

ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA



Órgano oficial de la Sociedad Venezolana
de Puericultura y Pediatría

Volumen 86
Suplemento 1, Septiembre 2024

**RESÚMENES DE CONFERENCIAS
Y DE TRABAJOS LIBRES**

LXX CONGRESO VENEZOLANO DE
PUERICULTURA Y PEDIATRÍA
“DRA. ENRIQUETA SILEO GIUSEFFI”

VALENCIA, ESTADO CARABOBO
23 AL 27 DE SEPTIEMBRE DE 2024

Revista arbitrada e indizada en LILACS y en SciELO Venezuela

Depósito legal p.p. 193602DF832 ISSN:0004-0649



ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

CONTENIDO

Vol. 86, suplemento 1

Septiembre 2024

LXX CONGRESO VENEZOLANO DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA “DRA. ENRIQUETA SILEO GIUSEFFI”

VALENCIA, ESTADO CARABOBO 23 AL 27 DE SEPTIEMBRE DE 2024

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES CON PRESENTACIÓN ORAL

LUNES 23 DE SEPTIEMBRE DE 2024

FACTORES DETERMINANTES EN LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH	2
ANEURISMA DE LA ARTERIA CORONARIA EN PREESCOLAR CON DIAGNÓSTICO DE KAWASAKI A PROPÓSITO DE UN CASO	2
APLICACIÓN DE LA ESCALA pSOFA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SEPSIS EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO	2
EFFECTOS DEL <i>SACCHAROMYCES BOULARDII</i> I-3799 EN LA PREVENCIÓN DE SEPSIS Y ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE EN PREMATUROS	3

MARTES 24 DE SEPTIEMBRE DE 2024

TALLA ALTA: UNA ENTIDAD POCO ESTUDIADA EN PEDIATRÍA	4
HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO DE DIAGNÓSTICO TARDÍO CRETINISMO EN EL SIGLO XXI. A PROPÓSITO DE UN CASO	4
ÍNDICE DE CONICIDAD: MARCADOR DE RIESGO CARDIOMETABÓLICO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES	4
PATOLOGÍAS EN RECIÉN NACIDOS PRODUCTO DE EMBARAZOS NO CONTROLADOS. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	5
HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA UNA ETIOLOGÍA POCO HABITUAL DE PANCITOPENIA. A PROPÓSITO DE UN CASO	5

MIÉRCOLES 25 DE SEPTIEMBRE DE 2024

INCIDENCIA DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA MEDIANTE EL USO DE ECOGRAFÍA TRANSOCULAR EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICO “DR. JESÚS MEZA”	6
FÍSTULA TRÁQUEO-ESOFÁGICA ADQUIRIDA, EN PACIENTE CON MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS TARDÍAS Y SU CIERRE ENDOSCÓPICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO	6
CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNCOPE	6
LEUCEMIA MIELOIDE EN FASE CRÓNICA EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO	7
MIASTENIA GRAVIS JUVENIL, UNA ENFERMEDAD POCO COMÚN: A PROPÓSITO DE UN CASO EN LACTANTE DE 20 MESES	7

RESÚMENES e-POSTER CON DISCUSIÓN

LUNES 23 DE SEPTIEMBRE DE 2024

ABSCESO DEL MUSCULO PSOAS-ILIACO BILATERAL SECUNDARIO A TUBERCULOSIS VERTEBRAL: REPORTE DE UN CASO EN PACIENTE PEDIÁTRICO	9
PIOMIOSITIS DE CUÁDRICEPS FEMORAL DERECHO POR <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> , COMO REACCIÓN ADVERSA A VACUNACIÓN EN RECIÉN NACIDO DE 22 DÍAS DE EDAD	9
DURACION DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y CATÉTER VENOSO CENTRAL COMO RIESGO PARA NEUMONIA ASOCIADA A CUIDADOS DE SALUD Y BACTEREMIA. MERIDA, VENEZUELA	9

CONTENIDO

SISTEMA DE PUNTUACIÓN PARA DIAGNÓSTICO Y HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO A TRAVÉS DE LA CREACIÓN DE UNA CALCULADORA	10
ALTERACIONES CARDÍACAS CAUSADAS POR SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO ASOCIADO A SARS-COV-2 EN ESCOLARES. ESTUDIO MULTICÉNTRICO	10
GUILLAIN BARRE Y ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA ASOCIADO A DENGUE GRAVE	10
MARTES 24 DE SEPTIEMBRE DE 2024	
IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL MATERNO SOBRE LOS NIVELES DE ZINC EN LECHE HUMANA	12
COMPLICACIONES ASOCIADAS AL USO DE SOLUCIONES SALINAS ISOTÓNICAS CON O SIN DEXTROSA COMO FLUIDOTERAPIA DE MANTENIMIENTO EN NIÑOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS	12
PREDICTOR DE ENFERMEDAD METABÓLICA ÓSEA DEL PREMATURO: CONCENTRACION DE CALCIO EN LECHE HUMANA EMPLEANDO MÉTODO DE QUÍMICA SECA	12
COEXISTENCIA DE TOXOPLAMOSIS OCULAR Y RETINOBLASTOMA.....	13
HEPATITIS AUTOINMUNE EN UN ADOLESCENTE: REPORTE DE CASO.....	13
25 DE SEPTIEMBRE DE 2024	
UTILIDAD DEL ÍNDICE DE ANGINA RENAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS.....	14
NARCOLEPSIA CON CATAPLEJIA, ¿UNA ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA?.....	14
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN PACIENTES CON SÍNDROME NEFRÓTICO EN DEBUT	14
ENCEFALOPATÍAS EPILÉPTICAS GENÉTICAS DE INICIO EN LOS PRIMEROS 4 AÑOS DE VIDA: SERIE DE CASOS	15
VARIABILIDAD EN LA EXPRESIÓN CLÍNICA DEL COMPLEJO ESCLEROSIS TUBEROSA EN PEDIATRÍA: SERIE DE CASOS	15

RESÚMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES

NAVEGANDO POR EL CEREBRO DEL ADOLESCENTE	17
RADIOGRAFÍA DE LA SALUD EN VENEZUELA DURANTE LOS PRIMEROS 1000 DÍAS DE VIDA	18
ESTADO DE LA INFANCIA INDÍGENA VENEZOLANA	19
¿CUÁNDO UN NIÑO ESTÁ CAPACITADO PARA TOMAR DECISIONES?	20
INFLUENCIA DE LA DEFICIENCIA DE MICRONUTRIENTES EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO	21
HISTORIA DE LA PEDIATRÍA EN CARABOBO	22
DENGUE: AQUÍ VAMOS DE NUEVO	23
ALERGIA ALIMENTARIA EN EL LACTANTE: ALTERNATIVAS EN EL ABORDAJE	24
PROBIÓTICOS DE LA PRÓXIMA GENERACIÓN	25
MEDIOS ALTERNOS DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS.....	26
NEUROEDUCACIÓN EN EL NIÑO DE CERO A TRES AÑOS	27
EL COLOR DE DONDE ESTOY	28
ACCIONES DURANTE LOS PRIMEROS 8 MIL DÍAS DE VIDA, RESILIENCIA PARA LA VIDA	29
MÁS ALLÁ DEL PESO.....	30
SEPSIS NEONATAL DE INICIO TEMPRANO.....	31
EPIGENÉTICA EN EL NEURODESARROLLO	32



ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

CONTENTS

Vol. 86, suplemento 1

Septiembre 2024

LXX CONGRESS OF THE VENEZUELAN SOCIETY OF PEDIATRICS “DRA. ENRIQUETA SILEO GIUSEFFI”

VALENCIA, ESTADO CARABOBO SEPTEMBER 23 - 27, 2024

FREE ORAL PRESENTATIONS. SUMMARIES

MONDAY SEPTEMBER 23, 2024

DETERMINING FACTORS IN THE VERTICAL TRANSMISSION OF HIV	2
CORONARY ARTERY ANEURYSM IN A PRESCHOOLER WITH KAWASAKI DIAGNOSIS. CASE REPORT.....	2
APPLICATION OF THE PSOFA SCALE FOR THE DIAGNOSIS OF SEPSIS IN PATIENTS ADMITTED TO THE INTERMEDIATE CARE UNIT. MULTICENTER STUDY	2
EFFECTS OF <i>SACCHAROMYCES BOULARDII</i> I-3799 IN THE PREVENTION OF SEPSIS AND NECROTIZING ENTEROCOLITIS IN PREMATURE INFANTS	3

