



**Sociedad Argentina de Pediatría**

Dirección de Congresos y Eventos

Filial Córdoba



La Niñez de Hoy

**38° CONGRESO  
ARGENTINO  
de PEDIATRÍA**

*“Desafío, oportunidad y esperanza”*

**26, 27, 28 y 29 de septiembre de 2017**

# **Cómo escribir y presentar un trabajo científico para su publicación Taller**

**Córdoba, 26 de septiembre 2017**



archivos argentinos de  
**pediatría**  
Publicación de la Sociedad Argentina de Pediatría

**Dr. José María Ceriani Cernadas**

**Dra. Adriana Aguilar**

Agradecimiento especial a las

Dras. María Elina Serra y Norma Rossato

por facilitar el uso en parte del contenido de sus clases

# ***El artículo original***

Dra. Adriana Aguilar

Editora Asistente

Archivos Argentinos de Pediatría

# El artículo original

- Da a conocer **por primera vez** los resultados de una investigación científica
- Con un grado de **detalle suficiente** para que otros puedan repetir el estudio
- Se **publica en una revista científica**

# Argumento lógico

## Formato IMRD

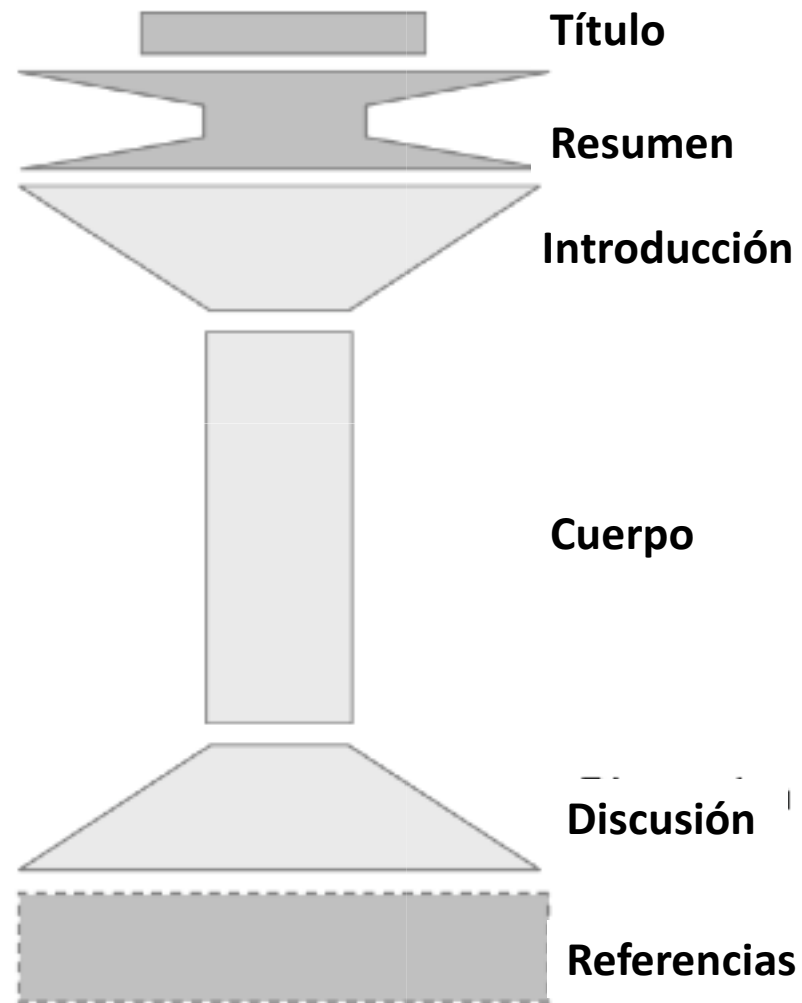
- ¿Por qué investigó sobre esto? **Introducción**
- ¿Cómo lo hizo? **Métodos**
- ¿Qué respuestas obtuvo? **Resultados**
- ¿Qué significa esa respuesta? **Discusión**

Bradford Hill, 1965

# Estructura del artículo

- El método IMRD ha sido adoptado por la mayoría de las revistas científicas por que es simple, lógico y a su vez provee rigidez estructural y reduce el espacio utilizado.
- El IMRD ayuda a los editores y revisores a conducir su trabajo, a los autores a escribir y a los lectores a entender.

# Esquema del artículo



(Derntl, 2009)



# Partes de un manuscrito

- Título, autores, filiación
- Resumen y palabras clave (castellano e inglés)
- Introducción
- Objetivo
- Población, material y métodos
- Resultados
- Discusión
- Bibliografía
- Tablas y figuras

# Título

## *Breve, claro y preciso*

- Debe **informar** sobre el estudio (diseño, población)
  - Enfoque (por ejemplo, in vitro, imágenes)
  - Especies (humana, animales)
- Primera impresión: **que impacte en el lector**
- Que piense: “Seguir leyendo que parece interesante” Y no..... “ ¡Otra vez! ¡No, No!”
- Sirve para indización en bases de datos electrónicos.
- **Sin abreviaturas**
- ¿Cuál debería ser el tono del título? - Activo y declarativo - Dar la conclusión
- ¿Cuál debe ser la longitud del título? - Leer instrucciones a los autores

# El Título

- Tómese el tiempo para escribir el título (y el resumen)
- Disfrute de su singularidad (un artículo con un título pobre puede “perderse” y no ser percibido por la audiencia deseada)
- Utilice las palabras clave para formular varios potenciales títulos
- Debería tener mucho en común con el Objetivo
- Trate de escribir las palabras más importantes al comienzo del título

ORIGINAL

**Fracaso intestinal y trasplante en la enfermedad  
por inclusiones microvellositarias**



**Consumo de recursos sanitarios en atención primaria de los prematuros tardíos. Estudio caso-control en un centro de salud urbano**

**Use of health care resources by late premature neonates in primary care. Case-control study in a health area**

A. López Martínez <sup>□</sup> <sup>✉</sup>, L. Mantecón Fernández , C.E. González Álvarez , R.P. Arias Llorente

Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España



**Sobrecarga hídrica y falla renal en niños con sepsis grave y shock séptico: un estudio de cohortes.**

**Fluid overload and kidney failure in children with severe sepsis and septic shock: A cohort study.**

*Dr. Omar E. Naveda Romero y Br. Andrea F. Naveda Meléndez*

**Palabras clave:** balance hídrico, sepsis, shock, insuficiencia renal, mortalidad.



# El Resumen

- Formato IMRC.
- No desmerecer su importancia.
- Es la carta de presentación del estudio.
- Muchos lectores leerán sólo el resumen.
- Si es atrayente invita a leer el artículo.
- Si es confuso el lector no pasará al texto.

## *¿Qué hace que un Resumen sea fácil de leer y útil?*

- Lenguaje claro / oraciones sencillas/ un pensamiento por oración.
  - Voz activa.
  - Formato estructurado.
  - Datos críticos / magnitud de los efectos.
  - Brevedad (siga las pautas de la revista).
- 
- ✓ Evitar las abreviaturas
  - ✓ Sin referencias bibliográficas
  - ✓ Escribir el Resumen al final



# Redacción del resumen estructurado

- **Introducción:** Poner al lector en tema.
- **Objetivo/s:** Enunciado de la pregunta de investigación.
- **Métodos:** Mencionar el diseño del estudio, la población de interés (animales/humanos; in vivo/in vitro), el lugar, entorno (¿fecha?) donde se realizó, los procedimientos utilizados y los métodos de análisis.
- **Resultados:** Cantidad de sujetos incluidos, resultados principales y secundarios. Eventos adversos (intervención).
- **Conclusión:** Hallazgos más relevantes que dan respuesta al objetivo principal.

ORIGINAL

## Preferencias en el formato de cuestionarios y en el uso de Internet en escolares

### Resumen **¿Introducción?**

**Objetivos:** Describir las preferencias para responder cuestionarios vía web en población infantil escolarizada; y analizar la actitud sobre el uso de Internet para comunicarse con los profesionales de salud.

**Métodos:** Estudio transversal de la población escolar de Palafróls (Barcelona, n = 923) en octubre y noviembre de 2013. Los participantes contestaron las versiones web y en papel en un día de clase, en orden aleatorizado y con un intervalo mínimo de 2 horas. Se recogieron las preferencias por una u otra versión, y la intención de compartir información con los profesionales de salud. Se calcularon porcentajes de uso y actitudes, y se ajustaron modelos de regresión logística.

