sensación de angustia durante la prueba	$2,38 \pm 0,98$	$1,01 \pm 0,95$	0,001
Incomodidad de la exploración	$2,5 \pm 0,97$	$1,15 \pm 0,97$	0,001
Sensación de ser una prueba agradable en general	$0,35 \pm 0,53$	$1,2 \pm 1,03$	0,001

Valores expresados como media \pm desviación estándar.

NS: no significativo.

Sección corta Complementa texto con tablas y figuras

El objetivo principal de nuestro estudio ha sido analizar si la sedación consciente con midazolam durante la realización de la BF incrementa la calidad de la exploración en términos de tolerancia para el paciente. Como objetivos secundarios interesa conocer si mejora con la sedación el grado de aceptación de la broncoscopia por parte del paciente una vez realizada la prueba endoscópica y ante la necesidad de una segunda o sucesivas exploraciones. Por otro lado, se pretende valorar si con la sedación se mejora el grado de satisfacción del broncoscopista de la exploración realizada.

Resultados

La edad media de los 152 pacientes incluidos en el estudio fue

Tabla 1
Variables basales en el grupo completo a estudio y en cada uno de los grupos aleatorizados

La valoración de la broncoscopia por parte de los pacientes

Tabla 2
Valoración de la broncoscopia por parte de los pacientes

La tabla 3 hace referencia a la valoración del broncoscopista

Tabla 3
Características de la broncoscopia y valoración de la exploración por el broncoscopista

En la tabla 4 se presenta la comparación entre los grupos

Tabla 4
Comparación entre los grupos aleatorizados de las variables analizadas antes y después de la broncoscopia

Como complicaciones solo se presentaron 2 desaturaciones de

Los objetivos de este trabajo han sido analizar los resultados de un programa de formación sobre higiene de las manos en el personal de enfermería y comparar la eficacia del lavado higiénico de las manos con la aplicación de soluciones antisépticas alcohólicas.

¿Qué quiere decir
“Resultados”?

¿Quiere decir si la gente
aprende a lavarse las
manos? ¿Si quien recibe
el taller lo califica como
útil? ¿Si tres meses
luego del taller la gente
se sigue lavando las
manos correctamente?

Resultados

De los 792 profesionales sanitarios que acudieron a los talleres, el 94,1% fueron mujeres y el 5,9% varones. La distribución por categoría profesional fue: 462 enfermeras (58,3%), 304 auxiliares de enfermería (38,4%) y 26 matronas (3,3%).

Análisis del programa de formación

Los resultados de la encuesta de satisfacción después del curso vienen resumidos en la tabla 1. Todos los criterios evaluados obtuvieron una puntuación superior a 8, excepto la adecuación del horario.]

Comparación entre métodos de higiene de las manos

Discusión

¿Qué significa esa respuesta?

¿Qué significan estos resultados hoy?

¿Qué dicen otros autores?

¿Qué pensamos nosotros hoy?

Discusión

- Resumir brevemente los principales resultados (tiempo presente)
- No repetir en detalle datos u otro material que aparezca en la Introducción o en Resultados
- No agregar resultados que no estén en esa sección
- Explorar los posibles mecanismos o explicaciones de dichos hallazgos, coherencias y contradicciones
- Comparar y contrastar los resultados con los de otros estudios relevantes (pasado simple y pasado compuesto para resultados colectivos) y discutir posibles razones para resultados divergentes
- Exponer las limitaciones y las fortalezas del estudio
- Explorar las implicaciones de los resultados para futuras investigaciones y para la práctica clínica

Discusión

La Lp(a) es una lipoproteína que se asocia con el riesgo aumentado de desencadenar procesos de arterioesclerosis. En los pacientes diabéticos, las concentraciones de Lp(a) suelen ser más elevadas que en la población normal^(17,18). Se ha subrayado que existe una correlación entre el grado de control metabólico medido por glucohemoglobina y las concentraciones de Lp(a)⁽¹⁹⁾. En nuestro caso y tal como se ha referido por otros autores^(20,21), no hemos puesto de manifiesto una correlación entre el grado de control metabólico y los valores de Lp(a); en cambio, sí encontramos diferencias en las concentraciones de Lp(a) en relación a la presencia de microalbuminuria⁽²²⁾. Además, conviene señalar que el tiempo de evolución de la enfermedad puede ser

un factor importante a tener en cuenta, así como la predisposición genética. Al subdividir nuestra casuística según el tiempo de evolución, encontramos que los valores de Lp(a), cuando la diabetes es de mayor duración, son significativamente superiores al grupo con menor tiempo de evolución.

En cuanto a correlaciones con otras magnitudes, no hemos encontrado asociación estadísticamente significativa entre la Lp(a) y ninguna de las magnitudes estudiadas. Hechos similares han sido encontrados por otros autores^(23,24).

