



**Miguel A. Esteban** <sup>(1)</sup>

**Miriam R. Perez** <sup>(2)</sup>

**Anahí Bracco** <sup>(3)</sup>

*(1) Jefe de Servicio de  
Clínica Pediátrica I*

*(2) Médica del Servicio de  
Clínica Pediátrica I*

*(3) Médica del Servicio de  
Psicopatología Infantil*

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

## Síndrome de Munchausen por mandato

### Resumen

El Síndrome de Munchausen por mandato, "un trastorno ficticio, por el cual la enfermedad del niño es inducida, promovida o provocada por la persona más próxima a él, generalmente su madre", es todavía mal conocido y su génesis imperfectamente comprendida. Esta comunicación está destinada a esclarecer al pediatra esta patología, con elevada morbilidad y secuelas, como así también de altísima mortalidad (9%).

Se presentan cuatro casos clínicos disímiles, planteándose los aspectos clínicos de los pacientes y psicológicos de los padres, especialmente de la progenitora; y las pautas para su sospecha. "Uno de los atributos esenciales del médico es la disposición para aceptar la historia del paciente, y si hubiéramos de tener la mínima duda sobre la veracidad de sus afirmaciones, se debilitaría la estructura total de la medicina" <sup>(1)</sup>.

El pediatra, habituado a pensar de ésta forma, al enfrentarse con el Síndrome de Munchausen por Mandato, deberá aguzar su experiencia, conocimiento y sagacidad para arribar a un diagnóstico certero.

### Abstract

The Munchausen's syndrome by proxy "a false disorder by which the disease of a child is induced, promoted or provoked by the nearest akin, most commonly his/her mother" is still poorly known and its genesis imperfectly understood. This paper is meant to enlighten the pediatrician about this pathology which entails high morbidity and after-effects, as well as an extremely high mortality rate (9 %).

Three different clinical cases are presented, referring the patient's clinical features, the parent's psychological aspects, specially the mother's, and the patterns which allow the suspicion for the appropriate diagnosis.

"One of the essential attributes of the physician is his disposition to accept the patient's background and if we could have the smallest doubt about the truth of his statements, the global structure of medicine could be weakened" <sup>(1)</sup>.

The pediatrician, used to think this way, when is faced to Munchausen´s syndrome by proxy should be sharp his experience, knowledge and cleverness in order to get an accurate diagnosis.

**Introducción**

En 1951 Asher <sup>(2)</sup> describió una enfermedad ficticia en pacientes adultos con síntomas físicos que resultaban de la exageración o invención de los mismos para obtener una atención innecesaria, y la denominó Síndrome de Munchausen. Este autor había leído un pequeño libro publicado en Londres en 1785, sobre "Las aventuras del Barón de Munchausen" <sup>(3)</sup>, un mercenario que luchó bajo las órdenes del Zar Pedro I en la guerra ruso-turca, beneficiándose económicamente por ello. Luego, como pasatiempo, se dedicó a contar historias y aventuras caracterizadas por su mendacidad, fantasía y poca credibilidad por su exageración. En 1977 Meadow <sup>(4)</sup> publicó en The Lancet un artículo sobre Síndrome de Munchausen by proxy, para denominar al maltrato provocado por la delegación de la familia al pediatra, transformándose éste en una enfermedad que implica la relación "Madre-niño-médico". Meadow <sup>(4-6)</sup> estableció una definición que, modificada, aún está en uso: "Es un trastorno ficticio, por el cual la enfermedad del niño es inducida, promovida o provo-

**Tabla I**

<p><b>S. de Munchausen por mandato</b></p> <p><b>Una enfermedad que implica la relación madre-niño-médico</b></p> <p><u>Otras denominaciones</u></p> <p>By Proxy</p> <p>Ficticio - Facticio</p> <p>Por poder</p> <p>Por proximidad</p> <p>Por delegación</p> <p>Sind. Meadow</p> <p>Par procuration</p>
---

