

LA SALUD DE LOS NIÑOS EN UN MUNDO CAMBIANTE

SUMARIO

SECCIONES

Editorial

Diez años no es nada... 2
Ten years fly by...

Normas de presentación 38
Instructions for authors

Imagen de la portada:
El nacimiento del avicéfalo
Norberto Santángelo



0.80 mts x 1.10 mts

In memoriam | In memoriam 4
Los maestros. Juan Carlos Pernas
The teacher. Juan Carlos Pernas
Horacio Federico González

Trabajo original | Original article 5
Desgaste profesional ("burnout")
en el personal sanitario de un
Servicio de Emergencias pediátrico
Burnout syndrome in the Emergency Room
personal of a pediatric Hospital
María Cecilia Elisabet González Favre

Caso clínico | Case report 11
Espondilodiscitis en la infancia
Spondylodiscitis in infancy
*Natalia Arrospide, Mauro N. González Ros
y Carlos González Landa*

Caso clínico | Case report 15
Pseudoartrosis de radio en un niño
con Neurofibromatosis tipo 1 (NF1)
Pseudoarthrosis of the ulna in a child
with Neurofibromatosis type 1
Altamirano Eugenia M., Drut Ricardo y Perelló Ariel H.

Caso clínico | Case report 18
Síndrome de Klippel-Trenaunay
Presentación de un caso clínico
Klippel-Trenaunay syndrome. A case report.
*Estela Cuenca, Luis Miraglia, Miriam Pérez,
Elizabeth Montero Labat y María Elena Boiardi*

Haga su diagnóstico | Make your diagnosis 22
Carlos Spacarotel y Miguel Angel Esteban

Guías de diagnóstico y tratamiento | 24
Guide to diagnosis and treatment
Valoración de la vía aérea por
endoscopia respiratoria en niños
bajo tratamiento con Vincristina
Children under treatment with vincristine:
Endoscopic evaluation of airways
Darío Fajre y María José Farina

Resúmenes de Congreso | 26
Meeting Abstracts
V Jornadas de Actualizaciones en
Clínica Pediátrica y Neonatología
La Plata - 2007

EDITORIAL

DIEZ AÑOS NO ES NADA...

Este primer número de 2008 marca el 10° año de existencia de Ludovica Pediátrica. Hemos remontado 10 años continuados en la publicación de nuestra revista. Desde su nacimiento hasta el presente, **Ludovica Pediátrica** ha luchado no sólo por sostener su calidad y su periodicidad, sino por mejorar las formas y los contenidos. Y cuando digo "**Ludovica Pediátrica**" hablo implícitamente de los numerosos colaboradores que han trabajado en forma desinteresada año tras año; hablo principalmente de los revisores, y también de los autores. Algunos de ellos ya no están entre nosotros, y otros se han retirado de la vida médica y académica.

Siempre es una difícil tarea llevar adelante una publicación periódica. Para los que estamos en el Hospital redactando y corrigiendo mientras cumplimos con la función asistencial y el desarrollo científico; para aquellos que la realizan en todas y cada una de las etapas de su proceso editorial: diseño, corrección, diagramación, entrada en máquina, hasta su alumbramiento final y también, para los que efectúan con diligencia el nexo de la distribución. Por eso es una buena oportunidad para agradecer a todos, en este tiempo transcurrido por el esfuerzo realizado.

Aunque el aspecto económico es insoslayable, hemos cabalgado sobre crisis económicas sin padecer la casi ineludible

Staff editorial

■ Directora

Herminia Itarte

■ Comité de Redacción:

Hugo Basílico
Ricardo Drut
Horacio González
Marta Jones (Coord.)
Néstor Pérez
José Pujol

■ Comité Editorial Asesor:

Luis Fumagalli
Silvia González Ayala
Luis Guimarey
Juan Carlos Pernas
Mario Rentería
Roberto Silber
Carlos Torres
Aníbal Zaidemberg

■ Revisores:

Hugo Basílico
Norma Bibiloni
Eduardo Cueto Rúa
Ricardo Drut
Mario Ferreyra
Luis Fumagalli
Horacio González
Silvia González Ayala
Luis Guimarey
Marta Jones
Silvia Mafia
Rosario Merlino
Néstor Pérez
Daniel Pollono
José Pujol
Ricardo Rahman

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
idip01@gmail.com

LUDOVICA PEDIÁTRICA

es una edición trimestral de

Ediciones de la Guadalupe

Tel/fax: (54-11) 4373-0751

Tel.: (54-11) 4372-0799

edicionesdelaguadalupe@fibertel.com.ar

ludovica@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

El volumen X N° 1 de
Ludovica Pediátrica
pertenecer a los meses de
enero, febrero, marzo de 2008



EDICIONES
DE LA GUADALUPE

Dirección Editorial
Iris Uribarri

Diagramación y armado
Eugenia Grané

Departamento de Publicidad
Jessica Sánchez Voci

consecuencia: la desnutrición intelectual. No es menos importante la capacitación de los profesionales para adquirir el nivel científico necesario que permita introducir nuestra revista en el tan ansiado ámbito internacional. Sin embargo, ello no ha sido motivo para la interrupción de nuestra producción. En este sentido, no puede desestimarse el esfuerzo e interés permanente de nuestros jóvenes autores. En medio de tantos desafíos, los instamos una vez más a persistir en la tarea de redacción, y a continuar siendo activos y creativos, porque ellos constituyen nuestra fuerza presente y potencial. Lo que se escribe *pero no se publica*, termina en un obligado y triste lugar: la basura ⁽¹⁾. Por lo tanto: escriban, envíen sus noveles ideas volcadas en frases a nuestro Comité de Redacción. Nosotros intentaremos, como siempre, ser sus obligados revisores y maestros. Seguramente, esa interacción continuará redundando en beneficios para ambas partes, y para **Ludovica Pediátrica**.

Nuevamente, y en nombre del Comité de Redacción, muchas gracias a todos por el esfuerzo realizado, y por apoyar la presente producción.

Marta Jones
Comité de Redacción

(1) Editorial. La necesidad de escribir. Patología (México). 44: 190-191; 2006.

Los maestros. Juan Carlos Pernas The teacher. Juan Carlos Pernas

Es un gran honor para mí haber sido convocado para ocupar este espacio de recuerdo y reconocimiento a **Juan Carlos Pernas**. Y es mayor el compromiso porque muchos profesionales sienten haber sido sus discípulos o haber aprendido mucho de Juan.

Creo que todos tenemos varios maestros en la vida. Y en un hospital de la magnitud y complejidad del nuestro uno aprende de la práctica y el conocimiento de muchos y toma el ejemplo de otros tantos. A diferencia de otros tiempos el conocimiento nos llega desde múltiples lugares; desde la cama del paciente y su familia, de los profesionales que lo asisten, desde otras instituciones, de la posibilidad de acceso a las comunicaciones y participar de discusiones con pares, publicaciones científicas, etc. Es decir de la capacidad de desarrollar las propias redes que nos permitan acceder y mantener actualizado el conocimiento.

Escribir acerca de un maestro supone reconocer entre tantos a alguien que dejó una profunda marca. Es el caso de Juan, cuyas enseñanzas excedieron el marco del hospital.

Conocí a Juan Carlos a los pocos meses de ingresar al Hospital como residente en el año 1978. Años muy difíciles, de dictadura, pero no sé por cuáles gestos, señas, o mensajes, sentí en poco tiempo que podía hablar con él, que no había que cuidarse.

Era un instructor natural de los residentes. Fue a partir de entonces que iniciamos una amistad que se prolongó en el tiempo. En esa íntima relación con él tuve la suerte de aprender de la forma en la que él concebía la enseñanza.

No fue un maestro formal. No fue un profesor de clases magistrales. Estaba despojado de formalidades. El aprendizaje con Juan Carlos era algo que se construía día a día. Eran mensajes cortos y permanentes. De mucha profundidad. Esos mensajes los basaba en 4 pilares: compromiso con el paciente, actualización científica,

trabajo, y compromiso con la sociedad en que vivimos.

Fue una característica de Juan enseñar cómo resolver un problema. No daba recetas. Enseñaba el camino, daba las herramientas. Era un inquieto buscador de justificación de sus decisiones. Compartía sus lecturas, y todavía nos llamaba más la atención cuando sentaba a los padres de los pacientes y les leía literatura científica para explicar más profundamente sus conductas.

Sabemos quienes compartimos mucho con él, el contenido escéptico con que frecuentemente tenía sus reflexiones. Sin embargo, ese escepticismo nunca se deslizaba hacia los pacientes. Con ellos la cuestión era la contención. Allí la angustia era suya. "No hay que cubrirse de los pacientes, hay que cubrirlos", nos enseñaba.

A pesar de ese escepticismo, que de no haber sido por su talento lo habría conducido a la inmanencia, es llamativa la trascendencia que tuvo Juan Carlos en quienes estuvimos cerca. Esa característica y su admirable inteligencia generaban una de las virtudes características de Juan: podía ver con claridad en dónde para todos oscurecía: con pacientes "difíciles", con situaciones "complicadas".

En momentos duros de cada uno de los que trabajó a su lado, estuvo presente para contenerlos. Lo he admirado como instructor en mi formación de pediatría. Sólo puedo agradecer sus enseñanzas. Tantas cosas compartidas: la Tesis Doctoral, que hicimos juntos, la Sala 13, nuestro trabajo diario, nuestras discusiones, nuestros acuerdos y desacuerdos, una profunda amistad.

Guardo de Juan Pernas una amplia sonrisa. Muy amplia. Llena de recuerdos, de cuentos, secretos, y lugares compartidos.

No es necesario presentar su currículum vitae. Como me dijo uno de sus hijos, "el gordo era un grande".

Un gran maestro, una gran persona, un gran amigo.

Dr. Horacio Federico González

**María Cecilia Elisabet
González Favre**

*Servicio de Emergencias.
Hospital Interzonal de Agudos
Especializado en Pediatría
"Superiora Sor María Ludovica".
La Plata*

✉ ceciliagfavre@yahoo.com.ar

Desgaste profesional ("burnout")
en el personal sanitario de un
Servicio de Emergencias pediátrico
Burnout syndrome in the Emergency Room
personal of a pediatric Hospital

Resumen

El Síndrome del "burnout" (SB) es un tipo específico de estrés laboral padecido por los profesionales de la salud.

El objetivo de este estudio fue detectar la prevalencia de SB en el personal asistencial del Servicio de Emergencias (SE) del Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica" de La Plata.

Método. Herramienta de estudio: cuestionario sociodemográfico de Maslach (MBI), aplicado sobre la totalidad del personal de ese SE durante Octubre-Diciembre del año 2006.

Resultados: 12,5% del personal mostró evidencias de SB, presentándose exclusivamente en médicos.

Según las dimensiones del SB la Autorrealización personal baja afectó al 60% del personal, el Agotamiento emocional alto al 52% y la Despersonalización alta al 31%.

Más del 50% de los trabajadores mostraron resultados patológicos en dos de las categorías del síndrome.

Conclusiones: trabajar denodadamente en el SE puede desembocar en SB. Su solución debería centrarse en la prevención, tratando de detectar y modificar aquellas condiciones de trabajo que sean desencadenantes de la condición.

Palabras clave: síndrome del "burnout"; estrés laboral; Servicio de Emergencias.

Summary

The Burnout syndrome (BS) is a specific type of labor stress suffered by health professionals.

The objective of this study was to define the prevalence of BS in the personnel of the ER of the Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica", La Plata, Argentina. The questionnaire of Maslach (MBI) was applied during October-December, 2006, resulting in that 12,5% of the personnel, only medical doctors, presented SB. The arms of the test showed additionally that Reduced personal accomplishment was found in 60% of personnel, emotional fatigue in 52%, and despersonalización in 31%. More than 50% of the workers showed pathological results in 2 dimensions of the syndrome. It is concluded that working in an ER can end in a SB. It is suggested that prevention through mo-

difications in the working conditions may be of help.

Key words: burnout syndrome; labour stress; emergency room.

Introducción

El Síndrome del "burnout" (SB), también conocido como Síndrome de desgaste profesional o desmoralización, está caracterizado por el agotamiento, decepción y pérdida de interés, resultantes del trabajo cotidiano desarrollado por profesionales dedicados a las denominadas profesiones de servicios. El SB es un tipo específico de estrés laboral. En la actualidad, es una de las causas más importantes de incapacidad en todos los campos laborales. Es padecido por los profesionales de la salud y educadores, los cuales, en su voluntad por adaptarse y responder eficazmente a un exceso en las demandas y presiones laborales, se esfuerzan de un modo intenso y sostenido en el tiempo, con sobre exigencia y tensión, originando importantes riesgos de contraer enfermedades y afectar negativamente el rendimiento y la calidad del servicio profesional ⁽¹⁾. Esta situación se acompaña de sentimientos de falta de ayuda, de impotencia, de actitudes negativas y de una posible pérdida de autoestima ⁽²⁾. El SB se lo ha definido como una respuesta al estrés laboral crónico y está integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización), al propio rol profesional (falta de realización profesional en el trabajo) y también por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado ⁽³⁾.

En 1982, Maslach y Jackson ⁽³⁾ entendieron que el SB se configuraba como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal, según las siguientes características:

Agotamiento emocional: hace referencia a las sensaciones de sobre esfuerzo físico y hastío emocional que se producen como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los clientes (pacientes).

Despersonalización: supone el desarrollo de actitudes y respuestas negativas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios.

Reducida realización personal: conlleva la pérdida de confianza en la realización personal y la presen-

cia de un autoconcepto negativo como resultado, muchas veces inadvertido, de situaciones ingratas. Esta definición, que no se aparta de la aceptación de las variables del trabajo como condicionantes últimos de la aparición del SB, tiene la importancia de no ser teórica, sino la consecuencia concreta del estudio de campo que las autoras desarrollaron ⁽⁴⁾. Entre sus causas principales están ⁽¹⁾:

- El continuo y sostenido contacto con el sufrimiento, el dolor, la muerte.
- El resolver dilemas éticos resultantes de las nuevas tecnologías.
- La sobrecarga laboral debida al excesivo número de pacientes, la presión horaria, la carencia de recursos, la presencia de patologías cada vez menos reversibles.
- La cada vez más inquietante amenaza de sufrir juicios por mala praxis.
- La caída del valor social de la profesión médica.
- El deterioro que han sufrido las remuneraciones y los estímulos de distinto tipo.

Por otra parte, se reconocen como factores inherentes a experimentar sufrimiento y estrés laboral:

- La naturaleza de la tarea.
- La variable organizacional e institucional.
- La variable interpersonal (colegas, familia, amigos, redes de apoyo social).
- La variable individual (características del profesional como edad, sexo, experiencia, rasgos de personalidad).

Muchos consideran que el riesgo de aparición de este síndrome está asociado básicamente a factores organizacionales. De este modo, no sería la estructura de la personalidad o las formas de conducta lo significativo, sino el clima y la cultura laboral del propio ámbito de trabajo ⁽⁵⁾. Dejours, al estudiar la relación entre el individuo y el trabajo, sostiene que distintos niveles de malestar psíquico pueden surgir tanto por las condiciones laborales, como por la organización del trabajo ⁽⁴⁾.