TUESDAY SEPTEMBER 24, 2024

HIGH STATURE: AN ENTITY INFREQUENTLY STUDIED IN PEDIATRICS	4
CONGENITAL HYPOTHYROIDISM OF LATE DIAGNOSIS. CRETINISM IN THE XXI CENTURY. A CASE REPORT	4
CRONICITYS INDEX: MARKER OF CARDIOMETABOLIC RISK IN SCHOOL CHILDREN AND ADOLESCENTS ..	4
DESCRIPTIVE ANALYSIS OF PATHOLOGIES OBSERVED IN A SERIES OF NEWBORNS RESULTING FROM UNCONTROLLED PREGNANCIES	5
NOCTURNAL PAROXYSMAL HEMOGLOBINURIA, AN UNUSUAL ETIOLOGY OF PANCYTOPENIA, REGARDING A CASE.....	5

WEDNESDAY SEPTEMBER 25, 2024

INCIDENCE OF INTRACRANIAL HYPERTENSION USING TRANS OCULAR ULTRASOUND IN NEUROCRITICALPATIENTS. PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT “DR. JESUS MEZA”	6
TRACHEOESOPHAGEAL FISTULA ACQUIRED IN PATIENTS WITH LATE RESPIRATORY MANIFESTATIONS AND ITSENDOSCOPIC CLOSURE. PRESENTATION OF A CLINICAL CASE.....	6
EPIDEMIOLOGICAL CLINICAL CHARACTERISTICS OF PEDIATRIC PATIENTS WITH SYNCOPE	6
CHRONIC MYELOID LEUKEMIA IN CHILDREN. A CASE REPORT	7
JUVENILE MYASTHENIA GRAVIS, A RARE DISEASE: RELATING TO A CASE IN A 20-MONTH-OLD INFANT	7

e-POSTER WITH DISCUSSION. SUMMARIES

MONDAY SEPTEMBER 23, 2024

PSOAS-ILIACUS MUSCLE ABSCESS SECONDARY TO VERTEBRAL TUBERCULOSIS: REPORT IN A PEDIATRIC PATIENT	9
PYOMYOSITIS OF THE RIGHT FEMORAL QUADRICEPS DUE TO <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> , ADVERSE REACTION TO VACCINATION IN A 22-DAY OLD NEONATE	9
DURATION OF MECHANICAL VENTILATION AND CENTRAL VENOUS CATHETER AS A RISK FOR PNEUMONIA ASSOCIATED WITH HEALTH CARE AND BACTEREMIA. MERIDA, VENEZUELA	9

CONTENTS

SCORE SYSTEM FOR DIAGNOSIS AND HOSPITALIZATION IN CHILDREN WITH URINARY TRACT INFECTION THROUGH THE CREATION OF A CALCULATOR	10
CARDIAC DISORDERS CAUSED BY MULTISYSTEM INFLAMMATORY SYNDROME ASSOCIATED WITH SARS-COV-2 IN SCHOOLCHILDREN. MULTICENTER STUDY.....	10
GUILLAIN BARRÉ AND HEPATIC ENCEPHALOPATHY ASSOCIATED WITH SEVERE DENGUE	10
TUESDAY SEPTEMBER 24, 2024	
IMPACT OF MATERNAL NUTRITIONAL STATUS ON ZINC LEVELS IN HUMAN MILK.....	12
COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH THE USE OF ISOTONIC SALINE SOLUTIONS WITH OR DEXTROSE AS MAINTENANCE FLUID THERAPY IN CRITICALLY ILL CHILDREN	12
PREDICTOR OF METABOLIC BONE DISEASE IN PREMATURE INFANTS: CALCIUM CONCENTRATION IN HUMAN MILK USING DRY CHEMISTRY METHOD	12
COEXISTENCE OF OCULAR TOXOPLASMOSIS AND RETINOBLASTOMA	13
AUTOIMMUNE HEPATITIS IN AN ADOLESCENT: CASE REPORT	13
WEDNESDAY SEPTEMBER 25, 2024	
USE OF THE RENAL ANGINA INDEX IN CRITICALLY ILL PEDIATRIC PATIENTS	14
NARCOLEPSIA CON CATAPLEJIA, ¿UNA ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA?.....	14
SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS IN PATIENTS WITH NEPHROTIC SYNDROME IN DEBUT	14
GENETIC EPILEPTIC ENCEPHALOPATHIES WITH ONSET IN THE FIRST 4 YEARS OF LIFE: CASE SERIES	15
VARIABILITY IN THE CLINICAL EXPRESSION OF THE TUBEROUS SCLEROSIS COMPLEX IN PEDIATRICS: CASE SERIES	15

KEY NOTE CONFERENCES. SUMMARIES

NAVEGATING THE ADOLESCENT BRAIN.....	17
X-RAY OF HEALTH IN VENEZUELA DURING THE FIRST 1000 DAYS OF LIFE.....	18
STATE OF INDIGENOUS CHILDHOOD IN VENEZUELA.....	19
WHEN IS A CHILD CAPABLE OF MAKING DECISIONS?	20
INFLUENCE OF MICRONUTRIENTS DEFICIENCY ON GROWTH AND DEVELOPMENT	21
HISTORY OF PEDIATRICS IN CARABOBO	22
DENGUE: HERE WE GO AGAIN	23
FOOD ALLERGY IN THE INFANT: ALTERNATIVES APPROACHES.....	24
NEXT- GENERATION PROBIOTICS.....	25
ALTERNATIVE MEANS OF CONFLICT RESOLUTION	26
NEUROEDUCATION IN CHILDREN UNDER THREE YEARS OF AGE	27
THE COLOR OF WHERE I AM	28
ACTIONS DURING THE FIRST 8 THOUSAND DAYS OF LIFE, RESILIENCE FOR LIFE	29
WEIGHT AND BEYOND	30
EARLY -ONSET NEONATAL SEPSIS	31
EPIGENETICS AND NEURODEVELOPMENT	32



ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

JUNTA DIRECTIVA CENTRAL
2023-2024

Presidente: Dra. Elvia Irene Badell Madrid
Vicepresidente: Dra. María Cristina Millan de Espinaza
Secretario Ejecutivo: Dr. Joselit Torres Bermudez
Secretario de Finanzas: Dr. Pedro Ospina
Secretario de Educación Médica Continua: Dr. Rafael J. Santiago P.
Secretario de Relaciones Institucionales: Dr. Julio César Márquez
Secretario de Información y Difusión: Dra. María Milagros Castillo

FUNDADOR DE LA REVISTA
Pastor Oropeza (†)

COMITÉ EDITORIAL
Michelle López
Coromoto Macías-Tomei
Brenda Hutton
Huniades Urbina-Medina
Marinés Vancampenhoud
Rafael J. Santiago P.

ADMINISTRADOR
Dr. Pedro Ospina

CONSEJEROS ASESORES
Ricardo Archila G.
Alberto Bercowsky
Juan Félix García
Humberto Gutiérrez R.
Jesús Eduardo Meza Benítez
Nelson Orta Sibú
Gladys Perozo de Ruggeri
Huniades Urbina-Medina
Jesús Velásquez Rojas

**SOCIEDAD VENEZOLANA DE
PUERICULTURA Y PEDIATRÍA**

Urb. La Castellana, Av. San Felipe,
entre 2da. Transversal, y calle José Angel Lamas,
Centro Coinasa, Mezzanina, Local 6
Telf.: (0212) 263.7378 / 2639. Fax: (0212) 267.6078
e-mail: svpediatria@gmail.com
Web Site: pediatria.org

EDICIÓN: CLARA MARGARITA ESCOBAR.
email: a.clarame@gmail.com

Volumen 86 / Suplemento 1 / Septiembre / Año 2024

Depósito legal p 193602DF832 ISSN 0004-0649



SOCIEDAD VENEZOLANA DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS EN LA REVISTA ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUEERICULTURA Y PEDIATRÍA

Fecha de revisión: abril 2021

Directora: Dra. Michelle López.

Dirección: Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría,
Urb. La Castellana, Av. San Felipe, entre 2ª Transversal y calle
José Ángel Lamas, Centro Coínasa, Mezzanina 6, Caracas,
Venezuela. Teléfonos: (58) (0212)263.73.78 / 26.39.

Fax: (58) (0212)267.60.78. e-mail: svpediatria@gmail.com

Página Web: www.pediatria.org

REQUISITOS GENERALES:

El trabajo debe ser enviado en formato Word al
Comité Editorial de AVPP a la dirección electrónica:
avpp.svpp@gmail.com.

Enviar anexa al trabajo científico, una comunicación diri-
gida al Editor, la cual deberá contener lo siguiente:

- Solicitud de la publicación de dicho manuscrito.
- Aceptación de todas las normas de publicación de la revista.
- Información acerca de publicaciones previas del manuscrito, ya sea en forma total o parcial (incluir la referencia correspondiente en el nuevo documento), así como el envío a cualquier otra revista médica.
- Declaración de relaciones financieras u otras que pudieran producir un conflicto de intereses.
- Declaración donde se señale que el manuscrito ha sido leído y aprobado por todos los autores y el acuerdo entre los mismos sobre el orden en que deben aparecer. Esta declaración debe estar firmada por todos los autores.