De acuerdo a estos resultados, podemos deducir que las concentraciones plasmáticas de Lp(a), así como el porcentaje de sujetos presentando hiper Lp(a) se incrementan significativamente en los niños diabéticos insulino dependientes de larga evolución de la enfermedad. No obstante, las concentraciones de Lp(a) no parecen asociadas a los marcadores bioquímicos del grado de control metabólico de la diabetes. Se concluye que así como los diferentes marcadores lipídicos clásicos tienen relación con el control metabólico de la diabetes, las concentraciones de Lp(a) representan un marcador bioquímico asociado a la evolución de la enfermedad y a la presencia o no de microalbuminuria, y no al grado de control metabólico de la misma.

Repite resultados

¿Qué significan estos resultados hoy?

¿Qué dicen otros autores?

¿Qué pensamos nosotros hoy?

Discusión

Los resultados de nuestro estudio demuestran que la sedación con midazolam en los pacientes que reciben una BF presentó una mejor tolerancia a la prueba. Por otro lado, la sedación disminuye el rechazo a repetir la exploración, disminuye la complejidad del procedimiento para el broncoscopista y acorta su duración.

De todas las benzodiacepinas utilizadas para la sedación durante la broncoscopia, como el midazolam, el diazepam, el temazepam y el lorazepam, es el midazolam el más utilizado en las endoscopias respiratorias¹¹, por sus propiedades farmacocinéticas. Para valorar los beneficios de la sedación con midazolam recogimos 2 grupos

aleatorizados, doble ciego con grupo control, cuyas características demográficas eran similares, excepto en la edad. Así, la edad del grupo que recibió midazolam era significativamente menor que la del grupo control. Pensamos que esta diferencia estadística no es significativa puesto que es conocido que los pacientes más jóvenes toleran peor la exploración¹⁴. En nuestro estudio, la tolerancia a la broncoscopia fue mejor en el grupo que recibió sedación que en el grupo sin sedación de edad mayor. Con objeto de valorar el grado de sedación se han realizado ensayos clínicos que comparan el midazolam con otros fármacos, como opiáceos —alfetaniolo¹⁵— o anestésicos intravenosos, como el propofol^{16,22,23}, o bien distintas combinaciones de éstos^{9,17,18}. Nuestro estudio aporta un grado de evidencia elevado, ya que es un ensayo clínico con un importante número de pacientes y el único que compara midazolam con placebo durante la realización de la BF.

En pacientes trasplantados de pulmón que toman ciclosporina se ha postulado que precisan más dosis de midazolam, puesto que la ciclosporina se elimina por la vía del citocromo P450 y así induce el metabolismo más rápido del midazolam¹⁹. Nuestro estudio incluye solo un 11,2% de pacientes trasplantados, por lo que este aspecto no se ha valorado. Sin embargo, si bien es cierto que la farmacocinética del midazolam puede modificarse por fármacos como la ciclosporina, este grupo de pacientes recibe en ocasiones repetidas broncoscopias, por lo que los factores psicológicos pueden modificar su respuesta al midazolam ante la realización de una nueva exploración.

Explica un resultado

Expresa una fortaleza del estudio

Expone una debilidad del estudio

Discusión

En nuestra opinión, algunas de las actividades del curso tienen una importancia docente muy relevante:

– Aunque todos los profesionales sanitarios teóricamente conocen la forma en la que deben lavarse las manos, diversos estudios han demostrado que lo hacen no sólo con menos frecuencia de lo necesario sino de forma incorrecta. Por ello, la demostración de cómo debe hacerse un lavado de manos correcto ayuda a los alumnos a conseguir unos hábitos adecuados.

– La contaminación artificial con una sustancia sintética fluorescente permite que los alumnos vean las zonas de las manos en las que el lavado no ha sido suficientemente efectivo. Los alumnos comentaron en la encuesta que esta demostración práctica es una ayuda importante para comprender y visualizar las zonas de riesgo donde pueden quedar restos contaminantes.

– Por otra parte, el hecho de mostrar placas con improntas de manos con crecimiento bacteriano sirve para que los alumnos tomen conciencia de su propia contaminación y del riesgo de actuar como transmisores de infecciones.

¡Esto no está en ningún otro lugar del artículo antes!

Conclusiones

- Relacionar las conclusiones con los objetivos del estudio.
- No hacer afirmaciones rotundas.
- No sacar conclusiones que no estén respaldadas por los datos.
- Establecer nuevas hipótesis cuando tengan base, pero calificándolas claramente como tales.
- Explicar si puede generalizarse el resultado a otros. O si debería hacerse otros estudios para resolver las discrepancias.

Se concluye que así como los diferentes marcadores lipídicos clásicos tienen relación con el control metabólico de la diabetes, las concentraciones de Lp(a) representan un marcador bioquímico asociado a la evolución de la enfermedad y a la presencia o no de microalbuminuria, y no al grado de control metabólico de la misma.