Los síntomas del SB se pueden agrupar en cuatro áreas sintomatológicas ^(6,7):

- **Somatizaciones** que van desde trastornos funcionales hasta lesiones, según el grado de avance del problema (dolor de cabeza, fatiga crónica, úlceras o desórdenes gastrointestinales, trastornos articulares, dolores musculares en espalda y cuello, trastornos cardiocirculatorios, hipertensión, accidente cerebro-vascular, amenorrea, etc.)

- **Síntomas conductuales:** incapacidad de relajarse, insomnio, ausentismo laboral, conducta violenta, abuso de drogas, tendencia al suicidio, etc.

- **Manifestaciones emocionales:** distanciamiento afectivo hacia las personas que atiende, impaciencia, deseos de abandonar el trabajo e irritabilidad; dificultad para concentrarse por ansiedad, produciéndose descenso del rendimiento laboral y dudas sobre su propia competencia profesional, con el consiguiente descenso en su autoestima.

- **Síntomas defensivos:** negación de las emociones, ironía, atención selectiva y desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas; intelectualización o atención parcial hacia lo que le resulta menos desagradable ⁽⁸⁾.

La prevalencia del SB en los profesionales de la salud de los SE tiene referencias nacionales tales como:

"Síndrome de burnout en el Equipo de Salud Pediátrico" ⁽⁴⁾, publicado en la Revista del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" de la ciudad de Buenos Aires, marzo del 2006, con datos del periodo 2003-2004 en la guardia de ese hospital, detectando el problema en el 10,6% del personal.

Además, el informe "Síndrome de Burnout en los médicos de guardia de la ciudad de Buenos Aires": se entrevistaron 150 médicos que se desempeñaban en las guardias de los 13 hospitales generales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, durante el año 2003. Los colegas refirieron sobrecarga y empeoramiento laboral, aumento de la cantidad y exigencia de las consultas, no sintiéndose ni reconocidos ni protegidos por el hospital. Se menciona en ellos la repercusión con síntomas físicos y/o psíquicos. Los niveles de "burnout" para agotamiento emocional y falta de realización de logros personales fueron entre medio y alto.

Justificación del estudio

En los últimos años los profesionales de guardia en los hospitales del subsector público han desarrollado un malestar progresivo por el proceso de deterioro de las condiciones socioeconómicas y el incremento en la demanda en estas instituciones. Esto, consecuentemente, ha provocado elevados índices de estrés y de sensación de sobrecarga laboral. En concordancia con ello, es muy probable que dentro del equipo de salud del Servicio de Emer-

gencias (SE) de este Hospital, también se esté frente a un problema de salud ocupacional relacionado con el SB. Esto podría comprometer la eficacia organizacional y la efectividad en la atención a los usuarios. En este SE, durante los últimos 9 años, se ha registrado un incremento asistencial, con un promedio de atención de 90.154 pacientes/año, situación agravada por la progresiva reducción de personal médico y de enfermería. Además, se detectó que la relación existente entre el Porcentaje de consultas de guardia o de urgencia / Total de consultas del Establecimiento hospitalario es del 59%, indicador de salud que señala la existencia de fallas en la provisión de servicios programados y/o atención ambulatoria del primer nivel, con una escasa cobertura real y la consecuente inequidad en la atención.

Por lo tanto, es probable que el SB sea una manifestación prevalente en este grupo profesional.

Objetivos

1. **Objetivo general:** evaluar la presencia del SB en el personal asistencial del SE (Guardia) del HIAEP "SML" de La Plata.

2. **Objetivos específicos:**

- Cuantificar su prevalencia.

- Determinar la proporción con que se manifiestan tres dimensiones del SB en el personal y categorizarlo según profesión, antigüedad laboral, edad, sexo, "situación familiar", satisfacción remunerativa y empeoramiento laboral.

- A partir de los resultados obtenidos, promover la elaboración de propuestas preventivas.

Material y método

Población

a) Delimitación espacial y temporal

La investigación se desarrolló sobre el equipo asistencial del referido SE durante el trimestre: Octubre-Diciembre del año 2006.

b) Definición de la población

Individualmente se invitó a participar de la investigación a todos los integrantes del personal sanitario del SE en forma anónima y sin notificación previa. La población estuvo constituida por el 100% del personal, cuyo detalle, según grupo ocupacional, se grafica en la Tabla 1.

Tabla 1

Profesionales	Número
Enfermera(o) profesional	4
Auxiliar de Enfermería	9
Médico pediatra asistente de planta de guardia	26
Médico pediatra becario de guardia	3
Médico pediatra Jefe de guardia	7
Total	49

Diseño y abordaje metodológico

Para cumplir con los objetivos de la investigación se realizó un estudio descriptivo transversal en el período octubre-diciembre del 2006. Como instrumento de análisis se usó el Cuestionario o Escala de Valoración "Maslach Burnout Inventory (MBI-HS)" en forma de encuesta anónima autoadministrada.

1. Variables a estudiar

Existencia del SB dentro del personal.

Intensidad (alta; media; baja) con que se manifiestan las tres dimensiones del SB, a saber:

Cansancio o Agotamiento emocional (CE)

Despersonalización (DP)

Realización personal (RP)

Para el diagnóstico de SB, el resultado debe tener un valor alto en el componente de CE y DP y un valor bajo en RP.

2. Escala de medición

La escala de valoración de Maslach Burnout Inventory (MBI) es un instrumento validado⁽⁹⁾ y el más empleado internacionalmente para medir el síndrome. El "MBI-HS" Inventario del SB de Maslach, adaptado por Seisdedos (1997) es un cuestionario socio-demográfico constituido por 22 preguntas cerradas en una escala tipo Likert, que evalúa los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y, en particular, hacia los pacientes, midiendo los tres componentes o dimensiones del síndrome. El instrumento evalúa el grado de intensidad del síndrome (leve, moderado o severo) con una alta validez interna y grado de confianza (86%).

Así, un sujeto que se encuentra en la categoría "alto" en las dimensiones de AE y DP, y "bajo" para

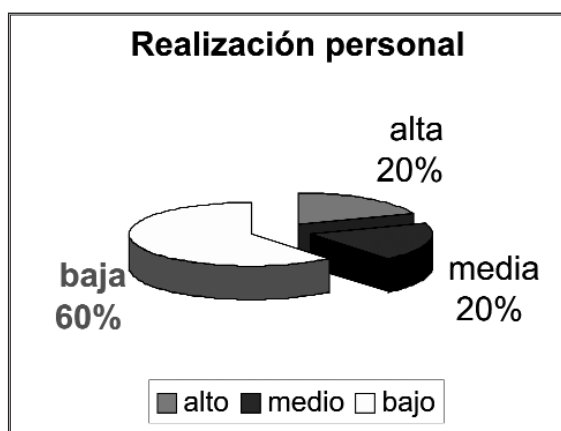


Figura 1

RP en el trabajo, puede ser categorizado como con altos sentimientos de "estar quemado".

Se realizó control de calidad de los datos recolectados mediante revisión exhaustiva, minuciosa y sistemática de los instrumentos. Para el procesamiento de datos se empleó el Programa Excel.

Resultados

Se entregaron 47 encuestas, de las que se evaluaron 42, ya que las 5 restantes fueron invalidadas por estar incompletas. Un profesional no participó del estudio y otro estuvo ausente por licencia.

El 12,5% (n= 5) del personal presentó SB.

Examinados los resultados patológicos según las categorías del SB, se concluyó que la RP baja fue la dimensión que reunió el mayor porcentaje de personal afectado 60% (n= 25), seguido por la de CE alto 52% (n= 22), mientras que la DP alta se presentó en menor porcentaje de los profesionales 31% (n= 13) (Figuras 1, 2 y 3).

Además más del 50% del personal presentó resultados patológicos en dos de las tres dimensiones que conforman el SB.

Otros hallazgos resultantes de este estudio fueron:

- 1) En relación con la profesión, el SB se concentró exclusivamente dentro de los médicos, no registrándose casos dentro de los enfermeros.
- 2) En vinculación con el cargo desempeñado, el 80% (n= 4) de los pediatras eran médicos asistentes del SE con guardia de 36 hs semanales; el otro 20% (n= 1) estuvo representado por un médico becario.
- 3) En referencia a la antigüedad laboral: el promedio de permanencia en el cargo de Guardia de la

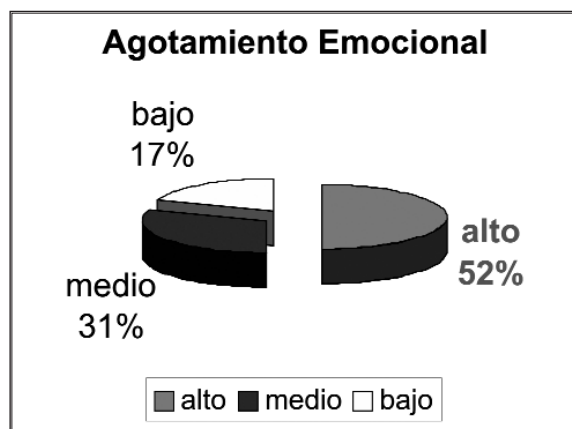


Figura 2

totalidad del personal médico es de 19,4 años; la totalidad del personal afectado por SB efectúa Guardias médicas y se desempeña con el mismo régimen de actividad profesional desde hace más de 5 años consecutivos (promedio: 12,4 años).

4) El promedio de edad del total del personal fue de 45,5 años, con una mediana de 46,5 años y el promedio de edad de los afectados con SB fue de 43 años, con una mediana de 40 años.

5) Los resultados de SB por sexo fueron: 40% mujeres (n=2) y 60% (n=3) hombres; lo que implicó 3 de 13 hombres (el 23%) y 2 de 29 mujeres (6,9%).

6) En relación con la situación familiar: los hombres que presentaron SB están casados y tienen hijos a su cargo y las mujeres que resultaron afectadas, una está soltera sin hijos y la otra tiene 1 hijo.

7) Satisfacción remunerativa y empeoramiento laboral: el 100% del personal respondió que la remuneración resultaba insuficiente y que las condiciones laborales estaban deterioradas.

Discusión

Sin perjuicio de ciertas dificultades propias del rigor metodológico empleado para el estudio del SB, el interés por esta dolencia ha aumentado en los últimos tiempos y la mayoría de los autores continúan utilizando al MBI como instrumento de medida para diagnosticar SB.

De esta investigación se evidenciar y documenta la existencia de estrés laboral, SB, entre los profesionales de la salud del servicio estudiado.

La comparación de los datos obtenidos en este análisis con los derivados de estudios análogos ⁽⁴⁾ se

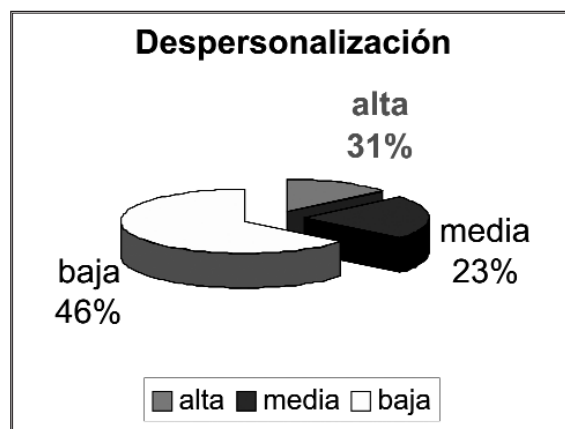


Figura 3

observa que el porcentaje total del personal afectado en La Plata fue ligeramente superior (12,5%) que en Buenos Aires (10,6%), pero la diferencia principal recayó en la población afectada y las categorías comprometidas: Médicos pediatras exclusivamente (100%) en La Plata y mayor proporción de enfermería (44%) para el caso de Buenos Aires. Por otra parte, en Buenos Aires el CE alto concentró el mayor porcentaje de personal afectado (47%), seguida por la DP alta (39,4%); mientras que la reducción de la RP presentó el menor porcentaje (22,7%). Contrariamente, en La Plata, la reducción de la RP obtuvo el 60%, el CE alto 52% y la DP alta 31%. Este contraste podría encontrar explicación en que la Guardia del Hospital de Buenos Aires está permanentemente integrada por una proporción del 47% por médicos residentes rotantes, cuya edad y antigüedad en guardia son significativamente inferiores a la de la totalidad del plantel médico de la Guardia de La Plata, que no cuenta con rotación de residentes y, por otra parte, en la menor satisfacción remunerativa que, comparativamente perciben los médicos del subsector público provincial. Los resultados obtenidos en referencia a sexo y situación familiar de los médicos de ambos hospitales fueron análogos.

Por otra parte, si bien la prevalencia de SB detectadas son llamativamente inferiores a las publicadas en bibliografía internacional ⁽¹⁰⁻¹⁴⁾, la permanencia en la misma área de trabajo durante más de 15 años ha sido una constante entre los afectados, lo que sí coincide con los datos internacionales ⁽¹⁵⁾. Al respecto Cano Vindel propone tener en cuenta que, cada 5 años aproximadamente, el empleado pierde todo tipo de motivación en su cargo; lo adecuado

sería rotarlo y buscarle nuevas tareas que alienten un progreso en las funciones que desempeña ⁽¹⁶⁾. Para Giberti, es notorio que el SB no es un hecho imprevisible sino el producto de prácticas sociales que tienden a inhibir la empatía, la sintonía y la simpatía respecto de quienes están sufriendo, perjudicándose y, eventualmente, enfermando durante el proceso de su actividad laboral. En consecuencia, sugiere prestar atención al descubrimiento de esta situación de vulnerabilidad de quienes trabajan con víctimas en SE y no considerarlo como un signo de debilidad o incompetencia. Cree imprescindible formular planes de tipo preventivo, de desarrollo y preservación de la salud en el ámbito laboral y, en los casos en que el síndrome ya está instalado, tratar de aminorar sus efectos. A su entender, la verdadera profilaxis de este problema pasaría por modificar condiciones de trabajo que produzcan deterioro, creando un clima de apoyo que considere al estrés como característica propia de la vida laboral médica, especialmente la desarrollada en los SE ⁽¹⁷⁾. El personal sanitario con SB debe combatir su propia angustia, reconociendo que influye negativamente en su salud y que puede repercutir también desfavorablemente en su calidad profesional. Trabajar con intensas ansiedades relacionadas con vivencias de enfermedad y muerte, y la imposibilidad de elaborarlas adecuadamente, puede desembocar en prácticas caracteropáticas, sobreadaptadas, perversas o alienadas del ejercicio profesional ⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Es así que, cuanto más sanos emocionalmente estén los profesionales sanitarios, menos errores cometerán, menos accidentes laborales tendrán, y serán más eficaces en su tarea.

