
Consejos prácticos y ejemplos que ayudan a escribir un artículo para publicar en una revista médica

Dr. José M. Ceriani Cernadas

**Servicio de Neonatología, Hospital Italiano de Buenos Aires
Consejo de publicaciones, Sociedad Argentina de Pediatría**





DEPARTAMENTO
DE PEDIATRÍA

Introducción



¿Porqué es bueno investigar?

- ❖ Porque amplía el conocimiento
- ❖ Porque mejora el cuidado de los pacientes
- ❖ Porque induce a desarrollar el pensamiento lógico que es aplicable a las actividades de nuestra vida
- ❖ Porque aumenta la confianza en uno mismo (autoestima)
- ❖ Porque nos ayuda a ser más rigurosos
- ❖ Porque contribuye a paliar las desventajas de nuestra profesión al mejorar la satisfacción espiritual de ejercerla
- ❖ Porque hacer algo con un significado, tener una meta, permite combatir la frustración
- ❖ Porque trabajar en grupo aumenta la sociabilización
- ❖ Porque es un ejemplo que otros pueden imitar



¿Qué atributos se necesitan?

- ❖ **En primer lugar, respetar la ética**
- ❖ **Ser curioso, mantener la capacidad de asombro**
- ❖ **Dudar de lo que se da por hecho**
- ❖ **Ser honesto**
- ❖ **Ser humilde, conocer las propias limitaciones**
- ❖ **Ser realista, no perseguir quimeras**
- ❖ **Ser objetivo**
- ❖ **Tener un equilibrio entre el lirismo y el método**



10 motivos para leer revistas científicas

- 1. Para impresionar a otros**
 - 2. Para mantenerse actualizado en su disciplina**
 - 3. Para comprender mecanismos de las enfermedades**
 - 4. Para ver el manejo clínico experimentado de un problema**
 - 5. Para saber si una prueba diagnóstica nueva ya disponible en la práctica es útil o no**
-



10 motivos para leer revistas científicas

- 6. Para conocer el cuadro clínico y la evolución de una enfermedad**
 - 7. Para determinar etiología o causalidad**
 - 8. Para diferenciar entre un tratamiento seguro y útil de otro dañino y/o inútil**
 - 9. Para conocer las necesidades del cuidado de la salud (calidad, costo-efectividad, etc.)**
 - 10. Para disfrutar y confrontar con las cartas al editor**
-



Antes de comenzar una investigación

- ❖ Hacer la pregunta en forma correcta
- ❖ Evaluar la factibilidad
 - aspectos éticos
 - adiestramiento del personal
 - selección y tamaño de la población
 - duración del estudio
 - costos
- ❖ Ante todo: diseñar correctamente el **protocolo**
- ❖ Hacer una adecuada búsqueda bibliográfica
- ❖ Evaluar los problemas que se pueden presentar
- ❖ Recordar: **si no se publica no existe**



¿Porque publicar?

“Un artículo es una descripción organizada de hipótesis, datos y conclusiones que intentan informar e instruir al lector”. “Si Ud. no publica luego de generar una investigación, sería igual a que no la hubiera hecho” (G. Whitesides, Adv. Mater., 2004, 16, 1375)

“ Si no lo publicó, no lo hizo” (E.H. Miller, 1993)



Tema

Bibliografía

**¿Qué se sabe,
qué no?**

**Pregunta
Objetivo**

**Metodología
Diseño**

Investigación

Conclusión

Resultados

Publicación





Guías para la escritura

Recomendaciones para la conducción, reporte, edición y publicación de trabajos científicos en revistas médicas

<http://www.icmje.org>

Reglamento de Publicaciones e Instrucciones al Autor

Red EQUATOR : Directrices de presentación: CONSORT, QUORUM, STROBE, MOOSE <http://www.equator-network.org/>

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>

Cómo escribir y publicar trabajos científicos

Robert A. Day – OPS – 2005

[← Artículo anterior](#) | Vol 57. Núm 06. Junio 2004 | [Artículo siguiente →](#)

Rev Esp Cardiol. 2004;57:538-56. - Vol. 57 Núm.06 DOI: 10.1157/13062920

Requisitos de Uniformidad para los manuscritos enviados a revistas biomédicas: escritura y proceso editorial para la publicación de trabajos biomédicos

Artículo

Actualizado en Noviembre de 2003

I. Declaración de intenciones

- A. Acerca de los Requisitos de Uniformidad
- B. Usuarios potenciales de los Requisitos de Uniformidad
- C. Cómo utilizar los Requisitos de Uniformidad

Herramientas

- Read in English
- PDF
- Imprimir
- Enviar
- Exportar referencia: [Reference Manager](#)
- Mendeley
- Estadísticas
- Compartir