**Resultados:** Participación de 77% (n = 715). El 47,4% (38,7-46,0) declaró preferir la versión web y el 20,6% (17,6-23,6) prefirió la versión papel. Los de mayor edad (odds ratio [OR] = 0,89; 0,84-0,95 para la edad), y los de familias con nivel de estudios secundarios (OR = 0,63; 0,43-0,93) o universitarios (OR = 0,61; 0,38-0,97) presentaron menor probabilidad de preferir la versión web. Los varones (OR = 1,55; 1,10-2,16), y los que declararon hábitos sedentarios (OR = 1,78; 1,06-3,0) presentaron mayor probabilidad de preferir la versión web. La puntuación más elevada (mejor) en calidad de vida (OR = 1,03; 1,01-1,05) y no declarar hábitos sedentarios (OR = 0,33; 0,15-0,73) se asoció con la actitud positiva para compartir información con los profesionales de salud.

**Conclusiones:** Los niños más jóvenes declaran preferir la versión web. Aunque el uso de Internet es muy generalizado, está poco extendido para comunicarse con los profesionales sanitarios.



**¿Que significa?**

Original

**Composición nutricional de las leches infantiles. Nivel de cumplimiento en su fabricación y adecuación a las necesidades nutricionales.**

**Nutritional composition of infant milk formulas. Level of compliance in their manufacture and adequacy of nutritional needs**

## Resumen

**Introducción.** Un porcentaje elevado de lactantes son alimentados con fórmulas infantiles. El objetivo fue **valorar el cumplimiento de la Reglamentación Técnico-Sanitaria (RTS) en la fabricación de fórmulas infantiles españolas y analizar el grado de adecuación a las recomendaciones de composición nutricional y a las recomendaciones de ingesta diaria para lactantes.**

**Material y métodos.** Se analizaron 31 fórmulas infantiles: 18 de inicio, 10 de continuación y 3 de crecimiento. Para la valoración de cumplimiento y su adecuación se utilizó la normativa europea de la RTS, las Ingestas Dietéticas Recomendadas (RDI) para la población española y las del *Institute of Medicine* de Estados Unidos y Canadá.

**Resultados.** El contenido de energía y macronutrientes de las leches infantiles analizadas se sitúa en el centro del margen indicado en la RTS y se adecua a las cantidades recomendadas. No obstante, la mayoría de los micronutrientes —tales como fósforo, calcio, retinol, vitamina D, E, C, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, tiamina, riboflavina y folatos— se sitúan en el límite bajo de la RTS. Sin embargo, la cantidad recomendada de leche de inicio superaba las RDI en vitamina E, C, retinol, vitaminas del grupo B y folatos, y de vitamina B<sub>12</sub> para las de continuación.

**Conclusiones.** Las leches infantiles se encuentran dentro de los valores de referencia de la normativa europea de la RTS en cuanto a energía y macronutrientes; **sin embargo, creemos que sería necesario hacer una revisión para los micronutrientes, basándose en datos científicos actuales de los requerimientos del lactante y sobre sus posibles efectos adversos.**

*Objetivo*

*Conclusión concreta*

*Sin especulación*

## RESUMEN

**Introducción.** En niños con sepsis, la sobrecarga hídrica como resultado de una terapia de resucitación agresiva o por la administración excesiva de fluidos puede afectar la función renal y aumentar la mortalidad.

**Objetivo.** Determinar la asociación entre la sobrecarga hídrica y la tasa de falla renal en un grupo de niños con sepsis grave y shock séptico.

**Población y métodos.** Estudio de cohortes prospectivo realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Pediatría “Dr. Agustín Zubillaga” (Barquisimeto, Estado Lara, Venezuela), entre marzo de 2013 y mayo de 2016, en niños con sepsis grave o shock séptico.

**Resultados.** Un total de 149 niños fueron incluidos en el análisis. La sepsis predominó en el 59,7% de los casos; el promedio de edad fue  $6,4 \pm 3,3$  años; el peso promedio fue  $17,8 \pm 3,6$  kg; en el 30,2%, hubo sobrecarga hídrica y la mortalidad general fue 5,5%. Hubo falla renal en el 16,1% de los casos. Mediante un modelo de regresión logística binaria, se identificaron como predictores independientes de falla renal la sobrecarga hídrica (OR 1,5; IC 95%: 1,2-4,9;  $p= 0,028$ ) y shock mayor de dos días (OR 1,7; IC 95%: 1,3-6,3;  $p= 0,039$ ). Además, se observó un incremento significativo del riesgo de mortalidad en los niños con falla renal y sobrecarga hídrica, según el método de Kaplan-Meier ( $p= 0,019$ ).

**Conclusión.** La sobrecarga hídrica y una duración del shock mayor de dos días incrementan el riesgo de falla renal en niños críticamente enfermos con sepsis grave y shock séptico.

***Formato estructurado completo***



# Palabras claves/ descriptores

- Para indización y recuperación de artículos en bases de datos.
- Deben presentarse 3 a 10 palabras o frases cortas (según la revista).
- Usar palabras que no estén en el título.

Tesauros:

Medical Subject Headings: MeSH del Index Medicus

<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

Descriptores de ciencias de la salud: DeCS

ARTÍCULO ORIGINAL

## Caracterización de las causas de alopecia infantil

### **PALABRAS CLAVE**

Alopecia;  
Niños;  
Areata;  
Tricolomanía;  
Tiña capitis



ORIGINAL

## El reto de la administración de antituberculosos en lactantes y preescolares. Proyecto Magistral de pTBred<sup>☆</sup>



### PALABRAS CLAVE

Tuberculosis;  
Niños;  
Fármacos  
antituberculosos;  
Encuestas  
comunitarias;  
Formulación  
magistral

*Encuestas  
demográficas, de  
salud, de salud  
bucal.*

*Formulación de  
Medicamentos  
Formulación Farmacéutica  
Formulación de Fármacos  
Química Medicinal*

# Introducción

Origen del estudio: la pregunta de investigación

Concreta

Factible

Interesante

Novedosa

Ética

Relevante





# Introducción

Lo que se sabe sobre el tema: **Plantear el problema.**

Lo que aún no se sabe: **Justificar el trabajo.**

La pregunta de investigación: **Enunciar el propósito.**



## Introducción cont.

Tener en cuenta:

- No escribir una revisión de la literatura o un resumen.
- *Una página* manuscrita es ideal.
- *No hay resultados* en la Introducción.
- Establezca su pregunta / hipótesis.
- Incorporar elementos para lograr el objetivo:
  - *¿Qué se conoce (brevemente)?*
  - *¿Qué no se sabe o es controvertido?*
  - *¿Por qué debería el lector interesarse en el tema?*
- Establecer al final el **Objetivo/s**

# Enfermedades metabólicas congénitas en un servicio de urgencias pediátricas

## Introducción

¿Qué es lo que **no** se sabe?

¿Cuál es la relevancia de este trabajo?



Las enfermedades metabólicas congénitas (EMC) son procesos hereditarios de base genética. Su prevalencia individual es baja; sin embargo, si se consideran de forma global, su frecuencia asciende aproximadamente a 1/600 recién nacidos vivos<sup>1,2</sup>. Hasta hace unos años, se asociaban muchas veces a una evolución fatal o al desarrollo de graves secuelas e importante discapacidad. Actualmente, disponemos de herramientas que permiten, cada vez en más casos su detección precoz y la aplicación de tratamientos que mejoren la calidad de vida y la evolución clínica de estos pacientes. Esto ha tenido como consecuencia una presencia cada vez mayor en las consultas de pediatría y en los servicios de urgencias, de niños diagnosticados de EMC que consultan por diversos motivos, relacionados o no con su patología de base<sup>3</sup>. Esta circunstancia se ha visto incrementada desde que contamos con programas de cribado metabólico neonatal ampliado, que permiten la supervivencia con buena calidad de vida de numerosos pacientes<sup>4-6</sup>. Los pediatras que prestan asistencia en los servicios de urgencias no deben ser ajenos a esta población, que puede requerir atención urgente a pesar de consultar por un motivo de aparentemente poca gravedad, pero que puede ser causa de descompensación metabólica de su enfermedad de base<sup>7</sup>.

El objetivo de este trabajo es revisar la frecuentación de un servicio de urgencias pediátricas (SUP) por parte de niños diagnosticados de EMC.

