

ACTAS

MÉDICAS SANTAFESINAS

Año I - N° 1 - Agosto de 2011



Revista para hacer Ciencia, escribiendo Ciencia.

Comisión de Educación Médica de Postgrado (CEMP)

Comisión Directiva del Colegio de Médicos
Periodo 2009-2011

Dr. Miguel Ángel Apodaca
Presidente

Dr. Julio Cesar Bedini
Vicepresidente

Dr. Carlos Daniel Alico
Secretario

Dr. José María Albrecht
Tesorero

Dr. Daniel Raúl Rafel
Vocal

Director "Actas Médicas Santafesinas"
Dr. Guillermo Kerz

Editores

Félix Jiménez
Arturo Baltazar Serrano

Editores Asociados Institucional

Asociación de Ginecología y Obstetricia de Santa Fe
(ASOGISFE)

Comité Editor

Miguel Nicastro
Dr. Hugo Valderrama
María Sol Ducrano
Mariana Moreyra
María Laura Mercke
Federico Vigil
Iván Torterola
Paula Monasterolo
Vanessa Schuvik
Viviana Lorena Molina

Secretaria

Mariana Montenegro
Comisión de Educación Médica de Post-Grado

Mail: marianam@cmsf.org.ar

Ilustración de tapa

Fernando "Cany" Soto
Usuhaia, Agosto de 2011



ACTAS

MÉDICAS SANTAFESINAS

Revista para hacer Ciencia,
escribiendo Ciencia.

Año I - Nº 1 - Agosto de 2011

Colegio de Médicos de Santa Fe

1ra. Circunscripción

0342 - 4520176

www.colmedicosantafe1.org.ar

SUMARIO

Editorial

- 05 Del Consort 2001 a la declaración Consort 2010.
Dr. Guillermo Kerz

Revisión

- 07 Como escribir un artículo Científico
María Sol Ducrano, Paula Monasterolo

Artículos

- 15 Litiasis biliar complicada en adolescentes.
Manejo y tratamiento
Dr. Luis Moulin, Dr. Bernardo Bernardi , Dr. Cristian Paulon, Dr. Hector Francia, Dr. Alfredo Guala

- 22 Lactantes con Síndrome Febril sin Foco en el Hospital de Niños Orlando Alassia
Viviana Lorena Molina, Paula D´Jorge, Mónica Moretti, Stella Virgolini, Antonio Sartore, Alejandro Villalba, Liliana Carballo, Sonia Ifrán, Nora Nuñez

Caso Clínico

- 28 Pseudotumor vs. Tumor Cerebral en Pediatría
Dr. Jorge Rinaldi, Dr. Cristian Otasú

Varios

- 32 Normas de Publicación

Editorial

Dr. Guillermo Kerz

Director de Actas Medicas Santafesinas

Del CONSORT 2001 a la Declaración CONSORT 2010

Con la primera Declaración del estudio CONSORT 2001, pone en relieve una problemática en la realización y publicación de Información Biomédica, publicadas en Revistas de renombre Nacional e Internacional.

Los principales sesgos surgían de la inexactitud de la estimación del *Tamaño Muestral*, la *descripción de la asignación del procedimiento al azar* y el *ocultamiento de cómo se asigno el tratamiento*.

Desde la puesta en práctica de la llamada Medicina Basada en las Evidencias, propone al lector una clara identificación si el artículo que se esta leyendo reúne las condiciones de la Declaración Consort 2010.

La lectura analítica y crítica de literatura médica es uno de los desafíos para la correcta interpretación de los resultados y observar si son extrapolables al paciente o a la Población. No tener en cuenta esto se plantearía un dilema ético. La historia de la Medicina, ha enseñado sobre dilemas éticos y sus consecuencias como recuerda la asociación entre el

tratamiento con dietiestilbestrol en embarazadas y el cáncer de vagina a células claras en las hijas adolescentes o del tratamiento con TRH para prevenir la bronco displasia pulmonar del recién nacido y las alteraciones neurológicas en el recién nacido.

Es estos casos el ocultamiento de información o la ignorancia puede llevar a no cumplir con un de los Principios de la Bioética: Principio de no maleficencia “Primum non nocere”.

Este es el desafío de Actas Medicas Santafesinas, que se ha propuesto humildemente pero decididamente continuar en publicar y escribir Ciencia, pero Ciencia producida en Santa Fe.

La Comisión Directiva del Colegio de Médicos de Santa Fe de la Primera Circunscripción ha encargado a Educación Medica Continua de Postgrado (EMCP), continuar con el desarrollo de su propia publicación Científica.

Esto permitiría que la Revista Actas Medicas Santafesinas sea el fruto de todos los que comparten la visión de los procesos de Salud y en Especial a las Ciencias Medicas como una combinación de pensamiento Racional, Empírico e Intuitivo pero que tiene uno de los tantos Caminos validos pero no excluyentes, que es el Método Científico para hacer Ciencia.

Bibliografía:

- 1.Schulz, F kenneth ; Altman, Douglas,G; Mother, David. BMJ 2010;340:c332.
2. Declaración Consort 2010. Disponible al 25 de Julio de 2011 en: <http://www.espanol.equator-network.org/index.aspx?o=1029&newsitem=1247>

Revisión

Como escribir un articulo científico.

Maria Sol Ducrano

Paula Monasterolo

SUMMARY:

Research is a process that seeks to obtain relevant and reliable information to understand, verify, correct or apply knowledge, by applying the scientific method.

The aim of the research is to report its findings in a publication.

Thus, the scientist must not only "do" science, but also "write" science.

RESUMEN

La Investigación es un proceso que, mediante la aplicación del método científico, procura obtener información relevante y fidedigna, para entender, verificar, corregir o aplicar el conocimiento. El objetivo de la investigación científica es divulgar sus resultados en una publicación.

Así pues, el científico no sólo tiene que "hacer" ciencia, sino también "escribir" ciencia. (Villagrán, Andrea. 2009)

INTRODUCCIÓN

Es importante tener en cuenta, que el Trabajo de

investigación solo concluye cuando se ha preparado el manuscrito para publicar.

El propósito de este artículo, es ayudar a científicos, médicos, estudiantes, que estén interesados en comenzar este proceso, a preparar manuscritos que tengan posibilidades de ser aceptado para su publicación y de ser perfectamente entendidos cuando esto se lleve a cabo.

Debe tomarse este artículo como una guía, un primer paso para la elaboración, transcripción de los datos recabados; ya que escribirlo es uno de los grandes problemas que se presentan.

A partir de esta problemática, el presente trabajo tiene el objetivo de proponer un grupo de sugerencias que contribuyan a la labor de redactar un artículo científico. Se procura entonces, que esta redacción se convierta en un acto de placer y de disfrute, por parte de quien tiene la difícil misión de buscar soluciones a los problemas. “Asimismo, intentar lograr que, los nuevos datos obtenidos, sean conocidos por todos: comunidad científica, profesionales y la sociedad en general.

Uno de los principales obstáculos para una buena comunicación de la ciencia es el lenguaje.

La comunicación y presentación científica, ya sea en revistas especializadas, conferencias u otras formas de presentación, han ido adquiriendo una gran importancia, debido al potencial impacto que puede representar el trabajo de investigación.” (Alonso Soler, Miguel. 2007)

Por ello, “las principales motivaciones que llevan a un científico a publicar sus experiencias y resultados son:

1. Para establecer una carrera académica. A los hombres de ciencia se les conoce (o no se les conoce) por sus publicaciones.

2. Para el currículum del investigador en busca de trabajo.

3. Intercambio de resultados de investigación y colaboración internacional.

4. Una obligación impostergable. Propio de las carreras y profesiones científicas; lo que no está escrito... no está hecho. Un experimento o un trabajo científico por espectaculares que sean sus resultados, no termina hasta que se publica.” (Villagran, Andrea. 2009).

La Publicación científica:

ETAPA FINAL DEL PROCESO

Lo primero que debemos preguntarnos es ¿Qué es un artículo científico? Entonces, solo a partir de esa respuesta, estamos listos para continuar.

En general, el artículo científico, se define como un informe escrito y publicado, que describe resultados originales de una investigación. Se escribe para otros, no para uno mismo.

El artículo científico, no es un escrito que el autor guarda para sí; sino que debe ser lo suficientemente claro como para que terceras personas capten el mensaje concreto que realmente se quiere transmitir. En síntesis, “es un informe sobre resultados de una investigación científica. Comunica por primera vez los resultados de una investigación. Por ello, para escribir un buen artículo científico, hay que aprender y aplicar los tres principios fundamentales de la redacción científica:” (Alonso Soler, Miguel.2007).

1. Precisión
2. Claridad
3. Brevedad

Es una instancia en la cual debemos aplicar algunas estrategias de *marketing* para presentar los alcances de nuestra investigación, a la comunidad científica. Hay dos modalidades de artículos científicos: el Artículo formal y la Nota investigativa.

Ambos tienen la misma estructura y función, pero las notas investigativas son más cortas y por lo general no tienen secciones subtitudadas. (Introducción, Materiales y Métodos, etcétera) Ya conociendo qué es un artículo científico; existen preguntas que debemos realizarnos:

- ¿Para qué escribo?
- ¿Qué es lo que tengo que decir?
- ¿Cómo lo voy a decir?
- ¿Qué información existe al respecto?
- ¿Vale el documento el esfuerzo de escribirlo?
- ¿Cuál es el formato (o estructura) adecuado?
- ¿Para quién escribo?
- ¿Cuál es la audiencia esperada?
- ¿Cómo se organiza un artículo científico?

Esta última es muy importante, por lo cual procederemos a explicarlo.

Muchos se siguen por el sistema **IMRYD**, para desarrollar las 4 secciones fundamentales del trabajo.

Introducción: ¿Cuál es el problema? ¿Por qué lo hicimos?

Metodología: ¿Cómo se estudio el problema?

¿Con qué lo llevamos a cabo?

Resultados: ¿Qué se encontró? ¿Qué es lo novedoso?

Y
Discusión: ¿Qué significan dichos resultados?
¿Cuál es la relevancia de lo que observamos?

Estructura del Artículo Científico: (referirse al sistema IMRYD)

TITULO

Es relevante como una guía para el que lee o busca un trabajo. Su extensión debe tener la menor cantidad de palabras posibles que describan los contenidos del trabajo (10-12 palabras); con efectividad en la sintaxis y sin requerimientos gramaticales fuertes.

Evitar, en lo posible, subtítulos y abreviaciones. Eliminar las palabras que no informan, títulos telegráficos e inespecíficos, sobreexplicaciones. Debe ser atractivo: llamar la atención.

AUTORES

Anotar hasta un máximo de seis autores, según el orden de importancia de su contribución material y significativa a la investigación.

RESUMEN

Es la representación, abreviada y correcta, del contenido de un documento. El propósito, es despertar el interés del lector por la lectura total del artículo. Generalmente, el lector lee el título; si éste es interesante, lee el resumen; si éste es le parece bueno, el lector continuará la lectura del artículo completo.