En conclusión, los datos que se desprenden de este ensayo clínico demuestran que la BF en los pacientes sedados con midazolam es mejor tolerada y los pacientes tienen menos recuerdos de la prueba, lo que hace que tengan una mejor predisposición a repetir la exploración. Además, aunque el broncoscopista valora igual la colaboración del paciente, durante la exploración encuentra menos dificultad durante su realización y acorta su duración al realizar las mismas técnicas durante la broncoscopia. La ausencia de complicaciones graves y estos resultados aconsejan el uso de sedación con midazolam de forma habitual durante la BF en pacientes sin contraindicaciones.

En conclusión, el programa de formación sobre higiene de las manos es un método de enseñanza bien valorado por el personal de enfermería. Las soluciones alcohólicas logran una mayor reducción del recuento bacteriano que el lavado de manos. Son necesarios estudios que analicen el impacto de la formación en higiene de las manos sobre su cumplimiento en el puesto de trabajo y en la incidencia de infección hospitalaria.

Referencias bibliográficas

¿Para qué sirven?

- Muestran la familiaridad del investigador con el conocimiento actual del campo de estudio.
- Dirige a los lectores hacia otros artículos de interés.
- Provee a otros investigadores de la fuentes de los métodos usados.
- Ofrece a los editores un listado de posibles revisores.

Algunas consideraciones:

- Las “declaraciones” sobre hechos deben ser fundamentadas a través de referencias.
- Nunca usar una referencia que no se leyó.
- La sección resultados casi nunca debería tener referencias.
- Siempre que se reenvía un artículo debería actualizarse las referencias. Si están desactualizadas es fácil saber que ha sido rechazado varias veces u olvidado arriba del escritorio.

Tablas y figuras

- Complementan el texto
- Permiten reducir su extensión
- Tablas: datos
- Figuras: tendencias
- Títulos breves y descriptivos. Aclarar siempre las abreviaturas y símbolos que se usan

¡DEBEN FACILITAR LA COMPRENSIÓN Y NO DIFICULTARLA!

1º Congreso Argentino de Neonatología
Buenos Aires, 30 de septiembre, 1 y 2 de octubre de 2010

Taller

Cómo escribir un trabajo científico

Viernes 1 de Octubre – 14 a 16 horas

Tercera parte

Estilo de la escritura científica

Dra. Norma Rossato

Archivos Argentinos de Pediatría
Editora Asociada

El título

- **Es el conjunto más importante de palabras**
- **Despierta el interés sobre el trabajo**
- **Sirve para la indización**

Qué

- **Palabras claves al comienzo o en la primera parte**
- **Que incluya el diseño**

Cómo

- **Corto, claro y específico**
- **Sin abreviaturas**

El título

Corto, claro y específico

¡No esperar! ¡Mejor operar!.....

Corto,...

*Variabilidad de la prescripción de antibióticos en la población pediátrica de Castilla y León **durante los años 2001 a 2005** en el medio urbano o rural*

El título

Con las palabras clave al comienzo

- *Cribado neonatal de anemia falciforme en la Comunidad Autónoma Balear. Estudio piloto anónimo no relacionado*

Palabras clave: Anemia falciforme. Hemoglobinopatías. Cribado neonatal.

- *Perfil ingestivo salino y presión arterial en la fibrosis quística*

Palabras clave: sensibilidad a la sal, presión arterial y fibrosis quística

(Transversal)

El título

Que incluya el diseño

Fibrobroncoscopia en la tuberculosis endobronquial

Objetivos:

- **Analizar las fibrobroncoscopias llevadas a cabo a lo largo de 11 años (1992-2003) en niños con diagnóstico de tuberculosis**
- **Realizar una revisión de la literatura especializada**
- **Intentar establecer la utilidad actual de la fibrobroncoscopia en la tuberculosis infantil**
- **Proponer unos criterios para determinar la indicación de esta técnica en estos niños**

(16 pacientes)

El uso del arnés de Pavlik en el tratamiento de la displasia en desarrollo de la cadera (DDC)

- Forma de utilización
- Serie de 37 casos

Resumen

Cómo

- **Es lo más leído**
 - **Es lo último que se escribe**
 - **Única fuente de información para algunos lectores**
 - **Si faltan detalles claves, es difícil saber la validez interna y la aplicabilidad de las conclusiones**
 - **Si es atrayente invita a leer el artículo**
 - **Si es confuso el lector no pasará al texto**
-
- **Claro y detallado**
 - **Sin referencias bibliográficas**
 - **Sin abreviaturas**

Resumen y palabras clave

Qué

- **Extensión: 250 a 300 palabras**
- **Introducción: estado del conocimiento sobre el tema**
- **Objetivos o hipótesis**
- **Población, material y métodos: diseño, población, lugar, variables, técnicas, intervención y asignación, métodos de observación y métodos analíticos**
- **Resultados principales y secundarios, efectos adversos y colaterales**
- **Conclusiones principales: destacar aspectos nuevos e importantes o las observaciones que se derivan del estudio**
- **Palabras claves: 3 - 10 palabras o frases cortas. Utilizar términos que aparecen en el Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus**

Objetivo Determinar el grado de malestar y de dolor causado por la toma sanguínea de talón y comparar diferentes tratamientos analgésicos.