En los artículos originales y en los casos clínicos, luego del nombre y apellido del autor o de los autores, se debe colocar si dicho trabajo fue objeto de un reconocimiento en un Congreso u otro evento científico (Ejemplo: Primer Premio Póster en el LXVI Congreso Nacional de Pediatría, 2020).

Cada autor debe colocar su código de identificación como investigador ORCID (Open Researcher and Contributor ID) y su respectivo correo electrónico.

NORMAS GENERALES PARA LA PUBLICACIÓN

Para la publicación de artículos científicos en la Revista AVPP, se deben cumplir los requisitos establecidos por el Comité Internacional de Editores de Revistas (Normas de Vancouver) disponibles en el siguiente enlace: <http://www.icmje.org/recommendations/> (actualización de 2019 en inglés y la traducción al idioma español con fines educativos realizada por el Dr. Pérez De Gregorio, diciembre 2019).

- Todas las partes del manuscrito se deben escribir a doble espacio, con fuente Times New Roman de tamaño 11.
- Las páginas deberán ser numeradas, colocándose el número en el margen inferior derecho.

ARTICULO ORIGINAL

Su estructura debe contener: Portada, Resumen en español e inglés (Summary), Palabras clave (en español e inglés), Introducción, Métodos, Resultados, Discusión, Agradecimientos y Referencias.

Portada:

La portada es la primera página, también conocida como página frontal del artículo, la cual debe contener:

- Título en español e inglés, conciso, con un máximo de 22 palabras con toda la información que permita la recuperación electrónica del artículo. Se sugiere enunciar en primer lugar el aspecto general y en segundo lugar el aspecto particular. Ej: se prefiere “Hipoglicemia neonatal refractaria como presentación de déficit parcial de Biotinidasa” a “Déficit parcial de Biotinidasa. Presentación de un caso clínico”.
- Autores: Nombres y apellidos completos, especificando el orden de aparición de los mismos, mediante un número entre paréntesis, sin utilizar superíndices, los cuales se utilizarán para identificar los cargos institucionales y sitios de adscripción. Identificar el grado académico en forma abreviada (Dr., Lic., etc). Colocar también. la dirección de correo electrónico y el ORCID de cada uno de los autores. Esta información debe tener un máximo de tres líneas, ya que no se trata de un resumen curricular. Señalar aparte el autor a quien se le enviarán las notificaciones de los editores (Autor corresponsal: teléfono (s) y correo electrónico.
- Encabezamiento de página o título abreviado (menos de 40 caracteres).
- Aspectos éticos-regulatorios. Colocar la declaración de conflictos de interés, en caso de que los hubiere. En caso contrario debe colocarse que los autores declaran que no tiene conflictos de interés en esta publicación.

ASPECTOS PARTICULARES EN LA PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO

Artículos originales

Contienen una investigación sujeta a un diseño específico, tales como: estudios clínicos aleatorizados, de cohortes, caso-control, transversal, evaluaciones epidemiológicas, encuestas y revisiones sistemáticas

Resumen y palabras clave:

- La segunda página debe contener un resumen estructurado no mayor de 250 palabras, con las siguientes secciones: introducción, objetivos, métodos, resultados y conclusiones. Debe reflejar con exactitud el contenido del artículo y recalcar aspectos nuevos o importantes del estudio. Se debe anexar resumen en inglés precedido de la palabra Summary, y acompañado por palabras clave (Key Words).
- Palabras clave y key words: Incluir un mínimo de 3 palabras hasta un número máximo de 6 palabras, que permitan



ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

captar los temas principales del artículo utilizando la lista Medical Subject Headings (MESH) del Index Medicus, los Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS) y la clasificación de enfermedades de la OMS, o de los anuarios de epidemiología y estadísticas vitales del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).

Extensión del manuscrito: No debe ser mayor de 3000 palabras (excluye resumen, summary, tablas o figuras, agradecimiento y referencias).

Introducción:

Debe fundamentar el estudio, describir las motivaciones para realizarlo y los interrogantes existentes, y señalar las citas de estudios relacionados. Asimismo, incluirá el problema de la investigación, con su marco teórico avalado por los estudios publicados. Al finalizar se formulará el objetivo de la investigación (qué se decidió hacer y en qué población), el cual se debe redactar en tiempo verbal pasado. Se sugiere limitar la extensión a un máximo de una (1) página.

Métodos:

Se deben precisar con detalle los siguientes aspectos:

- Diseño de investigación: tipo de estudio, años y lugar en los cuales se realizó el estudio.
- Selección y descripción de los participantes del estudio, consideraciones éticas (especificar si se solicitó consentimiento informado escrito).
- Aspectos éticos-regulatorios. Cuando sea pertinente, debe mencionar que el estudio se adapta a la Declaración de Helsinki vigente: Declaración de Helsinki 2013. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>.
- Información técnica que identifique los métodos, los aparatos y los procedimientos.
- Cuando el trabajo incorpore el uso de mediciones antropométricas para la evaluación de los niños y / o adolescentes, se requiere que mencione los valores de referencia utilizados y los valores límite (también conocidos como “puntos de corte”) para establecer categorías de clasificación, y coloque la (s) referencias correspondientes
- En esta sección del trabajo deben incorporar el tipo de análisis estadístico utilizado, mencionando el nombre de la o las pruebas utilizadas y su nivel de significación estadística; así como también el programa utilizado y la versión del mismo para la transcripción y análisis de la información; por ejemplo: SPSS versión 17.

Resultados:

- Se deben redactar en tiempo verbal pasado y en tercera persona, sin personalizar (utilizar “los resultados del presente estudio indican...”, en lugar de “nuestros resultados indican...”)
- Se deben presentar en una secuencia lógica, dando primero los resultados principales o más importantes.
- Limitar las tablas y figuras al número necesario para explicar el argumento del artículo y evaluar los datos en los cuales se apoya. Se sugiere un número máximo de tablas y figuras de seis (6) entre ambas. Queda a decisión del autor

distribuir libremente este número entre tablas y figuras. Las mismas se deben colocar al final del artículo, después de las referencias.

- No describir en el texto todo el contenido de las tablas y figuras
- No duplicar la información presentada en tablas y en figuras.
- Los resultados propios presentados en tablas o en figuras no llevan Fuente.
- El título de cada tabla se debe ubicar en la parte superior de la misma y el de las figuras en su parte inferior; en ningún caso deben colocarse siglas o abreviaturas.
- Cuando se presenten pruebas estadísticas, la información no se debe limitar a mencionar si una determinada diferencia resultó significativa o no; se requiere colocar el p-valor. Es preferible informar el valor exacto de la prueba de significación para que los lectores puedan compararlo con otros valores de p (en lugar de $p < 0,05$, $p = 0,03$).
- Evitar uso no técnico de términos estadísticos como “azar” (que implica un dispositivo de aleatorización), “normal”, “significativo”, “correlaciones” y “muestra”.

Discusión:

- No colocar en esta sección cifras absolutas ni porcentajes descritos en los resultados, sólo se requiere la interpretación de los mismos.
- Hacer énfasis en los aspectos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones que se derivan de ellas.
- Relacionar los hallazgos obtenidos con otros estudios y con los objetivos de la investigación.
- Señalar las limitaciones y fortalezas del estudio.
- Plantear sugerencias para nuevas investigaciones.
- Evitar hacer afirmaciones rotundas y conclusiones no avaladas por los resultados. Tampoco deben mencionarse aspectos que no fueron investigados en el estudio.

Referencias:

- No deben excederse de 40 citas, de las cuales el 50% deben ser de trabajos publicados durante los últimos 5 años
- Las referencias deben aparecer al final del artículo, escritas a doble espacio.
- Enumerarlas en forma consecutiva. Verificar que la referencia coincida correctamente con la cita en el cuerpo del artículo.
- Identificar las referencias en el texto, tablas y figuras con números arábigos, entre paréntesis con igual tamaño de la fuente del texto.
- Las referencias citadas solamente en las tablas o figuras se numerarán siguiendo la primera mención que se haga de esa tabla o figura en el texto.
- Los títulos de las revistas se abreviarán según el estilo del Index Medicus. La lista se puede obtener en el sitio Web: <http://www.nlm.nih.gov>.
- La estructura interna de cada referencia debe estar ajustada a las Normas de Vancouver vigentes (2019)
- Abstenerse de colocar referencias que no se hayan consultado.



ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

- En caso de que se haya tomado una referencia de otra u otras publicación (es), se debe ir a la fuente original, a menos que se trate de una referencia histórica o que la misma se encuentre escrita en un idioma de uso poco accesible en Venezuela. (Ej: Vague 1956. Citado en: ...)

Normas y ejemplos de referencias:

Autores

Colocar: Apellido (s) seguido de inicial del primer nombre. Los autores deben estar separados por una coma y solo al final del último autor, se coloca un punto. Colocar solo los 6 primeros autores, si son más de 6 después del sexto autor colocar et al.