Bibliografía

- 1) Pérez Jáuregui, MI. Cuando el estrés laboral se llama burn out ("quemarse" en el trabajo). Causas y estrategias de afrontamiento. Buenos Aires, Universidad Libros. 2000.
- 2) Caballero L, Millán J. La aparición del síndrome del burnout o de estar quemado. Boletín bimestral de comunicación interna. Secretaría General de Administración y Función Pública, Abril 2, 1999.
- 3) Gil-Monte P, Peiró J. Desgaste psíquico en el trabajo. Edit. Síntesis Psicología. España. 1997.
- 4) Fariás S. Síndrome de Burnout en el Equipo de Salud Pediátrico. Rev Hosp. Niños Buenos Aires 48: 3-11, 2006.
- 5) Garcés de los Fayos Ruiz E. Tesis sobre el Burnout. Organizaciones ABA Colombia. Psicología de las Organizaciones. Biblioteca Virtual.
- 6) Maslach C., Pines A. The Burnout Syndrome in the day care setting. Child Care Quarterly 1977; 6.
- 7) Maslach C., Jackson S. Maslach Burnout Inventory. 2ª ed. Palo Alto/ California: Consulting Psychologist Press; 1981.
- 8) Álvarez E, Fernández L. El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional. Revisión de estudios. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 1991; 11:39-42.
- 9) Aranda C., Pando, M., Torres, T. Psychosocial factors and burnout syndrome in family physicians. An. Fac. Med., México 2005; 66:3-6.
- 10) Martínez A., Del Castillo C. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. Revista de Atención Primaria. España. 2003; 6: 32-34.
- 11) Román J. Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención de Chile. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. Rev. Cubana Salud Pública 2003; 2: 29-31.
- 12) Quiroz R., Saco S. Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este del Cuzco. Revista SITUA Semestral de la Facultad de Medicina Humana. Edit. Universidad Nacional San Antonio de Abat del Cuzco. 1999.
- 13) Rejas S., Acori I. Factores que influyen en los niveles de estrés en Enfermeras asistenciales del Hospital de Referencia Sub Regional de Ayacucho. Tesis pre grado de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. 1998.
- 14) Arévalo Y. Sobrecarga laboral y su influencia en la funcionalidad familiar de los profesionales de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho. Tesis pre grado de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. 2004.
- 15) Whitley W, Allison M. Work-related stress and depression among practicing emergency physicians: an international study. An Emerg Med 1994; 23: 1068-1071.
- 16) Cano Vindel J. El Síndrome de Burnout en Hospitales Públicos. Rev Inst Ivestig Facultad Psicología. Madrid. 2000; 1:5-6.
- 17) Giberti E. Alerta y cuidado de la salud de los operadores ante los efectos traumáticos de la atención a las víctimas (un análisis del burnout). Revista de la Oficina Nacional de Asistencia a la Víctima; 2001, marzo.
- 18) Kasparras G. Las repercusiones del SIDA en el equipo de salud. Síndrome de Burnout. Rev Arg Clín Neuropsiq 2000; 19:2-4.
- 19) Nesbitt W.H., Ross M., Sunderland R., Shelp E. Prediction of grief and HIV/AIDS-related burnout in volunteers. AIDS CARE 1996; 8:137-143.
- 20) Mc Cue J. The effects of stress on physicians and their medical practice. N Engl J Med 1982; 306:458-463. ♦

Natalia Arrospide *
Mauro N. González Ros*
Carlos González Landa **

* *Residencia de Clínica Pediátrica.*

** *Servicio de Clínica Pediátrica.*

Hospital Interzonal de Agudos

Especializado en Pediatría

"Superiora Sor María Ludovica"

✉ *idip01@gmail.com*

Espondilodiscitis en la infancia Spondilodiscitis in infancy

Resumen

La espondilodiscitis es una enfermedad inflamatoria que afecta el disco intervertebral y los cuerpos vertebrales adyacentes. Esta afección cursa con gran variedad de síntomas, relacionados con la edad del paciente y la localización del proceso inflamatorio.

Se presentan 3 casos de discitis en niños pequeños que manifestaron síntomas diversos tales como: dificultad en la marcha, rechazo a caminar o sentarse, lumbalgia y dolor abdominal. Todos presentaron hiperlordosis lumbo-sacra. La centellografía resultó el examen complementario de elección para definir el diagnóstico al demostrar hipercaptación a nivel del disco intervertebral. La antibioticoterapia endovenosa fue curativa. Se propone al dosaje de proteína C reactiva como parámetro de laboratorio útil para el seguimiento.

Palabras clave: discitis, dolor lumbar, espondilodiscitis.

Abstract

Spondylodiscitis is an inflammatory disease that affects the intervertebral disk and adjacent vertebral bodies.

This affection develops a wide variety of symptoms related to the patient's age and the inflammatory process location.

We are reporting three children of early age with discitis who presented a range of symptoms such as: walking difficulties, refusal to walk or sit, low back pain and abdominal pain. Lumbo-sacral hyperlordosis was present in all cases. Scintigraphy was the complementary method of choice to define the diagnosis by showing hypercaptation at the intervertebral disk level. Endovenous antibiotic therapy proved effective. We propose the dosage of C protein as a useful laboratory parameter for the follow-up of these patients.

Key words: discitis, low back pain, spondylodiscitis.

Introducción

La discitis y espondilodiscitis es la inflamación del disco intervertebral y vértebras adyacentes, respectivamente. Se trata de una afección cuyo diagnóstico es dificultoso en las etapas iniciales ya que las manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas. Presentamos 3 pacientes con discitis como ejemplos característicos de este proceso.

Caso 1

Niña de 17 meses que consultó por catarro de vías aéreas superiores de 5 días de evolución, al que se le agregó fiebre en las últimas 24 horas. Al examen físico presentaba impotencia funcional e inestabilidad en la marcha, hiperlordosis en posición erecta, aumento de la base de sustentación, sin dolor a la palpación de las apófisis espinosas. Las radiografías de columna lumbosacra y caderas no mostraron anomalías. En el hemograma se observó leucocitosis con fórmula repartida, eritrosedimentación (ERS) elevada (40 mm. en la 1ra. hora) y proteína C reactiva (PCR) aumentada (18,7 mg/l). Los hemocultivos negativos fueron negativos. La centellografía ósea con MDPTc 99m mostró hipercaptación en columna lumbar (L2-L3) (Fig. 1), lo que permitió orientar el diagnóstico. Se instauró tratamiento antibiótico empírico con cefazolina y gentamicina, observándose cese de la hipertermia en 4 días, y mejoría clínica y de parámetros de laboratorio. Se dió alta hospitalaria luego de doce días de tratamiento endovenoso continuando con Cefalexina vía oral hasta completar seis semanas de tratamiento.

Caso 2

Niño de 2,5 años que consultó por dolor abdominal al sentarse y caminar de 2 meses de evolución. Al examen físico presentaba hiperestesia y rigidez dorso-lumbar que se acentuaba al levantarse, con claudicación súbita y episódica de la marcha, debi-

lidad proximal de miembros inferiores con dificultad para ponerse de pie y signo de Gowers positivo. El hemograma mostró leucocitosis con predominio polimorfonuclear y aumento de la ERS (43 mm en la primera hora). Los hemocultivos resultaron negativos. En la radiografía de columna lumbosacra se observó una disminución del espacio discal en la zona lumbar baja. Se realizó centellografía ósea con MDPTc 99 la cual mostró hipercaptación en columna lumbar L4-L5 (Fig. 2), confirmando el diagnóstico. Se indicó tratamiento endovenoso con cefazolina hasta la normalización de la PCR en 15 días, continuando con cefalexina vía oral hasta completar 6 semanas de antibioticoterapia.

Caso 3

Niña de 5 años, con constipación, fiebre, dolor lumbar y abdominal de 4 días de evolución. Al examen físico se observó rectificación de la curvatura de la columna lumbar con dolor a la palpación de las apófisis espinosas lumbares y signo de Gowers positivo. En los exámenes complementarios se observó hemograma patológico con leucocitosis a predominio de neutrófilos, ERS elevada (80 mm. en la primer hora), PCR aumentada (23 mg/l) y sedimento urinario normal. Los hemocultivos fueron negativos. En la radiografía de abdomen se visualizaron asas colónicas distendidas, con aire distal, siendo la de columna lumbo-sacra normal. Se realizó centellografía con MDPTc99 que mostró hipercaptación a nivel de la columna dorsal D IX y menos intensa y lateralizada a la izquierda en D XII (Fig. 3), la



Figura 1. Centellografía donde se observa hipercaptación en columna lumbar L2-L3.



Figura 2. Hipercaptación a nivel de la columna lumbar L4-L5.



Figura 3. Hipercaptación columna dorsal D IX- XI.

cual permitió arribar al diagnóstico de discitis. Se medicó con cefazolina endovenosa más analgesia. Luego de 12 días de internación, debido a la mejoría clínica y de los parámetros de laboratorio, se otorgó alta hospitalaria, completando el tratamiento con cefalexina vía oral por 6 semanas.

Comentario

La espondilodiscitis es una enfermedad inflamatoria que afecta el disco intervertebral y los cuerpos vertebrales adyacentes. La inflamación puede comprometer exclusivamente el disco intervertebral (discitis), el cuerpo vertebral (espondilitis, osteomielitis) o ambos (espondilodiscitis); esto último por extensión del proceso inflamatorio desde el disco intervertebral hacia el cuerpo vertebral o viceversa ¹.

La espondilodiscitis de la infancia es una enfermedad de incidencia desconocida. Es más común en niños entre 6 meses y 4 años, y entre los 10 y 14 años ¹. En el 75% de los pacientes la espondilodiscitis compromete la columna lumbosacra, siendo los segmentos más frecuentemente comprometidos L3-L4 y L2-L3 ².

El proceso generalmente se manifiesta como un cuadro insidioso, y puede cursar con una gran variedad de signos y síntomas relacionados con la edad del niño, que dificultan el diagnóstico temprano ³. Se pueden distinguir las siguientes formas de presentación:

- Cuadro clínico inespecífico, con irritabilidad o disminución de la actividad motora. La fiebre no es constante y cuando aparece no supera los 38° C (principalmente en niños menores de 2 años) (Caso 1).
- Dificultad en la marcha, con claudicación o incluso rechazo por parte del niño para caminar o sentarse (más frecuente en niños de entre 2 y 3 años) (Caso 2).
- Dolor abdominal (niños de entre 3 y 8 años) (Caso 3).
- Lumbalgia (más habitual en niños mayores de 7 años) ⁴ (Casos 2 y 3).

Se estima, que la espondilodiscitis es habitualmente secundaria a diseminación hematógena de un foco a distancia, aunque también puede ocurrir

como extensión local de un foco infeccioso o por manipulación quirúrgica. Algunos autores creen que se produce un acantonamiento de microorganismos en la región cartilaginosa del disco intervertebral. La identificación del germen causal se puede obtener por hemocultivo o por biopsia de la lesión en no más del 50% de los pacientes. La negatividad de los cultivos se atribuye, en la mayoría de los casos, a la larga evolución de los síntomas antes del diagnóstico. En ninguno de los casos presentados se obtuvo rédito microbiológico en los hemocultivos. No se realizó biopsia del disco intervertebral. El germen más frecuentemente identificado es el *Staphylococcus aureus*, seguido del *Streptococcus spp.*, *Kingella kingae* y *Salmonella typhi*, sin olvidar un microorganismo de gran relevancia en nuestro medio: *Mycobacterium tuberculosis* ^{5,6}.

Entre los exámenes complementarios de laboratorio, se consideran hallazgos significativos el recuento leucocitario elevado con fórmula desviada a la izquierda, aumento en la ERS y PCR. Tanto la ERS como la PCR de tipo cuantitativa son útiles en el seguimiento, permitiendo valorar la respuesta al tratamiento instaurado ^{2,5}. En los 3 casos presentados la mejoría clínica se correlacionó con un descenso de éstos parámetros.

El diagnóstico se confirma con los métodos de imágenes. La Rx simple de columna vertebral es inicialmente normal (como en los casos 1 y 3) y sólo muestra alteraciones por lo menos 2 semanas después de iniciada la enfermedad. Éstas consisten en disminución de la altura del espacio discal comprometido (como en el caso 2), irregularidad de las superficies articulares de los cuerpos vertebrales adyacentes y esclerosis subcondral. Otros hallazgos menos comunes incluyen aumento del volumen de las partes blandas paravertebrales, espondilolistesis, escoliosis, cifosis y aplastamiento vertebral ¹.

La centellografía ósea, método de diagnóstico por imágenes más empleado en nuestro medio, y la resonancia nuclear magnética (RNM) permiten hacer el diagnóstico precozmente. La centellografía muestra aumento de la captación del radioisótopo en la zona afectada (ver figuras) y el aporte de la RNM consiste en mostrar con detalle el compro-

miso de las partes blandas y en especial la afección de la médula ósea ^{1,7}.

La tomografía axial computada (TAC) es también de utilidad, si bien muestra alteraciones en forma más tardía, que consisten en destrucción e irregularidad de las superficies articulares de los cuerpos vertebrales, alteración en las partes blandas paravertebrales y protrusión discal ¹.

La biopsia del disco intervertebral, es motivo de controversia; mientras algunos autores proponen su realización sistemática, otros argumentan que es una técnica altamente invasiva y con escaso rendimiento por lo que optan por reservarla para aquellos casos en que exista alta sospecha de osteomielitis ³. El rendimiento diagnóstico de la biopsia aumenta significativamente cuando se efectúa una punción dirigida por métodos de imágenes, en especial con TAC ^{1,7}.

Está discutida la indicación de tratamiento antibiótico de la discitis. En algunos casos se ha demostrado la remisión sin antibioticoterapia, pero también se describe mayor incidencia de complicaciones en casos no tratados con antibióticos ³. No existen estudios controlados que guíen la terapéutica específica, la vía de administración y la duración del tratamiento ⁵. El esquema sugerido se basa en la administración endovenosa de una cefalosporina de primera generación, sola o asociada a un aminoglucósido, hasta la normalización de la PCR con controles semanales, completándose las 6 semanas de tratamiento con cefalosporinas de primera generación vía oral. Algunos autores agregan la inmovilización de la zona como complemento de la antibioticoterapia ^{3,8}. El pronóstico, la discitis en la edad pediátrica suele ser excelente, como lo observado en los casos presentados.

Conclusiones

En general, el dolor lumbar en el niño es un síntoma alarmante para el médico y debe ser investigado para descartar una lesión orgánica, considerando dentro de los diagnósticos diferenciales la posibilidad de una espondilodiscitis. La dificultad diagnóstica puede estar determinada por la baja incidencia de la patología, las características insidiosas del cuadro clínico, la sintomatología vaga, las esca-

sas alteraciones en los exámenes de laboratorio y las manifestaciones tardías en los exámenes radiológicos convencionales.

Debe destacarse:

- 1) El diagnóstico precoz sólo es posible si se tiene en cuenta esta entidad.
- 2) La centellografía ósea y la RNM son los exámenes complementarios más empleados para arribar al diagnóstico.
- 3) En nuestro medio la centellografía ósea fue categórica y se sugiere como único estudio salvo complicaciones.
- 4) Se propone medicar con antibióticos a todos los pacientes.
- 5) El esquema terapéutico propuesto es: cefalosporinas de primera generación, a razón de 100 mg/kg/día endovenoso hasta la normalización de la PCR y luego completar por vía oral hasta totalizar un mínimo de seis semanas de tratamiento.
- 6) No se realizaron estudios de imágenes de control post-tratamiento dada la resolución completa del cuadro con el tratamiento antibiótico propuesto.