Contenidos relacionados



DEPARTAMENTO
DE PEDIATRÍA

SAP

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA



Por un niño sano
en un mundo mejor

INICIO INSTITUCIONAL CAPACITACIÓN CONGRESOS ÁREA PROFESIONAL PUBLICACIONES COMUNIDAD NOTICIAS

Archivos Argentinos de Pediatría

Suscribase a la Tabla de
Contenidos de AAP

Seguí a AAP
en Twitter

BUSCADOR SAP
Ingresa tu búsqueda



Google™ Búsqueda personalizada



CONTACTO
SAP

PARA LECTORES



Número actual / Current issue



¿Cuál es su diagnóstico? / What is your



Próximo número / Next issue



Números anteriores / Previous issues



Primero en internet / Online First



Artículos más leídos / Most read articles



Consejo de Publicación de la Revista



Videos / Videos



Puntos de Vista / PointeView



Colecciones / Collections

PARA AUTORES



Instrucciones para autores / Author guidelines



Seguimiento de manuscritos / Tracking of
manuscripts



SAP

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA



INICIO INSTITUCIONAL ▾ CAPACITACIÓN ▾ CONGRESOS ▾ ÁREA PROFESIONAL ▾ PUBLICACIONES ▾ COMUNIDAD NOTICIAS

Instrucciones para autores / Author guidelines

< VOLVER

Español

Archivos Argentinos de Pediatría es la publicación oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y se edita sin interrupción desde 1930. Integra la red SciELO y el Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas. Está indexada en Medline, en Science Citation Index Expanded, en Active Embase Journals y en LILACS. Se puede acceder en forma libre a su texto completo desde el Portal de la Sociedad Argentina de Pediatría (<http://www.sap.org.ar/archivos>) en formato electrónico desde 1998, o desde el Portal de SciELO Argentina.

En Archivos se publican trabajos relacionados con la salud perinatal, infantil y juvenil y con otras disciplinas relevantes para la profesión médica.

Archivos Argentinos de Pediatría es una revista científica con arbitraje. Todos los artículos originales, artículos especiales, comunicaciones breves, presentación de casos clínicos y otros que los editores consideren pertinentes, se envían al menos a dos árbitros independientes. La identidad de autores y revisores se mantiene en forma confidencial.

Para descargar el **REGLAMENTO DE PUBLICACIONES** [haga click aquí](#)

Para descargar el **Listado de verificación antes de enviar el manuscrito** [haga click aquí](#)

Para descargar el **Formulario de Consentimiento Informado** [haga click aquí](#)

BUSCADOR SAP
Ingresa tu búsqueda



Google™ Búsqueda personalizada



CONTACTO
SAP ▶

PRONAP

Trámites onLine!

Filiales



DESA
DE

CONSORT (ECA) Resumen en revistas y congresos

Item	Descripción	Informado en línea N°
Título	Identificación del estudio como aleatorizado	
Autores *	Detalles de contacto del autor corresponsal	
Diseño	Descripción del diseño (paralelo, grupos, no-inferioridad)	
Métodos		
Participantes	Criterios de elegibilidad y lugares donde se coleccionaron los datos	
Intervenciones	Intervenciones asignadas a cada grupo	
Objetivo	Objetivo específico o hipótesis	
Variable de resultado	Principal variable de resultado, claramente señalada	
Aleatorización	Cómo se asignó a los participantes a cada grupo	
Enmascaramiento	Si los participantes, profesionales de la salud y aquellos que evaluaron los resultados conocían o no el grupo asignado	
Resultados		
Número aleatorizado	Número de participantes aleatorizados a cada grupo	
Reclutamiento	Estado de la investigación	
Número analizado	Número de participantes analizados en cada grupo	
Resultado	Para el resultado principal, un resultado por cada grupo y la estimación del tamaño del efecto y su precisión	
Efectos adversos	Efectos adversos o colaterales importantes	
Conclusiones		
Registro del estudio	Interpretación general de los resultados	
Financiamiento	Número de registro y nombre del registro de estudios	
	Fuentes de financiamiento	



Cómo escribir y publicar trabajos científicos

Tercera edición en español

Robert A. Day



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

525 Twenty-third Street, NW
Washington, DC 20037, EUA

Publicación Científica y Técnica No. 598

2005

El lenguaje en el artículo científico

Reglas gramaticales y semánticas





Principios a tener en cuenta

Precisión

- ❖ Palabras que comunican exactamente lo que quiere decir

Claridad

- ❖ El texto se lee y se entiende fácilmente

Brevedad

- ❖ Sólo información pertinente al contenido del artículo
- ❖ Comunicar dicha información usando el menor número posible de palabras

Orden lógico

- ❖ Sigue un hilo del pensamiento



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 de urgencia, con costos directos mayores de US\$ 7500 millones. (4)