Título del trabajo

Debe colocarse completo, en el idioma original, nunca entre comillas sin modificar palabra alguna.

En una misma referencia no debe mezclar idiomas. Por ejemplo, si la referencia está en idioma español se debe colocar: Organización Mundial de la Salud; por el contrario, si está en idioma inglés, colocar World Health Organization (nombre completo no colocar OMS ni WHO).

Artículo de Revista

- Colocar el nombre abreviado de la Revista según: los Archivos del International Standard Serial
 - Los datos de la revista citada deberán ser colocados en el siguiente orden: Título abreviado, seguido de un punto y los cuatro dígitos del año de publicación, punto y coma, volumen, número de la revista entre paréntesis (opcional) seguido de dos puntos, números de páginas del artículo (utilizar números completos por Ej. 270-278, en lugar de 270-8. Si se trata de las páginas de un suplemento, los números inicial y final de las páginas deben ir precedidos de la letra S mayúscula Ej. de artículo de revista: Nweihed L, Moreno L, Martín A. Influencia de los padres en la prescripción de antibióticos hecha por los pediatras. Arch Venez Puer Ped. 2004; 65 (2):21-27.
 - En caso de que el artículo esté disponible en Internet se colocaría seguidamente la fecha de consulta [Citado día, mes y año]. Disponible en: el url. Ej.: [citado 12 agosto 2009]. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>
 - Cuando se cita una referencia consultada en la internet y tiene la identificación DOI (Digital Object Identifier) no es necesario colocar la fecha de consulta ni la dirección URL. Ejemplo: De Regil LM, Harding KB, Roche ML. Preconceptional Nutrition Interventions for Adolescent Girls and Adult Women: Global Guidelines and Gaps in Evidence and Policy with Emphasis on Micronutrients. J Nutr. 2016; Supplement: S1461-S1470. doi: 10.3945/jn.115.223487
- ### **Libros**
- Colocar autores, luego título del libro, edición, casa editorial, ciudad y año de publicación, sin colocar punto entre ambos. Al final el número de páginas del libro, seguido de p.
 - Sólo se coloca el país cuando la ciudad no sea una capital. Por ejemplo, si se trata de Madrid, no hace falta colocar España; por el contrario si fuese Valencia: colocar

Valencia, España. Cuando se trate de una ciudad de los Estados Unidos de América, esta debe ser seguida por el estado correspondiente (Ej. Ann Arbor, MI). El nombre de la ciudad debe estar en el mismo idioma del resto del texto. Si está en inglés, debe colocarse en este mismo idioma (ejemplo: Geneva y no Ginebra en español).

Ej. de libros: Izaguirre-Espinoza I, Macías-Tomei C, Castañeda-Gómez M, Méndez Castellano H. Atlas de Maduración Ósea del Venezolano. Primera edición. Edit. Intenso Offset. Caracas 2003, 237p.

Capítulo de un libro

Primero colocar el o los autores del capítulo seguido por el título del mismo, punto y seguido de En o In (dependiendo del idioma de la referencia): iniciales seguida de puntos y el apellido del editor o editores, colocar (editor (s)). A continuación los datos del libro: Título, número de la edición, nombre de la editorial, ciudad, año de la publicación y al final pp. y las páginas que abarcó el capítulo (Por ej. pp. 67-98).

Ej. de capítulo de un libro: Baley JE, Goldfarb J. Infecciones Neonatales. En: M.H. Klaus, A.A. Fanaroff, (editores). Cuidados del Recién nacido de alto riesgo. 5ª Edición. Mc Graw- Hill Interamericana. México 2.002, pp. 401-433.

Trabajo aun no publicado

Autores luego título, nombre de la revista y al final seguido de punto y seguido colocar En prensa punto y seguido y el año.

Ej. de artículo no publicado: Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci U S A. En prensa. 2002.

Para aceptar la referencia de un artículo no publicado, el autor debe enviar una constancia emitida por el Comité Editorial de la revista en relación a la aceptación del artículo para su publicación

Material Electrónico

Artículo de revista en Internet:

Autores, seguido del título. Colocar entre corchetes serie en Internet, punto y seguido, luego entre corchetes citado día en números seguido del mes abreviado y luego el año, punto y coma entre corchetes el número de páginas aproximado, punto y seguido y finalmente colocar Disponible en: y la dirección electrónica donde se obtuvo.

Ej. de revista en Internet: Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs. [serie en Internet]. [citado 12 ago 2002]; [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

Monografía en Internet

Igual al anterior sustituyendo serie en Internet por monografía en Internet.

Ej. Monografía en Internet: Foley KM, Gelband H, Editors. Improving palliative care for cancer: [monografía en Internet]. [citado 9 jul 2002]. Disponible en: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

Otras fuentes electrónicas

- Página principal de un sitio Web: Cancer-Pain.org [home-



ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

page on the página principal en Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [actualizado 16 mayo 2002; citado 9 jul 2002]. Disponible en: <http://www.cancer-pain.org/>.

- Página Web de una Organización, asociación etc.: American Medical Association [página web en Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002: [actualizado 23 ago 2001; citado 12 ago 2002]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.amaassn.org/ama/pub/category/1736.html>.

Artículo presentado en congreso

Colocar autor, título, ciudad seguido de dos puntos tema libre presentado en nombre del congreso punto y coma mes y año.

Ej. de Artículo presentado en congreso: Gonzales D, Suarez A. Mortalidad materna en el Hospital Domingo Luciani Caracas: Tema libre presentado al XI Congreso Venezolano de Obstetricia y Ginecología; octubre 2011.

Tesis y trabajos de grado

Colocar Autor. Título. Grado académico. Ciudad, País. Institución que otorga el grado, Año. Número de página consultada seguida de pp.

Ej. de tesis: Fernández F. Morbilidad y mortalidad por Diarrea Aguda: Estudio retrospectivo en pacientes hospitalizados del Hospital JM de Los Ríos. Tesis de Especialización. Caracas. Universidad Central de Venezuela, 1990. 48 pp.

Fotografías

Enviar las fotografías digitalizadas en blanco y negro y a color, a una resolución de 300 DPI en formato TIFF o EPS, a un tamaño mínimo de 10 cms de ancho por la altura que obtenga la foto, o realizar un PDF a máxima calidad, en archivos aparte al archivo de Word. No insertar imágenes dentro del texto, colocarlas al final del artículo; así como las tablas y figuras cuando las hubiere.

Las fotos deben ser identificadas con la siguiente información: Figura, número y título.

Ejemplo: Figura 1. Estudio inmunohistoquímico.

(Por favor indicar en el texto la figura que corresponda).

Debido a la connotación legal que puede tener la plena identificación de una persona, especialmente su cara, deberá anexarse la autorización del representante legal. Si es imposible, el autor asumirá por escrito, ante el Comité Editorial, la responsabilidad del caso y sus consecuencias legales.

Unidades

Se usará el Sistema Internacional (SI) de unidades de medida para las unidades y abreviaturas de unidades. Ejemplos: s para segundo, min para minuto, h para hora, l para litro, m para metro, kDa para kilodaltons, 5mM en lugar de 5×10^{-3} M o 0.005 M, etc.

Abreviaturas

Deben evitarse las abreviaturas o usarse lo menos posible. Si se van a utilizar, deben ser definidas cuando se mencionen por primera vez. No deben aparecer abreviaturas en el título.

ARTÍCULO DE REVISIÓN:

Comprenden una amplia y completa revisión o “puesta al día” acerca de un tema de importancia. Ofrece al lector interesado una información condensada sobre un tema, realiza interpretaciones y adelanta explicaciones en tópicos médicos.

La extensión de los artículos de revisión no debe ser mayor de 4000 palabras, excluyendo resúmenes, tablas, figuras y referencias.

El artículo requiere de al menos, 40 referencias, de las cuales el 50% debe ser de los últimos cinco años. En caso de que esto no sea posible, deben especificarse las razones (tópicos muy poco frecuentes o muy poco investigados previamente). El texto deberá expresar con claridad las ideas a ser desarrolladas, y tratará de transmitir un mensaje útil para la comprensión del tema central del artículo de revisión.

Las secciones básicas del artículo de revisión son: página inicial, resumen no estructurado (en español y en inglés), introducción, texto, referencias.

Estructura del texto puede variar de acuerdo al alcance del mismo. Así, por ejemplo, en una revisión descriptiva de una enfermedad, la secuencia más apropiada es: introducción, etiología, patogenia, manifestaciones clínicas, hallazgos de laboratorio, tratamiento, prevención o pronóstico. Si se va a revisar sólo un aspecto, por ejemplo, el tratamiento de la enfermedad, el texto tendrá las siguientes secciones: introducción, tratamiento establecido, nuevas formas de tratamiento, perspectivas terapéuticas. La discusión del tema también puede plantearse de lo general a lo particular; por ejemplo, en un nuevo tratamiento, las secciones serán: introducción, efectos sistémicos del medicamento, efectos en sistemas específicos: cardiovascular, renal, neurológico y otros. El autor o los autores de un artículo de revisión deben plasmar su interpretación crítica de los resultados de la revisión bibliográfica con claridad y precisión, y dejar siempre la inquietud sobre aquellos tópicos del tema que requieren más o mejor investigación.