Referencias bibliográficas

- 1) Espinoza A, Moscoso J, Guíñez J. Caso clínico-radiológico para diagnóstico. *Rev chil Pediatr* 2000; 71.
- 2) Prakashchandra P, Kenneth E, Koyamangalath K. Septic Discitis: An important cause of back pain. *South Med J* 2003; 96: 692-695.
- 3) Peinado Garrido A, Aguirre Rodríguez J, Ramos Lizaña J, Bonillo Perales A, Rodríguez Santano P, Muñoz Hoyos A. Discitis y espondilodiscitis en edad preescolar: dificultades para el diagnóstico precoz. *An Pediatr* 2003; 58: 612-8.
- 4) Oliveira T, Barbosa C, Neves E, Guimarães A, Sexto C, Cruz R. Espondilodiscitis cervical en le lactante. *An Esp Pediatr* 2000; 52:398-401.
- 5) Fernandez M, Carol C, Baker J. Discitis and Vertebral Osteomyelitis in Children: An 18-Year Review. *Pediatrics*, June, 2000; 105:1299-1304.
- 6) Brook I. Two cases of diskitis attributable to anaerobic bacteria in children. *Pediatrics* 2001; 107. URL: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/107/2/e26>.
- 7) Mahboubi S, Morris MC. Imaging of spinal infections in children. *Radiol Clin North Am* 2001; 39:215-222.
- 8) Khan IA, Vaccaro AR, Zlotolow DA Management of vertebral diskitis and osteomyelitis. *Orthopedics* 1999; 22:758-765. ◆

Altamirano Eugenia M*
Drut Ricardo*
Perelló Ariel H**

* *Servicio de Anatomía Patológica*

** *Servicio de Ortopedia y
Traumatología*

*Hospital "Superiora Sor María
Ludovica". La Plata.*

✉ *aleu@uolsinectis.com.ar*

Pseudoartrosis de radio en un niño
con Neurofibromatosis tipo 1 (NF1)
Pseudoarthrosis of the ulna in a child
with Neurofibromatosis type 1

Resumen

La Neurofibromatosis tipo 1 (NF1) es una enfermedad AD que asocia lesiones óseas entre las que se incluye la displasia de huesos largos, más frecuentemente la tibia, con o sin pseudoartrosis. Presentamos un caso de un niño de 9 años con pseudoartrosis de radio y NF1. El examen histológico del material de la zona mostró cartílago y tejido fibroso con inmunohistoquímica negativa para S-100, descartando un componente de la enfermedad básica en la lesión. Si bien en la literatura hay referencias de NF1 y pseudoartrosis de huesos largos sólo se mencionan aislados ejemplos de pacientes pediátricos con pseudoartrosis de radio. Se desconoce el mecanismo por el que la NF1 favorece el desarrollo de pseudoartrosis.

Palabras clave: neurofibromatosis; pseudoartrosis; radio.

Abstract

Neurofibromatosis type 1 (NF1) is an AD disease which may associate bone lesions including long bone dysplasia, more frequently at the tibia, with or without pseudoarthrosis. We are reporting the case of a 9-year-old boy with ulnar pseudoarthrosis and NF1. Histological study of samples from the lesion revealed cartilage and fibrous tissue resulting immunohistochemically negative for S-100. This result indicated absence of neurofibromatous tissue in the lesion. Although the literature contains several reports of the association between NF1 and pseudoarthrosis of long bones there are but a few of this combination in the ulna in children. It is unknown how NF1 favors the development of pseudoarthrosis.

Key words: neurofibromatosis; pseudoarthrosis; ulna.

Introducción

La NF1 es una enfermedad AD progresiva que compromete sistema nervioso, partes blandas, piel y huesos ⁽¹⁾. Entre las lesiones óseas se incluyen displasia (inclinación congénita) de huesos largos (más frecuentemente la tibia) ⁽²⁾, defectos del esfenoides, escoliosis y adelgazamiento de la cortical de huesos largos con o sin pseudoartrosis.

Presentamos un caso de pseudoartrosis de radio en un niño con NF1.

Caso Clínico

Niño de 9 años con fracturas reiteradas comprometiendo cúbito y radio del antebrazo izquierdo en las tres primeras ocasiones y del derecho en la última, en un lapso de tiempo breve (11/2005, 3/2006, 5/2006 y 8/2006) resultando en pseudoartrosis de radio. El tratamiento instituido fue reducción y yeso para el antebrazo izquierdo; el antebrazo derecho requirió reducción quirúrgica y enclavijado endomedular del radio. En el examen físico se comprobó la presencia de máculas "café con leche" diseminadas en cuello, tórax y abdomen y pseudoeférides en ingle, cuello y axilas (Fig.1). El examen con lámpara de hendidura de ambos ojos detectó pequeños nódulos de Lisch. La madre tenía máculas similares a las del niño. Las radiografías del sitio de la pseudoartrosis mostraron osteólisis con reacción perióstica (Fig.2). Se realizó una biopsia del radio en la zona de la pseudoartrosis.

El examen microscópico del material remitido mostró cartílago y tejido fibroso dispuesto en forma fascicular rodeando pequeños fragmentos de hueso. La inmunohistoquímica para S-100 fue negativa en las células del tejido fibroso (Fig.3), por lo que se interpretó como que este último correspondía a la proliferación celular conectiva de la pseudoartrosis.

Discusión

La pseudoartrosis de radio es una alteración ósea reconocida raramente ⁽³⁾, pero su presentación en un paciente con NF es mucho más infrecuente aun. El diagnóstico de NF de este paciente se basó en los hallazgos clínicos y familiares, ya que combina 4 criterios (se requieren al menos 2) de los 7 reconocidos para el diagnóstico de esta condición ^(1,4). Aproximadamente 5% de los individuos con NF1 se presentan con pseudoartrosis de un hueso largo ⁽⁵⁾. La incidencia de pseudoartrosis de la tibia se estima en 1/190.000 nacidos vivos (40 al 80% según las



Figura 1. Máculas "café con leche" diseminadas en cuello, tórax y abdomen.



Figura 2. Radiografías del sitio de la pseudoartrosis. Osteólisis con reacción perióstica.

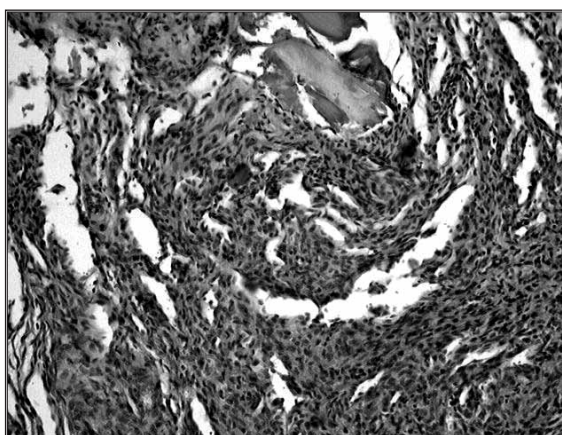


Figura 3. Presencia de cartílago y tejido fibroso dispuesto en forma fascicular rodeando pequeños fragmentos de hueso. Hematoxilina-Eosina.

series), mientras que en otras localizaciones es mucho menos frecuente ^(6,7). No se ha podido determinar porqué la NF1 impide la reparación ósea normal y se asocia a peor respuesta al tratamiento con nuevas fracturas. El perfil inmunohistoquímico de nuestro caso en el sitio de la pseudoartrosis no es el de un neurofibroma, lo que coincide con lo hallado en otros trabajos ⁽⁷⁾. La ausencia de tejido neurofibromatoso en el sitio de la pseudoartrosis sugiere que la alteración del gen NF1 ocasiona una patología intrínseca del hueso responsable de las anomalías esqueléticas.

Si bien en la literatura hay referencias de NF y pseudoartrosis de huesos largos sólo se mencionan aislados ejemplos de pacientes pediátricos con pseudoartrosis de radio ⁽⁸⁻¹¹⁾.

Referencias

1. Ferner RE. Neurofibromatosis 1 and neurofibromatosis 2: a twenty first century perspective. *Lancet Neurol.* 2007;6:340-51.
2. Crawford AH, Schorry EK Neurofibromatosis update. *J Pediatr Orthop.* 2006;26:413-23.
3. Mathoulin C, Gilbert A, Azze RG. Congenital pseudarthrosis of the forearm: treatment of six cases with vascularized fibular graft and a review of the literature. *Microsurgery.* 1993;14:252-9.
4. Sabol Z, Kipke-Sabol L. Neurofibromatosis type 1 (von Recklinghausen's disease or peripheral neurofibromatosis): from phenotype to gene. *Lijec Vjesn.* 2005;127:303-11.
5. Bonnemaision E, Roze-Albret B, Lorette G y col. Neurofibromatosis type 1 complications in the pediatric age: follow-up of a hundred cases. *Arch Pediatr* 2006;13:1009-14.
6. Vitale MG, Guha A, Skaggs DL. Orthopaedic manifestations of neurofibromatosis in children: an update. *Clin Orthop Relat Res* 2002;401:107-18.
7. Stevenson DA, Birch PH, Friedman JM y col. Descriptive analysis of tibial pseudarthrosis in patients with neurofibromatosis 1. *Am J Med Genet* 1999, 84: 413-9.
8. Witoonchart K, Uerpaiojkit C, Leechavengvongs S, Thuvase-thakul P Congenital pseudarthrosis of the forearm treated by free vascularized fibular graft: a report of three cases and a review of the literature. *J Hand Surg [Am].* 1999;24:1045-55.
9. Ramelli GP, Slongo T, Tschäppeler H, Weis J. Congenital pseudarthrosis of the ulna and radius in two cases of neurofibromatosis type 1. *Pediatr Surg Int.* 2001;17:239-41.
10. Talab YA. Congenital pseudarthrosis of the radius. A case report and review of the literature. *Clin Orthop Relat Res.* 1993;291:246-50.
11. Kohler R, Solla F, Pinson S, y col. Congenital pseudarthrosis of the forearm in a neurofibromatosis patient: case report and review of the literature. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.* 2005;91:773-81. ♦

Estela Cuenca ¹

Luis Miraglia ²

Miriam Pérez ²

Elizabeth Montero Labat ²

María Elena Boiardi ²

¹ *Servicio de Cirugía Pediátrica*

² *Servicio de Clínica Pediátrica*

*Hospital "Superiora Sor María
Ludovica". La Plata.*

✉ estelacuenca2003@yahoo.com.ar

Síndrome de Klippel-Trenaunay
Presentación de un caso clínico
Klippel-Trenaunay syndrome
A case report

Resumen

Se presenta una niña de un mes de vida que presentaba una extensa malformación vascular color "vino oporto" en la piel del miembro inferior izquierdo asociada con importante linfedema e hipertrofia corporal segmentaria armónica.

Se realizó el diagnóstico de Síndrome de Klippel-Trenaunay, planteándose los diagnósticos diferenciales con Síndrome de Park-Weber, Síndrome de Klippel Trenaunay Servelle y otros.

Palabras clave: síndrome de Klippel-Trenaunay; malformación vascular.

Abstract

We present a 1-month-old girl with a large vascular malformation in the skin of the left leg associated with lymphedema and segmentary bone hyperthrophy. The diagnosis of Klippel-Trenaunay syndrome was done. We discuss the differential with Park-Weber Syndrome, Klippel Trenaunay Servelle and others.

Key words: Klippel-Trenaunay; vascular malformation.

Caso Clínico

Lactante femenina de 1 mes de vida que presentó desde el nacimiento una extensa mácula rojo-vinosa, "vino de Oporto", asociada a un importante linfedema que producía una marcada deformación del miembro inferior izquierdo, y que se extendía hasta la región glútea.

No había antecedentes familiares de malformaciones vasculares. La paciente había nacido a las 38 semanas de gestación, con embarazo controlado, y parto institucional eutócico. El apgar fue 9/10. El peso al nacer fue de 2.680 gr. y la talla 45 cm.

El examen físico neonatal fue normal excepto la lesión descrita que ocupaba toda la longitud del miembro inferior (Figura).

La Ecografía cerebral transfontanelar fue normal. La radiografía de miembros inferiores evidenció un importante aumento de los tejidos blandos y flebolitos, sin mayor crecimiento óseo del miembro comprometido. El examen por Ecodoppler demostró un mayor flujo venoso en el miembro anormal, no evidenciándose fistula.



Figura. Se observa extensa mácula rojo-vinosa en "vino de Oporto", asociada a linfedema, con deformación y aumento del tamaño del miembro inferior izquierdo y región glútea.

Una biopsia de la lesión de piel mostró linfedema simple. Una interconsulta con los profesionales de Cirugía Plástica resultó en una indicación de elevación del miembro para disminuir el edema y la colocación de un pantalón elástico compresivo. La paciente desarrolló una celulitis del miembro afectado a punto de partida de contaminación por materia fecal, que luego evolucionó a sepsis con cultivos positivos para *Escherichia coli*. Fue evaluada por los profesionales del Servicio de Ortopedia que decidieron realizar, a los 2 días del ingreso, una fasciotomía y drenaje de un absceso en cara posterointerna desde rodilla e incluyendo la pierna. Debido al empeoramiento del cuadro clínico general y a la aparición de flictenas y áreas de necrosis en muslo se realizó la amputación supracondilea a los 7 días de la primera intervención, persistiendo parte de la malformación vascular en la zona proximal al proceso infeccioso. La paciente evolucionó favorablemente hasta el alta.

Introducción

El Síndrome de Klippel-Trenaunay es una rara anomalía congénita también llamada malformación vascular de *bajo-flujo*. Fue descrito por primera vez en 1900 por Klippel y Trenaunay con el nombre de "Nevo varicoso osteohipertrófico en el adulto". Se caracteriza por la hipertrofia corporal segmentaria armónica, con compromiso de las extre-

midades de la cintura escapular o pelviana, la hemangiomas planas, con fistulas arteriovenosas precapilares en el 60 a 70% de los casos, y por la presencia de várices. La escoliosis observada en esos pacientes es consecuencia de la hemihipertrofia corporal segmentaria asociada a compromiso en el tronco con hemivertebras hipertroficadas⁽¹⁻⁴⁾. Las formas completas del síndrome ocurren cuando hay una malformación capilar-linfático-venosa combinada. El 95% presenta afectación unilateral del miembro inferior y 5% en miembro superior^(1,5-7). La distribución no corresponde a ningún nervio sensitivo ni es metamérica.

El síndrome presenta siempre fistulas arteriovenosas precapilares, las que producen un aumento de la presión venosa, aumentando la PCO₂ venosa distal. Esto actúa como estimulante de las metáfisis y núcleos de osificación y de tejidos blandos, produciendo el crecimiento de la extremidad comprometida en forma armónica (4,8,9).

Las venas varicosas pueden observarse desde el nacimiento aunque es más frecuente que aparezcan cuando el niño inicia la deambulación. Se cree que son venas embrionarias persistentes que histológicamente se corresponden con venas anómalas con válvulas ausentes o insuficientes. Generalmente aparecen en la cara externa de las piernas^(1,10,11).

El síndrome puede asociarse también a uropatía obstructiva, polisindactilia, asimetría facial, pie equino-varo, luxación congénita de cadera, espina

bífida, anomalías de vísceras sólidas, sobre todo en forma de angiomas localizadas en colon y/o vejiga, lo que puede ser causa de hemorragia digestiva baja y/o hematuria en la primera década de la vida. Otras asociaciones incluyen nefroblastoma bilateral, distrofia miotónica, y astrocitoma ^(4,8,12,13).