Es importante enfatizar, que el resumen se debe entender por sí solo, sin necesidad de leer el artículo; ya que puede actuar como sustituto del texto si no se dispusiera de él.

Características:

- Extensión máxima habitual: 250 palabras.
- Mantener el mismo estilo que el resto del trabajo.
- No incluir información, que no esté descrita en el artículo.
- Objetivo y enfoque del trabajo.

- Descripción de la metodología.
- Resumen de los resultados.
- Principales conclusiones.
- No incluir referencias.
- Ser escrito en pasado.
- Ser escrito al terminar todo el artículo.

INTRODUCCION

Brevemente, se puede decir que en este punto debemos explicar el problema general, el de la investigación y lo que otros autores escribieron sobre el mismo.

Así, se debe exponer desde el inicio, los elementos más salientes en torno a la relevancia del problema que se aborda. Se trata de poner en primer plano, los aspectos que le otorgan jerarquía al problema que se investiga. Cuando la importancia del tema no es tan visible, generalmente se recurre a datos epidemiológicos, que ponen de relieve su trascendencia.

A continuación, sobreviene lo que se denomina *estado de conocimiento del tema*. En éste, el investigador debe explayarse demostrando su amplio manejo de la temática; que necesariamente, se sustenta en la relevancia de las referencias bibliográficas incluidas. Conocer el problema en forma pormenorizada, permite exponer los puntos no totalmente aclarados; ofreciendo un espacio para las cuestiones que se vinculan con el objetivo a enunciar posteriormente. Asimismo, los investigadores con antecedentes en el tema, hacen mención del grado de avance que significan sus propias investigaciones; lo cual contribuye a reforzar la imagen del grupo. El último párrafo de la introducción se utiliza para resumir el objetivo del estudio e hipótesis. La enunciación de los dos últimos tópicos, debe ser redactada del modo más claro y concreto que sea

posible.

El objetivo de este apartado es motivar al lector para que lea todo el trabajo.

Esquema clásico de 3 párrafos:

- Antecedentes: ¿Qué se sabe, qué se cree del problema?
- Pregunta o problema no resuelto: “Sin embargo a la fecha no hay datos...”
- Hipótesis, meta, objetivos: Describir por qué se hizo el estudio y justificarlo con sus propias razones (no con las de otros autores).

De esta forma, la Introducción debe estar ajustada a un hilo conductor; de modo a que se establezca una secuencia ordenada y lógica de las ideas, que desemboque indefectiblemente en la propuesta de trabajo. Lo habitual, es que esta sección tenga una extensión no mayor a dos páginas, preferiblemente una.

En consonancia con ciertas herramientas del marketing, algunos autores agregan un párrafo final adelantando los principales hallazgos del estudio.

MATERIALES Y METODOS

Se debe dar detalle de todos y cada uno de los pasos, que se siguieron para obtener los resultados y de los materiales usados.

La metodología debe ser reproducible, de ahí la importancia de la claridad con que se exponga. Si el método es conocido sólo se menciona y se precisa la cita bibliográfica. Si es nuevo o es un método conocido pero que se ha modificado, debe explicarse detalladamente.

Muchos estudios fracasan por defectos en la metodología utilizada; por lo cual, es de gran utilidad la ayuda de un epidemiólogo o de un bioestadística.

La sección de material y métodos se organiza en cinco áreas:

- Diseño: se describe el diseño del experimento (aleatorio, controlado, casos y controles, ensayo clínico, prospectivo, etcétera).
- Población: sobre la que se ha hecho el estudio. Describe el marco de la muestra y cómo se ha hecho su selección.
- Entorno: indica dónde se ha hecho el estudio (hospital, asistencia primaria, escuela, etcétera).
- Intervenciones: se describen las técnicas, tratamientos (utilizar nombres genéricos siempre), mediciones y unidades, pruebas piloto, aparatos y tecnología, etc. Es aconsejable mencionar todas las medidas que se adoptaron para asegurar la calidad de las mediciones. Si se trata de una Prueba de laboratorio, suele indicarse que las mediciones para cada una de las muestras se efectuaron por duplicado o triplicado y que consigna el promedio de las mismas. Algunos trabajos proveen el Coeficiente de variación, para brindar una idea más acabada de la dispersión de los datos.
- Análisis estadístico: señala los métodos estadísticos utilizados y cómo se han analizado los datos. Refiere a la manera en que se evaluaron las variables predictivas y de impacto. Conviene adherir a los estándares internacionalmente aceptados, ya que esto facilita la comparación. Cuando ello no es posible, deberán exponerse los fundamentos que llevaron a adoptar otros criterios.

SUGERENCIAS:

- Sujetos y proceso de selección:
 - Método de reclutamiento
 - Criterios de entrada de los candidatos (inclusión/exclusión, grupos casos/controles), período durante el cual se reclutaron los participantes (sobre todo, cuando el factor tiempo o las variaciones estacionales pueden ejercer

influencias).

- Aprobación del Comité de Ética de la institución. Inclusión de los participantes posteriormente a la obtención del Consentimiento escrito informado.

- Protocolo:

- Describir los procedimientos mayores.
- Usar un orden lógico (temporal).
- Detallar los métodos nuevos o poco comunes
- Aspectos relevantes a los resultados y conclusiones (ej. definiciones operacionales).

- Métodos de laboratorios y analítico: que permitieron identificar a los enfermos.

- Métodos de laboratorio usuales.
- Detalle de métodos nuevos o no publicados.
- Incluir la fuente de los reactivos.
- Chequear con resultados para complementar.

- Análisis de datos:

- Métodos estadísticos (descriptivos, analíticos).
- Definir medidores de variabilidad (SD, SEM).
- Definir niveles aceptados de significancia (valor P).

Entonces, indicar:

a. Si hubo necesidad de transformar alguna variable;

b. Qué pruebas se emplearon para las comparaciones de los datos cuali y cuantitativos;

c. Cuáles fueron las medidas de asociación entre las variables predictiva y de impacto;

d. Qué técnicas se aplicaron para evaluar la potencial influencia de algún FC sobre los resultados de las comparaciones;

e. A partir de qué valor de P, se consideró que la diferencia era estadísticamente significativa. En

algunos estudios donde se deben efectuar muchas comparaciones estadísticas, generalmente el valor límite de P no se ubica al 0.05 sino por debajo de éste; para reducir la probabilidad de que alguna diferencia significativa, lo sea simplemente por azar.

La sección de material y métodos debe ser lo suficientemente detallada como para que otro autor pueda repetir el estudio y verificar los resultados de forma independiente.

RESULTADOS

Esta sección debiera ser la más simple de redactar. Incluye las tablas y figuras que, por sí solas, deben poder expresar clara e ilustrativamente los resultados del estudio.

Utilizar el medio de presentación más adecuado, claro y económico: preferiblemente el texto (en tiempo pasado), tablas y gráficos (autoexplicativos) e ilustraciones (sólo las esenciales).

Optar por las tablas o figuras, depende de varios factores: las exigencias de la revista, las características de los datos, y la magnitud de la información que se ha recogido.

- Si se han efectuado numerosas determinaciones de laboratorio, la tabla es la más adecuada. Aunque no conviene cargar con demasiadas tablas, que dificultan el seguimiento del trabajo y hacen que el lector pierda interés en verlo.

- La figura, confiere un efecto visual que es muy adecuado cuando se quiere poner énfasis en un resultado.

- Cuando se desea marcar los contrastes entre los resultados de un grupo, respecto del otro, el gráfico de barras es apropiado.

- El gráfico de torta es útil para resumir los

hallazgos, especialmente si los valores que toma la variable no son demasiados.

- Donde, a pesar de registrarse una diferencia estadísticamente significativa, la variable muestra una dispersión bastante acentuada, es preferible mostrar los datos individuales, con su media.

- Cuando los pacientes son estudiados en diferentes oportunidades, o teniendo múltiples observaciones de la variable a lo largo del estudio, puede ser útil la representación mediante un gráfico de líneas.

- Al querer representar la correlación entre dos variables, sería útil el gráfico de dispersión.

Los resultados deben cumplir dos funciones:

1- Expresar los resultados de los experimentos descritos en el Material y Métodos.

2- Presentar las pruebas que apoyan tales resultados, sea en forma de figuras, tablas o en el mismo texto.

SUGERENCIAS:

- Estar seguro de haber entendido los resultados.

- Presentar los datos sin interpretarlos.

- Usar subtítulos para párrafos.

- Las determinaciones (y estadísticas) deben ser significativas.

- Usar sistemas internacionales de unidades, (<http://www.metric1.org/>).

- Usar comas (español) o puntos (inglés) para decimales.

- Obviar información innecesaria y repetitiva.

DISCUSIÓN

Aquella investigación que ofrezca unos buenos resultados y una buena discusión se asegura su

publicación. Es donde la mayoría de los lectores irán después de leer el resumen y es la sección más compleja de elaborar y organizar, donde se pone a prueba la fortaleza científica de un investigador.

SUGERENCIAS:

- Comience la Discusión con la respuesta a la pregunta de la Introducción, seguida inmediatamente con las pruebas expuestas en los resultados que la corroboran; señalando con claridad y contundencia cuál ha sido lo novedoso en nuestro estudio. Establecer qué interpretación podemos darle a estos hallazgos.
- Escriba esta sección en presente ("estos datos indican que"), porque los hallazgos del trabajo se consideran ya evidencia científica.
- Comentar cómo se relacionan los resultados con los conocimientos actuales sobre el tema.
- Indicar la potencial trascendencia o aplicabilidad clínicas que pudieran tener.
- Saque a la luz y comente claramente, en lugar de ocultarlos, los resultados anómalos, dándoles una explicación lo más coherente posible o simplemente diciendo que esto es lo que ha encontrado, aunque por el momento no se vea explicación. Si no lo hace el autor, a buen seguro lo hará el editor.
- Especule y teorice con imaginación y lógica. Esto puede avivar el interés de los lectores.
- Incluya las recomendaciones que crea oportunas, si es apropiado.
- Y, por encima de todo, evite sacar más conclusiones de las que sus resultados permitan, por

mucho que esas conclusiones sean menos espectaculares que las esperadas o deseadas. Es conveniente cerrar la discusión con un párrafo donde se sinteticen los puntos centrales de la investigación.

Los grupos con trayectoria en el tema, suelen concluir con una frase donde adelantan las investigaciones que se han puesto en marcha para analizar los planeamientos surgidos del estudio actual.

LITERATURA CITADA

Las referencias cumplen dos funciones esenciales: testificar y autenticar los datos no originales del trabajo y proveer al lector de bibliografía referente al tema en cuestión.

Aunque hay una variedad casi infinita de estilos de referencias, la mayoría de las revistas científicas utilizan alguno de estos tres sistemas generales: nombre y año, numérico-alfabético y de orden de mención.

