

SUMARIO

SECCIONES

Normas de presentación 126

Imagen de la portada:



Joan Miró
Acrobats in the Night Garden (1948)

LOS MAESTROS 100
FACETA DEL PEDIATRA
VIVENCIAS DE UN PEDIATRA PERSONAL
Luis Fumagalli

ARTÍCULO ORIGINAL 104
LA REDACCIÓN DEL TÍTULO
EN LOS ARTÍCULOS MÉDICOS
Iris Uribarri

SABÍA UD. QUE...? 116
INFECCIÓN POR VIRUS
DE INFLUENZA A (H1N1) SWL
*Sociedad Argentina de Pediatría
Comité Nacional de Infectología*

GESTIÓN 120
TRAYECTORIA
Herminia J. Itarte

DIRECTOR DEL HOSPITAL
Reinaldo Reimondi

CUERPO EDITORIAL

■ **DIRECTOR**

Horacio González

■ **COMITÉ DE REDACCIÓN**

Hugo Basílico

Norma Bibiloni

Carlos Cipolla

Patricia Climent (Coord. de Guías)

Ricardo Drut

Zulma Fernández (Coord.)

Marta Hernández (Directora asociada)

Marta Jones (Coord.)

Néstor Pérez

José Pujol (Coord. de Guías)

■ **COMITÉ EDITORIAL ASESOR**

Luis Fumagalli

Silvia González Ayala

Luis Guimarey

CONSULTORES

Mario Rentería

Roberto Silber

Carlos Torres

Aníbal Zaidemberg

■ **REVISORES NACIONALES**

Eduardo Cueto Rúa

Mario Ferreyra

Carlos González Landa

Silvia Maña

Rosario Merlino

Daniel Pollono

Ricardo Rahman

■ **REVISORES EXTRANJEROS**

Sergio Santana. La Habana. Cuba.

Jordi Salas i Salvadó. Reus. España.

José Vicente Spolidoro. Porto Alegre.
Brasil.

Publicación Científica del Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica" y del Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP) (MS/CIC-PBA). La Plata. Argentina.
Tel. (54-221) 453-5901/10
internos: 1435/1767
institutoinvestigaciones@hotmail.com
idipo1@gmail.com



2010

DIRECTOR DEL IDIP
Horacio González

LUDOVICA PEDIÁTRICA - VOLUMEN XI N° 4

LUDOVICA PEDIÁTRICA

es una edición trimestral de

EDICIONES DE LA GUADALUPE

Tel/fax: (54-11) 4328-6328

www.edicdelaguadalupe.com.ar

edicionesdelaguadalupe@fibertel.com.ar

osl@fibertel.com.ar

*La reproducción total o parcial
de los artículos de esta publicación*

no puede realizarse

*sin la autorización expresa
por parte de los editores.*

*La responsabilidad por
los juicios, opiniones,
puntos de vista*

*o traducciones expresados
en los artículos publicados
corresponde exclusivamente
a sus autores.*

Registro de la propiedad
Intelectual 01818

ISSN 1514-5654

El volumen XI N° 4 de
LUDOVICA PEDIÁTRICA
pertenece a los meses de
octubre, noviembre, diciembre de 2009

**EDICIONESDELA
GUADALUPE**

DIRECCIÓN EDITORIAL
Iris Uribarri

DIAGRAMACIÓN Y ARMADO
Eugenia Grané
Aldana Accomasso

DEPARTAMENTO DE PUBLICIDAD
Ediciones de la Guadalupe

fortaleza
paciencia
compasión
humildad
caridad
templanza
diligencia

LUDOVICA PEDIÁTRICA

FACETA DEL PEDIATRA
VIVENCIAS DE UN PEDIATRA PERSONAL

Luis Fumagalli

✉ lfumagalli@intramed.net

*Hay cuatro momentos en la vida de las personas:
el de aprender a hacer, el de hacer,
el de enseñar a hacer y el de dejar de hacer.*

Jaume Soler

Hay muchos modos de practicar la medicina y muchas maneras de practicar la pediatría. El estilo de cada hombre tiene algo valioso que ofrecer.

Las siguientes son observaciones surgidas luego de 33 años de práctica ininterrumpida cuidando la salud de niños en la ciudad de La Plata.

El pediatra personal es un especialista en la asistencia de niños, provisto de conocimientos y habilidades básicas y una fina sensibilidad en el manejo de las relaciones humanas que le permite crear y conservar relaciones terapéuticas. Conoce el medio en el cual sus pacientes nacen, tiene registro acerca de su crecimiento y desarrollo, es apto en el diagnóstico y el tratamiento de sus enfermedades, diestro para descubrir inmediatamente y tratar cualquier complicación posible.

Conoce cómo se manejan los padres de sus pacientes bajo tensión, y evalúa la validez que ellos hacen acerca de la salud de sus hijos. Sabe que debe diagnosticar a la luz de dos gravedades: la del sentir y la objetiva.

Conoce el papel peculiar en lo que se refiere a brindar asistencia médica amplia y sabe que es considerado como el médico generalista de la etapa de la vida que incluye el período neonatal, la niñez y la adolescencia.

Tiene la confianza de sus colegas y sus pacientes.

Con los años se transforma en un artesano, que escuchando a la familia encuentra el camino más corto y menos traumático que

lleve al niño hacia su máximo potencial de salud.

Sabe que el arte para atender al paciente afecta la imagen que éste tiene del médico más que la calidad técnica de la atención, e incluso sabe que, aun siendo ésta técnicamente excelente, si no hay arte en la atención el paciente la percibe como de baja calidad.

Apunta George Gadamer en *El estado oculto de la salud*: “Es muy conveniente tomar conciencia de las diferencias existentes entre la medicina científica y el verdadero arte de curar... el conocimiento en general se puede aprender, el segundo aspecto, en cambio, sólo puede adquirirse a través de la propia experiencia y del propio razonamiento, y va madurando con lentitud”.

Estas son conjeturas que es comprensible hacer acerca de cualquier pediatra adecuadamente adiestrado, maduro y experimentado, y es el resultado de una construcción que demanda un esfuerzo sostenido.

Resulta necesario haber tomado conciencia de la necesidad de construirse, de verse a uno mismo como un esbozo de médico abierto, un ser sin terminar, un producto no acabado y, por lo tanto, en transición hacia una mayor perfección.

Estimulado y guiado por docentes e instructores cada uno emprende esa aventura, inexcusablemente individual de hacerse pediatra personal.

Es obvio que ese proyecto no puede concretarse por completo en el lapso tan fugaz de que disponemos para intentarlo en la residencia.

¿Cuál es la tarea de un pediatra personal?

La principal es el cuidado de la salud, centrando su accionar en la supervisión del crecimiento, desarrollo y nutrición, el manejo ambulatorio de enfermedades agudas casi todas leves y alguna moderada, educación para la salud y nueva morbilidad (salud bucal, salud mental, comportamientos indeseados, trastorno de comportamiento de los padres, entrevista an-

tenatal, síndrome del niño vulnerable, etc, etc, etc.).

El eje de esta tarea es la estrecha relación médico-paciente-familia; esta depende de múltiples factores inherentes a la familia pero siempre requieren del médico cosas tales como: honestidad, paciencia, destreza, discreción, conocimiento, afecto, interés en lo que le pasa al niño, deseo de escuchar y comprender.

El vínculo médico paciente pediátrico, al igual que el vínculo madre-hijo es asimétrico y funciona como un sistema continente/contenido: cuando el dolor, el sufrimiento, la enfermedad superan al paciente (alude a la mamá casi siempre) lo “desbordan”, el pediatra puede contenerlo facilitando una trasvasación del sufrimiento, haciéndose cargo de lo doloroso y prometiendo alivio.

¿Qué debe hacer para mejorar su tarea cotidiana?

Debe revalorizar el vínculo, no olvidar la esencia, sabiendo que la base del curar está dada por el vínculo médico paciente.

Debe optimizar el vínculo, para ello no necesita una alta tecnología. El gran médico español Gregorio Marañón decía: “Para hacer medicina sólo se necesitan dos sillas, hagamos sentar a nuestros pacientes”. Lo fundamental es una palabra, un gesto, un silencio compartido o el crear un espacio.

Nos recuerda Osvaldo Blanco en su reveladora conferencia *Papel del pediatra general*: “El vínculo era el recurso más importante y a veces el único disponible en los orígenes de nuestra profesión. En los últimos años aparecieron valiosas tecnologías que permiten prevenir y curar más eficientemente, sin embargo al mismo tiempo que se ha endiosado esa nueva tecnología, se ha desertado progresivamente de la tecnología fundacional de la medicina, que es el encuentro y la comunicación del médico con sus pacientes. A veces la tecnificación enceguece por su brillo y desdibuja valiosos aspectos de la atención médica”.

¿Cuál es su orientación?

El pediatra personal ha elegido trabajar exclusivamente con niños y para el bien de los mismos, dirigiéndose hacia la peculiaridad de éstos y también de la enfermedad, confiando en que dispone de la pericia profesional para manejarse prudentemente. Sabe que la consulta pediátrica, según las características del examen que se haya de practicar y según la edad y la sensibilidad del niño, encierra frecuentemente una cuota de agresividad. Disminuir o neutralizar el temor a la agresión debe ser un comportamiento permanente del pediatra. Al temor no se lo vence necesariamente con explicaciones racionales, sino con una clara demostración de cariño, de comprensión y de adecuada protección. Sabe que a veces hay que circunscribirse a someras revisiones, certificar la patología aguda de tratamiento imperioso y suspender el examen.

Para convertirse en el pediatra personal de una familia y servir al niño durante largo tiempo se necesita construir confianza, respeto, un camino común, una historia en la que los dos se necesiten.

Nos apunta con claridad Sergio Sinay en *Diálogos del alma*: “La confianza como el amor no se construye en un instante, es una flor delicada que tarda en florecer. No hay confianza donde previamente no hubo diálogos, miradas, silencios compartidos. Se edifica ladrillo a ladrillo, acto tras acto. No está en los vínculos como punto de partida más allá de que tengamos el deseo o la intuición de confiar. Se trata mejor de un punto de llegada convergente; no se construye con el deseo o la voluntad de una sola persona, necesita de dos o de todos los que estén involucrados en el vínculo”.

Se requiere presencia, buena fe, compromiso y trabajo. La confianza no nace cuando el destino toca con una varita mágica a un médico y un paciente.

¿Cuáles son sus finalidades?

Con el tiempo se desplaza el enfoque primario de

tratar la enfermedad al de prevenirla, detectando y enfocando con medidas preventivas y prospectivas los riesgos en salud precursores potenciales de enfermedades y problemas.

Brindar diagnóstico y tratamiento de óptima calidad es el segundo objetivo.

¿Cuáles son sus funciones?

Función de pilar: sobre todo en situaciones críticas, con su acción o por simple presencia, debe ser capaz de amortiguar los movimientos, casi siempre bruscos, que las crisis plantean.

Función normatizadora: desde la visión de la familia está capacitado para trazar una línea divisoria normal/anormal, salud/enfermedad.

Finalmente tiene la función de mediador entre la “cultura médica” a la que la comunidad le permitió acceder y la “cultura no médica” de la comunidad a la que pertenece.

Este mediar implica varios pasos:

1. Disponibilidad para ver, escuchar y sentir.
2. Un aguzado espíritu crítico para decodificar lo que ve, escucha o siente.
3. Agrupar, jerarquizar y construir esos datos para llegar a un diagnóstico.
4. Usar la actitud, la palabra y los medicamentos en las dosis necesarias para prevenir o curar.

¿Cuáles son sus valores?

Dedicación al servicio: es éste un requisito indispensable que precede a las ambiciones hospitalarias, académicas y de investigación.

Disponibilidad: “Una de las funciones más importantes del pediatra es tener el auto estacionado en la puerta de su casa. La gente sabe así que puede contar con él.” Esta vieja aseveración, usada como metáfora de la disponibilidad emocional que el médico personal debe tener en relación a los pacientes que

le solicitan ayuda, tiene vigencia todavía. Se debe prestar el oído, la atención, el tiempo, y los conocimientos cada vez que nos sean requeridos.

Maestro: para el pediatra personal enseñar es un servicio que agrada, desarrolla confianza y seguridad en los pacientes, y hace la consulta mucho más fácil para ellos y menos cargada de ansiedad. Ayudar a los padres a comprender la fiebre como síntoma y no temerle, conocer los accidentes e intoxicaciones y cómo prevenirlos se cuentan entre las cosas que diariamente enseña el pediatra personal.

Terapeuta: en cierta medida realiza psicoterapia con la anamnesis, en examen físico prolijo y una actitud comprensiva. A su vez la demostración de competencia y habilidad para obtener datos completos para el diagnóstico es en sí mismo de apoyo psicológico.