Ya se sabe

Pregunta/  
Objetivo /  
Hipótesis

# Jarabe de ipecacuana. Papel en el tratamiento de las intoxicaciones pediátricas

*As a conclusion, most of the gastrointestinal decontamination procedures do not improve the outcome and can be risky for the patient whereas during the treatment there are many other safer opportunities of medical intervention.*

*Key words: Emesis, Ipecac, Poisoning, Pediatric.*

## Introducción

Las intoxicaciones pediátricas son un problema universal. En su mayoría son involuntarias y a menudo no requieren intervención médica<sup>1</sup>. En efecto, las exposiciones a tóxicos en niños menores de 14 años constituyen el porcentaje más importante de los casos consultados en el Servicio de Información Toxicológica (SIT), con una media anual de 12.000 casos, que en gran parte se tratan en el propio domicilio del intoxicado sin requerir el traslado a un centro sanitario. Por otra parte, en los servicios de urgencias pediátricas de los hospitales españoles, las intoxicaciones suponen entre un 0,3% y un 1,6% del total de las consultas, con una tasa de ingresos que oscila entre el 20 y el 25% y una mortalidad inferior a la de los adultos<sup>2</sup>.

Hasta hace relativamente poco tiempo, se ponía un gran énfasis en la descontaminación digestiva como trata-

miento inicial de los pacientes que habían ingerido sustancias tóxicas. La base de esta recomendación era que si se vaciaba el contenido del estómago, se evitaría que el tóxico pasase al intestino delgado, el principal lugar de absorción, con lo cual se mitigaría el daño.

La evacuación gástrica puede ser realizada tanto por la inducción de la emesis como por el lavado gástrico.

La emesis puede provocarse, de forma peligrosa y poco ortodoxa, mediante la introducción de los dedos o también ingiriendo soluciones salinas hipertónicas. Otras técnicas ya obsoletas son la apomorfina parenteral o el peróxido de hidrógeno oral. El único método recomendado en la actualidad, y usado desde los años 50, es el jarabe de ipecacuana, a una dosis de 10 ml en niños de 6 a 12 meses, de 15 ml en niños de 1 a 12 años y de 30 ml en niños mayores.

El jarabe se prepara a partir del extracto fluido de ipecacuana con glicerol

Walter Arias R, et al. Jarabe de ipecacuana. Papel en el tratamiento de las intoxicaciones pediátricas

y jarabe simple<sup>3</sup>. La ipecacuana deriva del rizoma y las raíces secas de ciertas plantas de la familia de las Rubiaceae *Cephaelis acuminata* y *Cephaelis ipecacuanha*, que contienen alcaloides como la cefalina y la emetina, responsables de la inducción del vómito. La emesis se produce por activación local de los receptores sensoriales periféricos situados en el tracto gastrointestinal y por estimulación de la zona gatillo quimiorreceptora del cerebro. Los receptores 5HT3 también median en las náuseas y vómitos inducidos por la ipecacuana. El vómito comienza a los 30 minutos de la administración del jarabe y dura hasta 1-2 horas después. El 82% de los niños vomitarán después de una sola dosis y el 99%, después de una segunda dosis.

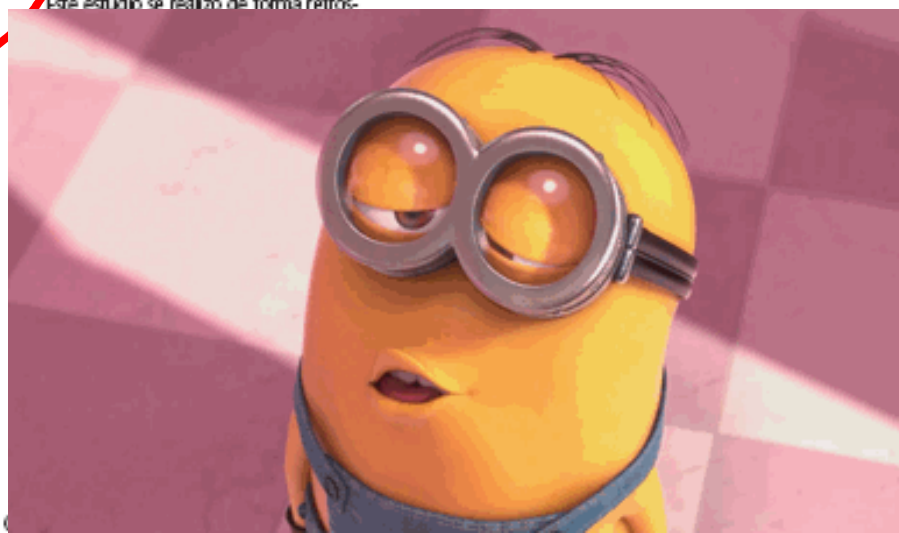
En 1997 las dos principales asociaciones de toxicología clínica, American Academy of Clinical Toxicology (AACT) y European Association of Poison Control Centres and Clinical Toxicology (EAPCCT), tras una extensa revisión bibliográfica, presentaron sus posicionamientos en cuanto a las pautas de tratamiento clásicas en caso de ingestión de una sustancia tóxica. En ellos limitaban el beneficio del lavado gástrico y el carbón activado al paciente que hubiera ingerido una cantidad de tóxico que po-

dría poner en peligro su vida, siempre y cuando hubieran transcurrido menos de 60 minutos desde la ingesta<sup>4</sup>. En sus conclusiones también cuestionaban la utilidad de la emesis<sup>5</sup>. La evacuación digestiva tampoco se encuentra entre las primeras medidas del protocolo escandinavo, que prima las medidas de soporte y sintomáticas.

El propósito de este trabajo es explorar cómo se emplea en el ámbito extrahospitalario el jarabe de ipecacuana y la inducción de la emesis en general, de cara a poder discutir la controversia existente sobre el uso de las medidas de descontaminación digestiva.

## Material y métodos

Este estudio se realizó de forma retros-



# 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<sup>(1)</sup>. 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<sup>(2-5)</sup>, 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<sup>(6)</sup>. Por otro lado, existen estudios en pacientes diabéticos adultos, en los que las concentraciones de Lp(a) se encuentran elevadas<sup>(7)</sup>, habiéndose demostrado en otros la existencia de asociación significativa de las citadas concentraciones con el grado de control metabólico de la enfermedad<sup>(8,9)</sup>, así como con la existencia o no de microalbuminuria<sup>(10-12)</sup>, aunque no sean hechos aceptados unánimemente en la bibliografía<sup>(13-15)</sup>. En diabéticos infanto-juveniles existen pocos estudios realizados y son poco concluyentes<sup>(16)</sup>.

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 evolu-



Ya se sabe

No se sabe

Pregunta/  
Objetivo /  
Hipótesis

# Objetivo/s

- Constituye “la meta”. Recordar la redacción en verbo pasado.
- Enunciado “observable”, “evaluable”, “medible”.
- Descripción clara y concisa.
- El objetivo general (en general) es parecido al título pero en infinitivo, con verbos que describen la acción que se realizará:  
**“Describir, evaluar, determinar, conocer, explorar, comparar, identificar, implementar, analizar, etc.”**

# Material y métodos

- Los lectores necesitan saber **cómo** se hizo el estudio.
  - Describir los procesos más importantes.
- Organizar para estar en paralelo con la presentación de datos en "Resultados".
- Se puede hacer referencia a métodos más detallados en anexos.
- Se deben describir nuevos métodos/instrumentos si se aplican.
  - Puede requerir validación.

# Población, material y métodos

## 1. Diseño:

- Tipo de estudio. serie de casos, corte transversal, casos y controles, cohortes (tipo), ensayo clínico (tipo), revisión sistemática, etc.

## 2. Población:

- Estado, condición o intervención estudiada.
- Sujetos (pacientes , animales, etc.)
- Población origen de los sujetos.
- Criterios de elegibilidad, de inclusión y exclusión.

## 3. Lugar y fecha

## 4. Procedimientos:

- Forma de aleatorización y enmascaramiento.
- Identificar los métodos, aparatos (nombre y dirección del fabricante) y procedimientos .
- Identificar los medicamentos/sustancias químicas usadas, con nombres genéricos, dosis y vías de administración.
- Recolección, almacenamiento y análisis de los datos .
- Definir las variables, su relevancia y cómo se midieron.



# Población, material y métodos, cont.

## 5. Análisis estadístico

- Estimación de tamaño muestral.
- Métodos estadísticos.
- Software utilizado.

## 6. Aspectos éticos

- Describir el proceso de aprobación de la investigación humana / animal.
- Consentimiento informado y asentimiento.

En Internet existen programas estadísticos de análisis de datos de dominio público, accesibles en las siguientes direcciones:

- [www.cdc.gov/Epiinfo/](http://www.cdc.gov/Epiinfo/)
- [www.dxsp.sergas.es/.../Epidat/cas/3.6\\_Descarga.asp?...](http://www.dxsp.sergas.es/.../Epidat/cas/3.6_Descarga.asp?...)
- [www.openepi.com/Downloads/Downloads.htm](http://www.openepi.com/Downloads/Downloads.htm)

Impacto potencial y análisis coste-eficacia de la profilaxis con palivizumab, en la prevención de bronquiolitis, en prematuros menores de 33 semanas de gestación

### Métodos

Se incluye a los neonatos nacidos en nuestro hospital desde enero de 1995 a diciembre de 1998 y que ingresan por bronquiolitis. Aplicando datos del estudio "Impact-RSV" se calculan medidas de efecto y de impacto para los diferentes puntos de corte de la edad gestacional en la población a estudio. El análisis coste-eficacia incluye el coste directo de la prescripción de palivizumab y el de la hospitalización.