- Sistema de nombre y año. Llamado a menudo sistema Harvard. Fue muy popular durante muchos años y se sigue utilizando en muchas revistas. Su gran ventaja es la comodidad para el autor. Como las referencias no están numeradas, pueden añadirse o suprimirse fácilmente.
- Sistema numérico-alfabético. Este sistema consiste en citar por número de referencias de una lista alfabética, es una modificación moderna del sistema nombre y año. La cita por números, mantiene los gastos de impresión dentro de límites razonables. La lista alfabética, especialmente si es larga, resulta relativamente fácil de preparar para los autores y de utilidad para los lectores.
- Sistema de orden de mención. El sistema de

orden de mención consiste sencillamente en citar las referencias (por número) según el orden en que se mencionan en el artículo. A los lectores, con frecuencia, este modo de proceder les gusta porque pueden acudir rápidamente a la lista de referencias si lo desean, siguiendo el orden numérico a medida que las encuentran en el texto. Es un sistema útil para las revistas en que cada artículo contiene sólo algunas referencias.

Para la citación de REVISTAS se indica el siguiente orden:

- Nombre de los autores, hasta un máximo de seis, separados por comas, con su apellido y las iniciales sin puntos (excepto tras la última inicial del último autor). Si se sobrepasa el número de seis, hay que escribir los seis primeros y añadir "et al.", abreviación de la expresión latina "et alii" que significa "y otros". Si el autor es un Comité, poner el nombre del Comité.

- Título del trabajo, terminado con un punto.

- Revista biomédica, en su expresión abreviada según aparece en el Index Medicus, a la que sigue, sin puntuación alguna intermedia.

- Año de publicación, -punto y coma-, Volumen, - abrir paréntesis-, Número o mes del ejemplar (esto puede omitirse si la paginación del Volumen es consecutiva), -cerrar paréntesis-, -dos puntos-, Páginas del artículo (la primera y la última, si bien la última página puede indicarse con sólo el último dígito si los primeros fueran iguales a los de la primera página).

Si se trata capítulos de LIBROS en los que varios autores han colaborado, se cita de la siguiente forma:

- Autor/es del capítulo.

- Título del capítulo.

- Autor/es del libro (denominados "editores" en terminología anglosajona).

- Título del libro.

- Ciudad donde se ha impreso.

- Editorial que lo ha publicado.

- Año de publicación.

- Páginas (primera y última) del capítulo.

BIBLIOGRAFIA

- Alonso Soler, Miguel; Piñeiro Suárez, Nereyra. Alcmeon. "¿Cómo escribir un artículo científico?" Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 2007. Nov. 16 (14) N. 2. 76-81.

- Bottasso, Oscar. "Lo esencial en investigación clínica". Rosario, Santa Fe, Argentina. Editorial Corpus. 2da Edición. 2006. p.147-157.

- Fundación Index. Cómo escribir un artículo científico. Disponible al 24 de junio 2011 en: <http://www.index-f.com/original.php>

- Tamayo y Tamayo, Mario. "El Proceso de la Investigación" Limusa Noriega Editores. 3ra Edición. 2001.

- Villagrán, Andrea, Harris, Paul. "Algunas claves para escribir correctamente un artículo científico". Rev. Chil Pediatr 2009; 80 (1): 70-78

FORMA DE CITAR

Ducrano, Maria Sol; Monasterolo, Paula. Como escribir un artículo científico. Actas Médicas Santafesinas. Año1. Nro.1. Ago 2011. 7-14.

Artículo

Litiasis biliar complicada en adolescentes.

Manejo y tratamiento.

SUMMARY

BACKGROUND: Classically, BC increases to the average age of life and develops complications according to its development. However, we observed some cases in adolescents that often develop complicated ways.

OBJECTIVE: To analyze frequency, presentation, complicated forms, results and delve into treatment recommendations.

PLACE OF APPLICATION: General Surgery Service of JM Cullen`s Hospital, Santa Fe

DESIGN: Retrospective - Analytical.

POPULATION: Patients under 21 years old with biliary calculus

METHOD: Clinical records of 160 patients hospitalized between January 2003 and December 2008.

RESULTS: A total of 160 patients. Asymptomatic cases 2, gallbladder diseases 30, acute cholecystitis 66, choledocholithiasis 25, acute cholangitis 5, acute

Dr. Luis Moulin

Médico Residente Cirugía General

Dr. Bernardo Bernardi / MAAC

Jefe de Residentes Cirugía General

Dr Cristian Paulon / MAAC / FACS

Médico Cirujano de Planta

Dr. Hector Francia / MAAC

Jefe de Clínica Quirúrgica

Dr. Alfredo Guala / MAAC / FACS

Jefe de Servicio de Cirugía General

Servicio de Cirugía General y Mixta

Hospital José María Cullen

Ciudad de Santa Fe

pancreatitis 32. These were resolved surgically 130, videolaparoscopic 71 and conventional 59, we needed preoperative ERCP in 42 cases (100% positives). CIO at 70%. We used laparoscopic exploration of common bile duct in 8 cases and we opened in 20 cases. These reflected the lower morbidity, length of stay and pain with minimally invasive procedures.

CONCLUSIONS: Adolescents` BC represent 7% of admissions from the pathology, presenting high proportion of complicated pathology (39%). This requires adequate evaluation and therapeutic choice, thinking about the long life expectancy. The mini-invasive procedures, laparoscopic - endoscopic, are the most recommended.

RESUMEN

ANTECEDENTES: Clásicamente la LB como patología progresiva aumenta hacia la edad media de la vida y desarrolla complicaciones conforme a su evolución, no obstante observamos una serie de casos en adolescentes que con frecuencia desarrolla formas complicadas.

OBJETIVO: Analizar los datos sobre la frecuencia, presentación, formas complicadas, resultados y ahondar en recomendaciones de tratamiento.

LUGAR DE APLICACION: Servicio de Cirugía General Hospital JM Cullen, Santa Fe.

DISEÑO: Retrospectivo - Analítico.

POBLACION: Pacientes menores de 21 años con litiasis biliar.

METODO: Historias Clínicas de 160 pacientes internados entre enero 2003 y diciembre 2008.

RESULTADOS: Un total de 160 pacientes. Casos asintomáticos 2, colecistopatías 30 colecistitis agudas 66, coledocolitiasis 25, colangítis agudas 5 y pancreatitis agudas 32. Se resolvieron quirúrgicamente 130, videolaparoscópicas 71 y convencionales 59, requiriendo CPRE preoperatoria en 42 casos (100 % positivos). CIO en el 70 %. Exploración de vía biliar laparoscópica en 8 casos y abierta en 20 casos, reflejando la menor morbilidad, estadía y dolor con los procedimientos mini-invasivos.

CONCLUSIONES: La LB en adolescentes conforma el 7 % de los ingresos por dicha patología, presentándose alto proporción de formas complicadas (39 %). Ello hace necesaria una adecuada evaluación y elección terapéutica, teniendo en cuenta la larga expectativa de vida. Los procedimientos mini-invasivos, laparoscópicos-endoscópicos, son los más recomendados.

ANTECEDENTES

La patología litiasica biliar es un motivo frecuente de consulta e internación en nuestro servicio. Es una patología descrita clásicamente en la edad media de la vida, con prevalencia en el sexo femenino. De la observación en nuestro servicio del número de ingresos de pacientes menores de 21 años debidos a la patología y su particular presentación clínica y evolución surge la necesidad de contar con información precisa acerca de la patología en dicho grupo para así establecer pautas de evaluación, tratamiento y seguimiento, teniendo en cuenta la expectativa de vida del grupo en cuestión.

OBJETIVO

El presente trabajo analiza los datos referentes a los pacientes ingresados al servicio por patología

litiásica biliar, en lo que refiere a la frecuencia y presentación clínica, formas complicadas con afectación de la vía biliar principal, los resultados obtenidos con los tratamientos implementados y ahondar en recomendaciones para la evaluación, tratamiento y seguimiento de dicho grupo de pacientes.

LUGAR DE APLICACIÓN

Servicio de Cirugía General y Mixta del Hospital José María Cullen de Santa Fe, que actualmente cuenta con disponibilidad de 48 camas distribuidas en la sala de hombres y mujeres; contando con unidad de cuidados intermedios y unidad de terapia intensiva. Cabe aclarar que nuestro Hospital es uno de dos centros de derivación de patología quirúrgica del centro y norte de la provincia.

DISEÑO

El presente es un estudio retrospectivo y analítico

POBLACIÓN

Pacientes menores de 21 años de edad (14 a 21 años inclusive) ingresados a internación en nuestro servicio por patología litiásica biliar, en cualquiera de sus 6 formas clínicas que describiremos a continuación.

MÉTODO

Se analizaron las historias clínicas de 160 pacientes ingresados al servicio por patología litiásica biliar, internados entre enero de 2003 y diciembre de 2008. Los datos fueron registrados en tablas destinadas al presente estudio; tomándose en cuenta el sexo de los pacientes, la forma de presentación clínica, la intervención terapéutica realizada, y sus resultados. Se definieron las formas clínicas a estudiar de la siguiente manera:

1 - Litiasis Biliar asintomática: pacientes que ingresan al servicio por otro motivo, en quienes mediante un estudio de imágenes se detecta litiasis; no presentando clínica atribuible a dicho proceso.

2 - Colecistopatía litiásica: aquellos que ingresan al servicio para tratamiento programado, es decir, pacientes que consultan al consultorio externo con clínica sugestiva, con diagnóstico ecográfico de litiasis vesicular.

3 - Colecistitis aguda: pacientes que se internan debido a un episodio agudo, con dolor que no cede con tratamiento médico y ecografía con signos de inflamación aguda; requiriendo antibioticoterapia y analgesia reglada endovenosa.

4 - Coledocolitiasis: definido por el síndrome coledociano, con sus pilares clínicos y analíticos; así como también los signos ecográficos o la colangiografía intraoperatoria. Es decir, existieron casos que presentaban litiasis coledociana insospechada en la clínica y analítica.

5 - Colangitis aguda: la clásica tríada de Charcot, asociada a los parámetros analíticos e imagenológicos.