Comunicación: debe ser considerada un ingrediente principal en el cuidado médico pediátrico. Se debe prestar especial atención a escuchar, educar para la salud, hablar en lenguaje llano, aclarar indicaciones, alentar, tranquilizar, explicar y ser receptivo a preguntas. Cuando la comunicación es efectiva mejora la comprensión de las enfermedades, la satisfacción y la adherencia a los tratamientos.

Lentitud: como en tantos otros aspectos de la vida lo más rápido no es siempre lo mejor. Incorporar a nuestra tarea algún espacio para lo lento no solo es hermoso. También es sensato y hasta juvenil.

Calidez: el pediatra y filósofo colombiano Francisco J Leal Quevedo nos advierte “El acto médico de calidad debe ser cálido, el calor se transmite solo por contacto. La verdadera calidez es empatía y viene de adentro, es centrífuga. La calidez es parte del acto médico y no es un hecho sino un valor”.

Coordinar servicios: asume la responsabilidad pro-

fesional de las actividades combinadas de muchos especialistas cuando sean necesarios.

Comencé a disfrutar de la pediatría personal cuando percibí el valor terapéutico de las palabras bondadosas, consoladoras y honradas dichas a los padres. Pueden tolerarse las llamadas telefónicas nocturnas al parecer inútiles si uno aprecia el efecto calmante de sus comentarios en los padres preocupados, que excede, con mucho, a la potencia de los tranquilizantes.

Al poco tiempo de terminar la residencia tuve la inmensa fortuna de conocer al Dr. Luis García Azzarini, luego el privilegio de ser su amigo y compartir momentos inolvidables. Debo decir con orgullo que ha sido mi verdadero mentor como pediatra personal y sin lugar a dudas el mejor de los nuestros.

En “Recordar el pasado para afirmar el porvenir” su compañero y reconocido médico de niños, el Dr. Roberto Mateos, lo evoca así: *Pediatra sensible, convencido de la necesidad ineludible que el médico de niños debe dedicar su vida al cuidado de la salud de la infancia y así lo hizo; utilizando sus propias palabras... “hasta el último suspiro”.*

Creador de un estilo en el ejercicio de la pediatría que por aquellos años (comienzos de los 70) no existía, compañero afectuoso de los niños y consejero comprometido de los padres, fue el primer profesional médico en recibir con un cariñoso beso a los pequeños pacientes y a los padres.

Poseedor de una gran capacidad de observación y una rapidez casi sobrenatural para detectar precozmente los problemas graves de salud de los niños que asistía. Siempre comentaba: “yo soy apenas, si algo soy, un pediatra”.

Es básicamente “la camiseta” de Luisito la que luzco orgulloso y me orienta desde siempre en el ejercicio diario. ♦

Iris Uribarri

*Diplomada en Comunicación
científica, médica y ambiental
por el Inst. Leloir y Universidad
de Pompeu Fabre de Barcelona
Editora científica*

✉ iur@fibertel.com.ar

LA REDACCIÓN DEL TÍTULO EN LOS ARTÍCULOS MÉDICOS

Resumen

En este trabajo, presentamos una selección de anomalías frecuentes en la construcción de títulos que identifican la producción de relatos orientados hacia el avance de la ciencia, en literatura médica. Esos títulos aparecen publicados en revistas científicas indizadas como artículos de investigación, trabajos originales, casos clínicos o revisiones sistemáticas.

El concepto de anomalía aquí refiere a realizaciones semánticas, sintácticas o gramaticales inadecuadas en la elaboración del enunciado que compone el título de un trabajo, pero también es relativo a los criterios de uniformidad que a la vez describen y prescriben la producción de textos médicos, caracterizados por su retórica y por su alto grado de estabilidad estructural. Se trata de una regulación petitionada por sociedades científicas y legitimadas por convenciones de editores de publicaciones médicas como la de Vancouver o la American Psychological Association Style. Tienen consenso internacional y constituyen la preceptiva de las normas de publicación.

En la muestra, se examinan las propiedades del título escrito como objeto comunicacional; los patrones discursivos que más se reiteran en los títulos anómalos y la orientación de los tipos textuales que subyacen en la confección de los títulos que forman parte del corpus.

Se identifican los errores habituales en la redacción de un título eficaz, pero además, la escisión entre los criterios con los que las preceptivas definen un buen título y las *preferencias* discursivas de los autores, expresadas en secuencias, (paquetes de frases) de uso corriente que se repiten con insistencia dando lugar a estereotipos lingüísticos que adquieren su fuerza elocutiva no sólo por la frecuencia con la que circulan sino por la aceptación en el interior de la comunidad científica.

De este modo, se genera una tendencia en contrapunto por la que se institucionalizan anomalías que no son necesariamente percibidas por los actores implicados en la comunicación como deficiencias en la construcción del título, cuya “buena forma” se remodela en el tiempo según la influencia de procesos sociales y culturales.

Key words: literatura médica, título, enunciado, redacción, preceptiva.

Introducción

I. LA PRECEPTIVA Y EL ESTILO

La literatura médica en su versión académica-científica puede ser considerada una institución dentro del campo de los saberes médico. Como tal tiene una relativa autonomía, una tradición y una convención propia.

Su escritura se relaciona con la competencia lingüística de la lengua general del autor y con la particular de la lengua específica.

Este conocimiento de la lengua específica permite distinguir el tipo de conducta lingüística que requiere el autor en el contexto y la situación de escritura de un artículo.

Al igual que el aprendiz de una lengua segunda, el conocimiento de la literatura médica implica tanto para el locutor como para el lector, reconocer la opción adecuada entre una variedad expresiones posibles, cuya su función se define en términos de eficacia y efecto, por caso la restricción a ciertos recursos formales o de ramificaciones simbólicas (lo que el uso reprime o destaca por ser un lenguaje especializado).

Así, hay elementos lingüísticos contextualmente condicionados dentro del lenguaje médico que pueden ser entendidos como indicadores de un estilo que enlaza un gran número de textos relacionados entre los que se pueden marcar cualidades únicas diferenciadoras y cualidades compartidas.

La palabra *estilo* tomada en su más amplia acepción como *forma* implica una selección en el interior del campo textual a distintos niveles: gramaticalidad, léxico, frases, cláusulas, oraciones o, en un nivel macrolingüístico, paquetes de frases. El estilo es también tributario de los criterios de uniformidad caracterizados, además de por su retórica, por su alto grado de estabilidad estructural (formatos) cuyo andamiaje es impuesto y legitimado tanto por convenciones de editores de publicaciones médicas cuanto por sociedades internacionales reconocidas por su incidencia y su prestigio.

Tal es el caso de las denominadas Normas de Publicación de Artículos Biomédicos, proporcionadas por primera vez en 1979 por el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas, conocido como Grupo Vancouver (International Committee of Medical Journal Editors ICMJE) con las sucesivas reformulaciones del 2003, o las normas de la World Association of Medical Editor que retoma la reflexión de los mismos tópicos, o los proporcionados por la Sociedad Americana de Psicología para las revistas de ciencias naturales, que añaden el modo de consignar las referencias en el texto y la bibliografía, el uso óptimo de los verbos, pronombres, artículos, conjunciones, etc. y que coincide en algunos aspectos con las regulaciones de otra preceptiva: la del denominado estilo Harvard.

En términos de la escritura producida por la comunidad médica estos criterios tienen consenso internacional, se transmiten como indicaciones para los autores, se divulgan como normas de presentación y se conocen genéricamente como **Estilo Vancouver** o el **APA Style Article**. La modelización de la escritura que proponen tiene un indiscutido poder de legitimación, estabilizan el discurso médico y lo envuelven de un carácter universal puesto que tiene competencia para los diferentes idiomas.

De este modo, lo que se puede y debe ser escrito según estos estilos configura un preconstruido que organiza un programa unificado por el cual la escritura de cada autor, un agente reproductor del estilo reconocido, participa de un lenguaje entre colegas.

II. QUÉ ES UN TÍTULO?

El enunciado que de modo independiente remite a un texto para indicar al lector a qué refiere el texto al que encabeza recibe el nombre de título: una palabra, una frase corta da un nombre, identifica a una obra o un documento. El título es siempre una inscripción que realiza una función anticipadora.

Las consideraciones acerca de la redacción del título en los trabajos de literatura médica, como se dijo, se expresan a través de un metadiscurso (Vancou-

ver, APA, etc), una serie de postulados que indican la buena forma de la escritura dentro del campo disciplinario. Sin embargo es habitual que los títulos de los documentos se disparen por fuera de la norma.

Una manera de ver esta diferencia es presuponer que los autores desconocen lo que las normas de escritura peticionan. Otra, es considerar por qué en el caso del título el metadiscurso tiene poco impacto.

La primera conjetura es poco probable. Cuando un autor envía un artículo a una revista de su especialidad, es habitual que revise las normas de publicación que aparecen al final de cada ejemplar. Allí se enterará de que lo que se espera de su escritura debe ser compatible con un modelo de evento comunicacional formalmente tipificado.

Un programa de escritura

Según el consenso para la redacción del título apropiado, en los estilos que citamos se peticiona que:

- el título sea claro, exento de redundancias.
- breve (pero) de modo tal que el lector identifique el tema y facilite una indización precisa del documento. En consecuencia, no se aceptan los títulos breves pero demasiado generales. Hay coincidencia en que el título no debería exceder las 15 palabras. Los expertos y las publicaciones científicas prestigiosas rechazan también:
 - el exceso de artículos y de preposiciones,
 - las abreviaturas,
 - la declaración de la tipología de artículo o del diseño de la investigación inscriptas en el título.
 - los enunciados interrogativos.
 - los títulos partidos en título principal-subtítulo separados por dos puntos o por punto y seguido.
 - un título que inscriba un artículo en serie o en parte. Se espera que cada estudio publicado sea independiente para evitar que la indización resulte impedida puesto que es imposible reconstruir un título doble.

Aunque se trate de una receta de pocos ingredientes y un poco ambigua, la aspiración de la preceptiva abarca niveles léxicos, semánticos gramaticales y sintácticos pero también pragmáticos.

Pero ocurre que la preceptiva deja afuera las difi-

cultades que la redacción del título supone y cuando muchos autores-docentes dentro del campo médico, pretenden abrir el juego de las dificultades, sus propias advertencias caen en clichés del tipo “el título debe ser claro”, “no debe ser telegráfico”.

Las propiedades del título como objeto comunicacional

En relación a la escritura se suele definir al título como el enunciado con el menor número de palabras que describen adecuadamente un contenido.

En un artículo científico las bases de datos harán foco en el título para el **racconto** de algunas expresiones descriptoras.

Estas consideraciones son elocuentes de una de las propiedades del título: su cualidad informativa.

De hecho la condensación semántica es un derivado de la concisión (cantidad de palabras con valor informativo).

Esta concisión es ya un programa de lectura de ahí que la brevedad sea a veces una de las condiciones problemáticas en la elaboración de un título adecuado. A veces un título que informa no es conciso o al revés puede ser conciso, pero no informa.

La dinámica entre las variables *información* y *brevedad* da una idea de la escala de representación y de las competencias de lectura obligadas que pide un título. Entre ellas, habilidades cognitivas, que sumadas al conocimiento de los referentes epistémicos del propio campo, se relacionan por caso con las estrategias elípticas puestas en juego en la codificación del mensaje.

A diferencia del material textual de un documento, el título se lee en un solo golpe de vista y en esa primera lectura debe ser comprendido: los títulos son entonces de gran relevancia para la constitución del sentido y para la modulación del comportamiento del lector. Configuran en sí mismos una escena cultural en miniatura que sirve de matriz a la destreza autorial y el rol activo del lector para entrar en sintonía (o no) con un mensaje.

Así pues el título es la vía regia hacia el texto. Decide su apertura, la continuidad de la lectura o su desestimación y por esta característica puede ser entendido como un enunciado de fronteras que en el borde de su legibilidad conlleva el mandato, la ilusión o la expectativa de manifestar en sí mismo y anticipar, un lenguaje transparente.

En este trabajo daremos cuenta de algunas de las anomalías más comunes que solemos encontrar en la redacción de un título adecuado. Contrastaremos con la normativa ciertas infracciones que se cristalizan como estereotipos desviados del modelo y cuya reproducción son una señal de que están “naturalizadas”.

Registrar esta tensión entre la desviación y la norma nos permite observar una obturación del sentido (el contenido informacional) del enunciado que afecta su función comunicativa y que se manifiesta a través de los mecanismos de cohesión y coherencia.

Al considerar las ocasiones en que el estilo es parte del significado, nuestro propósito es dilucidar las dificultades del autor para seleccionar en el enunciado que redacta qué es lo que en una frase debe considerarse como valores denotativos cuyo conjunto garantice el contenido informacional del título.

Material y método

En este trabajo haremos un recorrido de ida y vuelta entre los requisitos de redacción del título derivados de las convenciones estilísticas apuntadas y las anomalías encontradas en la producción concreta de títulos publicados.

Para ello conformamos un **corpus** a través de un repertorio extraído de diversas publicaciones médicas de diferentes especialidades.