Pacientes y método Se estudiaron 150 recién nacidos procedentes de la maternidad durante un período de 3 meses; se formaron tres grupos aleatorios, previo consentimiento informado. Un primer grupo estaba formado por 50 recién nacidos y no recibió ninguna intervención analgésica específica durante la extracción para el cribado endocrinometabólico, salvo nuestra técnica habitual de contención. Los grupos segundo y tercero (con 50 recién nacidos cada uno), recibieron succión no nutritiva-placebo y succión no nutritiva-sacarosa al 24 %, respectivamente. **Resultados** En el grupo control, la puntuación media en la escala de malestar fue de 3,92, con dolor moderado, que provocó un tiempo de llanto de 51,72 s; el grupo que recibió succión no nutritiva-placebo obtuvo una puntuación de 2,1, dolor leve, con 10,68 s de llanto, mientras que el grupo que recibió succión no nutritiva-sacarosa obtuvo 1,5 puntos, dolor leve, y un tiempo de llanto de 10,70 s. **En la comparación de los resultados** entre el grupo control y los grupos de succión no nutritiva se observaron diferencias significativas tanto en la puntuación de la escala de molestias como en el tiempo de llanto ($p < 0,001$). **En el análisis comparativo** entre los grupos de succión no nutritiva con placebo y sacarosa no se detectaron diferencias significativas.

Conclusiones La toma sanguínea de talón es un procedimiento doloroso de moderada intensidad susceptible de tratamiento analgésico. Un adecuado procedimiento de contención de enfermería, junto con el complemento de succión no nutritiva, disminuye de forma significativa el malestar y el llanto, por lo que no consideramos necesarios otros procedimientos analgésicos.

Palabras clave: Analgesia. Extracción del talón. Recién nacido. Contención del recién nacido. Succión no nutritiva

Tabaquismo en adolescentes escolarizados de la ciudad de Olavarría, Buenos Aires. Prevalencia y factores asociados

RESUMEN

Introducción. Los efectos adversos del tabaquismo son conocidos, pero millones de personas continúan fumando. **En efecto**, el tabaquismo y la exposición al humo del tabaco –**fenómeno conocido como exposición pasiva al humo de tabaco**– constituyen uno de los mayores eventos prevenibles en salud pública. El primer contacto con el tabaco se inicia durante los primeros años de la adolescencia. El objetivo del trabajo fue determinar la prevalencia de fumadores en adolescentes de la ciudad de Olavarría e identificar factores de riesgo asociados **con el hecho de convertirse** en fumador.

Población, material y métodos. Se incluyeron **setecientos sesenta y tres** estudiantes mediante una encuesta anónima autoadministrada. Las variables incluyeron: edad, sexo, contacto con el cigarrillo, hábito de fumar de padres y amigos, creencias acerca del tabaquismo, información recibida en la escuela, influencia de los medios de comunicación. Se calcularon la prevalencia de vida (PV) y del último mes (PUM).

Resultados. La prevalencia de vida fue de 0,27 y la del último mes de 0,10. A medida que la edad asciende, el tabaquismo aumenta. La presión de amigos fumadores (OR= 10,1 IC 95% 5,1-19,0) y el humo pasivo en el hogar (OR= 2,1 IC 95% 1,1-5,3) constituyeron dos factores significativos para el inicio del tabaquismo.

Conclusión. **El estudio muestra** la influencia que ejercen el tener padres fumadores y la presión del medio social sobre el inicio del hábito de fumar en los adolescentes.

Palabras clave: *tabaquismo, prevalencia en adolescentes, factores de riesgo*

Características de las complicaciones pulmonares asociadas a la ventilación mecánica en Recién Nacidos
Carballo–Piris Da Motta C(1), Gómez ME(2), Recalde L(3).

RESUMEN

Introducción: La ventilación mecánica es un procedimiento invasivo con riesgos conocidos que deben ser previstos y en lo posible ser identificados en forma temprana para implementar un tratamiento inmediato. Las complicaciones respiratorias representan uno de esos riesgos.

Objetivo: Analizar las complicaciones pulmonares de los recién nacidos que requirieron asistencia respiratoria mecánica (ARM) durante su internación en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en el Instituto de Previsión Social, Hospital Central (IPS-HC).