**Tabla II**

<p><b>Criterios Diagnósticos: S. de Munchausen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalizaciones frecuentes del niño y tratamientos médicos intensos y repetidos.</li> <li>• Cuando uno de los padres permanece constantemente junto al enfermo y se muestra en exceso solícito, ambivalente, seductor o agresivo en su relación con el personal médico o paramédico.</li> <li>• Antecedentes en una investigación exhaustiva sobre enfermedades poco comunes.</li> <li>• Ausencia de padre / madre.</li> </ul>
--

**Tabla III**

<p><b>Criterios Diagnósticos: S. de Munchausen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persistencia o recurrencia de padecimientos, cuya causa no puede ser encontrada.</li> <li>• Discrepancia entre el interrogatorio y los hallazgos de la exploración física.</li> <li>• Falta de los signos y síntomas cuando el niño no se encuentra junto a la persona encargada de él (padre, madre, tutor, etc).</li> <li>• <b>"Nunca vi un caso así"</b>.</li> </ul>
---

**Tabla IV**

<p><b>Criterios Diagnósticos: S. de Munchausen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de signos/síntomas poco usuales que no corresponden a una entidad bien definida.</li> <li>• Evolución tórpida. Poca o nula respuesta a los tratamientos sin una explicación lógica.</li> <li>• Padres que se muestran conformes o tranquilos ante la supuesta enfermedad del niño y los procedimientos diagnósticos empleados, aunque estos sean dolorosos, riesgosos o costosos.</li> <li>• Madres que han sufrido síndrome de Munchausen (30%).</li> </ul>
---

cada por la persona más próxima a él, generalmente su madre". Así mismo estableció criterios diagnósticos que, modificados, se muestran en las Tablas II, III y IV.

Se resalta que la definición apunta a demostrar que los niños referidos por el autor son víctimas y no culpables, como ocurre en el Síndrome de Munchausen descrito originalmente por Asher. Este síndrome, también ha sido reconocido con otras denominaciones. Ver Tabla I.

### Casos clínicos

Existen tres formas de presentación clínica ya que el trastorno puede ser provocado, inducido o tener una configuración mixta.

#### CASO CLÍNICO 1

Niño de 20 meses, que ingresó en grave estado general, con diagnóstico de depresión del sensorio y acidosis metabólica extrema (pH: 6,95) de etiología desconocida.

**Antecedentes personales:** internado a los 12 meses de vida en otro Hospital por convulsiones y deterioro de la conciencia, acompañados por acidosis grave.

**Estudios complementarios realizados:** Laboratorio (gases en sangre, hemograma, función renal y hepática, medio interno, catastro de metabolopatías, orina completa, búsqueda de tóxicos en sangre y orina, análisis cito-físico-químico del débito gástrico). Ecografía abdominal (renal y hepática).

**Tratamiento:** plan de hidratación parenteral, colocación de acceso venoso central, correcciones con bicarbonato de sodio y resto del tratamiento indicado en casos de acidosis metabólica extrema, diálisis peritoneal incluida.

**Evolución:** a las 48 hs. de internación se encontraba en buen estado general con corrección de su acidosis a valores de pH normales. Permaneció 5 días asintomático; luego presentó vómitos marrón- amarillentos, con halo verde azulado, descartándose causas orgánicas y funcionales del mismo. Retrospectivamente se concluyó que los vómitos desaparecían cuando el niño no se encontraba al cuidado de su madre. El día 23° de internación se analizó el débito gástrico en el cual se hallaron compuestos yodados (de empleo hospitalario para desinfección e higiene de las manos).

Ante la sospecha de intoxicación intencional, el ni-

ño fue aislado de la madre, con lo cual el niño retornó a la normalidad clínica y humoral.

**Diagnóstico:** Síndrome de Munchausen por mandato (forma provocada).

#### CASO CLÍNICO 2

Niño de 8 años derivado de otro hospital por fiebre, vómitos y cefalea frontal de 24 hs. de evolución. Al examen físico de ingreso el niño impresionaba sano.