Los títulos se retranscriben tal como fueron puestos en circulación en versión impresa, en publicaciones indizadas, en idioma español, durante el periodo 2000-2005.

Esas revistas son: Acta Cancerológica de la Soc. Peruana de Cancerología, Revista Ecuatoriana de Me-

dicina, Anales del sistema Sanitario de Navarra, Revista de Gastroenterología Nacional de la Sociedad Mexicana de Gastroenterología y Dermatología Pediátrica Latinoamericana de la Sociedad Latinoamericana de Dermatología Pediátrica.

Se convocó a 3 profesionales de la salud a quienes se les explicitó cuál era el sentido del trabajo que realizamos a fin de integrarlos como lectores-informantes.

Los informantes no guardaban relación entre ellos y pertenecen a campos médicos diferentes: terapia intensiva, clínica médica y cirugía. Todos son autores de artículos publicados y tienen competencia para percibir los esquemas de formato y las desviaciones respecto del modo aceptado por el estilo-modelo.

En relación a nuestro propósito se dividió el corpus y se les proveyó de un conjunto de títulos a cada uno.

Se les pidió que en cada enunciado localizaran aspectos que dificultaran la aceptación de los contenidos textuales a la luz de la adecuación, la eficacia y la efectividad, aspectos que configuran la red de relaciones semántico pragmáticas de un texto (Casalmiglia, 2007). Ese señalamiento sobre el corpus forma parte de este apartado.

De este modo, en los apartados siguientes analizaremos las selecciones no estilísticas que obturan la legibilidad en la redacción de los títulos, haciendo foco en la carga informativa y contrastándolas con las transformaciones realizadas por los informantes para la reescritura de los títulos de modo adecuado.

Corpus

1. Enfermedades raras: concepto epidemiología y situación actual en España.
2. Reordenamiento de los genes BCR-ABL en el estudio de la biología molecular del cáncer de mama en el Hospital Nacional Daniel A. Carrion-Callao.
3. La biopsia cerebral por estereotaxia en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas.
4. Ganglio centinela en cáncer de mama experiencia en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas.

5. Estudio abierto multicéntrico de tramadol de acción retardada en el manejo del dolor crónico con canceroso y por cáncer.
6. Cáncer de pulmón a células pequeñas experiencia de 10 años en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas Eduardo Cáceres Graciani.
7. Pólipos hiperplásticos del estómago con transformación maligna en adenocarcinoma, consideraciones sobre histogénesis.
8. Angiofibromiolipoma gigante del esófago. Artículo original (esófago).
9. Carcinoma epidermoide del ovario en teratoma quístico maduro. Consideraciones patológicas. Histogénesis. Evaluación.
10. Cáncer de cuello de útero a células pequeñas.
11. Alimentación Parenteral.
12. Sepsis y Shock séptico. Definición, epidemiología, patogénesis, hemodinámica, diagnóstico y tratamiento.
13. Mastocitosis cutánea, experiencia de diez años en el Servicio Dermatológico del Hospital Universitario de Caracas.
14. Prevalencia de la microalbúmina en una población de Navarra Septentrional y su relación con otros factores de riesgo cardiovascular.
15. Incapacidad laboral por patología del aparato locomotor en la comunidad Floral de Navarra, aspectos epidemiológicos.
16. Tratamiento clínico de las enfermedades tromboembólicas en cirugía ortopédica con HBPM.
17. Es útil la relación AST/ALT en el diagnóstico de easteatohepatitis no alcohólica (NASH).
18. Tratamiento ambulatorio de pacientes con neutropenia febril de bajo riesgo de acuerdo al índice de riesgo MASCC.
19. Ventilación mecánica no invasiva VNI-CPAP.
20. Apoptosis, proliferación celular y helicobacter en la carcinogénesis gástrica. Estudio inmunohistoquímico y correlación histológica en 83 casos del INEM.
21. Estudio comparativo de la eficacia entre la pasta de zinc 10% versus pasta de zinc 10% más hidrocortisona 1% en pitiriasis alba en niños, Quito, Ecuador.
22. Resultado del tratamiento del carcinoma epidermoide temprano de lengua oral: 70 casos, INEM.
23. Necesidades en las enfermedades raras durante la edad pediátrica.
24. El farmacéutico en el contexto de las enfermedades raras y los medicamentos huérfanos.
25. La vieja batalla entre la especie humana y el bacilo de Koch: es posible soñar con erradicar la tuberculosis.
26. Enfermedades metabólicas en la edad adulta.
27. El laboratorio en el diagnóstico de las enfermedades raras.
28. Los errores congénitos del metabolismo como enfermedades raras con un planteo global específico.
29. Se detectan los primeros enterococcus faecium resistentes a vancomicina en dos hospitales de Quito.
30. Anticoagulación en fibrilación auricular y antigregación en diabetes mellitus tipo2: cómo lo hacemos?.
31. El tratamiento de la osteoporosis: heterogéneo, ineficaz y sin evidencia científica?.
32. Síndrome de Distress respiratorio agudo: sabemos dónde estamos y hacia dónde vamos.
33. Variación de los parámetros de laboratorio en pacientes con manejo parálisis tumoral en leucemias agudas.

Corpus Marcas

1. Enfermedades **raras**¹: **concepto epidemiología**² y situación actual **en España**³.
2. Reordenamiento de los genes BCR-ABL en el estudio de la biología molecular del cáncer de mama **en el Hospital Nacional Daniel A Carrion-Callao**³.
3. La biopsia cerebral por estereotaxia **en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas**³.
4. **Ganglio centinela**⁵ en cáncer de mama **experiencia**⁴ **en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas**³.
5. **Estudio abierto multicéntrico**² de tramadol de acción retardada **en el manejo**¹ del dolor **crónico con canceroso y por cáncer**⁶.
6. Cáncer de pulmón **a**⁷ células pequeñas **experiencia de 10 años**⁴ **en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas Eduardo Cáceres Graciani**³.
7. Pólipos hiperplásticos del estómago con transformación **maligna**⁵ en adenocarcinoma, **consideraciones sobre histogénesis**².
8. Angiofibromiolipoma gigante del esófago. **Artículo original**² **(esófago)**⁵.
9. Carcinoma epidermoide del ovario en teratoma **quístico maduro**⁵. **Consideraciones patológicas. His-**

ogénesis. Evaluación².

10. Cáncer de cuello de útero **a⁷** células pequeñas

11. **Alimentación Parenteral¹⁰.**

12. **Sepsis y Shock séptico¹⁰. Definición epidemiología patogénesis hemodinámica diagnóstico y tratamiento².**

13. **Mastocitosis cutánea¹⁰, experiencia de diez años⁴ en el Servicio Dermatológico del Hospital Universitario de Caracas³.**

14. Prevalencia de la microalbúmina **en una población de Navarra Septentrional³** y su relación con otros factores de riesgo cardiovascular.

15. Incapacidad laboral por patología del aparato locomotor **en la comunidad Floral de Navarra³, aspectos epidemiológicos².**

16. Tratamiento clínico de las enfermedades tromboembólicas en cirugía ortopédica con **HBPM⁹.**

17. **Es útil¹⁰** la relación **AST/ALT⁹** en el diagnóstico de eateohepatitis no alcohólica (**NASH⁹**).

18. Tratamiento ambulatorio de pacientes con neutropenia febril **de bajo riesgo⁵** de acuerdo al índice de riesgo **MASCC⁹.**

19. Ventilación mecánica no invasiva **VNI-CPAP⁹.**

20. Apoptosis, **proliferación celular⁶** y helicobacter en la carcinogénesis gástrica. **Estudio inmunohistoquímico y correlación histológica en 83 casos² del INEM³.**

21. **Estudio comparativo²** de la eficacia entre la pasta de zinc 10% versus pasta de zinc 10% más hidrocortisona 1% en pitiriasis alba en niños, **Quito, Ecuador³.**

22. **Resultado del²** tratamiento del carcinoma epidermoide temprano **de lengua oral⁵**: 70 casos, **INEM³.**

23. **Necesidades en las enfermedades⁸** raras durante **la edad pediátrica⁷.**

24. **El farmacéutico⁸** en el contexto de las enfermedades raras y los medicamentos **huérfanos¹.**

25. **La vieja batalla¹** entre la especie humana y el bacilo de Koch: **es posible soñar con erradicar la tuberculosis?¹¹.**

26. Enfermedades **metabólicas en la edad adulta⁸.**

27. **El laboratorio⁸** en el diagnóstico de las enfermedades raras.

28. **Los errores¹** congénitos del metabolismo como enfermedades raras **con un planteo global específico⁶.**

29. **Se detectan los primeros⁴** enterococcus faecium resistentes a vancomicina **en dos hospitales de Quito³.**

30. Anticoagulación en fibrilación auricular y antigregación en diabetes mellitus tipo2: **cómo lo hacemos?¹¹.**

31. El tratamiento de la osteoporosis: **heterogéneo, ineficaz y su evidencia científica?¹¹.**

32. Síndrome de Distress respiratorio agudo: **sabemos dónde estamos y hacia dónde vamos¹¹.**

33. Variación de los parámetros de laboratorio en pacientes **con manejo¹ parálisis tumoral⁶** en leucemias **agudas⁵.**

Referencias

1. Expresiones metafóricas
2. Secuencias del desarrollo del trabajo en el enunciado del título, o la tipología de artículo
3. Indicaciones de locus (ciudad, país, Servicios)
4. Indicaciones de tiempo en el título
5. Significados redundantes, o sobre explicación
6. Expresiones de significado confuso o antinómico
7. Sustitución preposicional o léxica
8. Elisión
9. Acrónimos
10. Enunciados generales
11. Enunciados compatibles con títulos de divulgación.

Resultados

En el marco general de la lingüística del texto primeramente señalaremos las selecciones no estilísticas más relevantes que desestabilizan la coherencia y la organización textual de los títulos que forman parte del corpus.

LAS SELECCIONES NO ESTILÍSTICAS Y LA OPACIDAD DE LA INFORMACIÓN

A continuación observaremos las reformulaciones realizadas por los informantes para restituir el sentido de los enunciados.

■ En el nivel semántico

Las expresiones metafóricas como valores adicionales extratextuales

Expresiones como enfermedades *raras*, medicamentos *huérfanos*, *manejo* del dolor, *la vieja batalla*, tienen un valor extratextual.

Algunas pueden añadir un matiz expresivo a la elec-

ción que el autor hace en el interior de su disponibilidad léxica.

Así, *enfermedades raras* refiere a las de ocurrencia eventual, poco tipificadas, pero desde la perspectiva semántica, hay un corrimiento hacia cierta forma propia de la denominada función poética del lenguaje. Si consideramos el par salud-enfermedad, y a la enfermedad como una trastorno del estado de salud, la construcción *enfermedades raras* lleva implícita una alteración respecto del estado de salud pero también dentro del repertorio conocido de las enfermedades y en este sentido, adquiere el sentido de “incomprensible”.

Como afirma Ciapuscio (2005) el empleo de la metáfora “depende y se orienta hacia el interlocutor quien debe interpretarla y aceptarla”, en este caso las enfermedades *raras* lo son, en la taxonomía de enfermedades registradas, para la comunidad médica. La elección del término es interesante ya que en un registro más académico, el autor podría haber elegido de “baja prevalencia”.

Medicamentos huérfanos es una metáfora extendida que apareció por primera vez en 1983 para señalar a los fármacos no producidos a escala industrial. Como no hay un término o una construcción alternativa, la expresión tiene un matiz subjetivo más débil y en relación a su codificación un valor informativo más estabilizado.

Con manejo es una expresión que en un registro coloquial está colocada en lugar de *tratamiento*. *Manejo* está también ligado a conducción, o dominio en el uso de instrumentos. Como en el caso de “*la vieja batalla*” se trata de expresiones en la que se oculta la superación o no, sobre una cierta dificultad. Ambas son selecciones con carácter analógico que resultarían apropiadas en una comunicación entre legos.

■ En el nivel sintáctico-semántico *Incrustaciones que suplen un vacío de información*

Los segmentos indicados con ² o ³ señalan en el corpus, un tipo de sobre explicación puesto que los

modos de división o secuenciación en el desarrollo del artículo médico, tanto como la tipología a la que pertenecen resultan visibles en el interior del texto o desde la estructura del formato particular de cada artículo.

La información que proveen es secundaria en relación con las posibilidades de concisión que requiere la redacción del título.

En el caso de los segmentos marcados con ³, la extensión del enunciado es ocupada por precisiones de lugares: país, ciudad o servicio médico donde se obtuvieron los datos o se realizó el trabajo.

Son rasgos situacionales que se suelen colocar en las llamadas portadillas en el momento en que se entrega el trabajo para su publicación y complementan otros datos del autor. Consideradas como unidades lingüísticas no son susceptibles de funcionar como palabras descriptoras.

Las podemos englobar como *locus*, que unidos o combinados con reforzadores como *experiencia* o *experiencia de 10 años* son portadoras de elementos que reflejan algo de la circunstancia personal o de los condicionamientos sociales del autor.