Material y Método: Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, en la UCIN del HC-IPS, de Julio 2008 a Junio de 2009, con datos obtenidos de los Registros estadísticos de nacimientos de la Sala de RN y las Historias Clínicas de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.

Resultados: Se registraron 4500 nacimientos. Ingresaron 156 prematuros, que representa el 3,46% del total de RN y 37 RN de término que representa 0,82%. De estas cifras 135(86,5%) RN de pre término y 33(89,1%) RN de término requirieron ARM. De los 193 RN ingresados en UCIN que corresponde al 4,2% del total de RN, 168(87%) pacientes recibieron procedimiento invasivo de ARM. De estos 73(43%) presentaron complicaciones pulmonares; el 22% correspondían a edades entre 25-28 semanas, 22% eran de 28,5-31 semanas, 21% fueron de 31,5-34 semanas, 21% de 34,5-36,5 semanas, 14% de 37,5-40 semanas. El sexo masculino predominó en un 67%. Se encontró que el 50% fueron RN con peso entre 1000-2000 gr, que junto con los de 2001 a 3000 gr fueron los que con mayor frecuencia presentaron complicaciones respiratorias, de ellos 76,3% fueron RN de pre término y 5,7% de término en ambos grupos. Las complicaciones pulmonares fueron: neumotórax en un 26/73, atelectasia 26/73, neumonía asociada a respirador 33/73, displasia broncopulmonar 7/73, enfisema intersticial 7/73, hemorragia pulmonar 5/73, derrame pleural 3/73. La estancia hospitalaria fue en promedio de 11-20 días. Del total de RN que requirieron ventilación mecánica y presentaron complicaciones pulmonares se encontró que 75,3% de los RN egresaron vivos y 24,6% egresaron fallecidos. Las causas de muerte se presentaron en el siguiente orden: neumotórax, neumonía asociada a respirador y atelectasia.

Conclusión: La ventilación mecánica se utilizó en menos de la mitad de los nacidos en este periodo. Fue exitosa su aplicación en un alto porcentaje, sin embargo en casi la mitad se observó complicaciones como neumonía asociada a respirador, neumotórax, atelectasia y enfisema intersticial. Los fallecidos fueron RN de pre término, de peso menor a 2000 gr, del sexo masculino. Las muertes ocurridas casi todas en la primera semana de internación, se debieron a neumotórax, neumonía asociada a respirador y atelectasia, en un orden diferente a la presentación como complicación.

Palabras claves: Recién nacido, Síndrome de Distrés Respiratoria, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, ventilación mecánica, complicaciones pulmonares, Hospital Central Instituto de Previsión Social.

Interpretación de radiografías de cráneo de niños menores de dos años con traumatismo craneoencefálico por médicos residentes del último año

Introducción. El traumatismo de cráneo es uno de los motivos de consulta más frecuentes y es la principal causa de muerte y discapacidad en niños. Habitualmente, el médico residente es el primero en evaluar al paciente. Un manejo inicial adecuado puede facilitar la terapéutica y disminuir la morbimortalidad.

Objetivos. Primario: Determinar la eficiencia de los médicos residentes de Pediatría de la ciudad de Córdoba para interpretar radiografías de niños menores de dos años con traumatismo de cráneo. Secundario: Evaluar los conocimientos teóricos del manejo clínico inicial del paciente.

Diseño del estudio. Transversal.

Material y métodos. Se confeccionó un juego de 17 pares radiográficos de cráneo (frente y perfil), 10 con fractura y 7 sin fractura, evaluados por un radiólogo experimentado, **que fue utilizado como** patrón estándar. Se evaluaron 47 residentes de Pediatría del último año, de ocho instituciones. Para las comparaciones de las variables numéricas se utilizó la prueba de t de Student.

Resultados. La tasa global de diagnósticos correctos fue de 81%. La sensibilidad en la identificación de fracturas fue de 82% y la especificidad de 79%. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la especificidad entre hospitales públicos y privados (75,2% y 92,3% respectivamente). El 64,5% de las preguntas fueron contestadas correctamente.

Conclusión. La eficiencia en la interpretación de radiografías fue similar a la comunicada en la bibliografía, pero los conocimientos teóricos para el manejo de la patología no fueron óptimos. **Creemos que** este es un aspecto sobre el cual debe hacerse hincapié en todo programa de entrenamiento.

Palabras clave: traumatismo de cráneo, radiografía de cráneo, eficiencia, residentes.