**Antecedentes personales:** Leucemia Linfoblástica aguda (diagnosticada en Uruguay a los 5 meses de vida). Realizó tratamiento específico hasta la remisión completa.

Dos años después presentó recaída de la enfermedad, por lo cual fue asistido en el Hospital Francés de Capital Federal.

A los 6 años la leucemia recayó nuevamente y el niño fue atendido en un hospital del conurbano bonaerense. En este caso presentó insuficiencia renal aguda secundaria a la terapéutica, con convulsiones y encefalopatía hipertensiva, debiendo realizarse hemodiálisis. Estos datos precisos y con terminología médica fueron aportados por su madre. A los 7 años presentó hepatitis A y luego una tercera recaída de la leucemia, ahora con "compromiso meníngeo". Se inició tratamiento que fue luego suspendido voluntariamente, ya que la madre argumentó problemas económicos y necesidad de asistir a su esposo, a quien se le había diagnosticado cáncer de pulmón.

**Antecedentes familiares:** familia de bajos recursos, aunque refiere tener obra social, por lo que el niño fue atendido en institución privada.

**Exámenes complementarios realizados:** Laboratorio (hemograma, ERS, urea, glucemia y análisis de orina normales, hemocultivos negativos). Estudio hematológico normal.

**Evolución:** se mantuvo comunicación con médicos del Hospital Francés, referidos por la madre, quienes aseguraron ausencia de patología hematológica alguna.

La madre era una persona extrovertida, que comentaba los problemas médicos de su hijo con otros padres y habitualmente requería de la presencia de un miembro determinado del cuerpo mé-

dico, evitando siempre a su médico de cabecera a la hora de las consultas; entre ellas hipertermia (no comprobada por el personal de enfermería), y epistaxis (corroborada en una oportunidad por la presencia de sangre seca en una de las narinas). Finalmente ante la sospecha de que la madre del paciente no decía la verdad, se consultó al Servicio de Psicopatología. Al percibir la madre que se sospechaba de ella, resolvió abandonar el Hospital con el objeto de demostrar su inocencia.

**Diagnóstico:** Síndrome de Munchausen por mandato (forma inducida).

### CASO CLÍNICO 3

Niña de 20 meses que es traída a la consulta por ataxia de 6 hs. de evolución luego de la caída de una silla.

**Antecedentes personales:** internada a los 3 meses por Bronquiolitis forma apneica (no constatada en el hospital). A los 12 meses fue internada por otorragia (presencia de sangre coagulada en conducto auditivo, con membrana timpánica íntegra). A los 18 meses presentó convulsión tónico-clónica generalizada. Consultó pasado el episodio y se le instruyeron pautas de alarma: de presentar más de 2 episodios o ser prolongados deberá reconsultar. A las 2 hs. presentó 2 nuevos episodios y fue medicada con fenobarbital.

**Antecedentes familiares:** familia conformada por madre y abuela; padre ausente. Relación vincular alterada entre madre y abuela. Tío con epilepsia.

**Exámenes complementarios realizados:** ECG; Rx. de tórax; Polisomnografía; estudio de la deglución y SEG; EEG; Laboratorio (hemograma, nomograma, medio interno, glucemia, calcemia, hepatograma, dopaje de fenobarbital, psicofármacos en orina, etc.).

**Diagnóstico:** Síndrome de Munchausen por mandato (forma mixta) ya que se constató que la niña nunca tuvo convulsiones.

### CASO CLÍNICO 4

Niña de 3 años que fue llevada al pediatra por su madre para constatar un supuesto abuso sexual al regresar de permanecer un día junto a su padre,

separados desde unos meses atrás.