Tanto las tipologías de artículos como los locus tienen alta predictibilidad con una relevancia informativa escasa o nula.

Desde la perspectiva comunicacional, son interacciones solo subjetivamente satisfactorias, (Van Dijk 1983) pues únicamente realizan la aspiración de uno de los participantes de la función comunicativa: la del autor.

■ En el nivel léxico *Operaciones de decodificación poco económicas*

1. Reiteraciones entre el pleonasma y la taulología
Elecciones como *ganglio centinela en cáncer de mama*, transformaciones *malignas* en *adenocarcinoma*; combinaciones como *tratamiento ambulatorio-bajo riesgo*, *carcinoma de lengua oral*, o *carcinoma de ovario-teratoma-quístico maduro* se caracterizan por decir de algún modo lo ya dicho.

Resultan una práctica poco económica ya que obligan al lector a abstraerse del desvío que atenta con-

tra la cohesión del enunciado: mientras aumenta la redundancia disminuye la previsibilidad del mensaje para el lector.

2. Problemas de cohesión por sustituciones léxicas: hiperónimos

El uso de siglas (sintagmas nominales simplificados), abreviaturas y acrónimos, con la finalidad de producir anotaciones escuetas también produce una interrupción en la decodificación del mensaje.

En tanto que el significado de un acrónimo es la suma de los significados de las palabras que lo forman, todo acrónimo es un hiperónimo.

Un riesgo que conlleva esta elección es el de que con el tiempo ciertas fórmulas cambian de significado. La acronimia es un procedimiento común en el lenguaje médico cotidiano.

Tanto las siglas como los acrónimos entorpecen la inclusión de palabras en un índice.

Pero además desalientan la lectura de un texto pues la información tan resumida puede resultar absurda o poco inteligible.

Las relaciones semánticas de cohesión y de congruencia también pueden trastabillar por vía de la elipsis, la agramaticalidad del régimen preposicional o bien por la secuencia de sintagmas en los que no resulta posible reconstruir el sentido de los lemas encadenados.

Veamos ejemplos extraídos del corpus:

- *necesidades en las enfermedades raras*: la elisión de qué tipo de necesidades no es susceptible de ser repuesta por el lector.

- *cáncer de pulmón a células pequeñas*: es difícil reconstruir cuál es el criterio que rige la preferencia del usuario que opta por “a” en el lugar del genitivo: *de células pequeñas* se opone a *de células grandes*. Sin embargo no hemos detectados casos en que aparezca la construcción *a células grandes*.

- *dolor crónico con cancerosos y por cáncer, planteo global específico*, o *apoptosis-proliferación celular* son selecciones que no alcanzan la congruencia necesaria.

En estos casos, las antítesis rompen los lazos referenciales entre los constituyentes del enunciado. (Ciauscio, 1994).

Como vemos, todas ellas para poder ser decodificadas requieren que el lector realice operaciones de inferencia y transferencia desde el campo de saber compartido.

En: “Los errores congénitos del metabolismo *como* enfermedades raras con un planteo global específico”- el enunciado combina una metáfora, una construcción comparativa y una antítesis.

La construcción comparativa está en lugar de una construcción causal ya que el autor se refiere a enfermedades de baja prevalencia producidas por alteraciones metabólicas.

Y la antítesis es un segmento que no puede ser recuperado por la competencia del lector para el entendimiento lingüístico.

■ En el nivel lógico

Relación entre el Título, el Tema y el Problema

Una anomalía frecuente es la de los advertidos como “títulos demasiado generales”.

El procedimiento para esta generalidad puede ocurrir como se vio en los ejemplos del corpus, con construcciones que no abren la progresión hacia la información como en el caso de enunciados tautológicos. Pero hay otro modo, frecuentemente elegido por los autores como tributo a la brevedad y que consiste en enunciar el tema en lugar del título. Por caso en nuestro corpus: *Nutrición Parenteral, Sepsis y Shock séptico, Mastocitosis Cutánea*.

La construcción del título supone un desagregado de información respecto del tema mediante el cual se ilumina alguno de sus aspectos, estableciendo un recorte.

Dicho de otro modo, esa información particulariza al título porque describe al tema por uno de sus aspectos.

Esta actualización que describe al tema produce un anclaje referencial del título respecto del texto al que encabeza, puesto que un tema puede ser abordado desde múltiples perspectivas.

Por otra parte el aspecto seleccionado conserva la propiedad de los procesos descriptivos (Filinich, 2003) según la cual esa parte, puede a su vez transformarse en un nuevo tema.

Consideremos los siguientes casos:

1. Nutrición parenteral
2. Nutrición parenteral domiciliaria
3. Nutrición parenteral domiciliaria en pacientes pediátricos
4. Riesgos en el abordaje de la nutrición parenteral domiciliaria en pacientes pediátricos

En el primer enunciado sólo conocemos el tema. En el segundo, el tema se actualiza: la información que particulariza al enunciado como título es *domiciliaria*, puesto que el paciente puede recibir nutrición parenteral en internación.

En el tercero, el aspecto forma ahora parte del tema: *Nutrición parenteral domiciliaria* y la información que la particulariza es *en pacientes pediátricos*. En el último caso, aparece además el problema: *Riesgos en el abordaje*.

El problema puede no formar parte del título. En ocasiones es el lector quien lo infiere, en otros está consignado.

En: "Sobrepeso en niños de 2 a 5 años en comunidades rurales" el tema es la *nutrición en comunidades rurales*, y el problema el *sobrepeso en niños de 2 a 5 años*.

Como vemos el problema puede ser entendido como otra actualización que particulariza al tema general.

Es decir, el problema es también un modo de caracterizar un aspecto singular dentro de los contenidos en que se puede desenvolver el tema.

EL TIPO TEXTUAL

La adscripción de un texto a un determinado tipo textual queda definida por el propósito primordial del texto (Ciapuscio, 1994).

El título de un artículo de investigación en medicina es un enunciado informativo que debe reenviar al género científico.

Típicamente, una de las marcas que caracterizan el discurso científico es la de pretender cumplir una función comunicativa unívoca asentada en el empleo de términos monosémicos y la veladura de las marcas del enunciador en los enunciados.

Estas características muy generales competen también al título.

Así hay una pérdida de registro en títulos con oraciones interrogativas que interpelan al lector o lo exhortan. En el corpus es el caso de:

La vieja batalla entre la especie humana y el bacilo de Koch: es posible soñar con erradicar la tuberculosis?,

El tratamiento de la osteoporosis: heterogéneo ineficaz sin evidencia científica?,

Síndrome de Distress respiratorio agudo, sabemos donde estamos y hacia donde vamos.

Podemos imaginar estos títulos en artículos de divulgación científica, en los que se recontextualiza la información mediante la traducción, no de dos lenguas, sino de dos registros, en un lenguaje más impactante y en los que se apela a los datos más por lo que el autor desearía que informaran, que por lo que los datos pueden decir (Morales, 2006).

En el cambio de registro que busca impacto, es común que el tema refiera a patologías que afectan a muchísimas personas, que la información se reconvierta en noticia y que se apele al lector más como público general que como par profesional.

Suele ocurrir, que en los títulos, el mensaje aparezca entonces con un cierto redondeo y una cierta exageración pero y sobre todo, en las oraciones en las que los enunciados son interrogativos, se espera una toma de posición por parte del lector.

HACIA LA RECUPERACIÓN DEL SENTIDO

Se les pidió a los informantes que reelaboran una nueva versión del título en el caso de que esto fuera posible.

Los informantes no dispusieron para esta tarea, de la lectura del abstract o del full text.

Para ello debían contrastar los enunciados del corpus

con las indicaciones para los autores que pide la preceptiva del Estilo Modelo (Vancouver, APA, etc). En el proceso de reescritura, debían reconocer el tema y marcar situaciones consistentes que en el trayecto de lectura generaran escollos en la comprensión total o parcial del sentido.

Para producir esta versión los informantes identificaron la información implícita, suprimieron sintagmas o proposiciones que proporcionaban información trivial (topología de artículos, locus, redundancias), ambigüedades, información contradictoria o que suponían una ruptura temática y relaciones morfosintácticas que perturbaban o impedían la relaciones semánticas de cohesión y congruencia para la coherencia textual.

Aún así hubo casos en que los informantes no pudieron recuperar el título y que en el listado figuran anotados como *sin recuperación*.

1. Sin recuperación
2. Los genes BCR-ABL en el cáncer de mama
3. La biopsia cerebral por esteroxia
4. Sin recuperación
5. Uso del tramadol en pacientes con cáncer
6. Cáncer de pulmón de células pequeñas
7. Pólipos hiperplásticos del estómago con transformación en adenocarcinoma
8. Angiofibromioliipoma gigante de esófago
9. Carcinoma epidermoide primario del ovario originado en teratoma
10. Cáncer de cuello de útero de células pequeñas
11. Sin recuperación
12. Sin recuperación
13. Sin recuperación
14. Relación de la microalbúmina con otros factores de riesgo cardiovascular
15. Incapacidad laboral por patología del aparato locomotor
16. Tratamiento clínico de las enfermedades tromboembólicas en cirugía ortopédica
17. Relación de las encimas hepáticas AST/ALT en la esteatohepatitis no alcohólica
18. Tratamiento del paciente con neutropenia febril
19. Ventilación mecánica no invasiva
20. Apoptosis asociado a helicobacter en la carcinogénesis gástrica

21. Tratamiento pediátrico de la pitiriasis alba
22. Cáncer de lengua en estadio temprano
23. Enfermedades raras durante la infancia
24. Rol del farmacéutico en la indicación de las enfermedades raras
25. Sin recuperación
26. Aparición de enfermedades metabólicas en la edad adulta
27. Rol del laboratorio en el diagnóstico de las enfermedades raras
28. Las alteraciones congénitas del metabolismo como enfermedades raras
29. Resistencia del enterococcus faecium a la vancomicina
30. Anticoagulación en fibrilación auricular y antiagregación en diabetes mellitus tipo2
31. El tratamiento de la osteoporosis
32. Síndrome de Distress respiratorio agudo
33. Parámetros bioquímicos en el tratamiento de la leucemia

El 18% de los títulos no pudo ser recuperado.

Dentro de ese 18%, 2/3 (el 66,67) son los que la preceptiva advierte como títulos “demasiado generales”. Tienen en común que la información no puede circular en un flujo en el que se pueda situar una zona de localización semántica: el enunciado solo da cuenta del tema y el lector no puede aspectualizar cuál es la información que particulariza al artículo.

En el tercio restante, un caso remite también al conjunto de enunciados generales, pero con el añadido de que el enunciado general se expande con un sintagma de tipo tautológico: *ganglio centinela en cáncer de mama* (no hay cáncer de mama sin ganglio centinela).

El otro, es una variante de enunciado general (el báculo de Kosch) combinado con una quiebra en el registro de la enunciación, mediante el recurso de la metáfora y a la interrogación.

Conclusiones

Como hemos intentado mostrar en este trabajo, a la luz del corpus, la redacción del título en los artículos médicos refleja diferentes escollos en la producción del autor.

Son frecuentes las anomalías que afectan la propiedad comunicacional del título que están estereotipadas y se reiteran de modo habitual. Para dar cuenta de ello hemos analizado títulos publicados que corresponden a diferentes especialidades médicas, en publicaciones de diferentes nacionalidades, en idioma español.

Examinados en su dimensión lingüística y retórica, los títulos se contrastaron con la regulación que se desprende de las preceptivas que conforman el estilo modelo y que normatizan la escritura de los artículos biomédicos (Convención de Vancouver, Apa Style entre otros). Estas normas si bien prescribe los resultados esperados de la redacción, poco o nada dicen de los recursos necesarios para que un autor alcance en el microuniverso del título, la eficacia comunicacional del mensaje.

El corpus fue sometido a la lectura de los informantes competentes y al proceso de re escritura por parte de esos informantes. Esa re elaboración permitió dar cuenta del grado de legibilidad de los títulos. No siempre un título pudo ser re elaborado. En esos casos predominantemente el título carecía de la información necesaria.

Las diferencias entre el enunciado anómalo y su re elaboración fueron denominadas *selecciones no estilísticas*: sintagmas, frases o unidades lingüísticas producidas por los autores que atentaban contra la cohesión del enunciado.

Hemos observado que la relación entre la concisión y la brevedad vinculada con el aporte de la información genera una tensión en el proceso de escritura en la que claudica la operación de síntesis.

A la restricción de la extensión que condiciona la estructura y la redacción del título, los autores parecen responder de diferente forma: o bien desestiman el criterio de brevedad como en "*Estudio comparativo de la eficacia entre la pasta de zinc 10 por ciento versus pasta de zinc 10 por ciento mas hidrocortisona 1 por ciento en pitiriasis alba en niños, Quito Ecuador*". O bien desestiman el carácter informativo propio del título como en "*Alimentación parenteral*".