Usar un estilo correcto

- **Oraciones cortas y claras**
- **Lenguaje directo (voz activa) y simple**

- **Un pensamiento por oración**
- **Un párrafo para desarrollar cada idea**

- **Cuidar el número de palabras: no enunciar lo que se va a decir**
- **Evitar la ambigüedad**
- **Evitar la grandilocuencia**
- **No repetir**

- **Escribir el Resumen al final**
- **El título es el conjunto de palabras más importante**

Real Academia Española

<http://www.rae.es/>

[Real Academia Española](#)

[Asociación de Academias de la Lengua Española](#)

[Fundación pro Real Academia Española](#)

- Diccionario de la lengua española
Vigésima segunda edición

- Diccionario panhispánico de dudas
Primera edición

[V Congreso Internacional de la Lengua Española](#)

Un pensamiento por oración

Un párrafo para desarrollar cada idea

Las radiografías de cráneo no brindan información directa sobre las lesiones intracraneales, pero son útiles para demostrar fractura, uno de los mejores predictores de lesión cerebral. Las radiografías de cráneo en niños menores de dos años con traumatismo son difíciles de interpretar debido a que poseen estructuras anatómicas, como suturas o vasos sanguíneos, que pueden ser confundidos con fractura y viceversa.

Los programas de entrenamiento de residentes deben incluir tópicos referentes a diagnóstico radiológico en niños pequeños ya que, a menudo, el médico residente es quien primero evalúa al paciente. Un manejo inicial adecuado puede facilitar la terapéutica y disminuir la morbimortalidad.

Desde hace ya muchos años, las lesiones traumáticas son consideradas como la causa más importante de muerte en grupos de individuos cuyas edades oscilan entre 1 y 16 años, no sólo en los países altamente industrializados sino también en aquellos como el nuestro, llamados países en vías de desarrollo y por lo que se sabe el número de casos en este tipo de lesiones es preocupante, tomando en consideración que tan sólo para instruir a trabajadores sociales que se encarguen de identificar los hogares que tienen alto riesgo de incurrir en maltrato de menores, en un país como Estados Unidos se requiere algo así como 3% del dinero del presupuesto de Defensa Nacional; en nuestro país no se sabe de la existencia de algún Programa destinado a esta patología tan frecuente, anualmente en los Estados Unidos las lesiones pediátricas causan alrededor de 25.000 muertos, 60.000 ingresos hospitalarios y 16 millones de consultas a departamentos de urgencia, con costos directos que superan los 7500 millones de dólares americanos(4).

Una sola oración con 167 palabras

Desde hace ya muchos años, las lesiones traumáticas son consideradas como la causa más importante de muerte en grupos de individuos cuyas edades oscilan entre 1 y 16 años, no sólo en los países altamente industrializados sino también en aquellos como el nuestro, llamados países en vías de desarrollo - y por lo que se sabe el número de casos en este tipo de lesiones es preocupante, tomando en consideración que tan sólo para instruir a trabajadores sociales que se encarguen de identificar los hogares que tienen alto riesgo de incurrir en maltrato de menores, en un país como Estados Unidos se requiere algo así como 3% del dinero del presupuesto de Defensa Nacional; en nuestro país no se sabe de la existencia de algún Programa destinado a esta patología tan frecuente, anualmente en los Estados Unidos las lesiones pediátricas causan alrededor de 25.000 muertos, 60.000 ingresos hospitalarios y 16 millones de consultas a departamentos de urgencia, con costos directos que superan los 7500 millones de dólares americanos(4).

167 palabras

Las lesiones traumáticas son la causa más importante de muerte entre 1 y 16 años. En Estados Unidos identificar los hogares con alto riesgo de incurrir en maltrato de menores, requiere 3% del presupuesto de Defensa Nacional. Anualmente las lesiones pediátricas causan alrededor de 25.000 muertos, 60.000 ingresos hospitalarios y 16 millones de consultas a departamentos de urgencia, con costos directos mayores de US\$ 7500 millones. (4)

67 palabras

Cantidad de palabras

- **Está fuera de toda duda que** la detección precoz de la anemia de células falciformes reduce la morbimortalidad de los neonatos **a los que se les realiza** el cribado¹⁵, **pero** uno de los dilemas **que plantea** es si este cribado ha de ser universal o selectivo^{7,16}, **es decir si es dirigido únicamente** a recién nacidos procedentes de áreas con elevada prevalencia de estas enfermedades. (64 palabras)
- La detección precoz por cribado de la anemia de células falciformes reduce la morbimortalidad de los neonatos ¹⁵. Uno de los dilemas es si este cribado ha de ser universal o selectivo^{7,16}, para los recién nacidos procedentes de áreas con elevada prevalencia de estas enfermedades.
- (44 palabras)

Cantidad de palabras

Con el propósito de

Se efectuaron determinaciones para medir

De color blanco

De forma oval

Se eliminaron completamente

Un cierto número de

Un menor número de

Tenga en consideración

En un futuro cercano

Para

Se midieron

Blanco

Oval

Se eliminaron

Algunos

Menos

Considere

Pronto

Abreviaturas

- Utilizar preferentemente la abreviatura estándar
- No utilizar en el título
- Mantener el acento en la letra correspondiente **pág.**
- Mayúscula o minúscula según corresponda **cap. Sr.**
- No se dividen al final de la oración **izqdo. Depto. Dep-
to.**
- No se separan del término **15 págs. 15
págs.**
- No pueden quedar como única palabra del renglón,
etc.