CASO CLÍNICO

El objetivo del reporte de un caso clínico es hacer una contribución al conocimiento médico, presentando aspectos nuevos o instructivos de una enfermedad determinada. Los casos clínicos considerados usualmente para un informe son aquellos que cumplen alguna o varias de las siguientes condiciones:

- Están relacionados con una enfermedad nueva o poco frecuente.
 - Muestran alguna aplicación clínica importante.
 - Ayudan a aclarar la patogénesis del síndrome o de la enfermedad.
 - Muestran una relación no descrita previamente entre dos enfermedades.
 - Describen una complicación de algún tratamiento o fármaco.
 - Dan ejemplo de un enfoque práctico o novedoso para el diagnóstico y el manejo de una enfermedad.
 - Representan aspectos psicosociales esenciales en el enfoque, manejo, o prevención del problema o enfermedad.
- Algunos casos clínicos son ilustrativos de síndromes co-



ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

munes, los cuales no son todavía muy reconocidos por el médico o el profesional de salud; pueden ilustrar también algún síndrome de baja prevalencia pero de gran importancia, o pueden emplearse para la enseñanza de alguna área de la medicina o de la salud.

La extensión de los reportes de casos clínicos no debe ser mayor de 1500 palabras, excluyendo Resumen, Summary, tablas, figuras y referencias.

Las secciones básicas del reporte del caso clínico son: resumen (en español e inglés), introducción, presentación del caso, discusión y referencias.

El resumen debe tener entre 100 y 150 palabras. Debe describir los aspectos sobresalientes del caso y por qué amerita ser publicado. La introducción da una idea específica al lector del tópico que representa el caso clínico y sustenta con argumentos (epidemiológicos o clínicos) el por qué se publica, su justificación clínica o por sus implicaciones para la salud pública.

La presentación del caso es la descripción cronológica de la enfermedad y la evolución del paciente. Ello incluye la sintomatología, la historia clínica relevante, los resultados de exámenes o pruebas diagnósticas, el tratamiento y la evolución. Si se utilizan pruebas de laboratorio poco usuales se deben incluir los valores normales entre paréntesis. Si se mencionan medicamentos se debe usar el nombre genérico y las dosis utilizadas.

En la discusión se hace un recuento de los hallazgos principales del caso clínico, se destacan sus particularidades o contrastes. Se debe sustentar el diagnóstico obtenido por el autor con evidencia clínica y de laboratorio, y las limitaciones de estas evidencias. Se debe discutir cómo se hizo el diagnóstico diferencial y si otros diagnósticos fueron descartados adecuadamente. El caso se compara con otros reportes de la literatura,

sus semejanzas y sus diferencias. Aquí está implícita una revisión crítica de la literatura sobre otros casos informados. Se mencionan las implicaciones clínicas o sociales del caso o problema presentado. Generalmente hay al menos una conclusión, donde se resalta alguna aplicación o mensaje claro relacionado con el caso. No se deben hacer generalizaciones basadas en el caso o casos descritos.

CARTAS AL EDITOR

El Comité de Redacción, recibe cartas de lectores que quieren expresar su opinión sobre trabajos publicados. Estas deben tener una extensión máxima de 500 palabras y deben acompañarse de las referencias que fundamenten sus opiniones. Serán enviadas a los autores de los trabajos y publicadas ambas según decisión del Comité Editorial.

GUÍAS DE MANEJO CLÍNICO

Las Guías de Manejo Clínico son un conjunto de instrucciones, directrices o recomendaciones, desarrolladas de forma sistemática, cuyo propósito es ayudar al personal de salud y a los pacientes a tomar decisiones sobre la modalidad de asistencia médica más apropiada y actualizada en presencia de cuadros clínicos específicos.

Estas guías pueden obtenerse a partir de las conclusiones de los consensos convocados periódicamente por la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, en los cuales participan expertos en el tema a considerar. También pueden ser el resultado de revisiones realizadas por uno ó más autores en relación a distintos temas de interés pediátrico. En ambos casos, el formato exigido para su publicación es el de un trabajo de revisión, por lo cual se recomienda seguir las normas especificadas en la sección correspondiente.

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES CON PRESENTACIÓN ORAL

FACTORES DETERMINANTES EN LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

Determining factors in the vertical transmission of HIV

María Alejandra Rosas, María Milagros Castillo

Introducción: Después de 42 años del primer caso de infección por el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), mucho se ha avanzado, entre ello, conociéndose los diversos factores que favorecen la transmisión materno infantil (TMI) y las intervenciones que permiten un descenso importante de ella. Objetivo: Conocer las tasas de TMI y los factores que lo determinan en nuestro entorno. Método: Estudio retrospectivo, observacional y transversal, de 256 niños expuestos al HIV, período 2014 a 2023, estableciendo variables epidemiológicas madre/hijo, maternas obstétricas y del recién nacido. Análisis descriptivos (porcentajes y media) y bivariado, con una significancia por chi cuadrado de 99% ($p < 0,001$). Resultados: TMI de 26,4%. Diferencias entre niños sanos e Infectados: En los infectados diagnósticos tardío (3,6 años vs 16,7 m); embarazos no controlados (23,6% vs 58%); diagnóstico materno (67,2% post nacimiento vs 57,7% diagnóstico temprano en sanos); terapia antirretroviral (TAR) en el embarazo (en los infectados 87,3% no recibieron vs 52,5% en los sanos si TAR); forma de nacimiento (78,2% vaginal vs 57,5% cesárea electiva en los sanos). Protocolo ACTG 076 se aplicó completo en el grupo de sanos en 53,2%, mientras que en los infectados en el 78,2% no se aplicó. No lactancia materna en 92,3% de sanos vs lactancia materna, 69,1% en los infectados. Conclusión: Alta tasa de TMI por la no intervención efectiva sobre los factores de riesgo de transmisión en el grupo de infectados, todos con significancia estadística.

ANEURISMA DE LA ARTERIA CORONARIA EN PREESCOLAR CON DIAGNÓSTICO DE KAWASAKI A PROPÓSITO DE UN CASO

Coronary artery aneurysm in a preschooler with Kawasaki diagnosis. Case report

Wayomi Alexandra Rivas Castro, Eliana Nazareth León Velázquez, Johana Carolay Méndez Villanueva, Ana María Aponte Hidalgo

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis

sistémica, aguda y autolimitada, que afecta a vasos de pequeño y mediano calibre y es la causa más común de enfermedad cardíaca adquirida en niños, donde la mayor complicación es el desarrollo de aneurismas coronarios que pueden aparecer hasta en uno de cada 4 pacientes no tratados. El presente artículo hace referencia a un lactante masculino de 1 año y 8 meses de edad, que inicia enfermedad con fiebre intermitente de 39°C, posteriormente se asocian lesiones eritematosas en cavidad orofaríngea, hiporexia, erupción morbiliforme, con labios y lengua hiperémica, paciente quien acude al servicio de pediatría del Hospital Central de Maracay 16 días después del inicio de sintomatología, y se ingresa manteniéndose hospitalizado durante 12 días y egresa por evolución satisfactoria; quien 2 meses posterior es evaluado por servicio de Cardiología, con hallazgos patológicos en estudio de imagen. El objetivo es realizar una revisión de esta complicación de la enfermedad, aunque la misma es frecuente dicha complicación con muy poca incidencia en nuestro medio. Se resumen los hallazgos clínicos, estudios de imagen, se presenta diagnóstico, evolución clínica y terapéutica, marcando precedente para futuras investigaciones, lo cual garantiza una adecuada y oportuna terapéutica, para pacientes con afectaciones similares.