65 palabras



Cantidad de palabras

Algunos ejemplos

Con el propósito de

Se efectuaron determinaciones para medir

De color blanco

De forma oval

Un cierto número de

Un menor número de

Tenga en consideración

En un futuro cercano

Para

Se midieron

Blanco

Oval

Algunos

Menos

Considere

Pronto



Abreviaturas

- ❖ **Definir siempre la abreviatura antes de colocarla en el texto: ej. “..... enfermedad pulmonar crónica (EPC)**
- ❖ **No utilizar en el Título ni en Resumen (con excepciones)**
- ❖ **Mantener el acento de la letra correspondiente **pág.****
- ❖ **Utilizar preferentemente la abreviatura estándar.**
- ❖ **No abreviar términos cortos (no vale la pena).**
- ❖ **No abreviar términos que usas pocas veces (tampoco vale la pena).**
- ❖ **No inventar abreviaturas (a menos que se use a menudo y no haya una abreviatura estándar).**



Artículos revisados por pares

Tipo	Contenido	Análisis estadístico	Extensión (palabras)	Citas
Artículo original	Investigación	Complejo	2500	35
Revisión sistemática o metanálisis	Suma de investigaciones	Complejo	2700	35
Comunicación breve	Resultados preliminares Procedimientos Tratamientos	Más simple	1500	15
Actualización	Puesta al día	NO	3000	Sin límites
Artículo especial	Tema de interés	NO	2500	35
Casos clínicos	Paciente/s	NO	1500	15



Artículos no revisados por pares

Tipo	Contenido	Extensión	Citas
Editorial	Opinión del editor u otro	1200	10
Comentario editorial	Comentario de un artículo que se publica en ese número	1200	10
Comentario	Comentario de un tema de interés	1200	10
Comentario de libros*	Presentación de libros	700	
Carta al editor*	Carta de un lector	1000	5



Artículo original

(AAP Agosto 2014)

Título

Evolución clínica en recién nacidos con presunción de sepsis nosocomial tratados con cefazolina o vancomicina. Estudio de no inferioridad, aleatorizado, controlado

Clinical outcome of neonates with nosocomial suspected sepsis treated with cefazolin or vancomycin. A non-inferiority, randomized, controlled trial

Dr. José M. Ceriani Cernadas, Dra. Silvia Fernández Jonusas**, Dra. Maritza Márquez**, Ph.D. Armando Garsd*** y Dr. Gonzalo Mariani ***

Colaboradores: Dra. Amorina Pardo, Dr. Adrián Aguilar, Dra. Andrea Lew y Dr. Marcelo Armadans



Resumen

Introducción. Las infecciones nosocomiales persisten elevadas en las unidades de cuidados intensivos neonatales. Nuestro objetivo **fue** evaluar la eficacia de cefazolina frente a vancomicina como terapia inicial en neonatos con signos clínicos de sepsis tardía. **Métodos.** Se **incluyeron** recién nacidos hospitalizados con signos clínicos muy probables de sepsis bacteriana nosocomial. Dos grupos **fueron** asignados aleatoriamente según el antibiótico utilizado en el inicio del tratamiento: grupo cefazolina (GC) y grupo vancomicina (GV). El análisis fue mediante intención de tratamiento. La variable principal de resultado **fue** la evolución clínica de los neonatos en ambos grupos. **Resultados.** Se **analizaron** 109 recién nacidos, 52 en el GC y 57 en el GV. Las características basales fueron similares entre los grupos. El porcentaje de recién nacidos con evolución clínica adecuada fue de 92% en el GC y de 86% en el GV: diferencia de 6% (95% CI: de -7% a 19%, valor p de no inferioridad, $p=0,007$). En el GC, **fallecieron** 7 recién nacidos (13,5%) y 11, en el GV (19,2%), diferencia no significativa ($p=0,45$). **Conclusión.** En recién nacidos con sepsis nosocomial confirmada o altamente probable, la cefazolina **no fue** inferior a la vancomicina en el logro de un resultado clínico adecuado. **(211 palabras)**

Palabras clave: infecciones nosocomiales, neonatos, cefazolina, vancomicina.

ClinicalTrials.gov: NCT01867138.

Terapia de reemplazo enzimático en la forma infantil de la enfermedad de Pompe: experiencia de un caso con 7 años de seguimiento en Argentina

Enzyme replacement therapy in the infantile form of Pompe disease: Argentinean experience in a seven-year follow up case

Dr. Hernán M. Amartino^a y Dr. Brian M. Casgnar^b

RESUMEN

La forma infantil de la enfermedad de Pompe conduce al óbito antes del año de vida por miocardiopatía o insuficiencia ventilatoria. Presentamos la experiencia de siete años de terapia de reemplazo enzimático en un niño diagnosticado a los 7 días de vida; se trata del seguimiento más prolongado en el país. El tratamiento fue bien tolerado, sin reacciones adversas asociadas. Los parámetros ecocardiográficos y electrocardiográficos se normalizaron progresivamente en el primer año y se mantuvieron estables. El niño logró rolar y sentarse sin sostén, pautas que se perdieron a partir del tercer año. Ingresó en respirador a los 16 meses. Se mantiene vivo con 7 años de edad, con debilidad muscular generalizada grave. El niño superó notablemente la edad promedio de sobrevida y de ingreso a respirador. Fue clara la mejoría cardíaca, pero el beneficio sobre el músculo esquelético fue limitado.