Hay que considerar como importantes además, las complicaciones que pueden presentar estos pacientes en su evolución, tales como: Síndrome de Kassabach-Merritt, trombosis, tromboembolismo (hasta un 10% de los casos), infección o hemorragia ⁽¹⁴⁾. Se ha descrito también el desarrollo de dolor asociado a este síndrome. Sus posibles causas incluyen: celulitis, tromboflebitis superficial, calcificación vascular, y dolor neuropático, entre otras ⁽¹⁵⁾. El Síndrome de Klippel-Trenaunay-Servelle difiere del Síndrome de Klippel-Trenaunay en que la hipertrofia corporal segmentaria o sistémica no es armónica, puede presentar hemangioma plano o tuberoso y las varices pueden estar presentes desde el nacimiento. En este síndrome domina la hipertensión venosa y no hay fistulas arteriovenosas precapilares ni macro fistulas ^(16,17).

Un síndrome semejante es el de Park-Weber, de flujo rápido dentro de la clasificación del tipo de malformaciones vasculares, que se caracteriza por un nevus varicoso osteotrófico, pero se diferencia por la presencia de macro fistulas arteriovenosas e incluso hipertrofia del miembro afectado, que puede alcanzar los 10 cm ⁽⁸⁾. A simple vista ambos síndromes son clínicamente muy similares de allí la importancia de los métodos de diagnóstico auxiliares para diferenciarlos, ya que el enfoque terapéutico es diferente ⁽¹⁸⁾.

Para el diagnóstico, además de la clínica, se utilizan el ultrasonido doppler, radiografías para evaluar el componente óseo y la angiorresonancia ⁽¹⁸⁾. Los procedimientos de diagnóstico invasivos tales como arteriografía, flebografía o linfografía se reservan para cuando se planea realizar cirugía o radiología intervencionista ⁽⁸⁾.

Los pacientes con síndrome de Klippel-Trenaunay se tratan con presoterapia con un soporte elástico y medidas preventivas para las complicaciones infecciosas. Si el incremento de la asimetría es mayor

a 3 cm se ha descrito la utilización de medios quirúrgicos, como ser la esqueletización (ligadura de vasos colaterales) de la arteria femoral superficial, y la ligadura de la arteria tibial anterior sólo si los troncos posteriores están presentes. Ambos tratamientos quirúrgicos reducen el número de fistulas arteriovenosas precapilares, disminuyen la hipertensión venosa igual que la PCO₂, con lo cual se actúa sobre la hipertrofia corporal y la sobrecarga del sistema venoso causante de futuras várices. Sin embargo, generan el potencial sangrado intraoperatorio y las infecciones postoperatorias ^(2,4). También se ha mencionado el cerclaje venoso o un grampeado metafisario femoral. Se han descrito tratamientos quirúrgicos tempranos, dentro de los cuales se citan el "stripping" de la vena marginal, ligadura de varicosidades, escisión de malformaciones linfáticas, fotocoagulación con láser y escleroterapia. La exéresis de varicosidades superficiales es controvertida debido al alto riesgo de recurrencia (más del 90%) y la alta incidencia de anomalías asociadas del sistema venoso profundo ⁽²⁾. En cuanto a la láserterapia, son necesarias varias sesiones, y dentro de las complicaciones relatadas se encuentran escaras, hipopigmentación e infecciones ^(19,20). De acuerdo con una reciente revisión de la literatura la mayoría considera más seguro el manejo conservador, difiriendo el quirúrgico para más adelante. En casos extremos el único recurso sería la amputación de la extremidad comprometida, pues la resección parcial está asociada a elevada morbilidad. Iniciada la deambulación toda asimetría puede equilibrarse con un suplemento del calzado.

Bibliografía

1. Atiyeh BS, Musharrafieh RS. Klippel-Trenaunay-type syndrome: an eponym for various expressions of the same entity. *J Med* 1995; 26:253-260.
2. Baraldini V, Coletti M, Cipolat L, Santuari D, Vercellio G. Early surgical management of Klippel Trenaunay Syndrome in childhood can prevent long-term haemodynamic effects of distal venous hypertension. *J Pediatr Surg* 2002; 37: 232-235.
3. Capraro PA, Fisher J, Hammond DC, Grossman JA. Klippel-Trenaunay syndrome. *Plast Reconstr Surg* 2002;109:2052-2060.

4. Papendieck C. Temas de angiología pediátrica. Atlas Color. Ed. Panamericana. 1992; Cap: 20-23: 119-141.
5. Dogan R, Faruk Dogan O, Oc M, Akata D, Gumus B, Balkanci F. A rare vascular malformation, Klippel-Trenaunay syndrome: Report of a case with deep vein agenesis and review of the literatura. J Cardiovasc Surg 2003; 44:95-100.
6. Fishman SJ, Mulliken JB. Vascular anomalies. A primer for pediatrists. Pediatr Clin North Am 1998; 45:1455-77.
7. Puig L. Lesiones vasculares: Hamartomas. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. Editorial Esmon. 2001; 65-70.
8. Enjolras O, Chapot R, Jacques Merland J. Vascular anomalies and the growth of limbs: a review. J Pediatr Orthop B. 2004; 13:349-357.
9. Papendieck C. Angiodisplasias. Terminología. Semántica. Síndromes. Patología vascular. Madrid. España 1998; Vol. IV (1).
10. Marler JJ, Mulliken JB. Vascular anomalies: classification, diagnosis and natural history. Facial Plast Surg Clin North Am 2001; 9: 495-504.
11. Papendieck C. Malformaciones venosas en pediatría. Rev Arg Cir Cardiovasc 2004; 1:46-75.
12. Furness PD, Barqawi AZ, Bisignani G, Decter RM. Klippel-Trenaunay syndrome: 2 case reports and a review of genitourinary manifestations. J Urol 2001; 166: 1418-1420.
13. Kotze PG, Soares AV, Campos Lima M, Baldin A, Sartor MC, Araujo Bonardi R. Síndrome de Klippel-Trenaunay: Uma causa rara de hemorragia digestiva baixa. Rev bras Coloproct 2002; 22:109-112.
14. Maari C, Frieden I. Klippel-Trenaunay syndrome: The importance of "geographic stains" in identifying lymphatic disease and risk of complications. J Am Acad Dermatol 2004; 51:391-398.
15. Lee A. Evaluation and management of pain in patients with Klippel-Trenaunay Syndrome: A Review. Pediatrics 2005; 115: 744-749.
16. Papendieck C. Síndrome de Klippel Trenaunay Servelle en pediatría. Rev Arg Cir 1993; 64: 42-44.
17. Papendieck CM, Barbosa ML, Pozo P, Braun D, Vannelli C. Klippel-Trenaunay-Servelle syndrome in pediatrics. Lymphat Res Biol 2003; 1: 81-85.
18. Ziyeh S, Spreer J, Rossler J, Strecker R, Hochmuth A, Schumacher M, Klisch J. Parkes Weber or Klippel Trenaunay syndrome? Non invasive diagnosis with MR projection angiography. Eur Radiol 2004; 14: 2025-2029.
19. Lam S, Williams E. Practical considerations in the treatment of capillary vascular malformations, or port wine stains. Facial Plast Surg 2004; 20 :71-76.
20. Oesch A. Pin Stripping. A novel method of atraumatic stripping. Phlebology 1993; 8: 171-173. ♦

**Carlos Spacarotel y
Miguel Angel Esteban**

*Servicio de Clínica Médica I.
Hospital de Niños "Superiora
Sor María Ludovica"*

✉ idip01@gmail.com

Caso clínico

Niño de 11 meses que ingresó a TI de nuestro hospital con diagnóstico de politraumatismo.

Al examen físico se encontró que ambas orejas presentaban el aspecto que se ve en la Figura 1.

Diagnóstico: oreja estañada ("tin ear"). Signo de forma poco frecuente de maltrato infantil.

Enfermedad actual: según refiere la madre "ella había subido a la terraza a aproximadamente 3 metros de altura, y el niño había quedado en el piso de abajo de su casa con la tía de 10 años de edad. Al bajar encontró al niño al costado de la escalera sin conocimiento y en decúbito ventral; la abuela del niño lo tomó en brazos y pidió auxilio, siendo llevada al Hospital Fiorito por un vecino". Se efectuó TAC en la que se visualizó fractura fronto-temporal derecha y parietal izquierda (Figura 2).

Se realizó revaloración del paciente, ya que el relato materno era confuso, con el agregado de las lesiones del pabellón auricular, las que se interpretaron como otohematoma u otoserohematoma.

El otohematoma u otoserohematoma es la acumulación de sangre y fluido seroso en el plano del pericondrio y el cartilago del pabellón auricular, cuya etiología en la mayoría de los casos es traumática.



Figura 1. Pabellones auriculares con hematomas (signo de la oreja estañada).

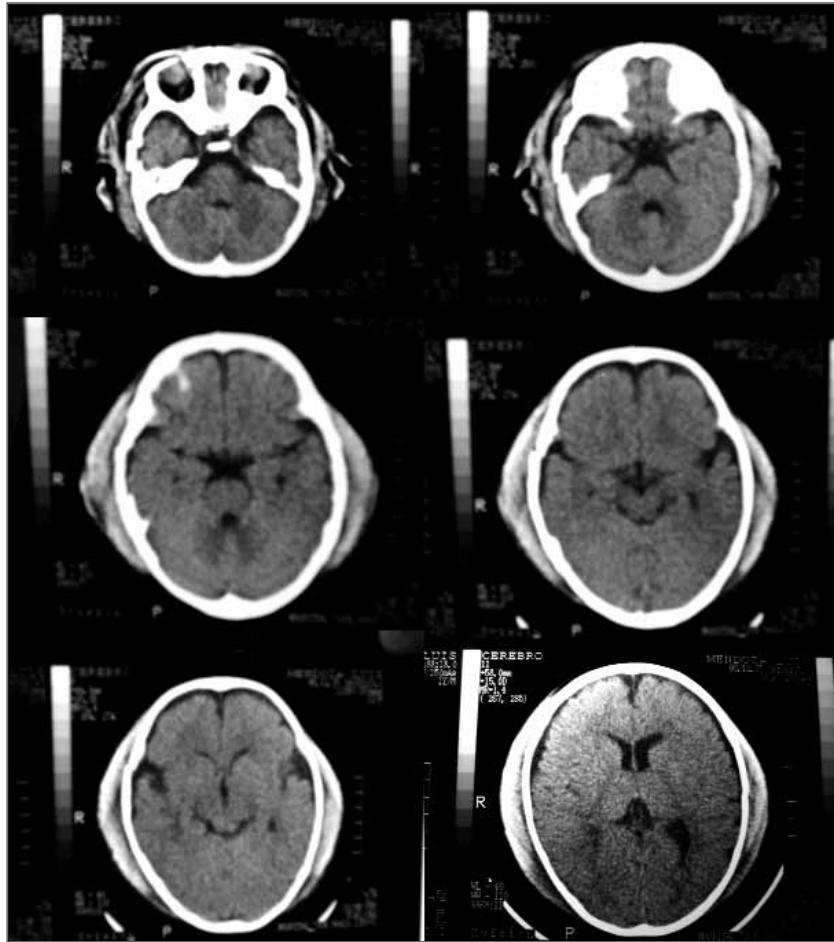


Figura 2. Se observa fractura fronto-temporal derecha y parietal izquierda.

En casos de gran hematoma, si este no es evacuado rápidamente, el mismo puede ocasionar una calcificación del cartílago o deformar el pabellón auricular. Muchos autores han llamado a esta alteración

"oreja en coliflor".

Estos hallazgos son un signo casi inequívoco de maltrato, cuya mecanismo en los niños es por trauma directo, tironeo y/o retorcimiento.

Bibliografía

1. Gilmer PA. Trauma of the auricle. En: Bailey Bryron J, Eds. Head and neck and surgery-Otolaryngology. Philadelphia; J.B. Lippincot Company, 1993: 1557.
2. Miery G, Correa I. Lesiones traumáticas del oído externo. En: Rivas J, Ariza H, Eds. Otolología. Santa Fe de Bogotá, Colombia; Universidad Nacional de Colombia, 1989: 241.
3. Giffin CS. The wrestler's ear (acute auricular hematoma). Arch Otolaryngol 1985; 111: 161.
4. Clemmons JE, Servereid LR. Trauma. In: Cummings ChW, Eds. Otolaryngology head and neck surgery. St. Louis, Missouri, EUA; Mosby, 1986: 2865-66.
5. Ohlesen L, Skoog T, Sohn SA. The pathogenesis of cauliflower ear. Scand J Plast Reconstr, Reconstr Surg 1975: 9-34.
6. Schuller DE, Dankle SD, Strauss RH. A technique to treat wrestler's auricular hematoma without interrupting training or competition. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1989; 115: 202. ♦

Darío Fajre
María José Farina

*Unidad Central de Endoscopia.
Hospital de Niños "Superiora Sor
María Ludovica"*

✉ fajredario@hotmail.com

Valoración de la vía aérea
por endoscopia respiratoria en niños
bajo tratamiento con Vincristina
Children under treatment with vincristine:
endoscopic evaluation of airways

Neuropatía laríngea

La Vincristina es un alcaloide derivado de la Vinca Rosea, la planta de la margarita, se utiliza con considerable éxito en combinación con prednisona para remitir la inducción en la leucemia aguda en niños. También es útil en algunas otras neoplasias rápidamente proliferativas. Produce una incidencia importante de neurotoxicidad, que limita su uso a cursos cortos. En ocasiones produce depresión de la médula ósea ⁽¹⁻²⁾.

Los alcaloides de la vinca son neurotóxicos, causando neuropatía periférica, siendo las neuropatías craneales un raro efecto colateral.

La literatura mundial reporta 27 casos en total de parálisis de cuerdas vocales en pacientes bajo tratamiento con vincristina.

Cuadro clínico

El paciente puede comenzar con disfonía o estridor, según los casos reportados en la literatura. Además de esto la disfagia puede estar presente, secundaria a la alteración sensitiva.

El antecedente del tratamiento con este alcaloide, y la aparición de los síntomas luego de comenzar el tratamiento, son altamente sugestivos de compromiso de los nervios laríngeos. Esto obliga a una valoración de la vía aérea por nasofibrolaringoscopia ⁽³⁾.

Conclusiones

La asociación de Vincristina con neuropatía periférica es una relación bien descrita, sin embargo la capacidad de comprometer los nervios craneales no es generalmente reconocida. Dada la complejidad de los pacientes que reciben agentes quimioterápicos, el potencial de un error diagnóstico es alto. Muchos pacientes tienen un tumor primario o lesiones metastásicas en sitios que pueden causar que haga pasar por alto o disimular esta causa reversible de disfunción neurológica ⁽⁴⁾.

La inducción de parálisis recurrencial es una potencial amenaza para la vida del paciente. Por esta razón, debe ser sospechada cuando se presenta estridor, debiendo ser considerada la visualización de la vía aérea para establecer la causa del compromiso en niños que están recibiendo Vincristina ⁽⁵⁾. Con el retiro del agente culpable resulta en un

pronto restablecimiento o mejoría sin secuelas perdurables o permanentes.