Microorganismos

Bacterias y hongos:

- Letra cursiva
- Género con primera letra mayúscula, especie con letra minúscula, *Pseudomonas aeruginosa*, *P.aeruginosa*
- Evitar la castellanización de los nombres (como neumococo, estafilococo dorado, etc.) y abreviaturas que no son internacionalmente aceptadas

Virus

- Minúsculas y sin cursiva: herpes virus

Antimicrobianos y enfermedades

- Minúsculas: vancomicina, tuberculosis

Sigla

Palabra formada por las iniciales o cada una de esas letras

Acrónimos: se incorporan como sustantivo común

ONU, OMS, OEA, Unicef, Unesco, uci, ovni, sida, láser

Deletreo: OPS

Mixto: CD-ROM (*Compact Disc Read-Only Memory*)

Plural: las ONG

Género: según la palabra núcleo

el CEI (comité de ética e investigación)

la AMA (Asociación Médica Argentina)

Se escriben sin puntos ni blancos de separación excepto cuando van integradas en textos escritos en mayúsculas: *MEMORIA ANUAL DEL C.S.I.C.*

Las siglas escritas en mayúsculas nunca deben dividirse con guión de final de línea.

Siglas en idioma extranjero

Siempre que sea posible, se hispanizarán las siglas: ONU, y no UNO

Sigla (nombre completo y su traducción)

FDA (Food and Drug Administration, Administración de Alimentos y Fármacos)

Traducción (sigla y nombre completo)

Administración de Alimentos y Fármacos (FDA, por su sigla en inglés)

Emplear sólo siglas convencionalmente aceptadas

VDRL, IFI , LCR

Resultados

Cómo (en pasado simple)

- **Poner toda la información obtenida durante el proceso del estudio.**
- **Usar subtítulos para distinta información**
- **No dar explicaciones ni hacer comentarios**
- **No repetir en el texto lo que se coloca en Tablas o Figuras**
- **Anexos en la versión electrónica de la revista**
- **No usar fuera de contexto términos estadísticos: “azar” (que implica aleatorización), “normal,” “significativo,” “correlaciones” y “muestra”**

Factores de riesgo para muerte por diarrea en el Hospital del Niño

Resultados

A diferencia de otros estudios no se encontró asociación entre desequilibrio iónico y muerte por diarrea, probablemente al escaso tamaño de la muestra y a que sólo se tomaron en cuenta los resultados de ionograma de ingreso y no las determinaciones posteriores.

Discusión

La acidosis clínica severa corroborada por gasometría, aun siendo tratada conlleva una probabilidad de muerte de 18.3 veces más en comparación con los pacientes sin acidosis.

Resultado
o
Discusión

No se observó asociación estadística en los pacientes que presentaron deposiciones con sangre en comparación a los que no las tuvieron, pero sí es necesario resaltar un carácter protector del 40% en estos últimos, aunque sin significación estadística.

Cantidad
de
palabras

Llama la atención que más del 56% de los pacientes estudiados presentaban diferentes grados de desnutrición, no se halló asociación significativa entre la misma y muerte por diarrea (sólo un caso de kwashiorkor, por escaso tamaño de muestra) pero se encontró un 61% más de riesgo para muerte por diarrea en los pacientes con desnutrición marasmática.

Los números

- Se usan en textos científicos y técnicos, por su concisión y claridad
- Cuando se utiliza el símbolo, es obligado escribir el número en cifras **10 kg diez kg**
- Los decimales se escriben con coma **0,86**
- No debe dejarse espacio de separación entre el número y el signo de porcentaje **30%**
- El número y la unidad deben quedar en la misma línea **6 mEq/L**
- Hasta 4 cifras van juntos **2860 g**
- Más de 4 cifras se separan de tres en tres **56 320 RN**
- No se separan años, páginas, decretos ni leyes **Ley 25415**
- Números ordinales abreviados: **1.º 2.º 3.er**

Sistema Internacional de Unidades

Dimensión	medida	símbolo
Longitud	metro	m
Masa	kilogramo	kg
Tiempo	segundo	s
Capacidad	litro	L
Temperatura	grado Celsius	°C
Cantidad sustancia	mol	mol

Mayúsculas

- **Resaltar con cursiva o negrita**
La **absorción** es.... La **eliminación** depende.....
- **En un manuscrito no suelen escribirse con letras mayúsculas palabras o frases enteras**
SE MOSTRÓ LA IMPORTANCIA DE CONTROLAR....
- **La primera palabra de un oración y la que vaya después de punto**
- **Todo nombre propio**
- **Los tratamientos, y especialmente si están en abreviatura**
Si usted considera..... Si Ud. considera.....
- **Los sustantivos y adjetivos que compongan el nombre de una institución o publicación**
Archivos Argentinos de Pediatría
- **La numeración romana**