¿Cuál es el *diseño* de este estudio?

¿Cuándo y dónde se hizo?  
(*entorno*)

¿Cómo fueron "elegidos" los participantes?(*población*)

•¿Había un tamaño muestral estimado?  
(*estadística*)

•¿Lo evaluó un Comité de *Ética*?

## Intimidación escolar: concordancia entre la percepción de los cuidadores y sus hijos

### POBLACIÓN Y MÉTODOS

**Diseño:** estudio de corte transversal realizado en mayo-junio de 2014 en cinco escuelas estatales de Bahía Blanca. Fueron seleccionadas, entre las 71 escuelas primarias estatales de la ciudad, mediante un muestreo de conveniencia en acuerdo con la Jefatura Distrital. Este fue realizado al inicio del proyecto de investigación, en el año 2012. Cada escuela tenía características diferentes de acuerdo con su ubicación, su matrícula y el perfil de escuela deseado.

*Escuela 1:* situada en un barrio céntrico, con matrícula de niños/as elevada y nivel socioeconómico medio-alto. Se resaltaba la calidad educativa y los vínculos entre pares y docentes.

*Escuela 2:* situada en los alrededores del centro de la ciudad, con matrícula heterogénea (los niños/as confluían desde diferentes barrios). Se resaltaba el trabajo en la diversidad, el abordaje de la currícula vigente y las normas de convivencia.

*Escuela 3:* situada en un barrio de la periferia de la ciudad, con matrícula propia del lugar. Se resaltaba el trabajo con la comunidad y la calidad educativa.

*Escuela 4:* situada en pleno barrio universitario; tenía una matrícula variada, ya que, en muchos casos, eran hijos de profesionales que asistían a la Universidad Nacional del Sur, que se encontraba en sus alrededores. Se resaltaba el trabajo individual de acuerdo con las posibilidades de cada niño/a, la calidad educativa y los vínculos entre pares y docentes.

*Escuela 5:* situada en un barrio alejado, con matrícula propia del lugar, nivel socioeconómico medio-bajo. Se resaltaba el trabajo con la comunidad y el trabajo cooperativo.

Fueron elegibles todos los niños/as de entre 8 y 12 años de edad que concurrían al segundo ciclo de estas escuelas y sus respectivos cuidadores (padre, madre o responsable). Se incluyeron únicamente niños/as que fueron autorizados a participar por sus cuidadores (mediante consentimiento informado), que, además, asintieron a participar y estuvieron presentes el día de la encuesta. Se excluyeron los niños/as que, a pesar de ser autorizados y haber asentido a participar, tenían una discapacidad intelectual que les impidiera comprender las preguntas.

Diseño

Entorno y fecha

Población



Criterios de inclusión y exclusión

**Instrumentos de recolección de datos:** se empleó el cuestionario autoadministrado sobre preconcepciones de intimidación y maltrato entre iguales (PRECONCIMEI), en su versión para niños/as y cuidadores. La versión para niños/as consta de 14 ítems sobre distintas dimensiones (rol, causalidad de la intimidación y aspectos situacionales de la intimidación). ([Véase Anexo 1 en formato electrónico](#)). La versión para cuidadores tiene 17 enunciados para responder con una escala de Likert de cinco puntos, desde "totalmente en desacuerdo" a "totalmente de acuerdo". Las respuestas de valor 1 o 2 se consideran como "en desacuerdo"; las de 3, como "neutrales"; y las de 4 o 5, como "de acuerdo" con el enunciado. ([Véase Anexo 2 en formato electrónico](#)) La aplicación del PRECONCIMEI para niños/as fue realizada en la escuela, en horario de clases, en un salón facilitado por las autoridades de las escuelas. Dos miembros del grupo de investigación, diferentes para cada institución, estuvieron presentes en la aplicación del cuestionario para explicar a los niños/as la naturaleza de la investigación, asegurar la confidencialidad del cuestionario y responder dudas sobre sus ítems. La fecha de toma de cuestionarios fue elegida estratégicamente para cada escuela, de manera tal que no coincidiese con actos escolares y actividades de grupo completo que pudieran provocar ausentismo. La aplicación del PRECONCIMEI para cuidadores fue realizada mediante el envío a cada familia de un sobre con el cuestionario e instrucciones para poder responderlo. Dichos sobres fueron devueltos cerrados para asegurar su privacidad. Luego de un mes de haber entregado los cuestionarios a los cuidadores, los miembros del grupo de investigación retiraron los recolectados por el docente de cada curso.

#### Definición de variables

**Magnitud de la intimidación:** se evaluó a partir de las respuestas de los cuidadores al ítem 1 de la versión cuidador.

**Relevancia del problema:** se evaluó a partir de las respuestas al ítem 17 de la versión cuidador. Se consideró que el cuidador concebía la intimidación como un problema relevante si le otorgaba igual o mayor importancia que a los problemas del rendimiento académico.

**Causas de la intimidación:** se consideraron causas extraescolares (clima familiar, clima social, videojuegos y programas de televisión), según las respuestas de los cuidadores en los ítems 9, 11, 12, 13 y 15, e intraescolares (clima escolar), según las respuestas en el ítem 10 de la versión cuidador.

**Rol de los actores:** se consideró la percepción de los cuidadores respecto a su propio rol en la prevención de la intimidación (ítems 5 y 16 de la versión cuidador), de los docentes y directivos (ítems 2 y 3) y de la institución educativa (respuestas al ítem 4).

**Participación del niño/a en situaciones de intimidación:** la percepción del cuidador sobre la participación del niño se evaluó con el ítem 7 de la versión cuidador. Se definió el rol "recibe intimidación" con respuestas afirmativas del niño/a en las preguntas 2, 3, 5 y 8 de la versión niños; "ejerce intimidación", con respuestas afirmativas en las preguntas 7 y 9; "recibe y ejerce intimidación", con respuestas afirmativas en las seis preguntas; y "no participa", sin respuestas positivas en alguna.

**Comunicación de situaciones de intimidación:** la percepción del cuidador sobre la comunicación con su niño/a respecto a situaciones de intimidación se evaluó con el ítem 8 de la versión cuidador. La percepción del niño sobre la comunicación con su cuidador respecto a este tipo de situaciones se evaluó a partir del ítem 3 de la versión niños. Se consideró como positiva cuando tanto el niño como el cuidador coincidían en que se comunicarían esas situaciones en caso de que ocurrieran.

## Recolección de datos

### Anexos



## Variables buscadas y su definición

**Consideraciones éticas:** La presente investigación fue aprobada por el Comité Institucional de Bioética en Investigación del Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero" de Bahía Blanca, acreditado por el Comité de Ética Central del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, bajo el N.º 017/2010.

### **Análisis estadístico**

Los questionarios se codificaron numéricamente de forma consecutiva, lo que garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información. Niños/as y sus cuidadores fueron identificados con el mismo código para permitir el cruzamiento de datos.

Se realizó un análisis univariado para estimar los porcentajes de respuesta para cada pregunta y un análisis bivariado con tablas de clasificación cruzada para calcular los porcentajes de acuerdo y desacuerdo. Se calculó el índice Kappa para estimar concordancia, y se eliminó la respuesta neutra. Se usó como significativo un valor  $p < 0,05$ . El análisis se realizó con el software SPSS 17 (Windows).

*Aspectos éticos  
Aprobación del estudio  
Nº de Registro del CE*



*Confidencialidad de los datos*

*Análisis Estadístico:  
métodos estadísticos,  
software usado*

# Resultados

- Objetivo: condensar los resultados para que su conclusión sea fácil de comprender. Resultado principal y otros hallazgos importantes (efectos adversos)
- Formato: es la sección más corta.
- Con tablas / figuras para enfatizar el mensaje para el lector.
- Organización: cuente su historia lógicamente.