Bibliografía

- 1) Tobias JD, Bozeman PM Vincristine-induced recurrent laryngeal nerve paralysis in children. *Care Med* 1991;17:304-5.
- 2) Ryan SP, DelPrete SA, Weinstein PW, Erichson RB, Bar MH, Lo KM, Cohen NS, Tepler I. Low-dose vincristine-associated bilateral vocal cord paralysis. *Conn Med* 1999;63:583-4.
- 3) Burns BV, Shotton JC. Vocal fold palsy following vinca alkaloid treatment. *J Laryngol Otol* 1998 ;112:485-7.
- 4) Annino DJ, MacArthur CJ, Friedman EM. Vincristine-induced recurrent laryngeal nerve paralysis. *Laryngoscope*. 1992; 102:1260-2.
- 5) Anghelescu DL, De Armendi AJ, Thompson JW, Sillos EM, Pui CH, Sandlund JT. Vincristine-induced vocal cord paralysis in an infant. *Paediatr Anaesth* 2002;12:168-70. ♦

V Jornadas de Actualizaciones
en Clínica Pediátrica y Neonatología
La Plata - 2007

Coordinadora:
Zulma Fernández

Integrantes:
María Rosa Agosti
Isabel Bosco
Ricardo Drut
Luis Guimarey
Rosario Merlino
Claudia Pedraza
Néstor Pérez
Javier Ruscasso
Stella Maris Trotta

Deficientes de IgA: nuevo método
serológico para enfermedad celíaca

González, MB*, Girard Bosch, MC**, Nanfito, G***, Guzmán L***, Delgado Caffé, A*.

* Sala Inmunoserología Laboratorio Central, ** IDIP. *** Sala Gastroenterología.

Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ mceciliagb@yahoo.com.ar

Introducción: la pesquisa, diagnóstico y seguimiento de pacientes celíacos ha tomado una dimensión diferente gracias a la implementación de pruebas serológicas. Recientemente, se ha desarrollado un ELISA IgG anti gliadina (AGAIIG) con péptidos sintéticos de gliadina desamidada. La misma podría ser de utilidad en pacientes celíacos con déficit de IgA.

Objetivo: evaluar la performance de los anticuerpos AGAIIG frente a la serología estándar en pacientes deficientes de IgA.

Materiales y métodos: se estudiaron 28 sueros de pacientes deficientes de IgA con un rango de 2 a 16 años de edad, asistidos en el servicio de Gastroenterología durante el período 2005-2006. A los mismos se les solicitó oportunamente serología para celiaquismo. Se procesaron 20 muestras controles (pacientes deficientes de IgA sin síntomas gastrointestinales). La medida de IgA sérica se realizó por nefelometría (Beckman Coulter). Se consideraron deficientes a los pacientes con valores de IgA < 0.07 g/l (sensibilidad del método). Los anticuerpos antiendomiso (EmA) se investigaron por IFI sobre cortes de esófago distal de mono (INOVA Diag.) y los anticuerpos tTGh-G, AGA-G (convencional) y AGAIIG con equipos comerciales de ELISA (INOVA Diag.).

Resultados: correlacionados los resultados de AGAIIG/EmA-G; AGAIIG/tTGh-G y AGAIIG/AGA-G convencional se obtuvieron los siguientes datos:

AGAIIG/EmA-G: Concordancia general: 100%(28/28). AGAIIG/tTGh-G: Concordancia general: 96.5% (27/28). AGAIIG/AGA-G convencional: Concordancia general: 57% (16/28)*. *Las 12 muestras discordantes (43%) presentaron AGA-G conv (+) con AGAIIG (-) con EmA-G y tTGh-G (-), sólo cuatro de ellas fueron biopsiadas con resultados normales. Todos los pacientes deficientes de IgA utilizados como controles tuvieron serologías negativas.

Conclusiones: en nuestro estudio los valores obtenidos de AGAI-G mostraron una estrecha correlación con los resultados de EmA-G y tTGh-G. Comparado con AGA-G convencional, este nuevo test demostró una mayor especificidad, lo cual lo convierte en una herramienta más útil en la pesquisa de pacientes celíacos deficientes de IgA.

Prácticas y representaciones sobre la alimentación de madres adolescentes (MA) durante el período de lactancia

Lorena Pasarin, Rosa Villalobos.

Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP). Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ lopasarin@gmail.com

Introducción: la Antropología ha realizado diferentes aproximaciones a la problemática alimentaria intentando rescatar los múltiples aspectos de la alimentación, cuestión que se ha abordado principalmente desde sus aspectos nutricionales o biomédicos dejando de lado una diversidad de factores que inciden en la selección de los alimentos. Durante la adolescencia, los individuos comienzan a considerarse autónomos y socialmente independientes, especialmente en lo concerniente a la alimentación; esto sumado a una situación de maternidad lleva a una diferenciación, transformación y reinterpretación de las pautas alimentarias adquiridas.

Objetivos: describir el comportamiento alimentario de un grupo de MA en periodo de lactancia, haciendo énfasis en las prácticas y representaciones en torno a la alimentación durante el puerperio y la lactancia.

Metodología: diseño descriptivo de corte transversal con metodología cualitativa. Población: 7 MA (entre 15 y 17 años), seleccionadas con procedimientos de muestreo teórico (intencional). Técnica de recolección de datos: entrevista semiestructurada.

Resultados: el factor económico determina la elección de los alimentos a consumir diariamente en el hogar, pero sólo proporciona un contexto dentro del cual se conjugan otros factores culturales que también deben ser considerados. La selección de los alimentos se constituye como una tarea femenina desde el momento de la toma de decisión de qué comer. Se observan prescripciones y proscripciones alimentarias relacionadas con la lactancia. Las representaciones acerca del cuerpo se encuentran asociadas a la concepción de un cuerpo sano = fuerte o grande. Hay una percepción de apatía personal y del entorno familiar respecto de la alimentación de las MA durante la lactancia.

Conclusiones: a partir de este trabajo podemos concluir que la dimensión simbólica de la cultura es productora de representaciones que condicionan y resignifican las prácticas alimentarias de las adolescentes durante el período de lactancia, dando sentido a lo que pueden y deben comer las MA durante esta etapa.

La Resiliencia como una herramienta metodológica complementaria del Trabajo Social

Alarcón, Francisca; Andreoni, M. Laura; Dandeu, Andrea; Ferradás, Carolina; Herrera, Anabela; Martínez Rizzo, Daniela V.; Osaba, Mariela; Pan, M. Celeste; Rodríguez, M. Cecilia; Sánchez, Silvina y Tauler, Soledad. Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ Sis70@fibertel.com.ar

Introducción: los profesionales de la salud nos encontramos en nuestro quehacer cotidiano con personas o grupos que viven situaciones adversas, difíciles de superar. Sin embargo la realidad nos demuestra que hay quienes no sólo las superan, sino que salen fortalecidas y transformadas de esas situaciones. Esta forma de enfrentar las adversidades es denominada *Resiliencia*.

Desde la residencia de Servicio Social se ha trabajado durante el año 2006 este enfoque. Por lo tanto consideramos que es posible articular los objetivos de intervención de nuestra profesión con la *Resiliencia* como herramienta de trabajo.

Objetivo: promover la Resiliencia como herramienta metodológica complementaria a la formación e intervención profesional, en el Servicio Social del Hospital de Niños de La Plata "Superiora Sor Maria Ludovica".

Metodología: en nuestra intervención cotidiana trabajamos con demandas que expresan situaciones de adversidad que por su complejidad, nos desafían a construir nuevas estrategias de abordaje.

Desarrollar las potencialidades de los sujetos con los cuales trabajamos forma parte de nuestra perspectiva de intervención, lo que nos impulsó a apropiarse y trabajar con la resiliencia como herramienta metodológica identificando y promoviendo las fortalezas internas y sociales. Estas incluyen elementos que encuadran al sujeto como sujeto histórico-social de derecho, con una red de recursos existentes (apoyo familiar, institucional y comunitario) con la capacidad de generar nuevas condiciones de existencia.

Estas fortalezas anteriormente mencionadas se pueden enmarcar en el modelo propuesto por Edith Grogbert: Yo tengo (apoyo externo), Yo soy (fortalezas innatas), Yo puedo (capacidad resolutive e interpersonal).

Conclusiones: la Resiliencia como herramienta metodológica permite agregar nuevos conceptos, nombrar otros que ya se conocían y reorganizar los conocimientos adquiridos según la propia experiencia laboral y personal. Consideramos que el mayor aporte del que nos ha proveído la resiliencia es fortalecer la construcción de los procesos metodológicos de intervención en el quehacer cotidiano.

Percepción sobre los procesos destructivos y los procesos favorables en la práctica cotidiana del personal de enfermería

Morrone, B; Todisco, Estela; Scalise, Ricardo.

Universidad Nacional de Mar del Plata

✉ bmorrone@infovia.com.ar; estelatodisco@hotmail.com

El **objetivo** del presente trabajo es indagar la percepción que los profesionales de enfermería tienen acerca de los procesos destructivos y procesos favorables asociados a su práctica ocupacional, a fin de promover estrategias que fortalezcan el ejercicio de la misma, su entorno laboral y por ende su propia calidad de vida.

Para ello se aplicó una encuesta autoadministrada, anónima y voluntaria.

La población en estudio estuvo constituida por 110 profesionales de enfermería de las provincias de Bs. As., Entre Ríos, Santa Fe, Córdoba, Mendoza y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las mismas fueron procesadas por el programa EPI INFO.

Las variables estudiadas fueron las características de la población (edad, años de ejercicio laboral, sexo, servicio, subsector dentro del sistema de salud de la institución en que trabaja), y como subdimensiones de las variables riesgos los psicosociales, físicos, químicos y biológicos y la identificación de los principales problemas de salud que relacionaban con la labor de los enfermeros.

Además se indagó sobre la percepción de los mismos, con respecto a quiénes deben intervenir en los problemas y establecer estrategias y acciones de prevención y sobre la evitabilidad de los accidentes que se registran en la práctica cotidiana.

Los **resultados** que se presentan están acotados a lo obtenido mediante medidas de tendencia central ya que el análisis multivariado está en pleno procesamiento.

Como **conclusiones preliminares** podemos establecer que en cuanto a factores protectores a los riesgos mencionados, el mayor porcentaje señala la fuerza que puede dar el conjunto sobre quienes deben establecer acciones para el control, sin mencionar quienes lo componen, otros apuntan al autocuidado pero a su vez hablan de la baja percepción del mismo que tenemos los profesionales de enfermería destacando las opiniones que

manifiestan que las instituciones de salud no entienden que son responsables del control de riesgos, pues consideran que estar expuestos ellos es algo natural en los enfermeros. Asimismo se cita que se pueden prevenir los problemas de salud y los accidentes laborales y cuando deben fundamentar sobre cómo se evitarían aparecen respuestas tautológicas.

Abuso sexual infantil: una mirada desde un equipo interdisciplinario

Giugno, SM, Ocampo, D, Laperchia, MR, Brogna, M, Borsa, AM, Rubinstein, A, Castillo, L. Grupo interdisciplinario de abuso y maltrato infantil. Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ silviniagiugno@ciudad.com.ar; amborsa@hotmail.com

Introducción: el abuso sexual infantil (ASI), ha registrado un notable incremento en los motivos de consulta en el marco del hospital pediátrico.

Objetivo: abordar el Abuso Sexual Infantil de manera interdisciplinaria, para construir un diagnóstico conjunto, que tenga en cuenta todos los factores que intervienen: médicos, psicológicos y sociales, a fin de propiciar un diagnóstico y seguimiento adecuado para cada caso particular.

Materiales y métodos: entre enero 2003 y diciembre 2005, fueron evaluados 412 niños por las distintas áreas que conforman el equipo interdisciplinario: Ginecología, Laboratorio, Psicopatología y Servicio Social, del Hospital de Niños Superiora Sor María Ludovica de La Plata.

Resultados: el 67% de las consultas fueron de nuestro hospital, y 33% extrahospitalarias. Ginecológicamente se agrupó a los niñas siguiendo la clasificación de Muram y Adams: Clase I (hallazgos normales): 41%; Clase II (hallazgos inespecíficos): 34%; Clase III (hallazgos específicos): 22% y Clase IV (hallazgos de certeza): 3%. Los estudios de laboratorio fueron positivos en 39 casos, de los cuales 28 correspondieron a ITS.

Desde Psicopatología se realizó evaluación individual, deteniéndose particularmente en el relato del niño, así como en los discursos de los adultos que los tienen a su cargo. De esta forma: 318 niños requirieron seguimiento, 80 niños recibieron abordaje psicoterapéutico, 69 fueron derivados a otros servicios y 45 no concurren a las entrevistas pactadas.

La intervención social impactó sobre el 67% de la población atendida. El 33% sin seguimiento social, respondió a la imposibilidad de coordinación intersectorial.

Conclusiones: el abordaje interdisciplinario del Abuso Sexual Infantil permite una mirada integral del caso individual permitiendo un diagnóstico más preciso y la elaboración de estrategias de abordaje y seguimiento, respetando su singularidad.

Prematurez y pobreza. Una mirada desde el interior de las Estrategias Familiares de Reproducción Social

Biera A; Ftulis N.

H.I.G.A. Dr. J. Penna. Bahía Blanca.

✉ anabiera@hotmail.com; nftulis@gmail.com

Se trata de un trabajo que viene a profundizar un estudio en el que participamos en el año 2006.

Problema de investigación: ¿Cómo se estructura la lógica de las estrategias de reproducción cotidiana de las familias pobres, con hijos prematuros complejos que han transitado por la alta complejidad del sector público de salud, en relación a la reproducción cotidiana de esos niños durante el primer año de vida?

Hipótesis: la lógica de las estrategias de reproducción cotidiana de las familias pobres con hijos prematuros complejos que han transitado por la alta complejidad del sector público de salud, pareciera verse atravesada por el "sobre-esfuerzo" de reproducir las condiciones concretas en términos edilicios, ambientales y alimentarios del espacio hospitalario dejado atrás, en el "pobre" espacio cotidiano del presente, por el "compromiso" de acceder a la atención institucionalizada y por la "experiencia-inexperiencia" de participar en la construcción de las condiciones simbólicas de la intersubjetividad familia-equipo de salud.

Objetivos: a: descubrir los mecanismos adoptados por las familias, en el marco de las estrategias cotidianas en cuestión. b: develar, los procesos representacionales de estas familias en torno a las condiciones concretas que sostuvieron la internación de sus niños, los procesos de interiorización de "obligaciones" desde la internación hasta el alta y las prácticas comunicacionales en la internación y luego del alta.

Metodología: tipo de estudio: exploratorio. Población seleccionada: diez familias con el perfil planteado, cuyos niños han transitado por el Servicio de Neonatología del H.I.G.A. Dr. J. Penna durante el segundo semestre del año 2005. Técnicas de recolección de datos: recopilación documental, observación participante y entrevistas en profundidad. Unidades de análisis: -relatos de las familias en relación a experiencias hospitalarias y cotidianas en juego, -discursos familiares previos al alta hospitalaria, en relación al cuidado del hijo, -discursos familiares en el marco de consultas en el sector público de salud, -dispositivos domésticos en función de los niños involucrados.

Resultados: a- Peregrinajes institucionales en busca de recursos materiales, acuerdos familiares, acomodamientos/cuestionamientos/negociaciones/consensos en términos de indicaciones de salud. b- Percepción de indispensabilidad de condiciones materiales domésticas. Atención institucionalizada post-alta: de la indicación del equipo a la auto-exigencia familiar. Prácticas comunicacionales con el equipo de salud: de la incuestionabilidad a la construcción conjunta.