Esta pérdida de la información se refleja también sobre la opacidad de los enunciados en los que hay que deducir el significado por caso, como se vio en el nivel léxico, por vía de la acronimia, o en el sintáctico con incrustaciones yuxtapuestas por vía del asíndeton o en el semántico en las tautologías, pleonasmos y antítesis.

Sobre esta cuestión se mostró además los problemas relativos al discernimiento entre el tema, el título y el problema por entender que al título conciernen rasgos propios de la dinámica de la descripción tanto en la lógica de su progresión informativa como por su función descriptora en las bases de datos. Uno y otro aspecto conforman características específicas del título.

Como se aprecia en el corpus marcado, los títulos aparecen como enunciados heterogéneos. Compuestos por partes de diferentes naturaleza, narrativas, descriptivas pero también dialogales, en los casos en que el enunciado es interrogativo, y orientados muchas veces más hacia una cierta contundencia, que a la verdad de una proposición argumentativa. En esos casos los títulos muestran una tendencia hacia la configuración de un título fuera de registro.

Entre otras dificultades, éstas en las que aparecen elecciones no adecuadas al registro pueden compararse con ciertas dificultades de redacción que tiene el aprendiz de una segunda lengua. En este caso la lengua de una cultura disciplinar.

Otro aspecto que interfiere en la redacción adecuada tiene que ver con la eficacia y la utilidad del enunciado elegido como título: en el corpus no son pocas las ocasiones en las que los autores hacen del título un enunciado con datos de tipo personal.

La conjetura de que el título sea el enunciado más subjetivo de un artículo médico explicaría la preferencia por consignar marcas situacionales particulares, (país institución donde ejerce la práctica profesional, cantidad de años en la especialización) en la extensión reservada para referenciar el contenido del artículo. *Mastocitosis cutánea experiencia de 10 años en el Servicio Dermatológico del Hospital Uni-*

versitario de Caracas es un ejemplo de enunciado en los que aparece información de tipo egocéntrica. En títulos de este tipo, el peso semántico recae más en el emisor que en el referente (es decir, en el autor y no en el artículo), como si en ese espacio se jugara la resistencia a la impersonalidad a favor de las marcas del sujeto que el ideal de uniformidad des-realiza.

Dentro de los enunciados que rodean a un texto (títulos prefacios índices, dedicatorias, epígrafes, etc.) comúnmente denominados paratextos, el título es un epitexto de autor, es decir un enunciado inseparable del texto.

La disposición espacial del título, separado y por encima del cuerpo del texto tiene un valor paratextual icónico (Alvararado, 2003).

Identificamos al título por su posición en el espacio total de un artículo, en la parte más externa del texto, en la frontera con el blanco de la página.

Esta disposición es una información visual que desde la pura forma ya entabla una retórica de la lectura. La disposición gráfica, la tipografía, que lo identifica perceptualmente lo recortan como una unidad verbal autónoma, que es a la vez un producto social: el lector lo lee apoyándose en las representaciones mancomunadas con el autor.

Enmarcado así en el contexto verbal y en el extra-textual, el título construye el contrato de lectura que media entre el autor y su texto y entre ese texto y el lector.

En este trabajo hemos observado la redacción del título en los artículos médicos como proceso de producción discursiva del autor, y como producto. Es decir, como resultado de la interacción entre el autor y el lector, y en este sentido como objeto de interpretación de los lectores.

A la luz de estas perspectivas concluimos que la producción del título de un artículo médico supone la redacción de un enunciado complejo tal que:

- en el nivel funcional es un tipo textual que debe remitir al género científico
- en el situacional debe informar
- en el semántico debe actualizar el tema
- en el nivel léxico gramatical requiere de la palabra transparente. Es decir, a la que se le puede atribuir un sentido de modo que la interpretación del lector coincida con la intención comunicativa del autor.

Bibliografía

1. Alvarado M. (2006) *Paratexto*, Buenos Aires, Eudeba.
2. Amossy R., Herchberg Pierrot A. (2005) *Estereotipos y clichés*, Buenos Aires, Eudeba.
3. Bernardez E. (1995) *Teoría y epistemología del texto*, Madrid, Cátedra.
4. Casalmiglia Blancafort H., Tuson Valls A. (2007), *Las cosas del decir*, Barcelona, Ariel.
5. Ciapuscio G.E. (1994), *Tipos textuales*, Buenos Aires, Eudeba.
6. Ciapuscio G. (2005) *La metáfora en la comunicación de la ciencia* en Entorno al discurso: Estudios y Perspectivas. A. Harey comp. Santiago, Universidad Católica de Chile.
7. Enkvist N., Spencer J., Greegory M. (19976) *Lingüística y estilo*, Madrid, Cátedra.
8. Filinich M. (2003) *Descripción*, Buenos Aires, Eudeba.
9. Halliday M. (1982) *El lenguaje como semiótica social*, México, Fondo de Cultura Económica.
10. Lewandowski (1992) *Diccionario de Lingüística*, Madrid, Cátedra.
11. Mabrouki, Bossh F. Coord. (2007) Redacción científica en biomedicina: lo que hay que saber. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve No 9, Barcelona, Prous Science.
12. Morales P. (2006) *Jornada sobre periodismo biomédico* en Cuadernos de la fundación Dr. Antonio Esteve N 7 Barcelona, Prous Science.
13. Sierra Bravo R. Tesis doctorales y trabajos de Investigación Científica (2003), Madrid Thomson.
14. Van Dijk T. (1980) *Estructuras y funciones del discurso*, México, Siglo XXI. ♦

INFECCIÓN POR VIRUS DE INFLUENZA A (H1N1) SWL

Definición de caso sospechoso

Toda persona que presente enfermedad respiratoria aguda febril ($>38^{\circ}\text{C}$) en un espectro que de enfermedad tipo influenza a neumonía.

Enfermedad tipo influenza (ETI)

Aparición súbita de fiebre superior a 38°C y tos más dolor de garganta y/o congestión nasal y/o dolor de cabeza y/o dolores musculares.

No se puede definir ETI en los menores de 5 años, con el espectro de síntomas en forma completa, se debería considerar al menos fiebre, tos y congestión nasal.

Neumonía**■ Neumonía:**

- Fiebre mayor de 38°C y
- Tos o dificultad respiratoria (más de 60 respiraciones/min en menores de 2 meses, más de 50 respiraciones/min entre los 2 y 11 meses, y más de 40 respiraciones/min entre los 12 meses y 5 años de edad)
- Clínica y radiología compatible.

■ Neumonitis o neumonía intersticial:

- Signos de neumonía con un patrón radiológico de infiltrados uni o bilaterales difusos.

Bronquiolitis

Síndrome obstructivo, no restrictivo prevalente en menores de 2 años y especialmente en menores de 1 año, que cursa habitualmente con: tos, espiración prolongada, sibilancias y generalmente afebril.

Características epidemiológicas de la infección por H1N1

- **Período de incubación:** se desconoce con precisión, se estima un rango de 1 a 7 días, más probablemente 1 a 4 días.
- **Período de contagiosidad:** desde 1 día antes hasta 7 días después del inicio de los síntomas o hasta la resolución clínica del

Sociedad Argentina de Pediatría
Comité Nacional de Infectología

Av. Coronel Díaz 1971

www.sap.org.ar

✉ sap@sap.org.ar

cuadro agudo.

La persistencia de tos secundaria a hiperreactividad bronquial no debe considerarse como caso clínico no resuelto.

Los niños pueden ser contagiosos por periodos más largos al igual que los inmuno comprometidos y los pacientes graves.

■ **Precauciones:** hasta 7 días desde el comienzo de los síntomas o bien hasta la resolución clínica de los mismos.

La supervivencia del virus es de 24 a 48 hs en superficies no porosas, 8 a 12 hs en telas, tejidos y papel; y hasta 2 hs en las manos, aumentando cuando la humedad es baja.

■ **Transmisión:** datos disponibles sugieren que este virus se transmite de manera semejante a otros virus influenza:

a. **Diseminación persona a persona por grandes gotas:** por ejemplo, cuando una persona infectada tose, estornuda o habla cerca de una persona susceptible (requiere contacto estrecho entre fuente y receptor, dado que las partículas infecciosas mayores de 5 μm de diámetro no alcanzan más de un metro por el aire, cayendo luego al piso).

b. **Transmisión por contacto directo:** contacto físico directo entre infectado y susceptible, o indirecto a través de superficies contaminadas con secreciones del paciente (Ej.: contaminación de manos u objetos inanimados con posterior autoinoculación en conjuntiva y mucosa nasal).

c. **Transmisión por droplet nuclei (microgota):** -en procedimientos con aerosolización- las partículas menores de 5 μm viajan grandes distancias, y permanecen en el aire más tiempo, siendo llevadas por corrientes de aire, lejos de la fuente pudiendo ser inhaladas por personas susceptibles. Es la forma de transmisión más difícil de controlar.

Dado que es un virus nuevo, del que aún se desconoce con exactitud su modo de transmisión y su potencialidad se ha decidido el manejo del mismo, considerando que tenga capacidad de transmisión por estos tres mecanismos.

■ **Contacto:** persona que haya convivido o estado

en contacto cercano (menos de 1 metro) en un mismo ambiente, con alta probabilidad de contacto con secreciones o fluidos corporales de un caso sospechoso de virus de Influenza A (H1N1) swl.

Diagnóstico

Un caso confirmado de infección del virus de Influenza A (H1N1) swl se define como una persona con una enfermedad parecida a la influenza con una prueba de laboratorio que confirme la infección por virus de Influenza A (H1N1) swl por uno o más de las siguientes pruebas de laboratorio:

1. RT-PCR en tiempo real
2. Cultivo del virus.

¿A quién hay que tomarle la muestra para el diagnóstico?

Casos de Infección Respiratoria Aguda Grave que requiere hospitalización.

Es fundamental la determinación de métodos virológicos rápidos tales como la Inmunofluorescencia indirecta (IFI) habitualmente utilizados.

Esta determinación permite en la internación separar dos cohortes:

- a. los niños con virológico positivo para VSR-ADENOVIRUS-OTROS
- b. los negativos o positivos para Influenza A. La conducta terapéutica se basa en esta determinación. Si en algún lugar no es posible realizar IFI la conducta a seguir será la de la población con IFI positivo para Influenza A.

La recolección de las muestras se debería realizar lo antes posible luego del inicio de los síntomas de enfermedad. Las muestras respiratorias son las de elección.

- Hisopado nasofaríngeo
- Aspirado nasofaríngeo
- Hisopado nasal y orofaríngeo combinado
- Aspirado traqueal

Las muestras se pueden almacenar a 4°C - 8°C por no más de 4 días y deben ser transportadas refrige-

radas con hielo o refrigerantes con triple envase, nunca congelar.

¿A quién debemos indicar tratamiento?

Se iniciará *tratamiento* con oseltamivir en las siguientes situaciones:

■ En la internación

Todo paciente con Infección Respiratoria Aguda Grave independientemente del tiempo de evolución de los síntomas.

Se inicia tratamiento sin esperar laboratorio. Si se recupera otro agente etiológico viral (virus sincicial respiratorio, parainfluenza, adenovirus) se podrá suspender el oseltamivir.

■ En el área ambulatoria

a. Todos los mayores de 15 años con ETI.

b. En menores de 15 años:

- Todo niño que sea calificado como caso sospechoso y pertenezca a alguno de los grupos con factores de riesgo para Influenza A H1N1* siempre dentro de las 48 hs de iniciado los síntomas.

- Todo caso sospechoso con Neumonía o Neumonitis independientemente del tratamiento antibiótico que corresponda.

- Todo caso sospechoso con Bronquiolitis que presente en las primeras 48 hs de evolución fiebre persistente mayor de 38°C (cumpliendo así la definición de caso sospechoso).

- Situaciones puntuales que el pediatra evaluará en su momento.

■ Factores de riesgo

- Enfermedad pulmonar crónica: asma grave corticoide dependiente, EPOC.

- Enfermedad fibroquística.

- Desorden metabólico: diabetes.

- Enfermedades crónicas: renal, hepática, neurológica, neuromuscular.

- Enfermedades hemato-oncológicas.

- Transplantados de órganos sólidos y líquidos.

- Personas inmunocomprometidas: por medicación, por VIH, Síndrome de Down.

- Cardiopatías

- Niños <de 2 años con antecedente de prematuridad o peso menor de 2.500 g al nacer.

- Terapia prolongada con salicilatos.

- Embarazadas

- Obesidad

Quimioprofilaxis

■ Personas con factores de riesgo que sean contactos estrechos de casos sospechosos o confirmados. Se incluye en este grupo a la embarazada en el 2° o 3° trimestre; en el primer trimestre se evaluará riesgo/beneficio. Los niños menores de 3 meses no deben recibir profilaxis.

■ A todos los contactos que no presenten síntomas se les indicará continuar su actividad habitual. En el caso de presentar síntomas realizar una consulta precoz para definir conducta.