Palabras clave: enfermedad de Pompe, terapia de reemplazo enzimático, alfa-glucosidasa ácida, Argentina, Myozyme[®].

SUMMARY

The infantile form of Pompe disease drives children to death before the first year of life due to cardiomyopathy and respiratory insufficiency. We present the seven-year follow-up experience with enzyme replacement therapy on a child with Pompe disease, being the longest follow-up in the country. The treatment was well tolerated without adverse reactions. The echocardiographic and electrocardiographic parameters clearly improved during the first year and remain stable. Motor milestones (like rolling over or sitting down without support) were initially achieved, but, after the third year were getting lost. The average age of ventilator dependence was also delayed (16 months). The 7-year old patient remains alive with severe generalized muscle weakness. The child notably overcame the average age of survival and onset of ventilator dependence. Although the cardiovascular improvement was clear, enzyme replacement therapy efficacy on skeletal muscle was limited in this patient.

Key words: Pompe disease, enzyme replacement therapy, α -glucosidase, Argentina, Myozyme[®].

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2012.323>

a. Departamento de Pediatría, Hospital Alemán, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia:
Dr. Hernán Amartino: herman.amartino@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 21-12-2011
Aceptado: 4-5-2012

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Pompe tiene una incidencia global de 1 en 40 000¹ y se hereda de forma autosómica recesiva. Se genera por el déficit de la enzima lisosomal alfa-glucosidasa ácida, que hace que el glucógeno lisosomal se acumule anormalmente, lo cual afecta a los elementos contráctiles de las fibras del músculo esquelético y cardíaco.²

La forma infantil de la enfermedad de Pompe se caracteriza por hipotonía, debilidad muscular y miocardiopatía, aunque también se aprecia dificultad para alimentarse, retraso motor, hepatomegalia y dificultad respiratoria. Generalmente, estos niños mueren antes del año de vida^{3,4} por fallo cardiopulmonar.⁵

El mayor avance en el tratamiento de la enfermedad de Pompe fue el desarrollo de la terapia de reemplazo enzimático, que consiste en realizar infusiones periódicas de alfa-glucosidasa ácida humana recombinante.

El objetivo del presente artículo es presentar la experiencia de siete años de seguimiento de un niño con enfermedad de Pompe infantil, en tratamiento con terapia de reemplazo enzimático.

CASO CLÍNICO

Primer hijo de padres no consanguíneos, nacido de término. A los 5 días presentó cianosis peribucal, palidez, hipotonía y bradicardia, por lo que ingresó a cuidados intensivos neonatales. El electrocardiograma presentó intervalo PR acortado y complejos QRS gigantes. El ecocardiograma mostró miocardiopatía hipertrófica no obstructiva, septum interventricular hipertrófico y disfunción diastólica. El índice de masa del ventrículo izquierdo fue de 212,9 g/m² (percentilo 97= 86,6 g/m²). Presentó transaminasas elevadas y una CPK inicial de 1576 UI/l (VN menor a 295 UI/l).

Ante la posibilidad diagnóstica de enfermedad de Pompe,⁶ se midió el cociente alfa-glucosidasa neutra/ácida y la actividad enzimática en linfocitos, para finalmente confirmar el diagnós-

Colestasis genéticas *Genetic cholestasis*

Dra. Mirta Ciocca^a y Dr. Fernando Álvarez^b

RESUMEN

Los avances en genética molecular han cambiado nuestro abordaje de los pacientes con colestasis intrahepática. La identificación de mutaciones en ciertos genes nos permite hoy arribar al diagnóstico genético de varias formas de colestasis, agrupadas previamente como colestasis intrahepática familiar progresiva. Las tres formas descriptas: tipos 1, 2 y 3, son el resultado de mutaciones en los genes *ATP8B1*, *ABCB11* y *ABCB4*. Hallazgos clínicos, bioquímicos e histológicos nos orientan en el diagnóstico. El tratamiento tiene como objetivos aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida. Los errores congénitos en la síntesis de ácidos biliares representan un subgrupo de las colestasis familiares. El tratamiento de reemplazo con ácido ursodesoxicólico y ácido sólico evitan la progresión de la lesión hepática. **Palabras clave:** colestasis, genética, errores congénitos, niños.