6 - Pancreatitis aguda: son tres los criterios para su diagnóstico; clínica compatible, laboratorio con hiperamilasemia aumentada > 3 veces su valor de referencia (o bien amilaturia) y estudio de imagen que muestre un proceso agudo sobre la glándula pancreática. Para la evaluación de resultados se tomaron en cuenta las siguientes variables:

- a. Tolerancia oral: momento en que el paciente tolera el aporte a líquidos.
- b. Deambulación

- c. Días post – operatorio al alta hospitalaria
- d. Morbilidad
- e. Mortalidad

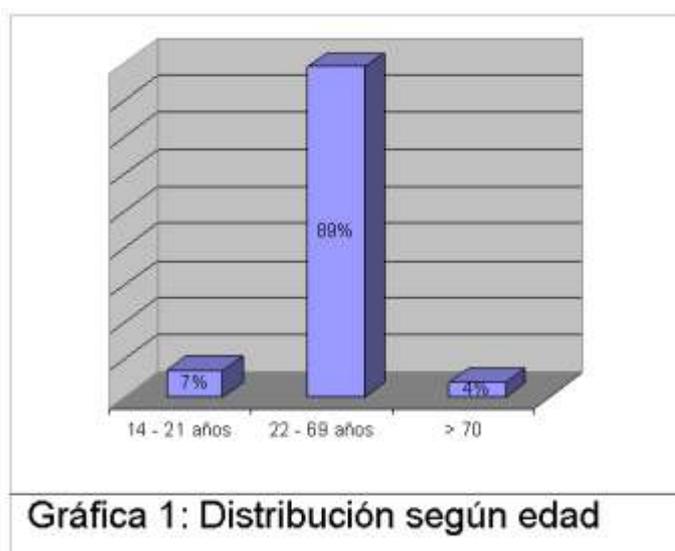
Se realizo además un registro aparte entre las pacientes del sexo femenino en lo que respecta a los antecedentes obstétricos; es decir número de gestas, intercurencia o no del puerperio o gestación.

RESULTADOS

Ingresaron al estudio un total de 160 pacientes entre

del total de los ingresos por dicha patología (gráfica 1).

De dicho universo, el 83 % son pacientes del sexo femenino (N=133) y el 17 % al sexo masculino (N=27); reflejando la amplia prevalencia de las mujeres sobre los varones en el grupo en estudio (gráfica 2).



En lo que se refiere a la presentación clínica, se presentaron 2 casos asintomáticos (1 %), colecistopatía litiásica 30 (19 %), colecistitis aguda 66 (41 %), coledocolitiasis 25 (16 %), colangitis

aguda 5 (3 %), y pancreatitis aguda 32 (20 %); todas ellas definidas de acuerdo a los criterios establecidos en el punto anterior (tabla 1).

Tabla 1: Distribución formas de presentación Clínica.

Forma Clínica	Número de Casos	Porcentaje (%)
Asintomática	2	1
Colecistopatía litiásica	30	19
Colecistitis aguda	66	41
Colédocolitiasis	25	16
Colangitis aguda	5	3
Pancreatitis aguda	32	20
Total	160	100

En cuanto a la terapéutica, se llevaron a cabo procedimientos miniinvasivos (videolaparoscópicos) y convencionales a cielo abierto; requiriéndose en algunos casos el auxilio de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

(CPRE). Se resolvieron quirúrgicamente 130 pacientes (81 %), 71 abordajes videolaparoscópicos y 59 convencionales; detallándose la intervención realizada en la tabla 2.

Tabla 2: Detalle de intervenciones quirúrgicas realizadas

ABORDAJES VIDEOLAPAROSCÓPICO		ABORDAJE CONVENCIONAL	
CE VDL (¥)	68	CE Convencional	36
CE VDL + EVB (Ψ)	3	CE convencional + EVB	16
CE VDL convertida	4	CE convencional + PEP (π)	3

(¥) CE VDL: colecistectomía videolaparoscópica
 (Ψ) EVB: exploración de la vía biliar
 (π) PEP: papiloesfinteroplastia

La colangiografía intraoperatoria fue realizada en el 70 % de los casos, llegando al 98% cuando se trató de formas complicadas con afectación de la vía biliar principal.

Se realizó CPRE en 42 oportunidades, todos ellos

prequirúrgicos, con un éxito del procedimiento del 100 % en lo que se refiere a la canulación y opacificación de la vía biliar, así como también la extracción de litos o detritos.

La evaluación de resultados se detalla en la tabla 3.

Tabla 3: Resultado de los diferentes abordajes

	VIDEOLAPAROSCÓPICO	CONVENCIONAL
Tolerancia Oral	12 hs (12 – 36 hs)	24 hs (24 – 72 hs)
Deambulaci3n	Inmediata (inmediata – 24 hs)	24 hs (12 – 72 hs)
Días POP al alta	1 (1 – 4)	2 (2 – 16)
Morbilidad	1.4 % (N=1)	6.7 % (N=4)
Mortalidad	0 %	0 %

Entre las complicaciones de los procedimientos quirúrgicos se cuentan 1 caso para el abordaje videolaparoscópico y 4 para el abordaje

convencional; con una morbilidad del 1.4 % y 6.7 % respectivamente (tabla 4).

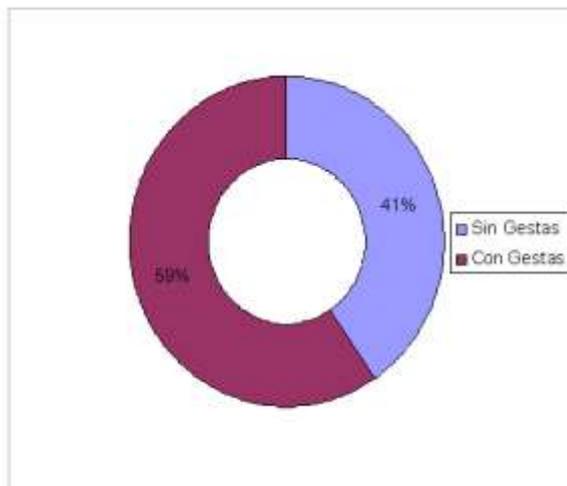
Tabla 4: Complicaciones de los diferentes abordajes

	VIDEOLAPAROSCÓPICO	CONVENCIONAL
Infección herida quirúrgica	1	2
Hemorragia	0	1
Fiebre POP	0	1
LQVB (±)	0	0
Total	1	4

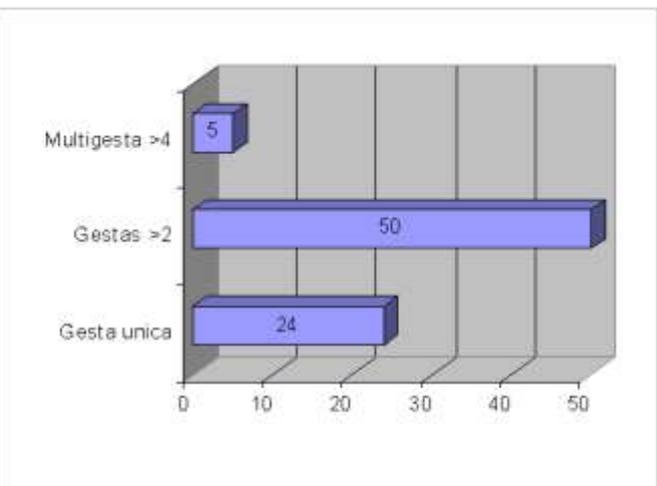
(±)LQVB: lesión quirúrgica de la vía biliar

Se registraron además los antecedentes obstétricos de las pacientes del sexo femenino, hallándose un 41 % sin gestas (N=54) y un 59 % de pacientes con

antecedentes de gestación (N=79), con un porcentaje de púerperas del 37% (N=30) gráfica 3 y 4).



Gráfica 3: Distribución según antecedente de gestación



Gráfica 4: Distribución según número de gestas.

CONCLUSIÓN

Si bien el grupo en estudio solo representa el 7 % de la casuística del servicio, cabe destacar la presentación clínica particular, con un 39 % de formas complicadas con afectación de la vía biliar principal.

Se vio un claro predominio del sexo femenino sobre el masculino en una relación 5:1; coincidiendo con la mayoría de la bibliografía consultada.

En lo que respecta a la terapéutica, se realizaron

tanto abordajes videolaparoscópicos como convencionales, con una tendencia leve a favor de los primeros; con un porcentaje de conversión a cirugía convencional del 6 % de los casos por diferentes motivos (dificultad técnica, averías del instrumental, falta disponibilidad de radioscopia). La morbilidad registrada fue mayor en los procedimientos convencionales, 6.7 % vs. 1.4 % respectivamente, con mejor tolerancia por parte del paciente a los abordajes miniinvasivos en lo que

refiere a tolerancia oral, deambulaci3n y d3as al alta. Ello nos habla de la superioridad del abordaje videolaparosc3pico en este grupo, pero tambi3n deja claro la necesidad de conocer el procedimiento convencional para solucionar la patolog3a cuando es necesario.

Cabe destacar tambi3n a la CIO como recurso diagn3stico, cuyo porcentaje de 3xito en la realizaci3n asciende al 98 % en las formas complicadas con compromiso de la v3a biliar principal; reflejando la utilidad indiscutida del procedimiento as3 como tambi3n su indicaci3n. La CPRE pre - quir3rgica fue realizada en 42 oportunidades; con un 100 % de procedimientos positivos, convirti3ndola en un recurso 3til para planificar la resoluci3n videolaparosc3pica de la patolog3a, ya que se nos presentan muchas dificultades para realizar exploraciones de la v3a biliar por este medio (falta de disponibilidad de radiolog3a din3mica principalmente).

De las 133 pacientes del sexo femenino, se hallaron antecedentes de gestaci3n en un 59 % de las pacientes demostrando de la relaci3n entre la patolog3a y el embarazo. En nuestra provincia se observa una tasa de embarazo adolescente del 24 %; de las cuales el 25 % reitera el embarazo durante la adolescencia.

A la luz de los datos, podemos afirmar que no podemos tomar al paciente adolescente con patolog3a biliar como uno m3s, teniendo en cuenta la forma de presentaci3n, la frecuencia de formas complicadas y la expectativa de vida, lo cual hace necesario protocolos de evaluaci3n, tratamiento y seguimiento destinado especialmente a ellos.

BIBLIOGRAF3A

- Guala, A; Marchetti, C; Schiavetti, J; Moulin, L; Reynoso, M – Patolog3a Biliar en adolescentes –

XXVI Congreso de Cirug3a de Cordoba – A3o 2008

- J.L. Ruibal Francisco, E. Aleo Luj3n, A. 3lvarez Mingote, E. Pi3ero Mart3nez y R. Escobar Castro, H; Garcia Novo, D; Olivares, P – Litiasis Biliar en la infancia: actitudes terap3uticas - An Pediatr (Barc) 2004;60(2):170-4

- G3mez Casares - Colelitiasis en la infancia. An3lisis de 24 pacientes y revisi3n de 123 casos publicados en Espa3a - An Esp Pediatr 2001, 54: 120-125)

- Heubi JE, Lewis LG, Pohl JF. Disease of the gallbladder in infancy, childhood, and adolescence. En: Suchy FJ, Sokol RJ, Balistreri W, editors. Liver disease in children. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001; p. 343-62.

- Wesdorp I, Bosman D, De Graaff A, Aronson D, Van der Blij F, Tamini3u J. Clinical presentations and predisposing factors of cholelithiasis and sludge in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr., 2000; 31:411-7.

FORMA DE CITAR

Moulin, Luis, Bernardi, Bernardo, Paulon, Cristian, Franca, Hector; Guala, Alfredo. Actas Medicas Santafesinas A3o:1. Nro 1. Agos 2011. 15-21.