# Resultados

- Texto breve
- Tablas y figuras
- Diagrama de flujo de los participantes incluidos
- Tabla 1: Datos basales, demográficos.
- Tabla 2: Principales resultados. ¿Es mejor una figura?
- Tabla 3: Análisis de subgrupo



# Tablas y Figuras

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

**¡DEBEN FACILITAR LA COMPRENSIÓN Y NO DIFICULTARLA!**

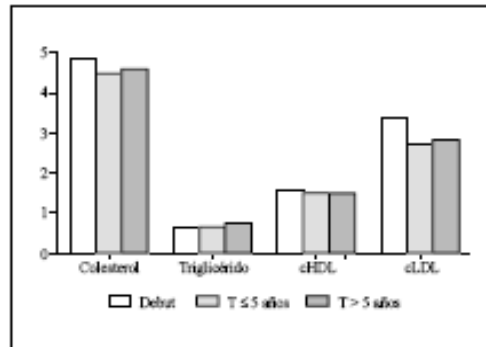


Figura 3. Concentraciones plasmáticas de lípidos en relación con el tiempo de evolución. cHDL; colesterol de lipoproteínas de alta densidad. cLDL; colesterol de lipoproteínas de baja densidad.

(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, si 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,  $\leq 5$  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)

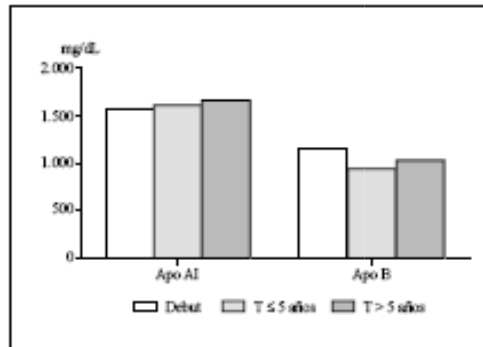


Figura 4. Concentraciones medias de apolipoproteínas en relación al tiempo de evolución.

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	0,58 **	0,54 **

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

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 arteriosclerosis. En los pacientes diabéticos, las concentraciones de Lp(a) suelen ser más elevadas que en la población normal<sup>(17,18)</sup>. Se ha subrayado que existe una correlación entre el grado de control metabólico medido por glucohemoglobina y las concentraciones de Lp(a)<sup>(19)</sup>. En nuestro caso y tal como se ha referido por otros autores<sup>(6,20)</sup>, no hemos puesto de manifiesto una correlación entre el grado de control metabólico y los valores de Lp(a); en cambio, si encontramos diferencias en las concentraciones de Lp(a) en relación a la presencia de microalbuminuria<sup>(21)</sup>. Además, conviene señalar que el tiempo de evolución de la enfermedad puede ser

Sección corta  
Complementa el texto con  
tablas y figuras



# Resultados cont.

No mostrar resultados numéricos dos veces.

(el detalle en la tabla, la conclusión en el texto)

No dé resultados extraños.

(distrae al lector y diluye el mensaje)

Las comparaciones estadísticas deben ser claras.

Se deben identificar tablas/ figuras grandes, cuestionarios y datos extensos para la publicación (vía anexo “electrónico”)

# Tener en cuenta

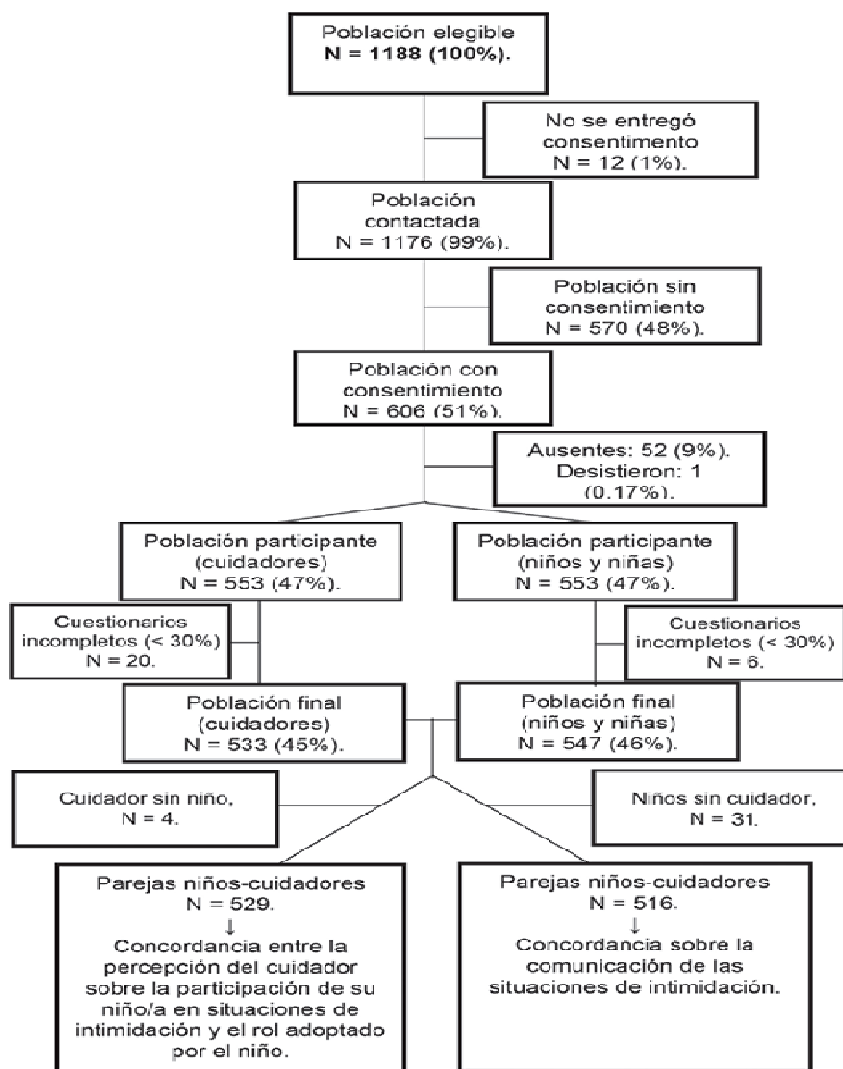


- Las tablas largas y muy detalladas son letales.
- El espacio en blanco en las figuras es espacio perdido.
- En general no se aceptan los gráficos de torta.
- Pregúntese: ¿Esta figura hará una buena diapositiva?
  - Si es así, probablemente será una buena figura para un informe
- No incluya la Discusión
  - Una pista de esto es cuando las referencias se citan en los Resultados

# Resultados

- Breve texto
- Tablas y gráficos
- Diagrama de flujo  **CONSORT**  
TRANSPARENT REPORTING of TRIALS
- Tabla 1: Datos basales, Demografía
- Tabla 2: Principales resultados. Es mejor un gráfico?
- Tabla 3: Análisis de subgrupo

# Figura 1. *Flujograma*



# Resultados

- Breve texto
- Tablas y gráficos
- Diagrama de flujo
- **Tabla 1: Datos basales, Demografía**
- Tabla 2: Principales resultados. Es mejor un gráfico?
- Tabla 3: Análisis de subgrupo

# Tabla 1

Tabla 1. Características de la madre y el recién nacido en los grupos de estudio y control

VARIABLES	Grupo estudio (baño)	Grupo control (alcohol)	Valor de p
<b>Características de la madre</b>			
<b>Edad materna en años</b>			
Media años $\pm$ DE	29,9 $\pm$ 5,7	30,4 $\pm$ 5,2	0,47*
<b>Años de educación formal</b>			
Media años educación $\pm$ DE	13,2 $\pm$ 3,4	13,8 $\pm$ 3,6	0,07*
<b>Gestación</b>			
Primigesta	40,3% (73/181)	43,09% (78/181)	0,56**
<b>Antecedente de abortos</b>			
Mujeres con abortos previos	11,0% (20/181)	16,9% (30/177)	0,10**
<b>Patología materna crónica (PMC)</b>			
Mujeres con PMC	17,1% (31/181)	19,3% (31/181)	0,55**
<b>Infección materna</b>			
Mujeres con IM	17,1% (31/181)	19,3% (35/179)	0,55**
<b>Terminación del embarazo</b>			
Parto espontáneo	43,1% (78/181)	29,3% (53/181)	
Parto instrumental	0,6% (1/181)	2,2% (4/181)	0,03**
Cesárea con trabajo de parto	17,1% (31/181)	21,5% (39/181)	
Cesárea sin trabajo de parto	39,2% (71/181)	47,0% (85/181)	
<b>Experiencia con higiene de cordón</b>			
Ninguna	48,1% (87/177)	47,7% (86/177)	
Sí, con alcohol	48,7% (88/177)	50,3% (91/177)	0,50**
Sí, con otro antiséptico	0,6% (1/177)	0,0% (0/177)	
Sí, con baño	0,6% (1/177)	0,0% (0/177)	
<b>Características del recién nacido</b>			
<b>Sexo (% de mujeres)</b>	48,6% (88/181)	47,5% (86/181)	0,83**
<b>Edad gestacional semanas (media <math>\pm</math> DE)</b>	38,9 $\pm$ 0,95	38,8 $\pm$ 1,04	0,51**
<b>Peso al nacer kg (media <math>\pm</math> DE)</b>	3,33 $\pm$ 0,36	3,41 $\pm$ 0,42	0,05**
<b>Horas de internación (media <math>\pm</math> DE)</b>	48,5 $\pm$ 9,2	47,5 $\pm$ 8,2	0,31**