Mientras tanto, no deben concurrir a su lugar de trabajo o actividad diaria.

Quimioprofilaxis de personal de salud

La mejor medida de protección para el personal de salud es tomar las medidas de bioseguridad.

El personal de salud que estuvo en contacto con un

Dosis recomendada para tratamiento

Edad	Tratamiento (5 días)	Quimioprofilaxis (10 días)
<3 meses	12 mg VO c/12 hs	
3-5 meses	20 mg VO c/12 hs	20 mg VO c/24 hs
6-11 meses	25 mg VO c/12 hs	25 mg VO c/24 hs
>12 meses	15 kg o menos	30 mg VO c/24 hs
	16-23 kg	45 mg VO c/24 hs
	24-40 kg	60 mg VO c/24 hs
	>40 kg	75 mg VO c/24 hs

En los mayores de 13 años la dosis terapéutica es de 75 mg dos veces al día. Pacientes con insuficiencia renal debe adecuarse la dosis de acuerdo a "clearance"

Conducta ante pacientes sospechosos de Influenza A (H1N1)

Clínica	Laboratorio	Tratamiento	Quimioprofilaxis
Internado con IRAB ¹	VSNF	Influenza A o negativo	A los contactos con factores de riesgo ²
Ambulatorio con factores de riesgo*	No	Si	A los contactos con factores de riesgo ²
Ambulatorio sin factores de riesgo	No	Neumonías o Neumonitis ³	A los contactos con factores de riesgo ²

1. Los pacientes internados graves en UCIP con ARM pueden requerir dosis mayores de Oseltamivir y por tiempo más prolongado.
2. No se recomienda la quimioprofilaxis en menores de 3 meses.
3. Independientemente del tratamiento antibiótico indicado.

caso sospechoso o confirmado, o con material biológico de estos pacientes:

- *Si tomó medidas de bioseguridad adecuadas*, no requiere quimioprofilaxis.
- *Si no tomó medidas de bioseguridad adecuadas*, y tuvo alta exposición con un caso sospechoso o confirmado, o con material biológico de estos casos, requiere quimioprofilaxis.
- Si tiene factores de riesgo, requiere quimioprofilaxis, independientemente del tipo de contacto con un caso sospechoso o confirmado, o con material biológico.
- El personal de salud que toma quimioprofilaxis puede seguir desarrollando sus actividades en forma habitual.

Efectos adversos

- *Mayor frecuencia:* vómitos, náuseas, insomnio, vértigo, cefalea, dolor abdominal.
- *Menor frecuencia:* diarrea, congestión nasal, tos, vértigo, convulsiones, dolor de garganta, mareos, fatiga, trastornos de conducta y neuropsiquiátricos. El tiempo de tratamiento es de 5 días. Si la evolución del paciente no es favorable podrá prolongarse el tratamiento bajo estricta supervisión médica. Otra opción terapéutica es el **Zanamivir** en mayores de 5 años, se indica 2 inhalaciones de 5 mg (total de 10 mg) cada 12 horas. (Ver ANMAT: www.anmat.gov.ar/novedades).

Se desconoce si existe un riesgo de transmisión de Influenza A (H1N1) a través de la leche materna; no obstante, no se aconseja suspender la lactancia. Si la madre es caso sospechoso o confirmado, debe continuar amamantando, con las medidas de precaución generales (usar barbijo durante el amaman-

tamiento, cubrir boca y nariz con un papel tissue al toser o estornudar, y descartarlo; lavar manos a menudo con agua y jabón, evitar tocar nariz y ojos, y evitar contacto con personas enfermas).

La medicación antiviral no contraindica la lactancia.

¿Cómo protegerse?

La medida fundamental de prevención es el lavado de manos: la higiene de manos de rutina es trascendental como medida de prevención. Se debe observar rigurosamente el lavado de manos con agua y jabón líquido (evitar jabón en barra) usando una toalla descartable para el secado. Se debe evitar el secador de manos. Si las manos no están visiblemente sucias, podrá utilizarse alcohol glicerinado (70%). No olvidar el lavado de manos.

- Antes y después de asistir al paciente
- Inmediatamente después de remover los guantes.

En áreas ambulatorias

- Usar barbijo quirúrgico sólo en contacto con pacientes con cuadros respiratorios.
- Usar barbijo quirúrgico para las prácticas asistenciales sin exposición a aerosoles.

En internación

- Usar barbijo N95 en el caso de riesgo de exposición a secreciones en relación a maniobras de riesgo:
 - Toma de muestra respiratoria
 - Intubación, recambio de tubo endotraqueal
 - Fibrobroncoscopia
 - Aspiración de secreciones respiratorias

El personal de salud que atienda a estos pacientes y tome muestras respiratorias deberá estar provisto de guantes, barbijo N95, camisolín común de mangas largas y puño ajustado, y antiparras. ♦

Herminia J. Itarte

TRAYECTORIA

I

Discurso pronunciado por la Dra. Herminia Itarte el 4 de mayo de 1998 en ocasión de tomar posesión del cargo de Directora Ejecutiva del Hospital de Niños de La Plata

Sr. Ministro de Salud de la Provincia de Bs. As., Sres. Subsecretarios, Sr. Director de hospitales, Sr. Director de Medicina Asistencial, Autoridades de Región Sanitaria XI, Rda. Madre Provincial de Ntra. Sra. de la Misericordia, Señora María Elena de Mércuri, Sr. Intendente de la ciudad de la Plata, Autoridades Provinciales y Municipales, Sres. Directores de otros Hospitales, Señor Director saliente, Doctor Mario Rentería, Sra. Presidente y miembros del hasta hoy Consejo de Administración, Sra. Presidente y miembros de la Asoc. Cooperadora, otras autoridades del Hospital, integrantes del Servicio de Neonatología, Integrantes de la Cátedra de Med. Inf. B., Dr. Bernardo Manzino y Sra., Dr. Cusminsky. Religiosas, Trabajadores profesionales y no profesionales, voluntarias, familiares y amigos, Sras. y Sres.

Ante todo deseo agradecerles profundamente el que nos acompañen en este momento tan trascendente de nuestra vida personal e institucional.

En lo personal, el inicio de esta gestión significa reintegrar al hospital que me permitió llegar a este lugar todo lo que me dio. Me he propuesto hacerlo como me enseñaron: mi familia, sobre todo mi madre y mis maestros, con honestidad, con justicia y con mucho cariño, pero con sólida firmeza, sustentando los principios que rigieron mi vida personal y profesional, los mismos que en el momento de elegir, me permitieron decidir dedicarme por entero al hospital público y a su gente. Tuve el privilegio de transitar gradual y progresivamente mi formación profesional al lado de gigantes de la Pediatría: me inicié en 1965 como auxiliar de enfermería en el entonces Servicio de Neurología y Psiquiatría Infantil de este hospital, y trabajé con el profesor Dr. David Ziziensky – en ese Servicio una de las primeras personas que me enseñó a elaborar una H.C. fue el Dr. Rentería. El Dr.

Ziziensky fue la primera persona que me inculcó la importancia que tiene para el médico estudiar y comprar libros y revistas; en una actitud muy jerarquizada me presentó el vendedor de libros del hospital (yo era por entonces alumna de 3° año de la Facultad de Medicina). A partir de 1967 comencé a trabajar con el Dr. Vicente Climent con quien compartí los años más ricos de mi vida profesional; con quien aprendí a pensar en las utopías como realidades; con quien aprendí que los proyectos que sólo responden a valores materiales se agotan cuando escasean los recursos pero cuando están sostenidos por valores morales pueden sustentarse a pesar de las carencias; con quien aprendí que no sólo debemos preguntarnos qué sabemos sino quiénes somos; con él compartí la gestión de DAR y de dar entre todos, y darnos entre todos, mutuamente; en síntesis, a partir de ellos pude pensar en esta gestión como una gestión convocante; no expulsora y sobre todo, con compromisos compartidos. Haber aceptado este desafío significa iniciar un trabajo junto a tanta gente que aprecio y valoro: desde los compañeros con quienes asumiremos la conducción, colegas, enfermeros, empleados, trabajadores no profesionales, técnicos, religiosas, la Hna. Emilia quien será la iniciadora de una función nueva en el organigrama del Hospital que es la Secretaría de Relaciones Públicas y que sin duda reactivará el protagonismo que tuvieron las religiosas en el Hospital, no haciendo beneficencia como en el siglo pasado, sino como miembros de la comunidad que han hecho votos para ayudar al prójimo y que trabajará conjuntamente con nosotros participando activamente de la gestión.

No nos ha sido ajena la idea de que estamos iniciando este desafío en las postrimerías del siglo XX y que se nos pide administrar un hospital para el tercer milenio ocupándonos de la salud de quienes serán protagonistas adultos del siglo XXI. Este concepto –les confieso– me produjo un fuerte impacto y motivó que hiciera algunas reflexiones históricas. Trabajando en el Comité de Ética Clínica de nues-

tro hospital desde su creación hace nueve años, la Dra. Bertomeu, profesora de filosofía que ha contribuido grandemente a nuestra formación en este aspecto, señalaba la importancia de conocer la historia de la Institución a la que pertenecemos. Pienso que a partir de la historia se pueden abrir puertas de elaboración, se puede armar una transición sin repetir actos. Para contextualizar esta valorización histórica y relacionarla con los objetivos del hospital y en consecuencia de la responsabilidad que hoy asumo, analizaré con ustedes el nombre del hospital.

Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría “Sor María Ludovica”, La Plata

Nombre e historia son imprescindible para la construcción ética que ofrece como marco mediatizador el devenir futuro.

Retomemos el análisis del nombre:

HOSPITAL: establecimiento en que se curan enfermos; como palabras afines y muy vinculados encontramos hospitalario, hospitalidad, todas relacionadas con el concepto de curar enfermos, albergar, hospedar; sin embargo, el concepto de hospital es el de la Institución Social que ha experimentado mayores y más profundas transformaciones en las últimas décadas. El progreso alcanzado por los hospitales era muy dispar.

Dentro de las funciones del hospital se incluyen la asistencial (o atención médica) la docencia y la investigación. En esencia, el estudio de las funciones del hospital no puede separarse de la misión de la función social que cada sociedad adjudica al mismo y que está ligada a las características de cada una de ellas y al momento histórico que vive.

Existe una tendencia evidente hacia la incorporación de tecnología, haciendo sinónimos tecnología de punta y alta complejidad y desconociendo que la alta complejidad tiene más relación con la diferenciación de actividades en el hospital que con el equipamiento. Por otra parte, en contradicción con esta avidez por absorber su tecnología básica, fenómeno

bastante difundido en el mundo moderno, el sector salud mostró una gran resistencia para la absorción de la tecnología administrativa que permitiera un uso eficiente de los recursos que se le proveen. Se produce entonces un desfase entre la incorporación de tecnología y su uso racional y la tecnología administrativa, componente del gerenciamiento hospitalario, que aún sigue en la época artesanal.

Numerosos han sido los factores que seguramente contribuyeron a construir esta realidad. Necesitamos armonizar los aspectos administrativos y tecnológicos del hospital.

Debemos señalar como hecho importante que la complejización del hospital, su crecimiento cuantitativo y cualitativo fue haciéndose en muchos casos, sin ordenamientos previos, por la mera adición o aposición de nuevos recursos. En un sistema complejo como el que caracteriza al hospital, el funcionamiento eficiente depende de la coordinación y del trabajo armónico de los grupos, variados y heterogéneos, que se desempeñan su trabajo en él.

En muchos casos, los hospitales siguen administrados de acuerdo a criterios tradicionales a pesar de la vigencia de la ley de descentralización, por ello no resulta fácil la orientación de sus funciones de atención, docencia e investigación para el cumplimiento de los objetivos que el hospital moderno propone. Como sistema, pues, el hospital absorbe insumos de distintas clases (recursos humanos, equipos, tecnología) que procesa para la atención de sus usuarios, los pacientes, produciendo una transformación en ellos (prevención en todos los niveles, diagnóstico, recuperación y rehabilitación de la enfermedad) cuyo resultado debe ser el mejoramiento de la salud. En este proceso de atención del hospital moderno en el que se incluyen la gerencia de recursos humanos, la gerencia informática, la administrativo contable, no pueden estar ausentes los aspectos legales, por ello ocuparán un espacio formal con funciones asesoras y consultivas inicialmente. Asimismo adquiere importancia básica la determinación del resultado de sus actividades, el control de gestión y la valoración de la producción no sólo como

sobrevida lograda sino como calidad de vida.

Conjuntamente con la función asistencial e indisolublemente ligadas a ella surgen las tareas docente y de investigación. La docencia del hospital moderno incluye además del pregrado y postgrado con las residencias médicas, la educación continua. Además estas acciones docentes están ligadas no sólo a la profesión médica, sino que se pretende desarrollarlas en todas las profesiones afines, incluso también aquí consideramos necesario que se establezcan relaciones recíprocas para que el egresado de este hospital no sea un profesional limitado a ver sólo la problemática del hospital sino que sea capaz de participar identificando los problemas de salud en la propia comunidad.