SUMMARY

During the last 11 years, advances in molecular genetics have changed our approach to children with intrahepatic cholestasis. Progress in identification of mutated genes now allows genetic diagnosis for several forms of cholestasis previously grouped into PFIC (progressive familial intrahepatic cholestasis). Three distinct forms: PFIC1, PFIC2, and PFIC3 are the result of mutations in the *ATP8B1*, *ABCB11*, and *ABCB4* genes. The diagnosis is supported on clinical, biochemical and histological features. The therapeutic goals in these diseases are alleviate symptoms and improve quality of life. Inborn errors of bile acid synthesis represent a subset of familial intrahepatic cholestasis. Replacement therapy with ursodeoxycholic acid and cholic acid avoids progression of the liver injury. **Key words:** cholestasis, genetics, inborn errors, children.

INTRODUCCIÓN

La colestasis se define como la alteración del flujo biliar normal, secundaria a anomalías estructurales y moleculares del hígado o del tracto biliar.

La bilis es un compuesto formado por ácidos biliares, aniones orgánicos, fosfolípidos, colesterol y otros iones; cada componente tiene mecanismos de transporte específicos y los defectos genéticos de estos sistemas causan enfermedades hepáticas hereditarias.

La ictericia colestática durante el período neonatal es la exteriorización clínica de entidades diferentes: infecciones, enfermedades genético-metabólicas, atresia de vías biliares, causas idiopáticas. Antes de 1970, la etiología de la colestasis neonatal presentaba la siguiente distribución: 7%, causas hereditarias (incluyendo galactosemia, tirosinemia y fibrosis quística); 3%, infecciones; 25%, atresia de vías biliares y, la mayoría (65%), idiopáticas.^{1,2}

A fines de la década de 1980, surgió el concepto de colestasis fisiológica durante los primeros meses de vida, originada por inmadurez de los mecanismos de secreción biliar. En este contexto, numerosas causas de colestasis neonatal transitoria o hepatitis neonatal esporádica, fueron adjudicadas a causa viral u otro factor ambiental que actuaría sobre un hígado vulnerable (hipoxia, isquemia).^{3,4} En la última década, además, se ha revolucionado nuestro abordaje de los pacientes con colestasis neonatal, en relación a los nuevos diagnósticos de causas genéticas, facilitados por los avances en bioquímica y biología molecular. Estos hechos han permitido esclarecer la mayoría de los casos de colestasis neonatal de causa idiopática, grupo que en el año 2008 ha experimentado una notable reducción (13%) a expensas del incremento franco de las causas genéticas (55%). La Tabla 1 muestra las causas genéticas de colestasis neonatal, dentro de las cuales se identifican dos grupos de colestasis intrahepáticas familiares, separados según los mecanismos involucrados en su generación:

1. Por alteración del transporte canalicular de los componentes normales de la bilis: debido a mutaciones en los genes que codifican los transportadores canaliculares.

a. Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", Buenos Aires.

b. Departamento de Pediatría, CHU-Sainte-Justine, Universidad de Montreal, Canadá.

Correspondencia:
Dra. Mirta Ciocca
mciocca@intramed.net

Conflicto de intereses:
Nada que declarar.

Recibido: 26-1-09
Aceptado: 13-5-09

La subjetividad del niño en la posmodernidad *Child's subjectivity in postmodern times*

Prof. Dr. Horacio Lejarraga*

RESUMEN

A partir de mediados del siglo XX se observa en Occidente un cambio de paradigma que expresa el paso de la modernidad (que se inicia en el Renacimiento) a lo que se ha dado en llamar la posmodernidad. Se observa, entre otros fenómenos, un cambio de la vivencia de un tiempo lineal por un tiempo puntual, la inundación por los medios de una información irrelevante emitida en forma sincrónica, descontextualizada, fragmentada y desprovista de sentido. Esta nueva época conlleva, sobre todo, la destitución del Estado como metainstitución legitimadora de las instituciones modernas: la Ciudadanía, la Fábrica, la Escuela; esta última, determinante esencial en la construcción de la subjetividad infantil. Habiendo perdido su poder performativo, la escuela pierde su sentido moderno y deviene así un mero espacio en el que los alumnos coinciden, pero sin que en él pueda construirse una subjetividad ciudadana, con reglas y normas trascendentes, de vigencia universal, como ocurría durante la modernidad. La escuela deviene, al decir de Corea y Lewkowicz, un "galpón" en el que hay que construir las reglas todo el tiempo, y en forma contingente. Estos cambios, necesariamente influyen en la subjetividad del niño, en su manera de estar en el mundo, de actuar, de vivir en él, y los pediatras enfrentamos el desafío de comprenderlo, de modo de poder influir positivamente en la transformación para un mundo mejor.

Palabras clave: escolaridad, subjetividad del niño, escolaridad, posmodernidad, aprendizaje.