**Referencias**

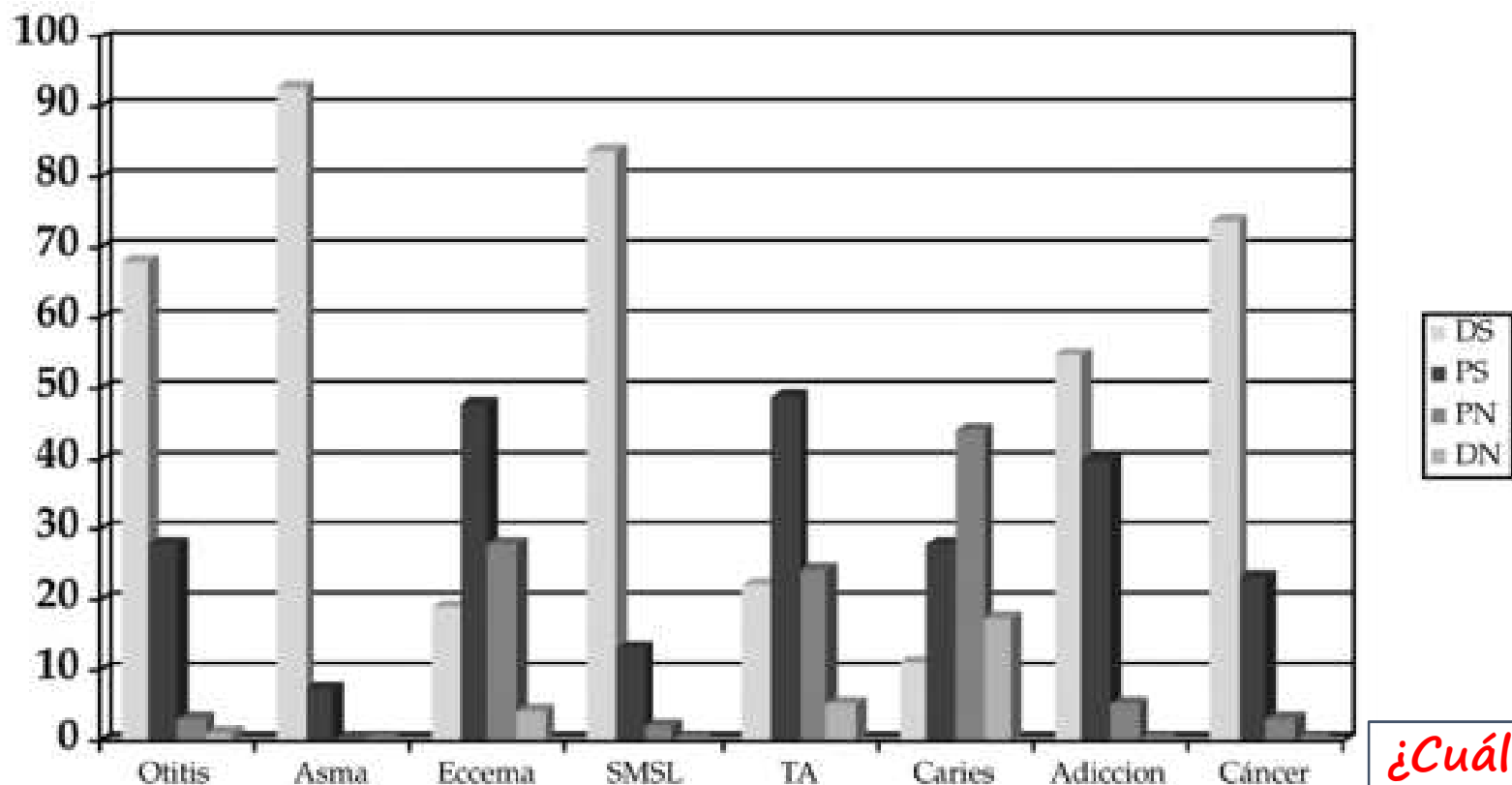
(\*) Se empleó la prueba de t-student para dos muestras independientes.

(\*\*) Se empleó la prueba de  $\chi^2$ ; dado que más de una celda tenía un valor esperado menor a 5, se empleó la prueba exacta de Fisher.





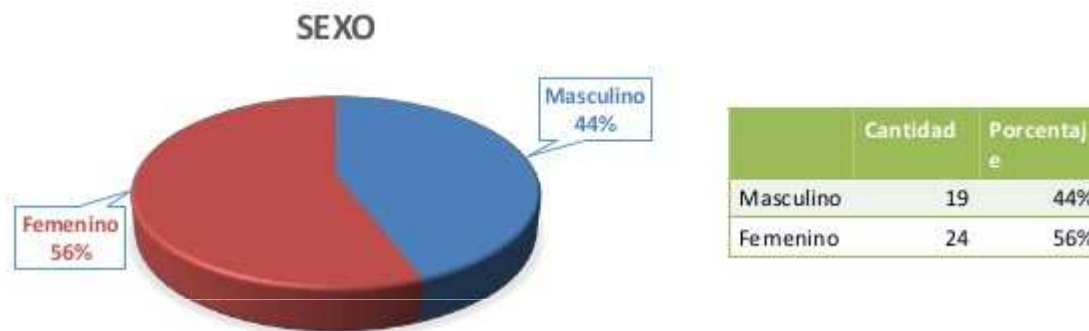
FIGURA 1. Conocimiento sobre los efectos del humo de tabaco ajeno en la salud de los niños



Definitivamente sí. PS: Probablemente sí. PN: Probablemente no. DN: Definitivamente no.

¿Cuál es el n del estudio?  
¿Por qué tridimensional?

**Gráfico N° 1: Gráfico de barras acerca de los estudiantes de Medicina Humana del curso de epidemiología de la Universidad Ricardo Palma período 2015-II según el sexo**



**INTERPRETACIÓN:** Se observa que del total de alumnado del curso de epidemiología que es 43, el mayor porcentaje corresponde a las mujeres con 56% mientras que el porcentaje de varones es de 44%.