APLICACIÓN DE LA ESCALA pSOFA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SEPSIS EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Application of the pSOFA Scale for the diagnosis of sepsis in patients admitted to the Intermediate Care Unit. Multicenter Study

Razia Josefina Rojas Rodríguez, Román Caballero Villalba, Oriana Méndez Damas, Fidel Martín Alfonso Andrade, Miguel José Severino Mongua Casanova, Emaly Lorena Sánchez Tabata, Jorge Leonardo Amundaray Pérez, Julio Ramón Rodríguez Gómez

Introducción: La Sepsis se define como disfunción orgánica potencialmente mortal, causada por una respuesta de la huésped desregulada a la infección, constituye una de las principales causas de muerte en los niños, por lo que se requiere de un diagnóstico oportuno. Objetivo: Aplicar la Escala pSOFA para el diag-

nóstico de sepsis en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intermedios del servicio de pediatría del Hospital “Dr. Luis Razetti de Barcelona” y del Hospital “Dr. Cesar Rodríguez Rodríguez” de Puerto la Cruz, Anzoátegui. Métodos: Se realizó un estudio observacional, longitudinal, multicéntrico y prospectivo, representado por 35 pacientes con edades comprendidas entre 29 días a 12 años en el lapso entre julio a diciembre de 2023 se tomó como criterio de inclusión sospecha clínica de sepsis y que cumplieran parámetros de aplicación de escala pSOFA se tomaron en cuenta edad, sexo, estrato socioeconómico, comorbilidades, foco primario y paraclínicos. Los estadígrafos utilizados fueron: la frecuencia, porcentaje y media aritmética. Resultados: La edad media fue de 37 meses, sexo femenino 51,43 %, el foco causal fue respiratorio con 45,71 %, la mayoría presentaron comorbilidades 57,14 %, el estrato socioeconómico fue pobreza relativa (IV) con 54,29 %, la escala de pSOFA demostró sensibilidad: 84,21% especificidad: 62,5 % para los pacientes fallecidos y sensibilidad: 62,5 % especificidad: 37,5 % para los supervivientes y VPP: 61,53 % VPN: 66,67 %. Conclusión: La escala de pSOFA es de utilidad para predecir riesgo alto de fallecimientos en pacientes con sepsis.

EFFECTOS DEL *SACCHAROMYCES BOULARDII* I-3799 EN LA PREVENCIÓN DE SEPSIS Y ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE EN PREMATUROS

Effects of *Saccharomyces boulardii* I-3799 in the prevention of sepsis and necrotizing enterocolitis in premature infants

Egla Teresa Suarez Milian, Jesús Alberto Chaverra Salazar

Introducción: Prevenir sepsis y enterocolitis necrotizante (ECN) en prematuros, con factores de riesgo que favorecen la disbiosis intestinal, es un reto para reducir la morbimortalidad neonatal; una opción factible podría ser el *Saccharomyces boulardii* I-3799, un probiótico con efectos en la inhibición de la invasión celular y reducción del crecimiento de agentes patógenos. Objetivo: Determinar el efecto del *S. boulardii* I-3799 en la prevención de sepsis y ECN en prematuros, HUAPA, Cumaná, 2022 - 2023. Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte longitudinal, tipo ensayo clínico pragmático. La población estuvo constituida por 140 neonatos prematuros, seleccionándose una muestra de 47 (33.5%), bajo criterios de inclusión, exclusión y salida, fraccionándose en dos grupos: control (23) y experimental (24 tratados con *S. boulardii*). Resultados: Predominaron los pretérminos tardíos (55.3 %), masculinos (57.4%), PEG (78.7%), menores de 2500g (48.9%/RR=1.24), ingresados por SDR del prematuro (97,8%). Los factores de riesgos asociados a disbiosis intestinal fueron: vaginosis (74.4%/RR=1.13), el uso de antibióticos prenatales (68%), la cesárea (57.4%/RR=1.03) y RPM (29.7%/RR=1.27). Se previno un 100% (p=0,0094) la ECN, y 83.3% (p=0,0000) la sepsis, con una reducción relativa de riesgo del 100% para *S. agalactiae*, *E.coli*, *Acinetobacter b* y *C. albicans*, y 36.11% para *K. pneumoniae*; no se observaron reacciones adversas, ni diferencias en la efectividad según dosis. Los prematuros egresaron, en un período de 13-16 días (63.6% / p=0,0000), con una reducción de la emortalidad de 8.3%. Conclusión: Se considera el uso del *S. boulardii*, un factor protector para neonatos prematuros (OR=0.1).

MARTES 24 DE SEPTIEMBRE

TALLA ALTA: UNA ENTIDAD POCO ESTUDIADA EN PEDIATRÍA

High stature: an entity infrequently studied in pediatrics

Rocelyn Palma, María E. Velásquez, Néstor Villegas, Lisette Palma

La talla alta o el hipercrecimiento se define por una altura de más de 2 desviaciones estándar (DE) para la media correspondiente a la edad cronológica y sexo, altura de más de 2DE respecto a la talla diana o velocidad de crecimiento de más de 1DE. Existen cuadros patológicos en los cuales la talla alta puede formar parte de síndromes complejos. El Síndrome de Marfán (SM) es un trastorno que cursa con talla alta. Su etiología es genética y es provocado por una mutación heterocigota en el gen que codifica la fibrilina-1 (FBN1), su incidencia es de un caso por cada 10.000 nacidos vivos y no muestra predilección por el género, raza, etnia o ubicación geográfica. Suele afectar principalmente los sistemas esqueléticos, cardiovascular y ocular. Las alteraciones esqueléticas son la primera señal de la enfermedad, mientras que las alteraciones cardiovasculares constituyen la mayor causa de morbimortalidad, presentándose en el 25% de los pacientes durante la edad pediátrica. Se han encontrado individuos con fenotipos que son clínicamente similares a los del SM pero que no cumplen con los criterios diagnósticos, denominados síndromes marfanoides. Se presenta caso de adolescente femenina de 15 años y 4 meses de edad, quien cursa con hipercrecimiento generalizado, al examen físico se evidencia dolicoestenomelia, aumento de la envergadura en relación a la talla, aracnodactilia, signo de la muñeca y pulgar positivos e hiperlaxitud articular. Niveles de hormona de crecimiento, IGF1 y hormonas tiroideas dentro de la normalidad. Resonancia Magnética de área selar normal, edad ósea acorde a edad cronológica con predicción de talla adulta final (PTAF) de 183,5cm \pm 3cm (FUNDACRE-DESA). Es valorada por genética concluyendo diagnóstico de Síndrome Marfanoides Atípico. Se decide acelerar el cierre epifisiario, empleando terapia hormonal con estrógenos conjugados. La evolución clínica de la paciente posterior al inicio del tratamiento fue satisfactoria, evidenciándose disminución de la velocidad de crecimiento, adelanto de edad ósea y mejoría del PTAF. El conocimiento del SM así como de los síndromes marfanoides contribuye a una precoz y acertada sospecha clínica y diagnóstica, con un oportuno inicio de protocolos terapéuticos que garanticen un manejo eficaz y así poder prevenir o retrasar la aparición de complicaciones.

HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO DE DIAGNÓSTICO TARDÍO CRETINISMO EN EL SIGLO XXI. A PROPÓSITO DE UN CASO

Congenital hypothyroidism of late diagnosis. Cretinism in the XXI century. A case report

María Eugenia Angulo Suarez, Cristil Ochoa, María E. Velásquez; Rocelyn Palma Guillen

El cretinismo es una condición clínica caracterizada por deterioro neurológico severo, falla en el crecimiento y retraso en la maduración ósea, en niños con Hipotiroidismo congénito (HC) de diagnóstico tardío. La etimología deriva del francés "chretien" (cristiano), "cretin" (rumano) que significa "cretino" debido a que los clérigos de la época sufrían trastornos mentales, o eran considerados pobres de espíritu. El HC primario se produce por alteración en la embriogénesis de la glándula tiroidea o por alteración en la síntesis de hormonas tiroideas. La pesquisa neonatal de hipotiroidismo ha sido uno de los mayores avances en prevención y salud infantil del siglo XX. Son pocos los casos documentados en la literatura de niños con cretinismo en la actualidad. Se presenta caso de preescolar femenino con diagnóstico tardío de HC, con el objetivo de describir las características clínicas, y enfatizar la importancia en el diagnóstico y tratamiento precoz para prevenir secuelas en el neurodesarrollo y crecimiento.

ÍNDICE DE CONICIDAD: MARCADOR DE RIESGO CARDIOMETABÓLICO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

Cronicity Index: marker of cardiometabolic risk in school children and adolescents

Nolis Camacho-Camargo, Andrea Infante, Mariela Paoli-Valeri, Rosanna Cicchetti, Rafael Santiago, Sofía Alvarado, Fátima León

Objetivo: Evaluar el índice de conicidad (IC) como marcador de riesgo cardiometabólico (FRCM) en escolares y adolescentes. Métodos: Se estudiaron 907 niños y adolescentes entre 9 y 18 años de edad, de instituciones educativas del Municipio Libertador. Se registraron medidas antropométricas y presión arterial. Se determinaron glucemia, insulina y lípidos en ayunas. Se calcularon IC, Índice Cintura-Talla (ICT) circunferencia de cintura (CC) y el HOMA-IR. Se clasificaron los individuos con FRCM y sin FRCM, por la presencia o no de 2 o más de los siguientes factores de riesgo: obesidad abdominal, triglicéridos y cLDL altos, cHDL bajo, hipertensión arterial (HTA) o pre-

HTA e hiperglucemia. Resultados: los FRCM más frecuentes fueron la dislipidemia (28,3%), obesidad abdominal (10,4%), pre-hipertensión/hipertensión (8,7%). El valor promedio del IC, fue de $1,13 \pm DE 0,06$; Se presentan valores de referencia del IC, por percentiles específicos para edad y género. El IC fue mayor en los varones y disminuye con el aumento de la edad. Los participantes que presentaron dos o más FRCM como obesidad abdominal, dislipidemia, pre-HTA/HTA y resistencia a la insulina, tuvieron valores CC, ICT, IC más altos. Existiendo una correlación positiva y significativa del IC con la relación cintura/talla ($r= 0,594$; $p=0,0001$), y con la circunferencia de cintura ($r= 0,370$; $p= 0,0001$). Conclusiones: Es esta muestra de niños y adolescentes, El IC, es una herramienta sencilla y de fácil aplicación, que refleja la adiposidad central y está asociado con los FRCM.