Por otra parte trabajaremos para tratar de concretar un proyecto elaborado hace tiempo como es el de la residencia de enfermería pediátrica para lograr mayor cantidad de profesionales idóneos que aprendan como nosotros lo hicimos: fortaleciendo la integración docente asistencial.

Asimismo trataremos que la investigación aplicada, tanto clínica como epidemiológica ocupe un lugar trascendente, seguramente nos enfrentaremos con la dificultad que genera la escasez de recursos para estos fines pero indudablemente deberemos ser creativos en estos logros. Asimismo estamos ya iniciando la construcción del Comité de ética de la investigación que participará en la evaluación de los proyectos que surjan.

Si analizamos el concepto de INTERZONAL vemos que está estrictamente ligado a su condición de centro de referencia, el de máxima complejidad en la provincia de Bs. As., por ello, si tenemos claro este concepto agilizaremos nuestras prestaciones, estimularemos la contrarreferencia, pero no dejaremos de atender a un paciente porque no corresponda a nuestro nivel de complejidad, ayudaremos a gestionar su destino correcto y prestaremos el apoyo necesario para que se concrete la formación de redes. Estamos convencidos que aunque existan normas generales para el ordenamiento del trabajo, muchas

veces los casos requieren una consideración particular por su singularidad.

Sabemos que en el momento actual existe una profunda y controvertida polémica acerca de los gastos en salud y de la intervención privada en algunos aspectos, aún dentro de los hospitales públicos. Me ocuparé brevemente de este punto analizando el principio de justicia tal como lo concibe el filósofo y eticista español: Diego Gracia. Según su afirmación para la justicia igualitaria “dar a cada uno lo suyo” es pensar que “lo suyo” es “lo propio”, “lo que posee”. Estos conceptos generan mucha controversia; afortunadamente en el año 1971 John Rawls publica su célebre teoría de la justicia e incorpora el concepto de EQUIDAD.

Para los economistas y administradores de salud lo justo se identifica con lo económicamente óptimo. Podemos pensar que si bien los recursos sanitarios son limitados, lo serán más si se los emplea irracionalmente. Sólo podremos pensar en una buena calidad si pensamos en racionalidad económica en un marco de equidad. Es así que la racionalidad en la atención de la salud está expresada entre otros aspectos en el pasaje del “se puede científico” al “se debe ético”.

El siguiente atributo es DE AGUDOS. El total de egresos en el año 97 fue de 15.097 según lo ha comunicado la Of. de Estadística en su informe anual con un promedio de días estada variable de acuerdo a los grupos etéreos, patologías y procedencia de los pacientes pero con 3.613 egresos en hospital de día lo cual agiliza mucho la producción y 404.488 consultas externas. Dentro de la producción que incluye la atención de patologías muy complejas debemos mencionar la realización de dos trasplantes cardíacos.

Con respecto al concepto de agudos consideramos que es relevante para analizar la calidad de las patologías y tiempo de internación pero no es nuestro objetivo desvincularnos de etapas ulteriores de la evolución, por ello preconizamos el seguimiento y la contrarreferencia para coordinar acciones con

otros centros que nos permitan aumentar la eficiencia y acercar al paciente lo más precozmente posible a su familia.

Nuestro hospital es **ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA**: tradicionalmente el hospital se ocupó de niños hasta los 14 años de edad, límite establecido arbitrariamente en concordancia con los límites impuestos por la pediatría pero si tenemos en cuenta que en todo el mundo la atención de la adolescencia está más vinculada con la pediatría que con la clínica médica, ya esta situación impone un cambio. Preconizamos el seguimiento de algunas patologías que van luego a la cronicidad. El abordaje de estas situaciones aumenta la necesidad de recursos pero tiene la ventaja de aportar elementos al concepto actual de que muchas patologías del adulto tienen su origen en la infancia. En muchos casos trabajamos para los 70 años de sobrevivida de nuestros pacientes.

Llegamos al sello auténtico de identidad “**SOR MARÍA LUDOVICA**”. En realidad su nombre de pila: Antonina de Angelis, nacida en San Gregorio cerca de L’Aquila en el sur de Italia en 1.880; la mayor de ocho hermanos, nacida de un matrimonio de campesinos, su papá: Ludovico de Angelis (probablemente por esta razón profesa con el nombre de Ludovica). Su temple y laboriosidad fueron puestos de manifiesto cuando ayudaba a su padre en las tareas agrícola ganaderas para sostén de la familia; a su madre, la secundó en las tareas propias de la crianza y atención de sus hermanos. Estas actividades le restaron tiempo para asistir a la escuela por ello fue de manera asistemática a la casa de la maestra del pueblo con quien aprendió escasamente a leer y escribir; hablaba el español de manera imperfecta y lo mezclaba con su dialecto italiano lo cual le imprimiría un rasgo simpático y vivaz.

Se incorporó al postulante recién cumplidos los 24 años; llegó a nuestro país a los veintisiete años en un contingente de cuatro religiosas de la Congregación de Nuestra Señora de la Misericordia en misión solidaria y no para “hacer la América” como

lo hacían los inmigrantes de entonces.

Aún no cumplidos los 28 años fue destinada a La Plata y comenzó a trabajar en el Hospital, un hospital con dos salas de madera rodeadas por un alambrado a las que se accedía transponiendo un rústico portón. Inició sus tareas en la cocina y la despensa. Pero desde su sitio de labor humilde demostró tales condiciones de orden y economía que el Dr. Cometto la propuso como administradora, cargo que desempeñó durante largos años; a los 35 años ya era superiora del Hospital y ocupó el cargo durante 54 años.

Aquella muchacha campesina humilde, a quien su madre aspiraba ver casada y con hijos; fiel a su vocación espiritual, dedicó finalmente su vida a lo que su madre nunca imaginó: fue la madre de la familia más numerosa de hijos que se pudiera pensar.

Se incorporó con modestia pero con mucha firmeza y laboriosidad a una realidad que la acogió. Parte de su labor fue el ayudar a que aquella realidad exigua se transmutara, andando el tiempo, en la institución que hoy nos enorgullece.

Como habrán notado el análisis del nombre permite identificar los objetivos de la institución y tomarlo como guía para trabajar.

Paredes centenarias, campana de bronce que desde el hall central del hospital anunciaba el comiendo del día historia de virtudes: la Superiora Ludovica... grandes maestros de la pediatría, historia vigente que se revitaliza cada día ante una comunidad que nos convoca para cuidar a sus hijos.

Muchas gracias

II

Discurso pronunciado por la Dra. Herminia Itarte el 10 de noviembre de 2008 al concluir su gestión como Directora Ejecutiva del Hospital de Niños de La Plata

Habiendo evaluado durante el primer año de gestión la situación general del Hospital en lo que a infraestructura se refiere y advertido las necesidades prioritarias, iniciamos la gestión de recursos para realizar una ampliación construyendo un nuevo edificio sobre la calle 66, lugar donde se ubicaban servicios centrales como Lavadero, Cocina (construidos en 1920) y Mantenimiento (construido en la década del 60 al 70) así como Consultorios Externos, Servicio social, Odontología, Neurología y Psiquiatría Infantil (construidos entre 1961 y 1964). Esta decisión determinó que se iniciara la elaboración de un programa de necesidades y paralelamente la gestión de recursos a través del Fondo Fiduciario Provincial con la finalidad de garantizar la realización de la obra en plazos seguros pues en el año 2001, debido a la crisis económica que afectó al país, fue necesario detener el proyecto que ya se

había iniciado con el traslado, previa adecuación edilicia, de los servicios que aún estaban funcionando en el sector que sería demolido.

En el programa de necesidades se establecieron como prioridades la construcción de los Servicios Centrales arriba mencionados incluyendo además los sectores correspondientes a ubicación y traslado de residuos comunes y patogénicos, un espacio para estacionamiento de vehículos oficiales y otro para depósito de insumos. Por otra parte se consideró oportuno incorporar el concepto de “cuidado progresivo del paciente” en el análisis de las necesidades para espacios asistenciales; de tal forma que, se incluyeron los Servicios de Emergencias; Consultorios externos, Hospital de Día Polivalente y Terapia Intermedia Polivalente. Se tuvo en cuenta además la necesidad de ofrecer comodidades y confort a

los pacientes y sus familias por lo cual se construyeron buffet, baños públicos con duchas, sala de juego y biblioteca para pacientes, locales para atención de público por parte de Cooperadora y Fundación del Hospital, oficina de comunicación que incluye central telefónica y locutorio para uso sin cargo por parte de los familiares de pacientes que lo requieran para urgencias y oficina de seguridad con control monitorizado. En síntesis, la obra del edificio cuya superficie cubierta es de 9500 metros cuadrados, fue proyectada por el Dpto. de Arquitectura del Ministerio de Obras Públicas y financiada con recursos provinciales a través del Fondo Fiduciario Provincial por un monto de 20.000.000 de pesos de acuerdo al programa de necesidades que, bajo la coordinación de la Dirección Ejecutiva del Hospital, realizaron los jefes de los respectivos servicios, el jefe de Ingeniería y Mantenimiento y los directores asociados. La construcción consta de un subsuelo en el que están ubicados el Lavadero, la Cocina y Comedor de Autorizados, la Biberonería, los Talleres de Mantenimiento, el Estacionamiento y el Depósito; Planta Baja donde se encuentran el Servicio de Emergencias dotado de la más moderna infraestructura con tres "shock rooms", un sector para internación abreviada de diez pacientes, un sector para observación de pacientes sin internación, una habitación para internación de algún paciente que requiera aislamiento (intoxicado o con patología psiquiátrica aguda) y dieciséis consultorios que cuentan con gases medicinales en su totalidad, lo cual posibilita que puedan ser habilitados para atención de pacientes críticos en eventuales situaciones de catástrofe. También en planta baja se encuentran los espacios asignados a confort público y la circulación que vincula con los edificios histórico (A), con el Laboratorio () y con el ex pabellón de lactantes (); con acceso independiente, también se encuentran en Planta Baja las instalaciones para Residuos

Comunes y Patogénicos.

En el primer piso se hallan ubicados los Consultorios Externos de Clínica Pediátrica y algunas especialidades como Ginecología Infanto-juvenil y Adolescencia y a este nivel se comunica con los Servicios de Imágenes y con el Sector Quirófanos del Servicio de Cirugía. En el segundo piso se encuentra el Hospital de Día Polivalente con dieciséis sillones ubicados en amplias instalaciones que permiten cumplir con todas las recomendaciones para este sector de trabajo y cuatro habitaciones con camas que permiten internar pacientes que así lo requieran. En el tercer piso se construyó el Servicio de Terapia Intermedia Polivalente que cuenta con treinta camas alojadas en quince habitaciones de dos camas cada una.

La construcción del edificio fue iniciada el 17 de octubre de 2005 y finalizó el 1° de septiembre de 2008. Durante el período de construcción el Hospital mantuvo su funcionamiento absolutamente normal y su producción se incrementó pasando de 14846 egresos en el año 2005 a 9765 en sólo el primer semestre de 2008 y las consultas ambulatorias que en 2005 fueron 348319 llegaron en el primer semestre de 2008 a 214297.

La descripción realizada conjuntamente con el total de otros avances producidos durante la gestión incluyendo la creación en el año 2002 del Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP) nos permiten asegurar, en nuestra posición como defensores del Hospital Público, que con trabajo, perseverancia, compromiso, honestidad y mucha dedicación se pueden alcanzar grandes objetivos aún en épocas de crisis. Estos logros son motivo de gran alegría pero reiteramos que el recurso humano constituye un elemento imprescindible para que las acciones en salud se puedan concretar con éxito.



NORMAS DE PRESENTACIÓN

DE TRABAJOS EN LUDOVICA PEDIÁTRICA



LUDOVICA PEDIÁTRICA es una publicación científica del Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría, Superiora Sor María Ludovica de La Plata y considerará para su publicación los trabajos relacionados con la Pediatría. La Revista consta de las siguientes secciones:

Originales

Trabajos de investigación sobre etiología, fisiopatología, anatomía patológica, diagnóstico, prevención y tratamiento. Los diseños recomendados son de tipo analítico en forma de encuestas transversales, estudio de casos y controles, estudios de cohorte y ensayos controlados.

Casos Clínicos

Descripción de uno o más casos clínicos de excepcional observación que supongan un aporte importante al conocimiento de la enfermedad. Es aconsejable que el número de firmantes no sea superior a cinco.

Cartas al Director

En esta sección se admitirán la discusión de trabajos publicados y la aportación de observaciones o experiencias que por sus características puedan ser resumidas en un breve texto. La extensión máxima será de 750 palabras, el número de citas bibliográficas no será superior a 10 y se admitirá una figura y una tabla. Es aconsejable que el número de firmantes no sea superior a cuatro.