Conclusiones: este estudio, permite circular tanto por mecanismos concretos al interior de las estrategias de las familias involucradas que ponen de manifiesto "sobre-esfuerzos" y "autoexigencias", como por la dinámica que las "obliga", a veces con mucho peso para ellas, a participar de una intersubjetividad que ha sido poco explorada.

Efecto de la suplementación con calcio sobre la disminución del contenido mineral óseo durante la lactancia en madres adolescentes

Malpeli A, Villalobos R, Macias-Couret M, Mansur JL, Kuzminczuk M, De Santiago S, González H. Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP) del Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ idadip01@gmail.com

Introducción: la adolescencia es un periodo de máxima acreción ósea. La disminución de la densidad mineral ósea (DMO) de madres adolescentes que no cubren las recomendaciones de ingesta de calcio durante la lactancia fue descripta y representaría un factor de riesgo para su salud ósea.

Objetivo: evaluar el efecto de la suplementación con calcio a adolescentes, durante el periodo de lactancia, sobre la DMO.

Métodos: se realizó un estudio de intervención comparativo de dos formas de suplementación con 1 gr/día de calcio durante 180 días. Grupo 1 (G1): lácteos y alimento fortificado; Grupo 2 (G2): comprimidos de citrato de calcio. La muestra fue conformada por adolescentes < de 19 años, cuyos hijos nacieron en la Maternidad del Hospital "San Martín" de La Plata y que amamantaron a sus hijos en forma exclusiva por lo menos por 3 meses. Se realizó densitometría ósea (columna lumbar, cadera, corporal total), encuesta alimentaria y evaluación antropométrica a los 15 días y al sexto mes postparto.

Resultados: no se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos respecto de edad, variables antropométricas y edad de menarca. Se halló correlación significativa entre variación porcentual del contenido mineral óseo total a los 6 meses y consumo de calcio ($r:0.34$, $p=0.049$). No se hallaron diferencias entre grupos

en la disminución de la DMO en los diferentes puntos estudiados. Se halló correlación significativa entre DMO y peso corporal en los puntos estudiados ($r \geq 0.44$ y $p \leq 0.006$).

Conclusiones: no se halló diferencias entre ambas formas de suplementación. La ingesta de calcio y el peso se asociaron a la DMO.

Impacto de la diarrea por rotavirus en dos períodos distintos de vigilancia en un hospital pediátrico

Borsa, AM, Fallesen, AS, Sartori, M.

Sala de Microbiología. Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ amborsa@hotmail.com

Introducción: rotavirus es la primera causa de diarrea aguda infantil en el mundo afectando principalmente a los menores de 2 años de vida, sin importar la condición socioeconómica.

Objetivo: comparar retrospectivamente el impacto de la diarrea por rotavirus, demostrando que la variación climática en los últimos 8 años ha modificado la incidencia y frecuencia estacional del mismo.

Materiales y métodos: se estudiaron 2618 muestras de materia fecal de pacientes con diarrea aguda, que concurren en forma ambulatoria a nuestro hospital: año 1999: 1375, año 2006: 1243. La población se dividió por trimestre: Año 1999 primero: 470, segundo: 447, tercero: 215, cuarto: 243. Año 2006 primero: 459, segundo: 347, tercero: 235, cuarto: 202. El diagnóstico de rotavirus se hizo por Elisa Biorad.

Resultados: rotavirus positivos: año 1999: 396 (28,8%). Primer trimestre: 80 (17,0%), segundo: 222 (49,7%), tercero: 56 (26,1%), cuarto: 38 (15,6%). Se observó un pico en junio con 60,8% (90/148) de muestras positivas. Año 2006: 352 (28,3%). Primer trimestre: 127 (27,7%), segundo: 109 (31,4%), tercero: 81 (34,5%), cuarto: 35 (17,3%). El pico correspondió a septiembre con 37,7% (20/53) de muestras positivas. Además se encontró rotavirus en 12 pacientes mayores de 6 años.

Conclusiones: si bien la incidencia por rotavirus fue la misma para los 2 períodos, es notoria la variación estacional, donde la circulación de rotavirus muestra un corrimiento al tercer trimestre para el año 2006. El pico mensual fue junio para 1999 y septiembre para 2006. Hubo mayor infección para cada mes en el año 2006. Indudablemente la variación climática influyó en la circulación de rotavirus, por lo que es siempre necesaria la vigilancia epidemiológica.

Hemangioendoteloma kaposiforme con síndrome de kasabach-merritt de ubicación torácica. A propósito de 4 casos tratados con interferon

Pollono DG*, Drut R, Urrutia A***, Fontana A**, Rositto A+, Maffezoli O^{aa}, Tomarchio S*, Juliano P^a**

*Scio de Oncología Pediátrica; **Depto de Anatomía Patológica; ***Depto de Imágenes; +++Scio de Cirugía Pediátrica, ^aResidencia Clínica Pediátrica. HIAEP "Sup. Sor María Ludovica", La Plata. ^{aa}Scio de Neonatología, Nueva Clínica del Niño, La Plata.

Introducción: el hemangioendoteloma kaposiforme, engloba a un grupo de patologías, referidas previamente con diferentes nombres como angioma en penacho o angioblastoma, siendo consideradas actualmente como la misma entidad en diferentes etapas de evolución, presentando clínica, ubicación, morfología e inmunohistoquímica similar. Deben ser diferenciadas de los angiomas clásicos, que no producen complicaciones como el fenómeno de Kasabach-Merritt por atrapamiento plaquetario y consumo de factores, que puede presentar una mortalidad del 20-40%. El tratamiento clásico de los angiomas, con expectación o corticoterapia no tienen validez en estas patologías, donde el crecimiento y compromiso de órganos pueden comprometer la vida. Universalmente se ha iniciado el uso de interferon como agente antiangiogénico, con la intención de disminuir el tamaño y aminorar los episodios de plaquetopenia.

La evolución de los estudios ha mostrado una respuesta entre el 30 y 65%, siendo ella de grado variable. Ante la eventualidad de resistencia ha sido postulado el uso de agentes citostáticos.

Objetivo: mostrar las características clínicas de la enfermedad en su ubicación torácica con Síndrome de Kasabach-Merritt, estudios de diagnóstico, evolución y respuesta a los diferentes tratamientos utilizados.

Material y métodos: estudio retrospectivo, descriptivo de 4 pacientes afectados por Hemangioendoteloma kaposiforme de pared torácica (2 con compromiso cervical) y síndrome de Kasabach-Merritt (75% de diagnóstico neonatal) tratados en esta Institución.

Resultados: los 4 pacientes (100% sexo femenino) ingresaron con masa visible y compromiso de región cervical acompañante en 2 de ellos. En 2 pacientes la sintomatología fue predominantemente respiratoria (requiriendo asistencia respiratoria). Todos mostraron tumoración de pared con cambios clínicos de la piel y episodios de atrapamiento plaquetario. Recibieron inicialmente tratamiento corticoideo sin resultados.

Tres iniciaron tratamiento con interferon. En 2 la remisión de la enfermedad fue obtenida en forma completa, hallándose en seguimiento, fuera de tratamiento por lapso de 16 y 60 meses. El 3er paciente falleció a los 12 días de iniciado el tratamiento, sin respuesta al interferón, con complicaciones pulmonares.

El 4to paciente estabilizó su enfermedad con interferón, pero recibió vincristina semanal con resolución parcial de la patología.

Pseudohipoaldosteronismo secundario

Martinoli, MC; Roche, M; López, S; Cobeñas, C.

✉ celestemartinoli@yahoo.com.ar

El Pseudohipoaldosteronismo secundario es un trastorno transitorio de la función tubular que aparece como consecuencia de una resistencia del túbulo renal a la acción de la aldosterona, más comunmente en niños con infecciones del tracto urinario y/o uropatía obstructiva ^{1,2,3}.

Se caracteriza por un patrón de alteraciones que incluyen hiponatremia con natriuresis inapropiada, hiperkalemia y acidosis metabólica ² (acidosis tubular renal tipo IV - ATR IV), a menudo asociado a deshidratación y poliuria ⁴. Es más frecuente en varones ³.

El riesgo de desbalance hidroelectrolítico severo que genera disminuye considerablemente después de los 3 meses de edad ^{2,3}.

Las consideraciones clínicas más importantes a tener en cuenta son: 1) Debe ser sospechado en todo lactante pequeño que presente un cuadro bioquímico compatible con ATR IV, especialmente tras haber descartado hiperplasia suprarrenal congénita, 2) Frente a la sospecha clínica debe realizarse una ecografía renal para descartar uropatía asociada, y 3) Si bien el cuadro bioquímico es idéntico a un hipoaldosteronismo, los valores de aldosterona y renina están típicamente muy elevados (pseudohipoaldosteronismo).

Objetivos: 1) Efectuar un estudio descriptivo en base al análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes internados en el servicio de Nefrología del HIAEP Superiora Sor María Ludovica, con diagnóstico de pseudohipoaldosteronismo secundario; 2) Consignar las uropatías asociadas y la relación con infección urinaria; 3) Indicar el tratamiento realizado.

Población y métodos: se efectuó el análisis retrospectivo de 10 historias clínicas de pacientes internados entre 1982 y 2007 en el servicio de Nefrología del HIAEP Superiora Sor María Ludovica, con diagnóstico de pseudohipoaldosteronismo secundario.

Las variables consignadas fueron: edad al diagnóstico, sexo, síntomas al ingreso, asociación o no a uropatías e infección urinaria, diagnóstico prenatal de uropatía, laboratorio de ingreso, tratamiento y evolución.

Resultados: la edad promedio al diagnóstico fue de 52.2 días (rango entre 10 y 180 días de vida). El total de los pacientes fueron varones. Siete pacientes (70%) se presentaron con Infección urinaria (3 de ellos con sepsis y 3 con deshidratación asociada); en 2 casos fue hallazgo de laboratorio (20%). Otros signos asociados fueron: diarrea (2 pacientes), vómitos (1 paciente), ictericia (1 paciente), dificultad respiratoria (1 paciente). En

todos los casos hubo asociación a uropatía: VUP 50%; Síndrome de Prune belly con hidronefrosis bilateral 40%; RVU primario 10%. Sólo un paciente tenía registro en la historia clínica de diagnóstico prenatal de hidronefrosis.

En todos los casos el laboratorio reveló hiponatremia ($x=124.3$ mEq/l, $r=118-125$ mEq/l), hiperkalemia ($x=6.36$ mEq/l, $r=5,6$ a $7,8$ mEq/l) y acidosis metabólica (x bicarbonato = 11.9 mEq/l $r=3-19$ mEq/l); 90% pacientes presentaban caída de filtrado glomerular (urea $x: 1,63$ g/l, rango $0.94-2.78$ g/l; creatinina $x: 2,3$ mg/dl, $r=0.8-4.38$ mg/dl). Cinco pacientes tenían dosajes de Aldosterona plasmática, siendo elevada en todos los casos ($x=1950$ $r=350-2000$). Adicionalmente 3 tenían dosajes de renina ($x=55$ ng/ml/h $r=15-120$ ng/ml/h) y en todos estaba por encima de los valores normales.

En cuanto al tratamiento, 80% recibió antibioticoterapia. Todos requirieron aporte de Na en forma de bicarbonato y/o cloruro por encima de 9.8 mEq/kg/d ($r=4-28$ mEq/kg/d).

A 7 pacientes (70%) se les realizó vesicostomía.

Todos normalizaron el ionograma plasmático y EAB luego del tratamiento. Todos evolucionaron a IRC.

Conclusiones: en todos los pacientes el pseudohipoaldosteronismo secundario se asoció a uropatía obstructiva grave. En el 70% de los casos se asoció a infección urinaria y el cuadro se resolvió con el tratamiento médico y desobstructivo. Todos evolucionaron a IRC, en relación al grado de displasia renal congénita que presentaban.

Bibliografía: 1- Rodriguez MJ, Caggiani M, Rubio I. Pseudohipoaldosteronismo transitorio secundario a pielonefritis con reflujo vésicoureteral severo en un lactante. Arch Pediatr Urug 2006; 77 (1): 29-33. 2- Maruyama K, Watanabe h, Onigata K. Reversible secondary pseudohypoaldosteronism due to pyelonephritis. Pediatr Nephrol (2002) 17:1069-1070. 3- Melzi ML, Guez S. Acute pyelonephritis as cause of hyponatremia/hyperkalemia in young infants with urinary tract malformation. Pediatr Inf Dis J 1995; 14:56-59. 4- Giapros V, Tsatsoulis A. Rare causes of acute hyperkalemia in the 1st week of life. Pediatr Nephrol 2004; 19: 1046-1049. 5- Avner E, Harmon W, Niaudet P. Pediatric Nephrology. 5° Edición. Lippincott Williams & Wilkins 2004.

Osteopenia en el recién nacido menor de 2000g Evaluación mediante química y factores de riesgo

Vidal Juan; Casal Mariana; Vera Valeria; Tsavoussian Lorena; Zanabria Robles María Laura.

Hospital Especializado Materno Infantil Ana Goitía - Avellaneda, provincia de Buenos Aires.

✉ lorerc2000@yahoo.com.ar

Introducción: la osteopenia (ost) es una patología multifactorial de incidencia creciente en los recién nacidos (rn) de muy bajo peso. Su incidencia es inversamente proporcional con el peso y edad gestacional (eg). Se emplean distintos factores bioquímicos como calcio (ca), fósforo (p) y fosfatasa alcalina (fal) para medir el grado de mineralización ósea. No hay referencia bibliográfica clara sobre: valores normales, incidencia y factores de riesgo.

Objetivos: valorar el comportamiento de fal, ca y p en el crecimiento del rn menor de 2000g, estimar incidencia y el comportamiento de distintas variables.

Material y método: estudio descriptivo-retrospectivo de casos y controles. Se analizaron 129 rn menores de 2000g con un aporte mínimo de ca de 168 mg/kg y de p de 98 mg/kg. Se midió a los 15, 30 y 45 días de vida el ca, p y fal. Se consideró diagnóstico de ost fal mayor de 1000 ui/l sin que otra causa lo justifique. Se compararon las siguientes variables entre los casos y controles (1:11.9): eg, peso, RCIU, sexo, ayuno, alimentación parenteral, furosemida, cafeína, salbutamol, antibióticos, y DBP, ROP y HIC. Se realizó prueba de T student y regresión logística, se consideró diferencia significativa $p < 0,05$.

Resultados: eg $33.5s$ ($25/38$) peso: 1538 g. ($655/1985$), 49% rciu. A los 15 días, fal, 554 ui/l (ds 224); ca: 9.7 mg/dl (ds 1.7); p: 6.2 mg/dl (ds 1.6) a los 30 días, fal, 660 ui/l (ds 227); ca: 9.6 mg/dl (ds 0.98); p: 6.2 mg/dl (ds 1.4). A los 45 fal, 790 ui/l (ds 320); ca 9.5 mg/dl (ds 0.95); p: 6.7 mg/dl (ds 1.27). Se diagnosticaron 10

ost. Se vieron diferencias significativas en el peso ($p=0.049$), rciu ($p=0.046$) $or=12.99$ (ic 95% 1.48/114), furosemida ($p=0.034$) $or=6.64$ (ic=95% 0.77/71), dbp ($p=0.01$) $or=10$ (ic=95% 1.41/71).