PATOLOGÍAS EN RECIÉN NACIDOS PRODUCTO DE EMBARAZOS NO CONTROLADOS. ANALISIS DESCRIPTIVO

Descriptive analysis of pathologies observed in a series of newborns resulting from uncontrolled pregnancies

Mariángela García, Stefano Fiore, Valeria García, Marivy Giménez, Mercedes de Materán, Mariana Materán

El control prenatal es fundamental para detección precoz de factores de riesgo materno y neonatal. Las patologías que pueden observarse en recién nacidos pueden estar influidas por deficiente atención perinatal y por condiciones ambientales y socioeconómicas. Objetivo: Analizar tipo y frecuencia de patologías en neonatos producto de embarazos no controlados adecuadamente. Metodología: investigación descriptiva, transversal, retrospectiva. Muestra: 240 recién nacidos que cumplieron criterios de inclusión. Información obtenida mediante revisión documental de historias y ficha de registro. Resultados: Madres: Edad $\bar{x}:24,63 \pm 0,42$ años; 50,4% con educación secundaria y 49,58 menor nivel educativo, control prenatal deficiente en todas las pacientes con 4 o 5 controles en 49,17% y menos de 4 en 50,93%. Edad gestacional $\bar{x}:37,31 \pm 2,39$ semanas, parto vaginal en 66% y cesárea en 34%. Peso al nacer $\bar{x}:2873,2 \text{ grs} \pm 36,52$ y talla $\bar{x}:48 \text{ cm} \pm 3,86$. Escala de Apgar a

los cinco minutos mediana 9 puntos, entre 8-10 puntos en 91,25% de los casos. En 92,92% de los neonatos se detectan patologías significativas, las más frecuentes: sepsis neonatal (65,02%), bajo peso al nacer y síndrome de dificultad respiratoria. Estos resultados, primer estudio sistemático sobre este tópico realizado y publicado en Venezuela, muestran la alta incidencia de patologías en neonatos producto de embarazos inadecuadamente controlados y, el análisis comparativo con lo descrito en la literatura en madres adecuadamente controladas muestra mayor incidencia de patologías, predominado, además, la patología infecciosa con lo cual implica mayor riesgo neonatal. Por ende, es pertinente enfatizar que la atención prenatal oportuna y adecuada es fundamental para disminuir la morbilidad neonatal.

HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA UNA ETIOLOGÍA POCO HABITUAL DE PANCITOPENIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Nocturnal paroxysmal hemoglobinuria, an unusual etiology of pancytopenia, regarding a case

Luis Fernando Juárez Ávila, Yorbis Antonio Milano Fernández, Maylu Collazo Mujica, María Milagros Castillo Vásquez

La hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN) es una enfermedad clonal no maligna causada por una mutación somática en el gen PIG-A que codifica una proteína involucrada en la síntesis del glicosilfosfatidilinositol (GPI), el cual sirve como anclaje a muchas proteínas de la membrana celular produciendo sensibilidad al complemento. Epidemiológicamente se presenta en 1,5 a 2 casos por millón por año, infrecuente en edad pediátrica, manifestándose como hemólisis no inmune o falla medular. Se presenta adolescente femenino de 11 años de edad con hematomas, equimosis y pancitopenia, frotis de sangre periférica y citometría de flujo negativo para hemopatía maligna, biopsia de médula ósea con hipoplasia severa, citometría de flujo con técnica de FLAER para HPN detecta clones de HPN en las tres líneas celulares estudiadas, predominando en granulocitos y monocitos, llegándose al diagnóstico de HPN tipo II, no responde a terapia inmunosupresora, fallece por complicaciones de citopenias, preparándose para trasplante.

INCIDENCIA DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA MEDIANTE EL USO DE ECOGRAFÍA TRANSOCULAR EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICO “DR. JESÚS MEZA”

Incidence of intracranial hypertension using trans ocular ultrasound in neurocritical patients. Pediatric intensive care unit “Dr. Jesus Meza”

L. Gutiérrez, A. Cabaña, A. Herrera

La hipertensión Intracraneana (HIC) es una condición grave con riesgo vital. Se estima que el 27,5% de los ingresos a terapia intensiva corresponden a pacientes con enfermedad neurológica, por lo que su diagnóstico es de vital importancia. Existen diferentes técnicas para la medición de la presión intracraneal (PIC), como la ecografía transorbital, un método no invasivo útil para el diagnóstico y control durante su evolución. Objetivo General: Conocer la incidencia de hipertensión intracraneana mediante el uso de ecografía transocular en pacientes neurocríticos. Metodología: se realizó una investigación de tipo cuantitativa, prospectiva, descriptiva y de campo en la cual participaron 23 pacientes con patología neurocrítica a los cuales se les realizó ecografía transorbital para establecer la PIC. Resultados: del total de pacientes el género femenino represento el 52,17%. Predominó el grupo etario de los adolescentes con 30,43%. La patología predominante fueron las infecciones del sistema nervioso central, el sexo masculino y el grupo etario de los lactantes fueron los más comunes para esta patología. El promedio de la PIC al ingreso fue de 20,21 mmHg, superando el límite establecido. El 43,48% de los pacientes presentaron HIC al ingreso, 26,09% a las 72 horas y 4,35% a los 5 días. Conclusión: la incidencia de HIC al ingreso fue de 43,48%, representando esta una cifra importante. La medición de la PIC mediante ecografía transocular es una técnica que posee certeza diagnóstica, siendo útil para el control y seguimiento de la evolución de la PIC.

FÍSTULA TRÁQUEO-ESOFÁGICA ADQUIRIDA, EN PACIENTE CON MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS TARDÍAS Y SU CIERRE ENDOSCÓPICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Tracheoesophageal fistula acquired in patients with late respiratory manifestations and its endoscopic closure. Presentation of a clinical case

Jumary del Carmen Márquez Granado, Ana Ramona Navas, Nuri Castillo Briceño, Denny Javier Castro

Las fistulas traqueoesofágicas (FTE) son comunicaciones anómalas entre tráquea y esófago, pudiendo ser congénitas o adquiridas. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y se confirma con pruebas radiológicas y endoscópicas. El tratamiento médico como quirúrgico, se elige según la ubicación del defecto y condición clínica. Las FTE adquiridas suelen tener varias causas, como ingestión de cáusticos, trauma, cuerpos extraños. Se trata de preescolar de 2 años con síntomas respiratorios tardíos, recurrentes; dificultad para alimentarse inicialmente sólidos, luego semisólidos y líquidos; por la clínica se sospecha el diagnóstico. Luego de diversas pruebas y procedimientos, se corrobora la anomalía. Se realizó una terapia endoscópica con aplicación de clips para cerrar la fistula, logrando una mejoría inmediata en el paciente. La importancia del enfoque multidisciplinario y la consideración de diversas etiologías en casos complejos como este subrayan la necesidad de una evaluación exhaustiva y un tratamiento personalizado para cada paciente.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNCOPE Epidemiological clinical characteristics of pediatric patients with syncope

Mariana del Carmen Bermejo Zerpa, Rosa Amelia Zabala Canela, Juana Josefina Martínez Soto, Luimar Alexandra Figueroa Davis, Lilibiana Vanessa Castro Pereira, Guilebaldo Jesús Briceño Domínguez

Introducción: El síncope es la pérdida súbita y transitoria de la conciencia, asociada con la pérdida del tono postural con recuperación espontánea, completa y rápida, debido a una hipoperfusión cerebral global transitoria. Objetivo General: Analizar las características clínico epidemiológicas de pacientes pediátricos con síncope en centros de salud del estado Aragua, enero 2021-diciembre 2023. Materiales y Método: Investigación enmarcada en el paradigma positivista, enfoque cuantitativo, diseño no experimental, documental, clínico, descriptivo, corte transversal y retrospectivo. La muestra quedó representada por 65 pacientes pediátricos, se revisaron historias clínicas, los datos se recolectaron a través de un instrumento. Resultados: Predominó el sexo femenino 70,77%, escolares 77%. El síntoma predominante fueron las palpitaciones en un 43,08%, siendo la actividad física el principal factor desencadenante 47,69% y un 29% presentó síncope sin actividad, es decir en reposo, el síncope más

preponderante fue el vasovagal con 95% con clasificación fisiopatológica según tilt test predominante para síncope tipo I o mixto en un 75% y sólo un 7,69% presentó episodios previos de síncope. Conclusiones: El síncope es una entidad frecuente en la edad escolar y adolescente, con predominio en el sexo femenino; cuya etiología y manifestaciones clínicas son diversas, la actividad física representa un desencadenante, con una baja tasa de recurrencia, siendo el vasovagal el más frecuente. El diagnóstico es clínico por lo que es fundamental realizar una historia clínica completa. La prueba de tilt test tiene utilidad para confirmar y clasificar fisiopatológicamente los síncope vasovagal; sólo el 30% de la muestra logró realizar la prueba, limitada por el alto costo de esta.