Editoriales

Discusión de avances recientes en Pediatría. Estos artículos son encargados por la Redacción de la Revista. Los autores que espontáneamente deseen colaborar en esta Sección deberán consultar previamente con la Secretaría de Redacción.

Artículos Especiales

Bajo este epígrafe se publicarán trabajos de interés particular para la Pediatría y que, por sus características, no encajen bajo el epígrafe de Editorial. Son aplicables las mismas normas de publicación que en la sección precedente.

Educación Continuada

Puesta al día de temas básicos de interés general para el pediatra que se desarrollarán de manera extensa a lo largo de varios números. (Incluye Guías de Diagnóstico y Tratamiento)

¿Cuál es su diagnóstico?

Presentación breve de un caso clínico problema y de su resolución. La presentación en la Revista se hará en dos páginas independientes: en una se presentarán nombres y dirección profesional de los autores y el caso clínico, acompañado de un máximo de 2 figuras, y en la otra (que se publicará en contraportada) se efectuarán los comentarios diagnósticos y terapéuticos pertinentes, acompañados de un máximo de 1 figura y 5 citas bibliográficas. Se aceptan aportaciones a esta sección. Los originales deben adecuarse al modelo de publicación mencionado. El texto de cada página no debe sobrepasar 750 palabras (si no hay figuras), 500 palabras (si hay una figura) y 400 palabras (si hay 2 figuras).

Crítica de libros

Los libros que sean enviados a la Secretaría de Redacción serán objeto de crítica si se considera de interés para los lectores. El envío de un libro no implica necesariamente que será publicada su crítica. En cualquier caso, los libros remitidos no serán devueltos ni se enviará reconocimiento de su recepción.

Otras secciones

Se publicarán los informes técnicos de las Secciones y Grupos de trabajo del Hospital de Niños Superiora Sor María Ludovica así como el contenido de sus reuniones. Cada Sección dispondrá de un máximo de 15 páginas impresas anuales, lo que representa aproximadamente unos 40 resúmenes.

Presentación y estructura de los trabajos

Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de Ludovica Pediátrica y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin el permiso editorial de la revista. Los artículos, escritos en español o en inglés, deben entregarse vía internet, con su impreso correspondiente y en procesador de textos Word. Los componentes serán ordenados en páginas separadas de la siguiente manera: página titular, resumen y palabras clave, texto, bibliografía, tablas y pies de figuras. Todas las páginas deberán ser numeradas consecutivamente, comenzando por la página titular.

Página titular

Deberá contener los datos siguientes:

- Título del artículo no mayor a 12 palabras.
- Lista de autores en el mismo orden en el que deben aparecer en la publicación. Debe citarse primero nombre y luego apellido.
- El título académico de los autores aparecerá con una llamada al lado del apellido, que será referida al pie de página con el grado correspondiente.
- Nombre del centro de trabajo y dirección completa del mismo. Si el trabajo ha sido financiado debe incluirse el origen y numeración de dicha financiación.
- Nombre, dirección, número de teléfono y número de fax del autor al que debe dirigirse la correspondencia.
- Fecha de envío.

Resumen

La extensión del resumen no será superior a 250 palabras ni inferior a 150 palabras. El contenido del resumen deberá ser estructurado en cuatro apartados diferentes que deberán figurar titulados en el mismo: Objetivos, Métodos, Resultados, y Conclusiones. En cada uno de ellos se describirán, respectivamente, el problema motivo de la investigación, la manera de llevar a cabo la misma, los resultados más destacados y las conclusiones que se deriven de los resultados.

Palabras claves

Tres a diez palabras clave deberán ser incluidas al final de la página donde figure el resumen. Deberán usarse términos mencionados en el **Medical Subject Headings** del *Index Medicus*.

- Inglés. Deberá incluirse una correcta traducción al inglés de título, resumen y palabras clave.
- Texto. Se recomienda la redacción del texto en impersonal. Conviene dividir los trabajos en secciones. Los originales en: Introducción, Material o Pacientes y Métodos, Resultados y Discusión. Las notas clínicas en: Introducción, Observación clínica y Discusión. Se recomienda que cada sección encabece páginas separadas.

En general, es deseable el mínimo de abreviaturas, aceptando los términos empleados internacionalmente. Las abreviaturas poco comunes deben ser definidas en el momento de su primera aparición. Se evitarán abreviaturas en el título y en el resumen. Cuando existan tres o más abreviaturas se recomienda que sean listadas en una tabla presentada en hoja aparte. Los autores pueden utilizar tanto las unidades métricas de medida como las unidades del Sistema Internacional (SI). Cuando se utilicen las unidades SI es conveniente incluir las correspondientes unidades métricas inmediatamente después, en paréntesis.

Las drogas deben mencionarse por su nombre genérico. Los instrumentos utilizados para realizar técnicas de laboratorio u otras deben ser identificados, en paréntesis, por la marca así como por la dirección de sus fabricantes.

Bibliografía

Las citas bibliográficas deben ser numeradas consecutivamente por orden de aparición en el texto, figurando el número entre paréntesis.

La referencia de artículos de revistas se hará en el orden siguiente: autores, empleando el o los apellidos seguido de la inicial del nombre, sin puntuación y separado cada autor por una coma; el título completo del artículo en lengua original; el nombre de la revista según abreviaturas del *Index Medicus*; año de aparición del ejemplar, volumen e indicación de la primera y última página. Un estilo similar se empleará para las citas de los libros.

A continuación se exponen 5 ejemplos:

1. *Artículo*: Beltra Picó R, Mira Navarro J, Garramone G. *Gastroquiasis. A propósito de cinco casos*. An Esp Pediatr. 1981; 14: 107-111.
2. *Artículo publicado como resumen de actas de congreso*. Cuento Rua E, Urrutia MI, Marchison S, et al. El motivo de consulta y los aspectos ambientales y culturales. En: SAP XXIII Congreso Argentino de Pediatría. Argentina. Bs. As. p. 82.
3. *Libro*: Fomon SJ. *Infant Nutrition*, 2ed. Filadelfia/Londres/Toronto: WB Saunders; 1974.
4. *Capítulo de libro*: Blines JE. *Dolor abdominal crónico y recurrente*. En: Walker Smith JA, Hamilton JR, Walker WA. (eds.). *Gastroenterología pediátrica práctica*. 2da. ed. Madrid: Ediciones Ergon; 1996. p. 2537.
5. *Citas de artículos de revistas en formato electrónico*. Un estilo similar al empleado para citar los artículos ya impresos, agregando al final la siguiente frase (se cita un ejemplo): Disponible en: [url:http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm](http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm)

No deben incluirse en la Bibliografía citaciones de observaciones o trabajos no publicados del estilo de "comunicación personal", "en preparación" o "sometido a publicación". Si se considera imprescindible citar dicho material debe mencionarse su origen en el lugar correspondiente del texto. La cita debe colocarse entre paréntesis. Ejemplos:

- a. Salinas Pérez C. *Estudio patogénico de la nefropatía IgA*. En preparación.
- b. Smith J. *New agents for cancer chemotherapy*. Presentado en el Third Annual Meeting of the American Cancer Society, 13 Junio 1983, New York.
- c. Observación personal.

Con respecto a la cantidad de citas se recomienda que los trabajos originales incluyan entre 20-30 referencias; los originales breves y notas clínicas entre 10-20 referencias; las cartas al director un máximo de 10, y las revisiones, artículos de actualización y artículos especiales un mínimo de 30 referencias. Deben mencionarse todos los autores cuando sean seis (6) o menos; cuando sean siete (7) o más deben citarse los tres primeros y añadir después las palabras "et al".

Tablas

Deben ser numeradas en caracteres romanos por orden de a-

parición en el texto. Serán escritas a doble espacio, no sobrepasarán el tamaño de un folio y se remitirán en hojas separadas. Tendrán un título en la parte superior que describa concisamente su contenido, de manera que la tabla sea comprensible por sí misma sin necesidad de leer el texto del artículo. Si se utilizan abreviaturas deben explicarse al pie de la tabla. Debe evitarse presentar los mismos datos en texto, tablas y figuras.

Figuras

Tanto se trate de gráficos, dibujos o fotografías, se numerarán en caracteres árabes por orden de aparición en el texto. Deben entregarse en papel o en copia fotográfica nítida en blanco y negro (no diapositiva) de un tamaño máximo de 20,3 por 25,4 cm. Los autores deberán tener en cuenta, para el tamaño de símbolos, letras, cifras, etc., que después de la reducción, si se precisa, deben tener una dimensión de 3 milímetros. En el dorso de la figura deberá adherirse una etiqueta en que figuren: número de la figura, nombre del primer autor y orientación de la misma (mediante una flecha, por ejemplo). Las figuras se entregarán en un sobre, sin montar. En el caso de que las figuras ya estén escaneadas, las mismas deben remitirse en formato *jpg*.

Las microfotografías deben incluir escala e indicación de los aumentos. Eventualmente es posible la reproducción de fotografías o dibujos en color, siempre que sea aceptado por el Comité de Redacción y exista acuerdo previo de los autores con el Grupo Editor.

Si se reproducen fotografías de pacientes éstos no deben ser identificados. Las figuras se acompañarán de una leyenda, escrita en hoja incorporada al texto, que debe permitir entenderla sin necesidad de leer el artículo.

Responsabilidades Éticas

Permisos para reproducir material ya publicado. Los autores son responsables de obtener los oportunos permisos para reproducir en Ludovica Pediátrica material (texto, tablas o figuras) de otras publicaciones. Estos permisos deben solicitarse tanto al autor como a la editorial que ha publicado dicho material.

Autoría. En la lista de autores deben figurar únicamente aquellas personas que han contribuido intelectualmente al desarrollo del trabajo. Haber ayudado en la colección de datos o haber participado en alguna técnica no son por sí mismos criterios suficientes para figurar como autor. En general, para figurar como autor se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Haber participado en la concepción y realización del trabajo que ha dado como resultado el artículo en cuestión.
2. Haber participado en la redacción del texto y en las posibles revisiones del mismo.
3. Haber aprobado la versión que finalmente va a ser publicada.

La Secretaría de Redacción de Ludovica Pediátrica declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publican en la Revista.

Publicación previa. En la carta de presentación que debe acompañar el envío del artículo debe hacerse constar que el conte-

nido del mismo es completamente original y que no ha sido publicado previamente. De no cumplirse este requisito debe hacerse constar si:

1. Parte de los resultados han sido ya incluidos en otro artículo.
 2. Una parte de los pacientes ha sido ya reportada en un trabajo anterior.
 3. El texto o parte del texto ha sido ya publicado o está en vías de publicación en actas de congreso, capítulo de libro o carta al director.
 4. Todo o parte del texto ha sido ya publicado en otro idioma.
- Ludovica Pediátrica acepta material original, pero considera la publicación de material en parte ya publicado si el nuevo texto aporta conclusiones diferentes sobre un tema. El autor debe ser consciente que no revelar que el material sometido a publicación ha sido ya total o parcialmente publicado constituye un grave quebranto de la ética científica.

Consentimiento informado. Los autores deben mencionar en la sección de métodos que los procedimientos utilizados en los pacientes y controles han sido realizados tras obtención de un consentimiento informado de los padres. Es también conveniente hacer constar que el estudio ha sido revisado y aprobado por los Comités de Investigación y/o Ética de la institución donde se ha realizado el estudio.


Envío de originales

Los trabajos deben ser enviados por correo electrónico a: ludovicapediatrica@gmail.com

El manuscrito debe acompañarse de una carta de presentación en la que se debe hacer constar la originalidad del trabajo así como la aceptación expresa de todas las normas.

La secretaría acusará recibo. El manuscrito será inicialmente examinado por el Comité de Redacción y si se considera válido será remitido a dos revisores externos. El Comité de Redacción, ya directamente o una vez atendida la opinión de los revisores, se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer las modificaciones de los mismos que considere necesario. En caso de aceptación, si es necesario, el autor recibirá material para su corrección, que procurará devolver al Comité de Redacción en el menor lapso posible. Una vez recibida la Prueba de Galera, el manuscrito debe ser entregado con las correcciones pertinentes dentro de las 48 horas siguientes a su recepción.

Compruebe el contenido de su envío:

Carta con firma de todos los autores; copia completa del artículo; página titular incluyendo: título, lista de autores, nombre y dirección del centro, financiación, teléfono, fax del autor y correo electrónico, fecha de envío; resumen en castellano (en hoja aparte); resumen en inglés (en hoja aparte); palabras claves (en castellano e inglés); texto; bibliografía (en hoja aparte); leyendas de las figuras (en hoja aparte); tablas (en hoja aparte); figuras identificadas (tres unidades); carta de permiso si se reproduce material; consentimiento informado para fotos. 

THE ENGLISH VERSION OF THESE INSTRUCTIONS ARE AVAILABLE BY REQUEST TO

horaciofgonzalez@gmail.com - patologi@netverk.com.ar