SUMMARY

From mid '50s onwards, we witness a change of paradigm in the Western world: the expression of a historical shift from modernity to postmodernity. This new era includes a strong influence of the media on the population, a change from a linear sense of time to a virtual, punctual one, and a flooding of overwhelming amount of information, mostly irrelevant, broadcasted in a de-contextualized, synchronic, fragmented and senseless fashion. This new age is characterized, above all, by the destitution of the State, the meta-institution source of legitimacy of all modern institutions: citizenship, factory, and mainly, School, an essential determinant this last one in the construction process of child subjectivity. Having lost its modeling power, the School loses its modern meaning, becoming thus an empty physical space in which pupils meet, but where general, transcendent rules, norms and values cannot be built, as in fact happened in modern times. According to Corea and Lewkowicz, school becomes an empty shed in which rules have to be built all the time, and become valid only for a particular occasion. These changes necessarily

influence child subjectivity, the way they feel, they behave, and they "live" in contemporary society. Pediatricians have to be aware and try to understand these changes, so that we can help children, and, in doing so, to build a better world for them.

Key words: education, child subjectivity, postmodernity, learning.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2012.318>

INTRODUCCIÓN

En artículos previos analizamos estudios sobre la importancia relativa de la genética y el medioambiente en el desarrollo infantil.^{1,2} En lo que respecta al medioambiente, la bibliografía médica sobre el tema es abundante, pero se refiere principalmente a la influencia de variables biológicas (nutrición, etc.), y socioeconómicas (pobreza, etc.) sobre la salud y el desarrollo del niño.

En las últimas décadas asistimos (al menos en el mundo occidental) a lo que podríamos llamar un cambio de paradigma, entendiendo por este término al conjunto de creencias, conceptos científicos, formas de percibir hechos, que son compartidos por una sociedad en cada momento histórico. De esta manera, el paradigma constituye un macroambiente para el niño y, en realidad, para toda la población, porque contiene esa serie de elementos heterogéneos que son identificables como separados de la biología interna de los cuerpos y que tienen que ver con los contextos en los cuales las personas viven sus vidas y que configuran modos sociales de percibir, de experimentar, de sentir, de hacer.³ Este cambio de paradigma va de la modernidad a la posmodernidad.⁴

Recientemente, he tenido acceso a publicaciones de dos científicos argentinos que han estudiado esta interface entre posmodernismo y educación, Cristina Corea (semióloga) e Ignacio

* Consultor (H),
Hospital de Pediatría
"Prof. Dr. Juan P.
Garrahan", Ciudad
Autónoma
de Buenos Aires.

Correspondencia:
Dr. Horacio Lejarraga:
cursotesis07@gmail.com

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 22-5-2012
Aceptado: 8-6-2012



Editorial

Editorial

Arch Argent Pediatr 2014;112(1):2-3 / 2

Los desafíos y dilemas no resueltos de la prematuridad

The challenges and unresolved dilemmas of prematurity

El nacimiento prematuro constituye uno de los mayores problemas que persiste en el cuidado de la salud y sin vías de mejoras sustanciales en los próximos años.

Esto nos puede ayudar a comprender y aceptar las limitaciones que la medicina tiene en aquellos problemas de salud que responden a factores que están fuera de sus posibilidades para corregirlos.

El concepto de salud sobrepasa los límites de la medicina al introducirse en múltiples facetas insertas en la vida cotidiana del ser humano. La creencia de que solo la medicina puede regir el estado de salud de los individuos y evitar las enfermedades, es una falacia propia de los

disminuir se mantiene y en general en el mundo ha ido en aumento constante desde hace unos 20 años.

Parece una paradoja que en una era donde se lograron enormes avances, la prematuridad continúe generando un verdadero desafío a la aparentemente "poderosa" medicina moderna. En EE.UU., constituye algo más del 12% de los nacidos vivos, un aumento del 20% desde 1990. Esta tendencia ocurre en la mayoría de los países de altos ingresos aun cuando las tasas son inferiores en los países de Europa occidental, Japón, Australia y Canadá. Para tener idea de la magnitud del problema, EE.UU.

Sr. Editor:

He leído con mucho interés el artículo de Casas y col. publicado en *Archivos Argentinos de Pediatría*.¹ El estudio es muy trascendente ya que aporta nuevas herramientas a la problemática de la efectividad hemodinámica ABC 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 8,73 mg%) el LR+ de 4,95 indica que un recién nacido (RN) con BI al 2º día de vida $\geq 8,73$ (+) 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 sería 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 $> 5-10$) y su LR- sea bajo ($< 0,1-0,2$).⁴

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.⁵

Siguiendo la teoría bayesiana, para el cálculo de probabilidad post-test se utiliza el Nomoograma de Fagan,⁶ tomando la prevalencia de 22%, trazamos una línea que pase por ésta y el valor del LR+ (4,95) y obtenemos así que la probabilidad post-test aumenta al 50%. 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 $\geq 8,73$ 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.⁷

En la Figura 4 (Curva ROC) se diseñó un

cruce en la leyenda del eje x debe ser "1-Especificidad" (valores positivos).