Artículo

Lactantes con Síndrome Febril sin Foco en el Hospital de Niños Orlando Alassia

Viviana Lorena Molina ¹

Paula D'Jorge ¹

Mónica Moretti ¹

Stella Virgolini ²

Antonio Sartore ²

Alejandro Villalba ³

Liliana Carballo ³

Sonia Ifrán ³

Nora Nuñez B. ³

(1) Médicos y tutora del Hospital de Niños Orlando Alassia

(2) Bioquímicos del Hospital de Niños Orlando Alassia

(3) División de Estadísticas del Hospital de Niños Orlando Alassia

Correspondencia al Autor:
Viviana Lorena Molina
m_lore18@hotmail.com

SUMMARY:

Fever is the most frequent reason for consultation in pediatrics.

Febrile syndrome without focus, is a process that involves the elevation of rectal temperature greater than 38, no cause that justifies.

Objectives: know the number of cases, and how many will come to an etiologic diagnosis. Assess the utility of laboratory tests.

Application site: Emergency Service of O. Alassia's Hospital, Santa Fe.

Design: prospective, observational and quantified.

Population: children between 3 to 36 months whit Febrile Syndrome without focus, who was assisted from 1st August to 30th September 2011.

Method: analyze data from clinical history and laboratory of these patients Excel program.

Results: of 15.029 patients, 16 corresponds to the febrile syndrome without focus, 9 are men. the median age is 10 months. 5 patients were admitted to observation room because they are considered medium and high risk, according to the patient's symptoms and laboratory. Of these patients, 4 patients were asked blood cultures, of which one positive and one contaminated, and 3 urine culture,

of which one was positive.

Conclusión: the laboratory tests and the patient's symptoms continue to be useful. All patients with febrile syndrome without focus, you should monitored the rectal temperature, and get blood laboratory and PCR and patients who are admitted blood culture and urine culture.

RESUMEN:

La fiebre es el motivo de consulta más frecuente en pediatría. Síndrome Febril Sin Foco (SFSF): es un proceso que consiste en la elevación de la temperatura rectal mayor a 38°C, sin causa que lo justifique.

Objetivos: Conocer número de casos y en cuantos se llega a un diagnóstico etiológico. Reevaluar utilidad de exámenes de laboratorio.

Lugar de Aplicación: Servicio de Guardia Hospital de Niños Orlando Alassia (HNOA), Santa Fe .

Diseño: Prospectivo, observacional y cuantitativo.

Población: niños de 3 a 36 meses que consultan al HNOA de 1° de agosto de 2011 a 30 de septiembre de 2011.

Método: análisis de datos de Historias Clínicas y Laboratorios de dichos pacientes en planillas prediseñadas en Excel.

Resultados: De 1.5029 pacientes, 16 correspondieron a SFSF, 9 fueron varones. La mediana de edad fue de 10 meses. 5 pacientes fueron internados en sala de observaciones por ser considerados de mediano-alto riesgo, según clínica y hemograma con formula. De estos, a 4 se le solicitaron hemocultivos, siendo 1 positivo y 1 informado como contaminado y a 3 urocultivos, siendo 1 positivo.

Conclusión: los exámenes de laboratorio y la clínica continúan siendo de utilidad. A todo paciente con SFSF se le debe constatar la temperatura rectal y solicitar hemograma con formula y PCR; y a los

internados se debe solicitar cultivos de sangre y orina.

INTRODUCCIÓN:

La fiebre es considerada el motivo de consulta más frecuente en pediatría, pero en diversas oportunidades nos encontramos con el desafío de no encontrar causa aparente que la justifique; ello nos lleva a estudiar al paciente y a realizar actitudes diagnósticas y terapéuticas para así intentar arribar a un diagnóstico etiológico o simplemente prevenir Infecciones Bacterianas Severas, que si bien se presentan en un bajo porcentaje pueden ser letales. En base a esto nos surgen los siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es el número de pacientes que consulta por Síndrome Febril sin foco en el Hospital de Niños Orlando Alassia (HNOA)?
- ¿En qué grupo etario se ubica la mayoría de los niños?
- ¿En cuántos se arriba a un diagnóstico etiológico?, de estos ¿qué grupo de patologías predominan?

ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA:

El Síndrome Febril Sin Foco (SFSF) es un proceso que consiste en elevación de temperatura rectal mayor de 38°C, en respuesta a un estímulo patológico en el que, tras una cuidadosa anamnesis y exploración física, no se encuentra causa que lo justifique. La importancia del síndrome febril sin foco (SFSF) radica en que si bien la mayoría son causados por infecciones vírales autolimitadas, un grupo pequeño puede corresponder a una infección bacteriana seria.

El problema principal se plantea en los niños menores de 36 meses en los que tras la anamnesis y la exploración física no se encuentra ninguna causa que justifique la fiebre (fiebre sin foco); un pequeño porcentaje de estos niños (<2%) puede desarrollar

una infección bacteriana grave.

“La solicitud de exámenes complementarios se realizará en función de la edad del paciente, la magnitud de la fiebre y las manifestaciones clínicas y estado general. Hemograma: según este se considera Criterio de BAJO RIESGO para infección bacteriana severa (IBS) un recuento total de GB entre 5.000 y 15.000/mm³. A mayor recuento total de GB (>15.000/mm³), de Neutrófilos en Cayados (>1.500/mm³), MAYOR es el RIESGO para IBS.”(Neyro,Silvia) “Una relación de bandas y neutrófilos menor de 0.2 mejora el valor predictivo negativo a más del 98% para IBS.”(Solano Vivas, Victoria; 2004) “La Leucopenia (GB<5.000/mm³) en un niño con IBS, es un signo de MAL PRONÓSTICO.

PCR: en algunos estudios que compararon reactantes de fase aguda como predictores diagnósticos se IBS en niños FSF, se evidenció que: 1) una PCR >3.5 mg/dl o una velocidad de eritrosedimentación (VES) >30mm/hr se relacionaba con mayor riesgo de IBS en menores de 3 meses, con una sensibilidad entre 55 y 80%. 2) una PCR >7mg/dl aumentaría la sensibilidad y especificidad de un laboratorio convencional.”(Neyro,Silvia; 2009)

“Concentraciones menores de 5 mg por decilitro son efectivas para descartar SBI, por lo cual podría incluirse en la evaluación del niño febril”(Solano Vivas, Victoria; 2004). “3) la PCR presenta una utilidad limitada cuando se trata de cuadros infecciosos de pocas hs de evolución, siendo un indicador más confiable en niños con fiebre de más de 12 hs de evolución.

Sedimento Urinario y Urocultivo: la tira reactiva negativa para nitritos en orina o el sedimento urinario sin alteraciones, no excluye el diagnóstico

de ITU. Por lo tanto, la toma de muestra de orina para Urocultivo está indicada independientemente de los resultados de los exámenes anteriores. El Urocultivo es fundamental para el diagnóstico”(Neyro,Silvia; 2009). “Es recomendación grado A considerar la ITU en todo niño menor de 1 año con fiebre sin foco y recomendación grado B en niñas entre 1-2 años con fiebre sin foco. Con el fin de comprobar ITU como fuente febril, antes de iniciar antibióticos es necesario obtener un urocultivo en caso de fiebre mayor de 40°C o en niños que persistan febriles por más de 48 horas. Es recomendación grado B obtener la muestra a través de cateterización uretral o por punción suprapúbica” (Solano Vivas, Victoria; 2004).

“Hemocultivos: son Gold Standard para el diagnóstico de Bacteriemia Oculta.

Es importante abordar adecuadamente estos cuadros febriles con el fin de no someter a muchos niños a pruebas complementarias y tratamientos inútiles, pero sin dejar por ello de tratar adecuadamente a aquellos que lo precisen” (Neyro, Silvia) . Es importante abordar adecuadamente estos cuadros febriles con el fin de no someter a muchos niños a pruebas complementarias y tratamientos inútiles, pero sin dejar por ello de tratar adecuadamente a aquellos que lo precisen.

OBJETIVOS:

- Conocer el número de casos de Síndrome Febril Sin Foco que consultan al Hospital de Niños Orlando Alassia desde el 1º de agosto del 2011 al 30 de septiembre del mismo año.
- Reevaluar la utilidad de los estudios de laboratorio para el abordaje inicial de los pacientes con Síndrome Febril Sin Foco y jerarquizar la utilidad de cada uno.
- Conocer el número real de casos en los que se llega a un diagnóstico etiológico en dicha institución.

Diseño: estudio prospectivo, observacional y cuantitativo.

Población de estudio: Se trabajara con todos los niños desde 3 a 36 meses que sean atendidos en el Hospital de Niños Orlando Alassia con Síndrome Febril Sin Foco.

Se excluirán todos aquellos niños menores de 3 meses o mayores de 36 meses y aquellos con patologías crónicas previamente conocidas.

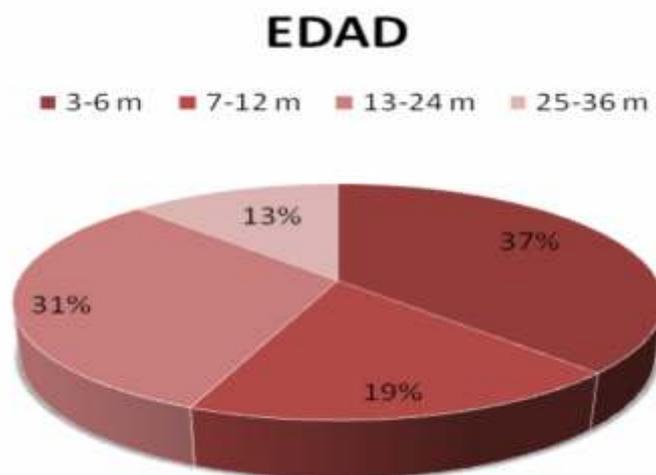
Variables a estudiar: Edad (3-6 m/ 7-12 m/ 13-24 m/ 25-36 m/36-72 m), Sexo, Hemograma, Urocultivo, Hemocultivo, PCR o VES.

Materiales: Historia clínica de pacientes en estudio. Datos de laboratorio solicitados. Insumos de librería. Planilla de datos prediseñadas en Excel: donde se cargarán los datos y variables a analizar.

RESULTADOS:

Durante el periodo de estudio (2 meses) hubo un total de 15.029 consultas a la Guardia del HNOA, de las cuales un 0,11% (16 casos) correspondieron a

SFSE, en niños de entre 3 y 36 meses. La mediana de edad fue 10 meses (4 a 36 meses), un 37% (6 pacientes) correspondió a lactantes de entre 3-6 meses, 31% (5) de entre 13 y 24 meses, 19% (3) entre 7 y 12 meses y 13% (2) entre 25 y 36 meses. El 56% (9) fueron varones.