El médico extendió un certificado con diagnóstico de vulvovaginitis, útil para dar inicio a una causa legal, proporcionando un futuro de victimización a la niña y la abolición del ejercicio de la paternidad al padre. Meses después fue convocada la opinión de una ginecóloga infantil, quien con algunas contradicciones reforzó el propósito de esa madre: ratificar la victimización de su hija sin haberse demostrado el supuesto diagnóstico inicial, y logrando así tenerla sólo para ella, aún a costa de infinitas pericias, entrevistas e intervenciones psicológicas. Todo ello combinado con la eventual ausencia de figura paterna.

La madre de la niña había trabajado en una institución de salud.

**Diagnóstico:** Síndrome de Munchausen por mandato, forma inducida.

### Comentarios y discusión

1) Características particulares de este síndrome Afecta a niños menores de 5 años, la responsabilidad materna es del 98 %, permaneciendo "ausente" el padre, y la mortalidad es elevadísima: 9 %; el 1 % del total de las defunciones es producida por el médico tratante en forma involuntaria. La incapacidad física y/o psíquica severa <sup>(8)</sup>, alcanzan al 8 % de los casos.

Un tercio de las madres ha padecido el Síndrome de Munchausen descripto por Asher.

Waller <sup>(7)</sup> advierte que existe un elevado porcentaje de niños con Síndrome de Munchausen "by proxy", con riesgo de desarrollar en su vida adulta, graves trastornos de la personalidad.

2) Características psicopatológicas de los padres La primera particularidad de los padres que generan el maltrato en este Síndrome es que se trata casi siempre de la madre biológica. El cónyuge está típicamente ausente, alejado por su trabajo.

La presentación social de la madre es también característica, pues en un tercio de los casos, su trabajo está directamente centrado en una actividad de cuidados a la infancia. La mayor parte de las ve-

ces ella tiene un puesto de auxiliar, con fracaso en sus estudios, aunque en general su nivel intelectual es superior al de su conjunto.

En el curso de las hospitalizaciones está presente, implicada, alegre, dispuesta al servicio de su hijo. Ella es percibida por su entorno como omnipresente, particularmente abnegada, atenta tanto hacia su niño como hacia los otros. Muchas de estas madres han sufrido carencia afectiva. Frecuentemente existen antecedentes de maltrato físico o psíquico, generalmente sexual, en la infancia; 30% han padecido ellas mismas Síndrome de Munchausen. Los trastornos de la personalidad existen siempre, pero son difíciles de poner en evidencia y al primer abordaje estos padres se presentan como iguales a "los otros". Se pueden encontrar los principales rasgos de la personalidad: yo débil, incapacidad para reprimir sus pulsiones agresivas e intolerancia a la frustración.

En este Síndrome particular, la personalidad no es la única causa. Es necesario analizar la relación madre-niño-médico. La relación madre-hijo, muy ambivalente, se apoya por una parte sobre la identificación y la proyección (el niño desde el nacimiento no es considerado como un individuo distinto sino como una prolongación materna, existe una continuidad madre-hijo confinada a la confusión) y, por otra parte, sobre la dependencia y la simbiosis (intolerancia a los procesos de separación-individuación), la madre está "entrapada" junto a su hijo.

La relación madre-médico es igualmente patológica, basada también en la ambivalencia, sobre un cortejo de seducción, rivalidad, agresividad y reivindicaciones.

El rol del médico es preponderante, ya que de él deviene cualquier tipo de maltrato por delegación y él permite por su actitud validar los actos y los dichos de la madre. Meadow habla de una "folie a deux" entre madre y médico.

¿Cómo se puede explicar tal comportamiento de la madre sin hablar de trastorno psíquico? Los psiquiatras la reconocen responsable, pero no responde claramente a un conjunto de criterios que definan una enfermedad psiquiátrica (los tratados

de psiquiatría adulta ignoran este problema).