CASO CLÍNICO

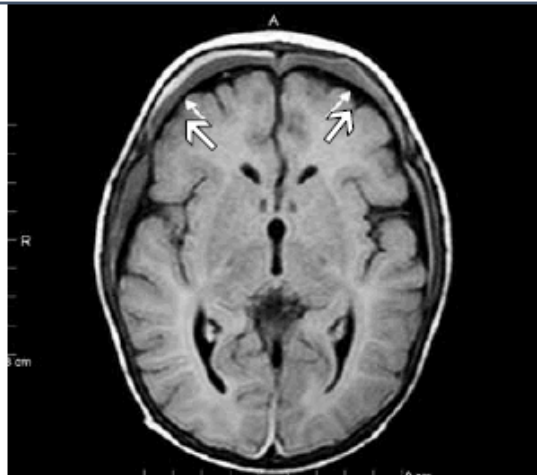
DIAGNÓSTICO PRENATAL DEL SÍNDROME DE APERT  
REPORTE DE UN CASO

Figura N° 1

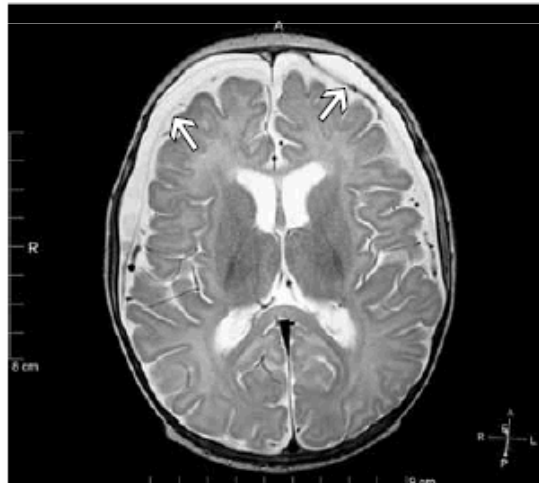


*¿Falta el título?  
¿Que quiere mostrar?*





**Figura 1.** RNM en T1 donde se visualiza colecciones subdurales bilaterales



**Figura 2.** RNM en T2 donde se visualiza colecciones subdurales bilaterales



***Con Título y flechas***

# Resultados

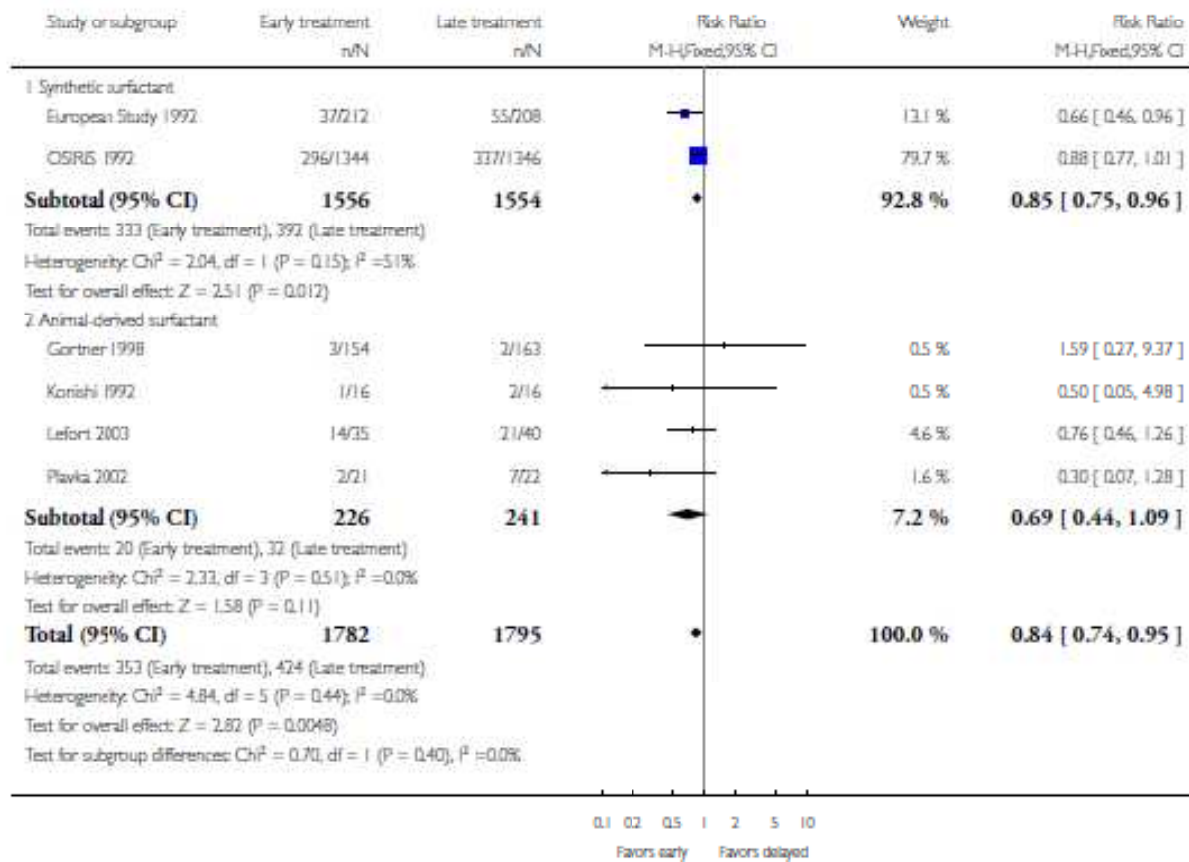
- Breve texto
- Tablas y gráficos
- Diagrama de flujo
- Tabla 1: Datos basales, Demografía
- **Tabla 2: Principales resultados.**
- Tabla 3: Análisis de subgrupo

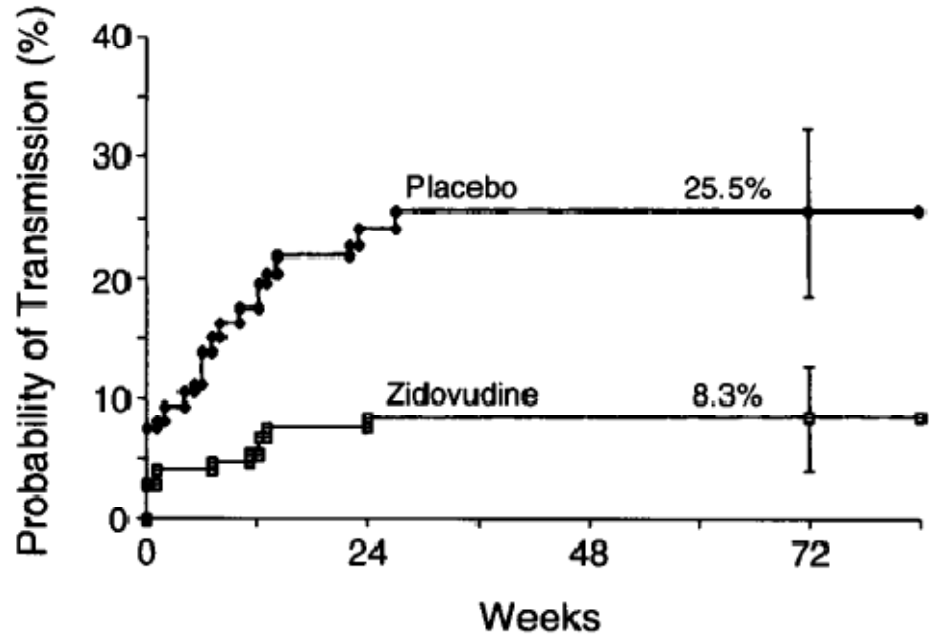
**Analysis 1.1. Comparison 1 Early versus delayed selective surfactant treatment, Outcome 1 Neonatal mortality.**

Review: Early versus delayed selective surfactant treatment for neonatal respiratory distress syndrome

Comparison: 1 Early versus delayed selective surfactant treatment

Outcome: 1 Neonatal mortality





Placebo	183	84	42	37
Zidovudine	180	105	51	43

**Figure 1. Kaplan-Meier Plots of the Probability of HIV Transmission, According to Treatment Group.**

The estimated percentages of infants infected at 72 weeks are shown with 95 percent confidence intervals. The numbers of infants at risk at 24, 48, and 72 weeks are shown below the figure.

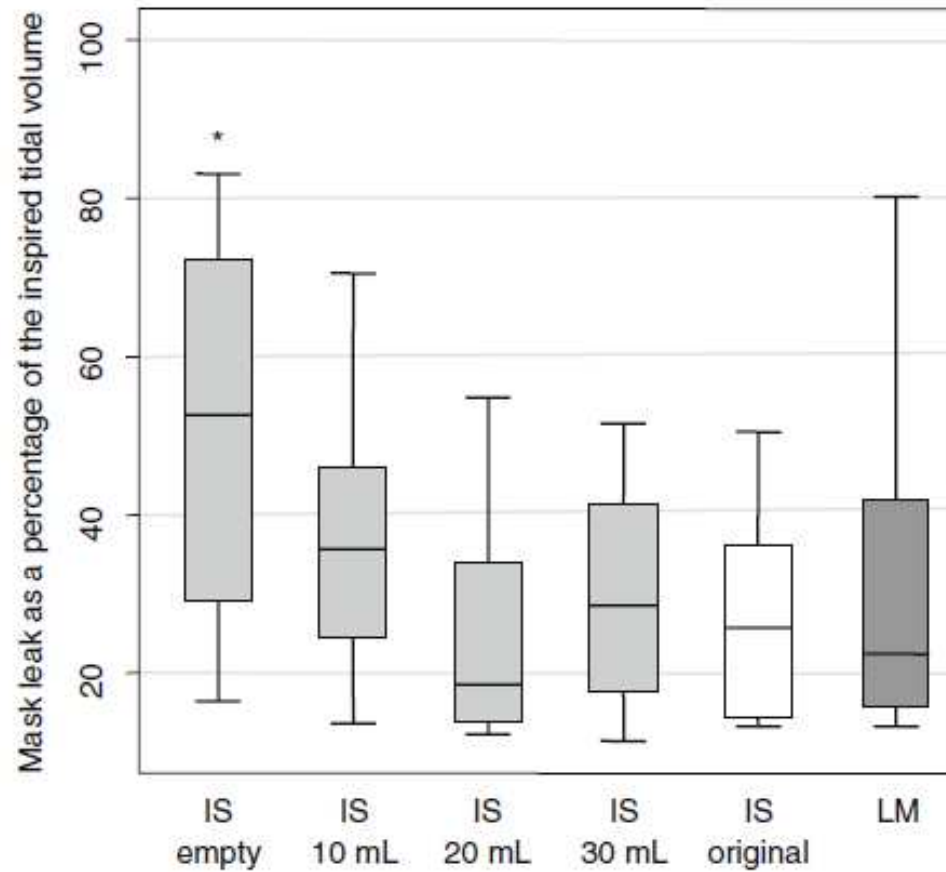


Fig. 2 Mask leak with different filling of Intersurgical anatomical air cushion rim face mask with air cushion rim (IS) in correct position compared with original Intersurgical anatomical air cushion rim face mask and Laerdal round mask (LM). Box plots show median values (*solid bar*), interquartile range (*margins of box*), and 95 % confidence interval



# Resultados

- Breve texto
- Tablas y gráficos
- Diagrama de flujo
- Tabla 1: Datos basales, Demografía
- Tabla 2: Principales resultados. Es mejor un gráfico?
- **Tabla 3: Análisis de subgrupo**

**Ante los resultados de un estudio  
preguntarse:**

¿Son correctos los resultados?