Del total de laboratorios evaluados, tomando como parámetros Hemograma con formula y VES, el 50% fue considerado de mediano y alto riesgo y el otro 50% de bajo riesgo.

TABLA 1

	Fla leucocit	GB	VES y/o PCR	Bajo R	Mediano y Alto R
1	Predominio Linfocitario	>15.000	>30 y >45		X
2	Predominio Neutrófilico con cayados	>15.000	>30		X
3	Fórmula compartida	5.000 - 15.000	<30	X	
4	Fórmula compartida con cayados	>15.000	>120		X
5	Predominio Neutrófilico con cayados	5.000 - 15.000	>120		X
6	Predominio Neutrófilico con cayados	>15.000	>120		X
7	Predominio Linfocítico	5.000 - 15.000		X	
8	Predominio Neutrófilico	>15.000	<30	X	
9	Predominio Neutrófilico	5.000 - 15.000	<30	X	
10	Predominio Neutrófilico	>15.000		X	

De los pacientes internados se hicieron hemocultivos a un 80% (4 pacientes), de los que un 25%(1) arrojaron resultados positivos y el 25% (1) fue informado como contaminado. A un 60%(3) de dichos pacientes se les solicito urocultivo, siendo 33.3%(1) positivo.

En cuanto a la conducta adoptada con dichos pacientes se observó: 31% fue internado en sala de internación transitoria y recibió terapia antibiótica empírica con Ceftriaxona a dosis de 50mg/kg/día, 31% fue tratado ambulatoriamente tras solicitar y evaluar análisis de laboratorios, 38% recibió solo tratamiento ambulatorio sin haberle solicitado ningún tipo de examen complementario.

Se arribó a un diagnóstico etiológico al egreso, en un 19% (3 pacientes), siendo el 81% restantes considerados como SFSF. Los diagnósticos etiológicos de los 3 pacientes correspondieron a: Infección Vía Aérea, Diarrea Aguda, Infección Urinaria.

CONCLUSIÓN:

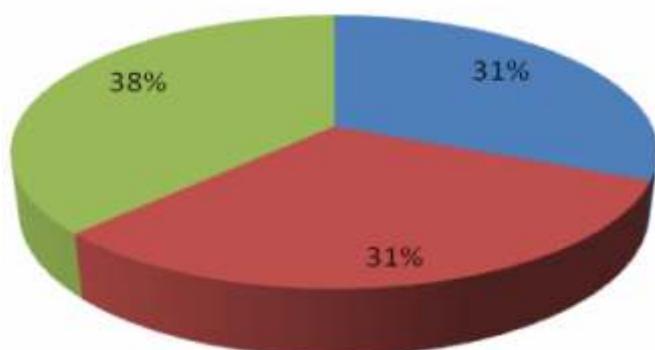
Los exámenes de laboratorio junto a la clínica del paciente siguen siendo de utilidad en la práctica clínica, ya que entre los niños internados con SFSF a los que se les solicito Hemograma (y que fueron catalogados

como: mediano y alto riesgo para IBS), se observó un aumento significativo de la VES proporcional a las alteraciones de los GB y la formula leucocitaria, y se obtuvo un rescate positivo en el 25% de los hemocultivos realizados y en el 33.3% de los urocultivos solicitados. Dentro de las limitaciones en el análisis de datos encontramos que, de los pacientes tratados ambulatoriamente, no se obtuvieron registros en cuanto al tipo de tratamiento administrado, ni su seguimiento. Así mismo, no encontramos registros de reingresos en dichos pacientes, ya sea por, cuadros bacterianos severos, meningitis o muertes. Por tal motivo asumimos que la mayoría de las patologías que presentaron estos pacientes se correspondieron con cuadros virales.

Teniendo en cuenta la definición de SFSF y después de observar que el registro de temperatura obtenida en los pacientes internados en el HNOA siempre fue axilar, creemos que es necesario que a todo paciente catalogado como SFSF que ingresa a internación, se le constaten registros de temperatura rectal. Así también consideramos necesario que a todos los SFSF se les solicite, además del Hemograma con fórmula, PCR cuantitativa; y en todos aquellos internados realizar Hemocultivos y Urocultivos de rutina.

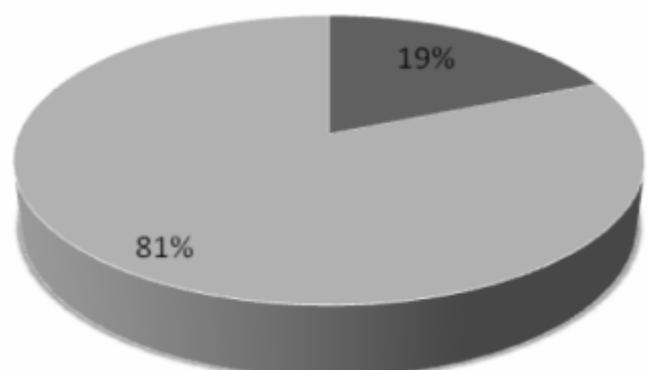
Conducta Tomada

■ SIT ■ Amb c/ Lab ■ Amb s/ Lab



Diagnósticos al Egreso

■ con dx. ■ sin dx



BIBLIOGRAFÍA:

- Fiebre en Pediatría, Sociedad Argentina de Pediatría – IV Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria.

- Neyro, Silvina; Medicina Interna para Pediatras, Guía Practica. Bs. As. Argentina. 2009.

- Paganini, Hugo; Fiebre sin foco en el niño de 3 a 36 meses Edición Científica Interamericana. 1ª ed. 2007

- Solano Vivas, Victoria; Fiebre sin Foco Aparente-
REVISTA Facultad de Ciencias de la Salud -
Universidad del Cauca. 2004.

TEXTOS CONSULTADOS:

- Brockmann PabloV., Ibarra G.Ximena, Silva W. Ignacia y Hirsch B.Tamara; Etiología del síndrome febril agudo sin foco en niños bajo 36 meses de edad que consultan a un servicio de urgencia. Revista Chilena. 2007.

- Libro Azul de Infectología pediátrica, 3º Edición. 2009.

- Pomeranz, Albert. MD y cols. Fiebre sin foco evidente. Nelson Estrategias Diagnósticas en Pediatría, 2002.

AGRADECIMIENTOS:

- Dr. Juan Carlos Beltramino y Dra. Mónica Moretti, quienes guiaron y revisaron este trabajo.

- Personal de Hematología y Bacteriología del Hospital de Niños Orlando Alassia.

FORMA DE CITAR ESTE ARTICULO:

Molina, Viviana Lorena; D´Jorge, Paula; Moretti,

Mónica y col. Lactantes con Síndrome Febril sin Foco en el Hospital de Niños Orlando Alassia.(2011)- Actas Médicas Santafesinas. Año 1- Nro. 1- pag. 22 - 27.

Caso Clínico

Dr. J. Rinaldi

Intensivista
Sanatorio Sagrado Corazón Santa Fe
Hospital Italiano Garibaldi Rosario

Dr. C. Otasú

Intensivista
Sanatorio Sagrado Corazón Santa Fe
Hospital Italiano Garibaldi Rosario

Pseudo-tumor vs. Tumor cerebral en pediatría.

SUMMARY:

Idiopathic intracranial hypertension (IIH) or Pseudo-brain tumor is a rare condition in children. In neonates occur exceptionally. Its highest incidence is seen in teenagers but less frequently than in adults and without preference for females. The main differential diagnosis is intracranial tumor. This is the second leading cause of tumors in children under 15 years old, and its annual incidence is 2 to 5 cases per 100,000 children, with slight predominance in males. We present 3 cases of different etiologies with focal neurologic signs.

RESUMEN:

La Hipertensión Endocraneana Idiopática (HII) o Pseudo-tumor cerebral es una patología poco frecuente en pediatría. En neonatos se presenta excepcionalmente. Su mayor incidencia se observa en adolescentes aunque, sin duda, con menor frecuencia que en adultos y sin preferencia por el sexo femenino. El principal diagnóstico diferencial lo constituyen los tumores intracraneales. Estos son la segunda causa de tumores en menores de 15 años, y su incidencia anual es de 2 a 5 casos por 100.000 niños, con leve predominio en el sexo masculino.

Nosotros presentamos 3 casos clínicos de distintas etiologías con signos de focalidad neurológica.

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Endocraneana Idiopática (HII) o Pseudo-tumor cerebral es una patología poco frecuente en pediatría excepcional en neonatos, observándose mayor incidencia en adolescentes, pero sin duda con una menor frecuencia que en adultos y sin preferencia por el sexo femenino, el principal diagnóstico diferencial lo constituyen los tumores intracraneales, que son la segunda causa de tumores en niños menores de 15 años, teniendo una incidencia anual de 2- 5 casos por 100.000 con leve predominio en sexo masculino, nosotros presentamos 3 casos clínicos de distinta etiología con signos de focalidad neurológica.

MÉTODO

Caso 1: niño de 12 años de edad que comenzó con cefalea y vómitos espontáneos de tipo gástrico por lo que consulta decidiéndose su internación, dentro de los diagnósticos diferenciales se plantea la posibilidad de masa intracraneal se realiza TAC de cráneo con contraste no evidenciándose signos de proceso expansivo ni edema cerebral, una vez cedido el episodio de vómitos a las 48 hs se otorga el alta. En la semana siguiente el niño persistió con cefalea episódica y se agrega visión doble consulta al oftalmólogo encontrándose edema de papila importante y alteraciones en la campimetría, se interconsulta con neurólogo infantil quien deriva al paciente a UCIP donde se realiza RMN con gadolinio, la cual se informa normal, por sospecha de Pseudo-tumor Cerebral se realiza medición de presión del LCR, constatándose 48 cmH₂O, en el mismo acto se extraen 30 cc con lo que la presión desciende a 28 cmH₂O y se comienza tratamiento con acetazolamida 1gr/día c 6 hs con mejoría clínica

resolviéndose la visión doble otorgándose el alta a las 48 hs con igual tratamiento y seguimiento oftalmológico e interconsultas con endocrinología infantil ya que el niño se encuentra con un índice de masa corporal sobre el percentilo 85 para sobrepeso y el antecedente de uso crónico de budesonide por patología respiratoria el cual fue suspendido durante la internación.

Caso 2: niño de 10 años de edad que comenzó con vómitos gástricos espontáneos por lo que consulta, decidiéndose su internación con diagnóstico de gastroenteritis, otorgándose el alta dentro de las 48 hs. de evolución una vez que cedieron los síntomas. Dentro de las 96 hs. consulta nuevamente constatándose parálisis facial, ptosis palpebral, disartria, ataxia y debilidad generalizada por lo que el niño es derivado a UCIP, ante la sospecha de masa intracraneal se realiza TAC con contraste no observándose proceso expansivo ni signos de hipertensión endocraneana, se realiza punción lumbar que sale gota a gota, encontrándose leve aumento de la proteinorraquia, para descartar masa del tronco cerebral o posible encefalopatía desmielinizante, se completa los estudios con RMN con gadolinio informándose masa difusa en zona bulbo-protuberancial sin posibilidad por la localización de exéresis quirúrgica, por lo que se ingresa a protocolo de radioterapia y anticuerpos monoclonales a cargo del servicio de oncomatología pediátrica.