Dr. Carlos Grandi,
Investigador CIS
Epidemiología Perinatal y Sociodemográfica
Maternidad Sarda, Buenos Aires
cgrandi@intramed.net

1. Casas M, Medina M, Verrera S, Gasco D, Giuliano A, Grandi M, Aida K. Efectividad hemodinámica por incompatibilidad ABC y desarrollo de ictericia grave en recién nacidos de término: datos predictivos precoces. *Arch Argent Pediatr* 2004;107 (4):44-53.
2. Jarrinck B, 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: 369-382 y 723-727.
3. Demirdjian G. Estudios de validación de métodos diagnósticos. Sr. Programa de Educación a distancia en Metodología de la Investigación para Pediatría (PEIMAP). Nivel 2. Módulo 18, 2003.
4. Fletcher R, Fletcher S. *Epidemiología clínica: conceptos básicos*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004:75-76.
5. Fagan TJ. Nomoogram 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 5-19 años.¹ Contando con estas nuevas tablas internacionales, los defensores del uso clínico de tablas OMS en nuestro país con el argumento de que "todos los niños del mundo tienen el mismo potencial de crecimiento", para ser coherentemente deberían proponer el uso de las tablas recomendadas por la OMS en todo su conjunto, 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 6-19 años no deberían estar evaluados de este supuesto beneficio. El percentil 50º y 3º de niños de 19 años de las tablas NCHS es de 170,5 y 162,8 cm, respectivamente, 3,3 y 2,5 cm superior a los mismos percentiles (173,0 y 160,3 cm) de las referencias nacionales de crecimiento recientemente publicadas por ANEPDOP² (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".

Cartas al editor

Con respecto a un artículo publicado o a un tema de interés

Estilo respetuoso

Respuesta de los autores



Recomendaciones generales

- ❖ Leer detenidamente el reglamento de publicaciones
- ❖ Confeccionar un adecuado y completo **protocolo**
- ❖ Redacción:
 - > respetar el idioma, mantener escritura adecuada **no rebuscada**
 - > describir solo los aspectos importantes
 - > no sobrepasar el número de palabras permitido
 - > **no divagar**
 - > hacerlo leer por un profesional con experiencia (**no es imprescindible que sea médico**)
- ❖ Elegir el formato apropiado para lo que se desea escribir y publicar



**"Hay dos cosas infinitas: El
Universo y la estupidez humana"
(de lo primero no estoy muy seguro)**

Albert Einstein

Eficacia de la administración diaria o semanal de hierro, en prematuros de muy bajo peso al nacer. Estudio aleatorizado y controlado

Dres. Diana Rodriguez*, Pablo Durán, José M. Ceriani Cernadas***

*** Servicio de Neonatología, Hospital Italiano de Buenos Aires. **
Servicio de Epidemiología, Hospital Pedro de Elizalde.**





Fundamentos

- ❖ Los prematuros presentan déficit de hierro, debido en especial a escasos depósitos al nacimiento, elevada morbilidad neonatal y alta velocidad de crecimiento, luego de la etapa inicial.
- ❖ Usualmente requieren suplemento de Fe desde el mes hasta el año de edad corregida, en dosis diarias promedio de 4mg/kg/día.
- ❖ Este régimen no está exento de efectos secundarios y de dificultades en el cumplimiento.
- ❖ Experiencias en niños y adultos con Fe administrado en una dosis semanal, observaron adecuados resultados con menos efectos perjudiciales.



Introducción

Los prematuros menores de 35 semanas de EG, presentan deficiencia de hierro al nacer. Este trastorno se debe al escaso depósito de hierro al momento del nacimiento (tanto menos cuanto más breve es la gestación); a la elevada morbilidad en los primeros meses y al gran aumento de la velocidad de crecimiento que tienen luego de superada la etapa inicial. Estas situaciones los exponen a un mayor riesgo de padecer anemia por déficit de hierro en los primeros dos años de vida. (1,2). Requieren suplemento de hierro por períodos muy prolongados, desde el primer mes de vida hasta al menos el primer año de edad corregida y en dosis elevadas (entre 2 a 6 mg/kg/día, según la edad gestacional y el peso al nacer).



Introducción

La administración de Fe suelen ser gotas de sulfato ferroso, todos los días. Este régimen no está exento de problemas clínicos, tales como intolerancia digestiva y diarrea, que asociado a lo extenso del tratamiento, motivan muchas veces un escaso cumplimiento (1,3). Asimismo, hay temor que las dosis de hierro usualmente empleadas, sean demasiado altas y puedan tener efectos secundarios perjudiciales, en especial a través de mecanismos de peroxidación que generan la liberación de radicales libres de oxígeno. Estos elementos son nocivos en prematuros, una población muy susceptible al estrés oxidativo. (4,5,6). La administración semanal de hierro demostró ser adecuada en varios estudios controlados efectuados en adultos, lactantes y niños (7-15).