La madre sabe que de ella depende activamente su hijo enfermo, pero no toma conciencia de la significación profunda y, sobretodo, la gravedad de sus actos. Obtienen beneficios secundarios que son evidentes: se trata en primer lugar de los provechos psicológicos con gratificaciones narcisistas. En efecto, no sólo pone en jaque el sistema médico, sino que aparece como una buena madre, pródiga, amante y devota de su hijo. Devienen entonces las gratificaciones relacionales: alabanzas al equipo de cuidados, relación frecuente con los médicos: médico cómplice, testigo, seducido, engañado, médico que asegura en cierta forma la legitimidad de la demanda materna y de sus actos.

El médico no es el único objetivo de la manipulación de estos cuidadores. La policía suele ver falsas alegaciones de abuso sexual. Psicopedagogos, psicoterapeutas y otros profesionales reciben estos casos como trastornos de aprendizaje, desórdenes de atención, síndrome de fatiga crónica y alergias ambientales.

El principal y tal vez más difícil problema es sospechar este diagnóstico. Se describió esta dinámica como una "mascarada de buena madre". Los perpetradores tienen las habilidades de un psicópata o de un impostor para simular sin producir sospechas.

La motivación de estas madres, abrumadoramente, aparece como una perversa necesidad de tener una ambivalente relación de control, dependencia-hostilidad con el médico o con la figura pública.

### Comentario final

Como en el Síndrome del Bebé Sacudido ("shaken baby"), es difícil imaginar ésta forma de maltrato infantil ocasionada por una madre que, además, engaña al pediatra a quien recurre para que cure a su hijo. Esta enfermedad, puede despertar una gama de sentimientos en el médico: desconcierto, confusión, enojo e impotencia entre otras.

La revisión exhaustiva de la historia clínica, la estricta vigilancia del comportamiento parental, así como la exclusión eventual de la madre, deben

darnos la respuesta del origen de ésta patología. El conocimiento de los criterios de Meadow, descritos anteriormente, ayudan a reconocer las "señales de alarma" que llevarán a un diagnóstico temprano evitando los daños irreparables que provoca este enfermedad.

La frase "nunca vi un caso así", formulada por varios peditras o uno de mayor experiencia, debe despertar de inmediato la sospecha de este síndrome. El deber del médico no se limita a establecer un diagnóstico, sino también a proteger a un niño particularmente expuesto a secuelas físicas, psíquicas y eventualmente la muerte.

### Bibliografía

1. Clarke, E., Melnick, S.C.: Munchausen syndrome or the problem of hospital hoboos. *Am J Med* 1958; 25:6-12.
2. Asher R.: Munchausen´s syndrome. *Lancet* 1951; I:339-341.
3. Barón de Munchausen. Enciclopedia en línea: Love to know 1911. c. 2003, 2004. En: [http://70.1911encyclopedia.org/M/MU/MUNCHAUSEN BARON.htm](http://70.1911encyclopedia.org/M/MU/MUNCHAUSEN%20BARON.htm)
4. Meadow, R.: Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet* 1977; II:343-345.
5. Meadow, R.; Lennert,T.; M.D.: Munchausen by proxy or Polle syndrome: Which term is correct? *Pediatrics* 1984; 74: 554-56.
6. Meadow, R.: ABC of child abuse: Munchausen Síndrome by proxy. *BMJ*. 1989; 299: 248-50.
7. Waller, D. A.: Obstacles to the treatment of Munchausen by proxy syndrome. *J Am Acad Child Psychiatry* 1983; 22:83.
8. McGuire, T.L.; Feldman, K. W.: Psychologic morbidity of children subjected to Munchausen syndrome by proxy. *Pediatrics* 1989; 83: 289-2. ♦



Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP)  
Hospital de Niños de La Plata - CIC

## 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 de La Plata. Calle 63 N° 1069.

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

E-mail: [institutoinvestigaciones@hotmail.com](mailto:institutoinvestigaciones@hotmail.com)

Fax: (0221) 453-5901 Int 1435

Programas: [www.ludovica.org.ar/idip](http://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.

### **¿Cual 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 Pediatría 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 Simith 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, MarcellinJones@aol.com, patologi@netverk.com.ar*