Caso 3: niño de 3 años y 11 meses de edad que hace 1 mes comenzó con estrabismo convergente de ojo derecho por lo que consulta a un oftalmólogo quien indica tratamiento con lentes y ejercicios. Hace 7 días se agregan vómitos gástricos 3 veces al día apareciendo en las últimas 48 hs dificultad en la marcha y hemiparecia braquiocrural izquierda por

lo que consulta a neurólogo pediatra quien deriva a UCIP, al ingreso se constatan como signos de foco neurológico estrabismo convergente derecho, disartria, hemiparecia faciobraquiocrual izquierda, por lo que se solicita TAC de cráneo con contraste observándose masa tumoral en fosa posterior supraependimaria que colapsa cuarto ventrículo con moderada dilatación del tercer ventrículo y cisternas, se comienza tratamiento con dexametasona a 0,6 mg/Kg./día , se interconsulta con neurocirujano quien solicita RMN con gadolinio para delimitar masa tumoral planteándose a los padres derivación ventricular externa en un primer tiempo quirúrgico para descomprimir y luego realizar exéresis quirúrgica de la masa tumoral.

ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA

El Pseudo-tumor cerebral o Hipertensión Endocraneana Idiopática (HII) es una condición que cursa con aumento de la presión intracranena en ausencia de clínica, laboratorio o evidencia de imagen de masa ocupante en cerebro, anormalidades infecciosas o alteraciones vasculares.

Esta entidad es rara en pediatría, se podría decir excepcional en lactantes y algo mas frecuentes en adolescentes puberales, pero sin la distribución característica de adulto con respecto al franco predominio del sexo femenino y en obesas.

La fisiopatología de esta entidad es desconocida, habiéndose postulado aumento en la presión en el seno venoso o bien disminución en la reabsorción de LCR, pero hay pocos estudios con evidencia que puedan avalarlo y menos en pediatría por la escasa frecuencia de esta patología.

No hay gran asociación con la obesidad como en adultos en los que se agrega el franco predominio en mujeres.

Si se ha observado mayor relación con etiología secundaria en niños por anormalidades

endocrinológicas (reemplazo hormonal con tiroxina en el hipotiroidismo, enfermedad de Addison, en la terapia con hormona del crecimiento, con el uso de desmopresin nasal), en toxicidad por drogas (hipervitaminosis A, tetraciclinas, el budesonide en casos de terapia crónica vía oral para Enfermedad Crónica Intestinal, corticoides en enfermedad crónica, acido nadilixico, nitrofurantoína, quimioterapia).

Como diagnósticos se utilizan los criterios modificados de Dandy adaptados por Ramgwala y Liu (cuadro 1)

El tratamiento es a través de punciones lumbares y fármacos como acetazolamida a 30 mg/Kg./día en niños y 1 gr. /día en adolescentes, en casos de intolerancia a esta, la furosemida sería una alternativa. Como segunda línea el topiramato y en casos refractarios se puede recurrir a la derivación del LCR. El seguimiento es por oftalmología y neurología infantil esperando aproximadamente unos 6 meses para resolverse el edema de papila, pero sin síntomas asociados.

La falta de respuesta o retraso en el tratamiento tendría como repercusión principal la perdida de la visión por lesión irreversible del nervio óptico.

DISCUSIÓN

Se evidencia en estos casos clínicos la necesidad de alto índice de sospecha ante la minima presencia de signos de focalidad neurológica, incluir dentro de los diagnósticos diferenciales al Pseutumor cerebral hoy llamado HII, si los estudios por imágenes son normales y habiendo descartado otras causas etiológicas ante la presencia de parálisis de pares craneanos, teniendo en cuenta como diagnostico los criterio de Dandy modificados para adolescentes. Otro aspecto a destacar en esta presentación de casos, es que si bien la TAC ha sido un importante avance en el diagnostico de tumores cerebrales, la

RMN debe incluirse en el protocolo de estudios diagnósticos para descartar la posibilidad de masas tumorales que pudieran quedar ocultas por estructuras ósea de la base de cráneo como tumores de tronco cerebral, del Angulo pontocerebeloso, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Anticuerpo monoclonal h-r3 en el tratamiento de tumor de tallo cerebral: presentación de un caso. Bárbara Iglesia Castillo¹, Rosa María Amador González, Sergio Márquez Hernández, Jacqueline Maza Kindelán, Mileidy Sotolongo Pérez. *Rev. Ciencias Médicas* [online]. 2009, Vol.13, n.1, pp. 100-105. ISSN 1561-3194.
- Current management of brainstem Gliomas. Jallo, G.L., Roonprapunt, C., et al. *Annals of Neurosurgery*, 2003; 3:
- Glioma de tronco cerebral. P. Sousa, J hinojosa, M J Muños, J Espassa y A Muños. Servicio de Neurocirugía Pediátrica. Servicio de radiología pediátrica. Hospital doce de octubre Madrid. *Neurocirugía* 2004; 15 56:66 1-17
- Pediatric Idiopathic Intracranial Hypertension (Pseudotumor Cerebri) Melissa W. Ko (a) Grant T. Liu. *Horm Res Pediatr* 2010; 74: 381-389
- Pseudotumor cerebral en pediatría. Dres. Dres. Nicolás Onna*, Clarisa Maxit**, Natalia Ravazzola. Servicio de Clínica Pediátrica*, Servicio de Neurología Pediátrica** del Departamento de Pediatría y Servicio de Oftalmología*** del Hospital Italiano de Buenos Aires. *Conexión Pediatría* 2010 vol 3:2
- Pseudotumor cerebral secundario a trombose venosa dural. *Adriana Rocha Brito*¹, *Marcio M. Vasconcelos*², *Romeu Cortes Domingues*³, *Livia Esteves*⁴, *Maria Cecília Domingues de Oliveira*⁵, *L. Celso H. Cruz Jr*⁶, *Gesmar V. Haddad Herdy*⁷. *Arq Neuropsiquiatr* 2005;63(3-A):697-700.
- Supratentorial high-grade astrocytoma and

diffuse brainstem glioma: two challenges for the pediatric oncologist. Broniscer, A., Gallar, A. *The Oncologist* 2004; 9: 197-206.

- Tumores de tronco cerebral en la población pediátrica F.J. Villarejo; M.P. Ferrara; J.M. Belinchón; L. Madero*; B. Rivero; F. Cordobés; A. Pascual; C. Pérez-Díaz e I. de Prada** Servicios de Neurocirugía, Oncología* y Anatomía Patológica**. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. *Neurocirugía* 2008; 19: 551-555

CUADRO 1

Criterio de Dandy modificadosm por Rangwala y Liu

- 1- Los signos y síntomas presentes reflejan solamente aquellos de hipertensión Endocraneana o papiledema, sin alteraciones en el estado de conciencia.
- 2 - Documentación de presión endocraneana elevada medida en posición de decúbito lateral, > 7,6 cm H₂O en neonatos, y de 28 cmH₂O en el rango de edad de 1 a 18 años.
- 3 - Composición del LCR normal excepto en neonatos quienes pueden tener hasta 19 elementos por mm³ y hasta 9 elementos de 29 a 56 días con proteinorraquia hasta 150 mg/dl.
- 4 - Sin evidencia de hidrocefalia, masa tumoral o lesión vascular en la RMN, salvo estrechamiento en el seno transversal.
- 5 - La parálisis de pares craneana esta permitida si no hay otra etiología y mejora con la reducción de la presión del LCR.
- 6 - Ninguna otra causa de hipertensión endocraneana.

FORMA DE CITAR

Rinaldi, J.; Otasu, C. Pseudo-tumor vs.Tumor cerebral en pediatría. *Actas Médicas Santafesinas*. Año 1. Nro 1. 28-31



Instrucciones para los autores.

Actas Médicas Santafesinas es el órgano de difusión del Colegio de Médicos de la 1ra. Circunscripción de Santa Fe. Está dedicada a la investigación clínica y básica.

TIPOS DE MANUSCRITOS

Se consideran para publicación:

Manuscritos originales: Son reportes completos de investigaciones clínicas o básicas originales, revisiones sistemáticas o metanálisis. No deben tener más de 4.000 palabras (excluyendo la página del título, el resumen y las referencias) y no más de 50 referencias.

Comunicación de casos clínicos: Se publican casuísticas importantes o casos únicos de enfermedades excepcionales que provean información significativa y original. Este modo de publicación es en general desaconsejado. Los Editores señalan la primacía de los manuscritos originales sobre las comunicaciones de casos. No deben superar las 3.000 palabras, incluyendo referencias (que no excedan las 20).

Imagen del número: Se publica una imagen clínica, radiológica, endoscópica o microscópica que desafíe la capacidad diagnóstica de los lectores y les provea información original. Debe ir acompañada de un texto explicativo no mayor de 150 palabras, con no más de 5 referencias relevantes.

Cartas al Editor: Pueden ser sometidas a revisión y editadas para su claridad y brevedad. No deben superar las 500 palabras, las 10 referencias y una figura o tabla. En forma preferencial, pero no excluyente, su temática gira sobre los manuscritos publicados por Actas Médicas Santafesinas.

Editoriales: Son escritos por invitación de los Editores sobre temas Generales. No deben superar las 1.500 palabras.

Revisiones: Son revisiones narrativas dirigidas a la actualización de un tema relevante y los Editores las encargan a investigadores con experiencia en el tópico.

Resúmenes seleccionados: Son revisiones concisas de no más de cinco manuscritos publicados en otras publicaciones, de interés para los lectores de Actas Médicas Santafesina. Van acompañadas de una síntesis y son encargadas por los Editores.

Artículos especiales: Inciden guías prácticas, documentos de consenso, cursos y conferencias o resúmenes de trabajos originales enviados a congresos. Su publicación es decidida por los Editores según cada caso y pueden publicarse en el cuerpo principal de la revista o como suplementos.

Noticias: Actas Medicas Santafesinas publica noticias relevantes, en especial congresos y reuniones científicas. Los lectores pueden enviar las

noticias que consideren importantes y su publicación quedará a exclusivo criterio de los Editores.

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES
Manuscritos originales: Se desaconseja el envío de artículos que traten más de un aspecto de un mismo estudio. El envío de un artículo publicado en otro sitio por otro autor (plagio) o por el mismo (publicación duplicada), se considera falta ética grave que invalida la publicación en Actas Medicas Santafesinas y será hecha pública por los Editores en sus páginas.