**validez interna**

¿Pueden ser atribuidos al azar?

**precisión**

¿Son aplicables a otros contextos?

**validez externa**

# Discusión

¿Qué significan estos resultados?

¿Qué dicen otros autores?

¿Cómo los interpretamos nosotros?

# Discusión

## Subtítulos implícitos o secciones

- Breve síntesis de los resultados (a veces repite la conclusión).
- Interpretación de los resultados.
- Validez externa (similitudes y diferencias de los resultados que se obtuvieron y los publicados).
- Validez interna (limitaciones y fortalezas).
- Explorar la implicancia de los resultados para futuras investigaciones y para la práctica clínica.
- Se puede agregar algún comentario complementario o reflexión final.
- *Conclusiones.*

**Objetivo:** *Averiguar las actitudes y conocimientos de niños y padres en materia de Seguridad Vial.*

## **Discusión**

Los padres transportan adecuadamente a sus hijos en el interior del automóvil cuando éstos son menores de 3 años, aunque aún en algunos casos siguen siendo transportados en brazos de su madre. A partir de esta edad se observa un abandono de los sistemas de retención siendo el uso de éstos muy escaso.

En general, los padres utilizan adecuadamente el cinturón de seguridad, sin embargo, el uso de éste decae notablemente entre los niños ya sea porque no existe en los asientos traseros de su automóvil o porque los padres no les indican o no consiguen su utilización.

El uso de casco es excepcional y la mayoría de los padres no está concienciado en la necesidad de su uso, siendo poco corriente que los niños dispongan de uno adecuado a su tamaño.

La información en materia de Seguridad Vial está siendo asumida sobre todo por los padres con ayuda, en la mitad de los casos, del colegio. Sin embargo, ni el personal sanitario ni los medios de comunicación parecen estar sensibilizados con este tema.

*Repite resultados pero no nos dice:*

*¿Qué significan estos resultados?*

*¿Qué dicen otros autores?*

*¿Qué pensamos nosotros hoy?*

# Discusión, cont.

## *Errores frecuentes*

- Mencionar resultados que **no** fueron presentados previamente.
- Pretender dar una clase sobre el tema.
- Explicar con lujo de detalles un estudio (referencia)
- **No reconocer limitaciones** (*no existe el estudio perfecto*)
- Sacar conclusiones que **no** surgen de los resultados.

Como limitaciones del presente estudio pueden señalarse la falta de respuesta al cuestionario por parte del 37% de los potenciales informantes y, en particular, la ausencia de respuestas por parte del 47% de los profesionales psicosociales. Además de restar representatividad a los resultados obtenidos, la ausencia de respuestas podría estar sesgando la muestra a favor de los profesionales que sí tienen especial interés por el cuidado psicosocial de los pacientes hematooncológicos y que, por ello, destinaron parte de su tiempo a brindar información. Así, los resultados de este estudio podrían reflejar mayor consideración por el cuidado psicosocial de los pacientes hematooncológicos que la que realmente se cumple en el conjunto de las instituciones.

Al tratarse de un estudio observacional descriptivo, los resultados reflejan la opinión de profesionales, sin estar contrastada con datos objetivos de la situación real de los hospitales. Asimismo, el instrumento utilizado para esta investigación no permite dar cuenta del significado que los distintos actores dan a sus acciones, lo cual podrá ser objeto de próximas investigaciones.

El estudio obtuvo una participación menor de aquella a la que se aspiraba. No obstante, permite contar con datos iniciales sobre la temática. Es, además, el resultado de un esfuerzo conjunto de profesionales psicosociales de diversas regiones del país

## **Limitaciones**



## **Fortaleza**

# Conclusiones

Deben responder a los objetivos del estudio.

Oraciones breves y concretas sin especulaciones.

Deben estar respaldadas por los datos.

No hacer afirmaciones rotundas.

Explicar si puede generalizarse el resultado a otros, o si deberían hacerse otros estudios para resolver las discrepancias.



## Causas del bullying: resultados de la Investigación Nacional de la Salud del Escolar

contexto escolar. Dentro de esa perspectiva, el objetivo de este trabajo fue identificar los motivos asociados al *bullying* escolar relatados por adolescentes de escuelas públicas y privadas de Brasil.



### Conclusiones

Los resultados de este estudio, relacionados a la identificación de los motivos asociados al *bullying* entre estudiantes en Brasil, indican que existen características individuales relacionadas al fenómeno, así como aspectos contextuales que lo determinan. Se evidencia que el *bullying* es una experiencia muy común en la vida del estudiante brasileño y una problemática perteneciente al dominio del área de la salud, una vez que congrega determinantes del proceso salud-enfermedad-cuidado de niños y adolescentes en edad escolar. Este debate es de importancia capital, ya que puede ofrecer herramientas para el desarrollo de otras investigaciones y prácticas en la salud, principalmente en la atención primaria y en la interconexión salud/educación.

Se espera que los datos llamen la atención de las políticas públicas sobre la cuestión, una vez que ofrece indicadores que pueden ayudar en el delineamiento de estrategias de enfrentamiento a ser construidas de forma intersectorial e interdisciplinar, en una perspectiva de construcción de una cultura de la no violencia, articulando los sectores de la salud y de la

educación. Al mismo tiempo, se reconoce que otros estudios son necesarios, especialmente aquellos que ofrezcan análisis cualitativos o que hagan conexiones entre métodos y abordajes, para que se comprenda el proceso de construcción y los significados del *bullying* en la escuela de forma contextual y también la dinámica en la realidad de las escuelas brasileñas.

El objetivo de este estudio fue describir la historia natural de la APLV mediada por IgE y establecer la existencia de factores de riesgo asociados a la persistencia de la enfermedad.

## CONCLUSIÓN

En la población estudiada, se observó tolerancia a los 32 meses de edad en el 54,5% de los pacientes. La sensibilización a la caseína y las pápulas mayores de 8mm en la PC se asociaron con la persistencia de la enfermedad.



# Referencias

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.

# Referencias, cont.

Artículos originales clásicos, relevantes, específicos y actualizados (últimos 5 años).

Las “declaraciones” sobre hechos deben ser fundamentadas a través de referencias.

La referencia exhaustiva no es apropiada.

Tampoco el uso selectivo de reseñas / capítulos de libros/ sitios-citas en la web.

Evitar las excesivas auto referencias.

Evitar la cita de referencias irrelevantes e inaccesibles.

Recordar: actualizarlas

# Referencias, cont.

- 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).
- Recomendaciones: ***Citing Medicine***, de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>.
- Programas EndNote (paquete informático de gestión de referencias)

# Autoría y Agradecimientos

- Autoría y sus derechos: este tema ya debería haber sido hablado durante la elaboración del protocolo y ejecución del estudio, de todos modos siempre es conveniente revisarlo.
- Diferenciar aquellas personas que hicieron aportes sustanciales de las que realizaron algún tipo de colaboración.
- El agradecimiento es opcional. Es importante ser cortés y agradecer a los que lo ayudaron. Ayuda a mantener buenas relaciones profesionales.

# ¿Claves?

- Revisar, revisar, revisar.
- Simplificar, simplificar, simplificar.
- Acortar y enfocar.
- No repita, no repita ...
- Pida a otros colegas que revisen y comenten (pregúntele a alguien experto ajeno al trabajo para leerlo)
- Revisar nuevamente y reescribir si es necesario



# Claves cont.

Escribir correctamente.

Usar oraciones simples.

Evitar la grandilocuencia.

Seguir SIEMPRE el formato de la revista.



Lea el manuscrito en voz alta y escúchese a usted mismo, y fijese si no hay cambios bruscos del sentido; si la redacción tiene un flujo lógico y si hay afirmaciones no sustentadas.

*Alexandrov AV. How to write a research paper. Cerebrovasc Dis 2004;18:135-8*



# 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 19º 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.

# Muchas gracias

*Dra. Adriana Aguilar*

*[aaguilar.publicaciones@sap.org.ar](mailto:aaguilar.publicaciones@sap.org.ar)*