Acentuación

Tilde diacrítica: cuando puede haber ambigüedad (anfibología)

- **Los demostrativos (éste, ésta) cuando son pronombres**
- **Los interrogativos y exclamativos (adónde, cómo, cuál, cuán, cuándo, cuánto, dónde, qué, quién)**
- **Aún (todavía) – aun (incluso, siquiera)**
- **Sólo (solamente) – solo (en soledad). Opcional**

Porque, por que, porqué, por qué

- Quedó bien **porque** nos esmeramos (conjunción)
- La razón por **que** quiere quedarse (la cual) (pronombre relativo)
- Interesarse por **que** crezca
Preocuparse por **que** termine bien (conjunción subordinante)
- El **porqué**, los **porqués** (causa o motivo) (sustantivo)
- ¿**Por qué**? Mencione **por qué** lo excluyeron.
(pronombre interrogativo o exclamativo)

Palabras extranjeras

- No adoptadas: en cursiva y sin acentos *shock*
- Adoptadas: con la acentuación correspondiente estándar, test, copyright
- Traducidas correctamente

Versus: del latín: hacia (preposición)
del inglés: contra, frente a

<http://www.rae.es/>

Diccionario de la lengua española

22.^a edición

Diccionario panhispánico de dudas

1.^a edición

Conclusiones

Objetivo

El objetivo de este trabajo es el análisis epidemiológico (factores de riesgo, pronóstico y supervivencia) de las víctimas pediátricas por sumersión, admitidas en un hospital universitario de alta complejidad.

CONCLUSIONES

La lesión por sumersión en niños fue más frecuente entre los 0-4 años, en varones, durante los meses de verano y en piscinas privadas. Se asociaron con mal pronóstico la apnea en la admisión en emergencias, Glasgow < 5, sumersión mayor a 10 minutos, glucemia ≥ 300 mg% al ingreso y bradicardia. En esta serie de pacientes hemos observado que los valores al ingreso y a las 24 h de ácido láctico, superiores a 6 mmol/l, fueron marcadores de lesión grave, con una significativa diferencia entre los grupos con muerte-grave secuela neurológica y leve-sin secuela neurológica.

Conclusiones

Objetivo

- 1) Identificar las características epidemiológicas de las quemaduras en Bariloche.
- 2) Elaborar una estrategia que intente en el tiempo, disminuir la incidencia de las quemaduras en la infancia.

Conclusiones

Las quemaduras en la infancia constituyen un problema por resolver en nuestra zona.

Los datos recogidos en la primera etapa mostraron una tasa específica de morbilidad del 9,6 por mil. El contacto con salamandras y las escaldaduras representaron el 84% de los casos.

Hacia allí se enfocó la campaña de prevención. **Nuestra experiencia luego de realizar la tarea de prevención basada en los datos del trabajo, reveló** en la tercera etapa de este estudio, una disminución de la tasa de morbilidad del 6,6 por mil. La estrategia planteada es continuar con tareas de prevención.

Referencias bibliográficas

Qué

Artículos originales clásicos, relevantes y actualizados
“en prensa” o “de próxima aparición”
“observaciones no publicadas” .

Cómo

- Numeradas consecutivamente según el orden en que se mencionan por vez primera en el texto.
- Con números arábigos entre paréntesis (1-4, 7, 9, 11-13, 19, 21- 24).
- Estilo estándar (*End Note*).

CITING MEDICINE

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE

Style Guide for Authors, Editors, and Publishers

2nd Edition 2007

Updated 2009

Karen Patrias

Daniel L. Wendling, Technical Editor

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

National Institutes of Health

U.S. National Library of Medicine

Bethesda, Maryland

<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>

Recommended formats for bibliographic citation

Supplement: Internet formats

How to Get Your Paper Rejected

Victor Chernick, *Pediatr Pulmonol.* 2008; 43:220–223.

10. No leyó el Reglamento de la Revista a la que envió su artículo.
9. Hay un conflicto de interés importante y no declarado.
8. No revisó la ortografía, la sintaxis ni la gramática.
7. Presenta el caso 19° del *Síndrome oscuritas* y no aporta nada nuevo.
6. Ya fue rechazado y lo manda a otra revista sin cambios.
5. No tiene ninguna hipótesis ni objetivo declarado.
4. Hay plagio, omisión de referencias, duplicación o falsedad.
3. No calculó el tamaño muestral necesario.
2. El texto es confuso, impreciso y lleno de abreviaturas.
1. El objetivo es una pregunta no trascendental y los datos no aportan nada.