Introducción

En embarazadas, la suplementación semanal demostró ser más segura y mejor tolerada (menor estrés oxidativo) que la diaria, siendo más efectiva en el incremento de hierro corporal (F Viteri, comunicación personal). No conocemos que se hayan efectuado estudios clínicos controlados en prematuros. Por otra parte es esencial que reciba cantidades adecuadas de hierro, al menos durante el primer año de vida, momento de mayor desarrollo del cerebro, ya que su deficiencia se asocia a trastornos neurológicos (18). Como ya señalamos, debido a lo extenso del tratamiento y a la frecuente intolerancia digestiva, los prematuros están expuestos a un menor cumplimiento del tratamiento.



Objetivos

Evaluar la efectividad de la administración de hierro semanal en prematuros nacidos antes de las 34 semanas de EG, durante el primer año de edad corregida (EC).



Hipótesis

La administración semanal de hierro en prematuros <34 semanas, resulta igualmente efectiva que la administración diaria, en cuanto a los valores hematológicos y depósitos de hierro al año de edad corregida y en la evaluación del neurodesarrollo.



Métodos

- **Diseño:** estudio clínico aleatorizado, controlado, no enmascarado.
- **Población:**
 - ❖ Serán **elegibles** todos los prematuros < 34 sem.de gesta, dados de alta del Servicio de Neonatología
 - ❖ Se **incluirán** los que puedan ingresar al programa de seguimiento del Hospital Italiano y que otorguen el consentimiento informado
 - ❖ Se **excluirán** los que presenten enfermedades crónicas o malformaciones congénitas mayores



Métodos

Recaudos éticos:

- ❖ Los autores se comprometen a respetar los enunciados de la declaración de Helsinki.
- ❖ Se solicitará un consentimiento informado escrito, complementado con la información verbal que los padres requieran.
- ❖ Las evaluaciones a los seis meses de edad corregida permitirán observar si el grupo con administración semanal de hierro presenta diferencias que los pueda perjudicar y, en ese caso, suspender la continuación del estudio.



Métodos

Ingreso al estudio: serán aleatorizados si cumplen las siguientes tres condiciones:

- ❖ consentimiento firmado.
- ❖ nacimiento entre 24 y 33 semanas y seis días
- ❖ si entre el consentimiento y el comienzo del estudio no hubo una decisión de los padres de no participar, aun cuando hayan dado el consentimiento previamente



Métodos

Intervenciones: se evaluarán dos intervenciones en cuanto a la periodicidad de la administración de hierro:

- ❖ Administración **diaria** de sulfato de hierro (gotas) desde las 40 semanas de edad postmenstrual hasta el año de edad corregida
- ❖ Administración **una vez por semana** de sulfato de hierro, desde las 40 semanas de edad postmenstrual y por el mismo período



Métodos

Variables de estudio

- ❖ **Variable principal de resultado:** concentración de hemoglobina y ferritina al año de EC.
- ❖ **Variables secundarias de resultado:** neurodesarrollo al año de EC, peso, talla y perímetro cefálico, cumplimiento de la medicación, estrés oxidativo (isoprostanos, urea y ácido úrico en orina), lactancia materna, alimentación complementaria, educación de la madre, número de hermanos y *Home Inventory Test*.



Métodos

- ❖ **Asignación:** se realizará en forma aleatoria.
- ❖ **Aleatorización:** la generación de los números aleatorios se hará mediante un programa estadístico y se empleará un sistema de bloques de longitud variable. La asignación constará en sobres opacos numerados correlativamente para su ocultamiento.
- ❖ **Estratificación:** por peso al nacer: < 750g; entre 750 y 1500g; más de 1500g y por EG: <27 sem.; 27-29 sem y 30-33 sem.



Métodos

Ejecución del estudio

- ❖ Los prematuros recibirán Fe diariamente desde los 15 a 30 días (según peso al nacer).
- ❖ Al cumplir las 40 sem. de EPM se asignarán a uno de los dos grupos de intervención.
- ❖ A los 6 y 12 meses de EC se realizará:
 - Hemograma completo
 - Ferritina sérica
 - Proteína C reactiva
 - Peso, talla y perímetro cefálico
 - Test de Bayley (a los 12 meses de EC)

Los profesionales que realicen los análisis y los test no conocerán la asignación de los pacientes.



Métodos

- ❖ **Tamaño de la muestra:** será de **70** pacientes por grupo de intervención, que permitirá valorar en forma significativa diferencias mayores a 5%, con un nivel de confianza de 95% y potencia de 80%.
- ❖ **Análisis estadístico:** Se estimarán pruebas de posición y dispersión. Se valorarán modelos multivariados lineales y logísticos, considerando la variable principal de resultado, según el esquema de suplementación de hierro. Se controlarán las variables de confusión. El análisis se realizará por intención de tratamiento.