Publicación secundaria: Siguiendo lo establecido por los *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (www.icmje.org), Actas Medicas Santafesinas acepta el sistema de publicación secundarla. Éste contempla la publicación de cierto tipo de artículos, tales como guías de agencias gubernamentales o sociedades científicas que requieren amplia difusión. También pueden publicarse manuscritos originales publicados en revistas de habla inglesa y reenviados a Actas Médicas Santafesinas en idioma español o portugués. La condición de publicación secundaria debe ser explícita, figurar en la revista y contar con la aprobación de todos los autores, de los editores de la publicación original y de los Editores de Actas Médicas Santafesinas.

Derechos: Todos los autores que envían un manuscrito lo acompañan de un formulario en el que: 1) ceden los derechos de autor a Actas Médicas Santafesinas 2) se hacen responsables de los datos y el contenido, 3) dejan constancia de que han participado activamente en el proceso de la investigación y/o la confección del manuscrito, 4) declaran eventuales conflictos de intereses, 5)

mencionan los soportes financieros y 6) explicitan la aprobación por los comités institucionales y autoridades regulatorias que correspondan a cada caso. Este formulario se envía por correo a la dirección citada más abajo.

ENVÍO DE LOS MANUSCRITOS

Idiomas: Los idiomas oficiales de Actas Médicas Santafesinas son el español y el portugués. Se acepta también el envío de manuscritos en Inglés.

Los manuscritos son enviados con una carta de presentación a:

Al Responsable de Educación
Medica Continua de Postgrado.
Colegio de Médicos de Santa Fe.
1ra. Circunscripción.
9 de Julio 2464 (3000)
Santa Fe - República Argentina.

Envío por correo: Se envían tres copias en papel A4. Las páginas -incluida la del título- van numeradas en la esquina superior derecha, los cuatro márgenes son de 2.5 cm y el texto va escrito a doble espacio. El tipo de letra es Arial, Time New Roman o Courier y el tamaño de letra es 12.

La dirección para el envío por correo es:

Envío por correo electrónico: Los manuscritos se envían en archivos de Word. Un solo archivo corresponde a todo el manuscrito, con excepción de las figuras, que son enviadas en un archivo separado.

La dirección para el envío por correo electrónico es:
Mariana Montenegro: marianam@cmsf.org.ar y/o
Celeste Spalla: celestespalla@cmsf.org.ar.

La pagina Web del Colegio de Médicos de Santa Fe es: www.colmedicosantafe1.org.ar

Actas Médicas Santafesinas recomienda especialmente el envío de los manuscritos por correo electrónico.

ORGANIZACIÓN DEL MANUSCRITO

Los manuscritos deben regirse por los *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (www.icrrije.org) y los ensayos controlados aleatorizados deben hacerlo por el documento CONSORT (*Consolidated Standard: of Reporting Triáis*) (www.consort-statement.org). Su confección sigue la siguiente organización:

1. Página del título

Título: No más de cien caracteres, sin contar los espacios entre las palabras.

Nombres de los autores: Nombres, apellidos y afiliación institucional de todos los autores. Cuando se trata de un estudio en el que participan más de un centro o servicio, el nombre debe ir acompañado de un número arábigo sobrescrito que remita a la correspondiente afiliación. De la misma manera se indica un eventual cambio de dirección.

Palabras claves: Tres a cinco palabras acordes con el MeSH (*Medical Subject Headings*) del index Mediáis.

Información para el contacto: Nombre, dirección, teléfono, fax y correo electrónico del autor que recibe los comentarios y pruebas de impresión.

Lista de abreviaturas: Se incluyen en el orden de aparición en el texto.

Sostén financiero: Se mencionan las becas u otros aportes económicos recibidos para la realización del estudio.

2. Resumen

El manuscrito se acompaña de dos resúmenes -uno en inglés y otro en español- encabezados por el título y estructurados como un texto continuo, con

los antecedentes, objetivos, métodos, resultados principales y conclusiones.

No debe exceder las 250 palabras.

3. Introducción

No lleva encabezamiento. Provee la información mínima y básica para orientar al lector sobre los antecedentes que motivaron la realización del estudio y, en su último párrafo, enuncia sus características y objetivos principales.

4. Métodos

Incluye la información detallada necesaria para que el trabajo pueda ser reproducido por otros investigadores. En el caso de usarse métodos ya comunicados sin modificaciones sustanciales, es suficiente con la cita del trabajo en el que se difundieron. Sus puntos pueden ir encabezados por subtítulos e incluyen: 1) la descripción del diseño básico del estudio, 2) el lugar en donde fue realizado y sus características, 3) la población estudiada y de qué manera fue seleccionada, reclutada y asignada a los eventuales grupos del diseño, 4) la intervención realizada -en caso, de estudios con drogas o tecnología médica deben citarse sus datos, incluido el nombre genérico para las drogas, el nombre comercial, el fabricante y el lugar de manufactura- 5) la forma en que fueron medidos los resultados, 6) el método utilizado para dichas mediciones. La fuente de los reactivos no estándares debe explicitarse, incluyendo los datos del fabricante, 7) las normas éticas (por ejemplo, Declaración de Helsinki) y aprobaciones regulatorias correspondientes, 8) la metodología estadística empleada.

5. Resultados

Esta sección provee los principales resultados, incluyendo los intervalos de confianza, los valores de p y las medidas de efecto. Los resultados

principales deben estar incluidos en el texto. Los resultados principales y secundarios pueden ser presentados en tablas o figuras, que serán citadas en el texto. Deben evitarse las repeticiones innecesarias en el texto y en las tablas o figuras.

6. Discusión

Se comentan los aportes e implicancias de la investigación en el campo que abarcó, evitando discutir aspectos que no estén avalados por las evidencias del estudio, y se comparan con investigaciones similares realizadas previamente.

7. Referencias

Se citan en el texto, con un número arábigo y en orden consecutivo. La lista de referencias, precedidas por el número correspondiente se incluye al final del texto. No deben ordenarse en forma alfabética. Sólo pueden citarse referencias publicadas o en prensa, incluidos resúmenes. Los manuscritos enviados a publicación, los datos no publicados y las comunicaciones personales pueden citarse en el texto, entre paréntesis y sólo cuando su relevancia lo justifique.

Deben seguirse los *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (www.icmje.org) y citarse todos los autores.

Ejemplos de citas

Publicada en revista:

1. Mathurin P, Mouquet C, Poynard T, Sylla C, Benalia H, Fretz C, Thibault V, Cadranel J-F, Bernard B, Opolon P, Coriat P, Bitker MO. Impact of hepatitis B and C virus on kidney transplantation outcome. *Hepatology* 1999;29:257-263.

Capítulo de un libro:

2. Pratt DS, Kaplan MM. Evaluation of the liver: A. Laboratory tests. En: Schiff ER, Sorrell MF,

Maddrey WC, eds. Schiff's Diseases of the Liver. 8a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999:219-223.

Resumen en un suplemento:

3. Klin M, Kaplowitz N. Differential susceptibility of hepatocytes to TNF-induced apoptosis vs necrosis [Abstract]. Hepatology 1998;28(Suppl):310A.

8. Tablas

Las tablas se confeccionan en hojas individuales, a doble espacio y son numeradas en forma consecutiva con números arábigos en el orden en que aparecen en el texto. Deben evitarse las líneas internas verticales u horizontales. Cada columna debe tener un encabezamiento corto o abreviado. En notas al pie se explican todas las abreviaturas que no son estándares. Se identifican las medidas estadísticas de variación, tales como desvío estándar o error estándar. Cada tabla debe estar citada en el texto.

9. Leyendas de las figuras

Se numeran con números arábigos en el orden mencionado en el texto, cada una en hoja separada. Proveen un título y la explicación suficiente para ser entendidas sin necesidad de ir al texto. Deben explicarse todas las abreviaturas y símbolos.

10. Otros elementos del manuscrito

Agradecimientos: Se agradece la asistencia personal y la provisión de reactivos especiales.

Permisos: Las citas textuales, tablas o ilustraciones protegidas por derechos de autor deben ir acompañadas del permiso escrito del editor y el autor originales. Debe citarse dicho permiso en el texto y al pie de tablas o figuras.

Abreviaturas: Pueden utilizarse libremente las abreviaturas estándares. Pueden crearse abreviaturas

para citas que superan las cinco veces y, en este caso, debe detallarse su significado a continuación de la primera vez que se usa, entre paréntesis. También se las menciona en la página del título.

11. Figuras

Se adjunta un juego de figuras. Al dorso de cada una de ellas se marca con lápiz el número, su orientación y el nombre del primer autor. Para las figuras en blanco y negro deben proveerse impresiones claras tipo láser de los dibujos y fotografías de alto contraste de 18 cm de ancho. Las figuras a color deben tener las letras y símbolos claramente visibles. Pueden tener un costo que estará a cargo de los autores y les será comunicado por los Editores antes de la impresión del manuscrito. Las figuras pueden enviarse en archivos digitales contenidos en diskette 3 1/2" o CD.

REVISIÓN Y PUBLICACIÓN

Actas Médicas Santafesinas se rige por el sistema de revisión anónima por pares. Los Editores pueden rechazar un manuscrito sin revisión previa en caso de estar incompleto o no cumplir con las instrucciones para los autores. Se asigna un número a cada manuscrito y se lo entrega a dos revisores que hacen sus comentarios en forma anónima. Estos comentarios son comunicados a los autores. La publicación puede ser rechazada o aceptada (sin modificaciones o aceptada con correcciones). Después de la aceptación final de la publicación, los autores recibirán las pruebas de imprenta para que sean corregidas en un lapso no mayor de dos días. Se acepta sólo un reenvío después de la decisión inicial. Los manuscritos que sean reenviados más de una vez o después de los cuatro meses de la decisión inicial serán considerados como un nuevo envío.

LISTA DE CHEQUEO PARA LOS AUTORES

Verificar la extensión del título y eliminar las abreviaturas que no son estándares.

- Poner el nombre completo de los autores.
- Indicar la afiliación institucional.
- Proveer la información para contactar al autor responsable.
- Mencionar el aporte de becas u otro sostén financiero.
- Comprobar que los resúmenes no excedan las 250 palabras y no tengan citas de referencias, tablas o figuras.
- Verificar que el manuscrito tenga la estructura acorde con las instrucciones.
- Asegurar la claridad y reproducibilidad de los métodos.
- Especificar las consideraciones éticas y los métodos estadísticos.
- Proveer la información de los fabricantes.

Presentar correctamente los resultados, evitando reiteraciones en el texto y las tablas.

- Citar las referencias correctamente -incluyendo todos los autores- y verificar que estén bien ubicadas en el texto.
- Poner las tablas en paginas separadas y citarlas en el texto con números arábigos.
- Poner las leyendas de las figuras en hojas separadas.
- Verificar la calidad de las figuras, indicar el nombre del autor y el número al dorso, y citarlas en el texto con números arábigos.
- Incluir el formulario de cesión de derechos.
- Incluir el permiso para citas, figuras o tablas tomadas de otra publicación.



COMISIÓN DE
EDUCACIÓN MÉDICA
DE POSTGRADO