Conclusión: la incidencia de ost fue de 7.75% aumentando a 38.5% en menores de 1000g. La media de fal fue de 571 ui/l (ds 191) el padecer RCIU y DBP aumentan 12.9 y 10 veces respectivamente el riesgo de ost.

Diagnóstico neonatal de discinesia ciliar primaria: reporte de un caso

García López, Sebastián; Rodríguez, Liliana; Alaimo, María José; Bozzola Vanesa.

Hospital Especializado Materno Infantil Ana Goitía - Avellaneda, provincia de Buenos Aires.

✉ majoaalaimo@yahoo.com.ar; L_rodriguez@yahoo.com.ar

Introducción: la discinesia ciliar primaria (DCP) se corresponde con un trastorno determinado genéticamente, autosómico recesivo, que se caracteriza por la disfunción las células ciliadas. Prevalencia 1/30.000 habitantes. Este síndrome se reconoce raramente en periodo neonatal. Reportamos un caso sobre un neonato con situs inversus y dificultad respiratoria de origen inexplicable.

Caso Clínico: paciente de 3275 g., sexo masculino, parto vaginal a las 40 semanas de edad gestacional; Apgar 8/9, madre de 18 años, Gesta 1 Paridad O, embarazo sin antecedentes de relevancia. Recién nacido vigoroso, que a las 12 horas de vida comienza con dificultad respiratoria, radiografía de tórax: dextrocardia, cámara gástrica derecha. Requiriendo de oxígeno al 40%. Se decide hemocultivar y medicar con antibióticos. Ecocardiografía: confirma el diagnóstico situs inversus. Ecografía abdominal confirma la rotación abdominal. Dificultad respiratoria de evolución torpida con requerimientos de oxígeno, b2 y quinesioterapia permanente que resuelve a los 13 días de vida. Se realiza estudio de la ultraestructura ciliar confirmando el diagnóstico de DCP.

Conclusión: la DCP es una enfermedad de comienzo neonatal rara. El diagnóstico temprano y oportuno es importante para prevenir complicaciones. Este síndrome debe considerarse en el diagnóstico diferencial del recién nacido con dificultad respiratoria y situs inversus.

Palabras claves: discinesia ciliar primaria, síndrome kartagener, situs inversus, neonatal.

Sirenomelia: presentación de un caso clínico

Benvenuto Mario, Allussón M. Eugenia, Figueira Carolina, González Silvina, César Margheritis.

Maternidad, Hospital San Martín de La Plata.

✉ benvenutomario1525@yahoo.com.ar

Introducción: la Sirenomelia es una patología extremadamente rara y letal en la mayoría de los pacientes; se produce por la fusión de los miembros inferiores secundaria a un trastorno severo en el desarrollo del blastema caudal axial posterior (en la cuarta semana del desarrollo embrionario), posiblemente debido a una alteración vascular de una de rama de la arteria aorta abdominal. Se presenta en forma aislada o asociada a trastornos renales, cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios neurológicos o genitales, formando parte de Síndrome de Regresión Caudal. Su presentación es de 1 caso cada 60000 recién nacidos.

Objetivos: presentación de un caso clínico de Sirenomelia sin Diagnóstico prenatal.

Material y métodos: madre de 22 años, G4 P2 A1, embarazo controlado con diagnóstico prenatal de Hidrocefalia, Mielomeningocele, oligoamnios severo. Antecedentes maternos: HTA gestacional e infección urinaria segundo trimestre. Se realiza cesárea a las 35 semanas (RNPT/BPEG con peso de 1450 grs. apgar 4/6). Al examen físico presenta fusión de extremidades inferiores, sin genitales externos y malformación ano rectal (ano imperforado). Exámenes Complementarios: Rx: pulmones hipoplásicos, agenesia de sacro, fusión de fémures agenesia de tibia izquierda y radio izquierdo. Se realiza estudio genético para evaluar sexo. RN

fallece a las 2 horas de vida.

Conclusiones: a pesar de la rareza de su presentación, es importante realizar un buen diagnóstico prenatal para poder anticipar a los padres sobre el pronóstico ominoso de la presente patología.

El niño, las vacunas y el médico en formación en pediatría

Agosti M^{1,2}, Andrade P², D'Angelo G², Fagnan M², González Ayala S^{1,2}.

¹ Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital de Niños Superiora Sor María Ludovica, La Plata.

² Cátedra de Infectología, Facultad Ciencias Médicas, Universidad Nacional La Plata.

Introducción: la formación del pediatra debería estar dirigida a la atención integral del niño y su entorno. Uno de los pilares básicos es el cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunación.

Objetivo: evaluar el registro de los antecedentes vacunales.

Material y métodos: análisis retrospectivo de los antecedentes vacunales en 797 historias clínicas (primera internación) de niños 0-15 años, Servicio Enfermedades Infecciosas, Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica", año 2006; programa Excel de Windows®.

Resultados: en el 42% (n= 331) no se realizó el registro vacunal. De los 466 pacientes con registro vacunal el 68,5% tenían calendario completo y el 31,5% incompleto. La cobertura vacunal/grupo edad fue: 0-7 meses, 60,7%; 8-12 meses 68,4%; 8-10 años: 66% y 11-12 años, 50%. No se observaron diferencias según el lugar de residencia; 69,3% de los niños residentes en el Gran La Plata, 62,8% del conurbano sur y 67,2% del resto de la provincia.

Comentario: las coberturas halladas son muy diferentes a las de los niveles nacional/provincial y evidencian una preocupante situación de salud pública. Ello podría relacionarse con la crisis económica de los últimos años. Se plantean dos escenarios: 1- familiar (otras prioridades, no concurrencia a controles médicos); 2- subsector salud que ha determinado las oportunidades perdidas de vacunación (falta periódica de vacuna/s, horarios restringidos de vacunación [días/amplitud del horario], falsas contraindicaciones [médicas y de enfermería] y omisión del control de las vacunas por el profesional). La ausencia del registro en la historia clínica responde a factores propios de la familia del paciente (olvido, hurto, pérdida de certificado de vacuna/libreta sanitaria) o por omisión profesional. Este último, es un punto crítico a tener en cuenta en la formación del pediatra por cuanto la vacunación es un derecho de cada niño y la clave para la vacunación de la familia.

Mutaciones del gen CFTR en pacientes con fibrosis quística de la provincia de Buenos Aires

Orellano Laura, Palumbo Marta, Aisenberg Silvia, Segal Edgardo*.

Biología Molecular, Laboratorio Central. *Servicio de Neumología_Centro Provincial de Fibrosis Quística, Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica"

✉ fededocena@sinectis.com.ar

Introducción: la Fibrosis Quística (FQ) es la enfermedad autosómica recesiva severa más frecuente en la población blanca; se produce como consecuencia de más de 1500 mutaciones en el gen CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator). El incremento de mutaciones descriptas ha determinado la necesidad de una nomenclatura estándar.

Objetivo: investigar la distribución de las mutaciones del gen CFTR (nomenclatura actual) en pacientes con FQ de nuestro medio.

Materiales y métodos: se estudió el ADN genómico de 199 pacientes (Centro Provincial). La metodología aplicada incluyó PCR y RFLP (restriction fragment length polymorphism) con posterior electroforesis en

todas las muestras (detección de 12 mutaciones). En 45 de ellas, con la metodología adicional ASO reversa (allele specific oligonucleotide) se amplió a 40 mutaciones. La nomenclatura utilizada se corresponde a la presentada en el artículo "Standard Mutation Nomenclature in Molecular Diagnostics" (J. Mol. Diagnostic, Feb 2007).

Resultados: el 56.5% de los alelos presentaron p.Phe508del. Las frecuencias halladas en las otras mutaciones fueron las siguientes: p.Gly542X 6.03%, p.Arg334Trp 2.26%, p.Gly85Glu 1.51%, p.Asn1303Lys 1.25%, p.Trp1282X 1.00%, alelo 5T 1.00%, p.Ile507del 0.75%, 3849+10Kb C→T 0.75% p.Arg1162X 0.50%, p.Arg553X 0.25%. Este análisis directo de las mutaciones permitió la detección de 286/398 alelos FQ (71.9%). La incidencia de las principales mutaciones analizadas fue semejante a la población del sur de Europa. Por ASO reversa fueron detectadas: c.2789+5G>A, c.3272-26A>G, c.394delTT, c.1717-1G>A y c.3659de C.

Conclusión y discusión: la heterogeneidad de las mutaciones detectada hace necesario investigar otras mutaciones que permitirán establecer una correlación con la clínica y futuras estrategias terapéuticas sustentadas en la clase de mutación. La aplicación de una nomenclatura estándar llevará a una clara e inequívoca comunicación de variaciones en el genoma humano. La importancia relativa de las mutaciones halladas en la evolución clínica y pronóstico de los pacientes con FQ deberá ser establecida.

Libretas sanitarias completas: una forma de Medicina Preventiva en población materno-infantil

Luna, C; Baños, S; Oosterbaan, F; Britos, A; Daverio, L; Escruela, R; Burgos, D; Passarelli, ML; Vojkovic, MC; Berridi, R.

Residencia de Pediatría Comunitaria. Hospital "Dr. Noel H. Sbarra".

✉ sbarra@way.com.ar

Introducción: la Libreta Sanitaria es un documento donde deberían consignarse los datos de las atenciones efectuadas durante el embarazo (Historia Clínica Perinatal según CLAP-OPS/OMS) para formar parte de la historia de salud del niño. Muchas veces dichos controles se realizan en forma adecuada pero la información no es documentada.

Objetivos: evaluar el cumplimiento del llenado de la libreta sanitaria.

Material y métodos: método descriptivo de corte transversal, revisando 50 libretas sanitarias de niños nacidos en ámbitos públicos y 50 de privado, que concurren a nuestro hospital para controles de salud y/o vacunatorio en mayo 2006.

Resultados: de las 100 libretas sanitarias el 36% tenía la información sobre los controles del embarazo. Las serologías maternas para Toxoplasmosis, Rubéola, Chagas, Sífilis y VIH figuraban en el 50% de las libretas sanitarias de los nacimientos en hospitales públicos, y en 8% de los realizados en ámbitos privados. La VDRL para Sífilis en los RN estaba documentada en el 90% de las libretas de los partos públicos y en el 20% de los privados. El peso al nacer y al alta fue transcripto en más del 90% de las libretas en establecimientos públicos; las realizadas en privado igualan en el porcentaje del peso al nacimiento pero sólo en un 10% se documenta el peso al alta. El grupo y factor sanguíneo de los RN se encuentra en el 86% de las libretas en hospitales públicos, y en 35% de privado, pero sólo en la mitad acompañadas del grupo y factor materno. En ninguna libreta figuran datos sobre el tipo de alimentación del RN, presencia de ictericia, factores de riesgo familiar, social o medioambiental. En 7 libretas realizadas en privado faltan las huellas plantares, y en 5 no se realizó la vacunación BCG y hepatitis B.

Comentario: se pretende generar inquietud y acciones en el equipo de salud para optimizar la atención integral del niño y su madre a partir del correcto llenado de la libreta sanitaria. Un trabajo coordinado permitiría una mejor referencia y contrareferencia entre servicios de Obstetricia, Neonatología y Pediatría tanto de efectores públicos y privados.



Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP)(MS/CIC-PBA)
Hospital de Niños "Superiora Sor Maria Ludovica". La Plata. Argentina.

Cursos Universitarios de Postgrado

Certificados por la UNLP

Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud.

Directora:
Dra. Graciela Etchegoyen

Dermatología Pediátrica.

Directora:
Dra. Alicia Rositto

Diagnóstico por Imágenes en Pediatría.

Director:
Dr. Juan J. Bertolotti

Cardiología Pediátrica.

Directora:
Dra. Cristina Serra

Seguridad Alimentaria: Prácticas y Representación.

Un abordaje Antropológico de la Conducta Alimentaria

Directora:
Dra. Patricia Aguirre

Metodología de Investigación Cualitativa.

Directora:
Lic. Ana Castellani

Nutrición.

Director: Dr. Juan C. Gómez

3 Orientaciones:

- Pediátrica

Directora: Adriana Fernández

- Clínica

Directora: Adriana Crivelli

Asistencia Odontológica de Pacientes con Patologías Complejas (3 Niveles).

Directora:
Dra. Lidia Pinola

Otros Cursos

Manejo de Bases de Datos y Análisis Estadístico de la Información
Programas gráficos en la Elaboración de Posters y Presentaciones Interactivas.

Informes e Inscripción

Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas del Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica" de La Plata. Calle 63 N° 1069.

Teléfonos: (0221) 453-5901/07 y 453-5929 Interno 1435.

E-mail: institutoinvestigaciones@hotmail.com

Fax: (0221) 453-5901 Int 1435

Programas: www.ludovica.org.ar/idip

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. La extensión del texto (sin incluir resumen, bibliografía, tablas y pies de figuras) no debe superar un total de 3.000 palabras. El número de citas bibliográficas no será superior a 40 y se admitirán hasta un máximo (incluyendo ambos) de 8 figuras, tablas o gráficos. Es recomendable que el número de firmantes no sea superior a seis.

Casos Clínicos

Descripción de uno o más casos clínicos de excepcional observación que supongan un aporte importante al conocimiento de la enfermedad. La extensión máxima del texto (que no debe incluir resumen) será de 1.500 palabras, el número de citas bibliográficas no será superior a 20 y se admitirán hasta un máximo (incluyendo ambos) de 4 figuras o tablas. 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.

¿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 en diskette, 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 pri-

mera 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.

Con respecto al número 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". Un estilo similar se empleará para las citas de los libros. A continuación se exponen tres ejemplos:

Artículo: Beltra Picó R., Mira Navarro J., Garramone G. *Gastroquiasis. A propósito de cinco casos.* An. Esp. Pediatr. 198 1; 14: 107-111.

Libro: Fomon S. J. *Infant Nutrition*, 2ed. Filadelfia/Londres/Toronto: WB Saunders; 1974.

Capítulo de libro: Blines J. E. *Dolor abdominal crónico y recurrente.* En: Walker Smith J. A., Hamilton J. R., Walker W. A. (eds.). *Gastroenterología pediátrica práctica.* 2da. ed. Madrid: Ediciones Ergon; 1996. p. 2537.

No deben incluirse en la bibliografía citas 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.

Trabajos no publicados. (Salinas Pérez C. *Estudio patogénico de la nefropatía IgA.* En preparación) (Smith J. *New agents for cancer chemotherapy.* Presentado en el Third Annual Meeting of the American Cancer Society, 13 Junio 1983, New York).

Tablas

Deben ser numeradas en caracteres romanos por orden de aparición 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 contenido 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 con una copia y su versión electrónica, indicando el sistema operativo. El manuscrito debe acompañarse de una carta de presentación firmada por todos los autores en la que se debe hacer constar la originalidad del trabajo así como la aceptación expresa de todas las normas. Se aconseja guardar una copia de todo el material enviado. El envío se efectuará a:

Docencia e Investigación. Hospital de Niños Superiora Sor María Ludovica de La Plata. **Calle 14 N° 1631. La Plata 1900.** 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 a la Secretaría de Redacción 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