LEUCEMIA MIELOIDE EN FASE CRÓNICA EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Chronic Myeloid Leukemia in children. A case report

Daniela C Mijares R, Ana Gabriela González H, Mariana C Stanchieri A.

La Leucemia Mieloide Crónica (LMC) es una neoplasia mieloproliferativa rara en niños y adolescentes, representando entre 2-3% de todas las leucemias en niños menores de 15 años y aproximadamente el 9% en adolescentes entre 15 y 19 años. Aunque puede presentarse a cualquier edad, la mediana de inicio es 67 años. Existen otras isoformas del producto generado por el BCR-ABL1, como p190 y p230, observadas en menos del 1% de los casos de LMC. Progresan en 3 etapas: fase crónica, fase acelerada y crisis blástica. Se describe el caso de preescolar de 9 años que inició con fiebre, dolor y distensión abdominal, al examen físico hepatoesplenomegalia y red venosa colateral; paraclínicos

con hallazgos hiperleucocitosis (359.000 mm³/uL), se discute con servicio de hematología, realizan biopsia y aspirado de médula ósea, con resultado LMC cromosoma Philadelphia positivo, que se presenta en el 90% de los casos, siendo poco frecuente en pediatría.

MIASTENIA GRAVIS JUVENIL, UNA ENFERMEDAD POCO COMÚN: A PROPÓSITO DE UN CASO EN LACTANTE DE 20 MESES

Juvenile myasthenia gravis, a rare disease: relating to a case in a 20-month-old infant

Joany Estefanie Sánchez Vilchez, , Nordimar Begoña Pulgar Diaz, Alberto José Cabaña Mejía, Laura Consuelo Granella Rodríguez

La Miastenia Gravis Juvenil (MGJ) es una patología autoinmune que se expresa antes de los 18 años, generando alteración en los receptores de acetilcolina en la placa muscular y desencadenando a una alteración de la conducción neuromuscular. Epidemiológicamente se observa una incidencia de 1 a 5 por cada millón de personas anualmente. Se presenta caso de lactante de 20 meses de edad, con sintomatología de 2 meses de evolución caracterizada por ptosis palpebral unilateral y disminución de la fuerza muscular en miembros inferiores, a la cual se realizan paraclínicos para distintos diagnósticos diferenciales, sin tener algún tipo de alteración, quien recibe bolos de metilprednisolona, inmunoglobulina humana y neostigmina sin evidenciar mejoría, se realiza prueba de anticuerpos anti receptores de acetilcolina en sangre; sin embargo, la paciente fallece por deterioro clínico de origen infeccioso, obteniendo resultados posteriores a su fallecimiento de la prueba positivos, confirmando diagnóstico de MGJ.

RESÚMENES e-POSTER CON DISCUSIÓN

LUNES 23 DE SEPTIEMBRE

ABSCESO DEL MÚSCULO PSOAS-ILIACO BILATERAL SECUNDARIO A TUBERCULOSIS VERTEBRAL: REPORTE DE UN CASO EN PACIENTE PEDIÁTRICO**Psoas-iliacus muscle abscess secondary to vertebral tuberculosis: Case report in a pediatric patient***María Ramírez A., Isaías García B., Marina Herrera, Elena Fermín*

La tuberculosis está reemergiendo como problema de salud pública, afectando a la población pediátrica cuyo diagnóstico resulta complejo, debido a las características de su expresión en este grupo etario, desde manifestaciones clínicas inespecíficas hasta comportamiento paubacilar, siendo esta la principal razón para que en su determinación se requiera métodos invasivos y uso de biología molecular. El deficiente estado nutricional de la población infantil, aunado a un sistema inmunológico en desarrollo condiciona a una respuesta inmune no óptima y por lo consecuente, la mayor probabilidad de progresar a enfermedad activa. Presentamos un caso atípico de absceso del músculo psoas bilateral, en un adolescente previamente sano, afebril al ingreso, con limitación a la marcha, que se realiza diagnóstico a través de tomografía de abdomen (TAC), amerito intervención para drenaje del mismo en dos oportunidades, con baciloscopia negativa, recibe antibioticoterapia empírica de amplio espectro hasta determinación por Xpert /MTB, cuando inicia tratamiento antibacilar y mejoría clínica. Se hace una revisión de la literatura enfatizando sus claves diagnósticas y el manejo terapéutico.

PIOMIOSITIS DE CUÁDRICEPS FEMORAL DERECHO POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*, COMO REACCIÓN ADVERSA A VACUNACIÓN EN RECIÉN NACIDO DE 22 DÍAS DE EDAD**Pyomyositis of the right femoral quadriceps due to *Staphylococcus aureus*, adverse reaction to vaccination in a 22-day old neonate***Jenny Planchet, Kaiser J. López M.*

Las inmunizaciones son la clave para el control de enfermedades inmunoprevenibles, sin embargo, aunque poseen una alta tasa de tolerancia y bajos efectos adversos, no escapan de complicaciones postvacunales, asociadas al producto biológico, la técnica de administración o a la respuesta inmunológica. El presente caso un RN de 29 días, producto de embarazo controlado de 37 semanas, cuya madre refiere inicio de enfermedad

actual a los 22 días de vida, cuando evidencia aumento de volumen en región anterior de muslo derecho, signos de flogosis y dolor, asociado a la administración vía intramuscular de vacuna contra hepatitis B, posterior a cumplimiento de tratamiento sintomático sin mejoría clínica acude a Hospital Universitario de Caracas donde se decide su ingreso. La importancia del abordaje de este caso radica en la escasez de reportes que asocien abscesos o piomiositis postvacunales, lo que puede llevar al pediatra a minimizar el abordaje diagnóstico y terapéutico.

DURACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y CATÉTER VENOSO CENTRAL COMO RIESGO PARA NEUMONÍA ASOCIADA A CUIDADOS DE SALUD Y BACTEREMIA. MÉRIDA, VENEZUELA**Duration of mechanical ventilation and central venous catheter as a risk for pneumonia associated with health care and bacteremia. Merida, Venezuela***Yoselyn Martorelli-Suárez, Akbar Fuenmayor Arocha, Douglas Olivero-David, Nilce Salgar Sánchez, Jorge Luis Quevedo*

INTRODUCCIÓN: Las infecciones asociadas a la atención de Salud (IAAS) son frecuentes en UCI. Las más comunes son aquellas asociadas a catéter venoso central (CVC) y a la ventilación mecánica (VM). El riesgo de infección aumenta con la duración de la permanencia de estos dispositivos y el retiro precoz y oportuno es una estrategia costo-efectiva para prevenirlas. **OBJETIVO:** Determinar si el tiempo de VM y de permanencia del CVC se relaciona con la incidencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) y de bacteriemia por catéter (BAC) en salas pediátricas de cuidados críticos de un hospital de IV nivel en la región andina de Venezuela. Enero 2021 - julio 2023. **METODOLOGÍA:** Estudio observacional de cohorte prospectivo basado en registros médicos. Se incluyeron niños entre 1 mes y 15 años con tubo traqueal y/o CVC con permanencia de uno o ambos dispositivos por 48 horas o más. Los pacientes fueron seguidos hasta el egreso de la sala de cuidados críticos. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** La tasa de IAAS fue de 39,3 eventos por 1000 días-UCI. Los focos más frecuentes fueron NAV (26,4%) y BAC (21,4%). El tiempo promedio transcurrido entre la colocación del CVC y la detección de BAC fue de 7,5 días y el tiempo promedio entre la colocación del tubo endotraqueal y el desarrollo de NAV fue de 8,53 días. El germen aislado más frecuente fue *Klebsiella*

pneumoniae. Todos los pacientes recibieron antibiótico, el 38,3% de los aislados fueron resistentes a tres o más familias de antimicrobianos.

SISTEMA DE PUNTUACIÓN PARA DIAGNÓSTICO Y HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO A TRAVÉS DE LA CREACIÓN DE UNA CALCULADORA

Score system for diagnosis and hospitalization in children with urinary tract infection through the creation of a calculator

E. Lara, M. Cure, C. Uviedo, C. Soto, L. Salazar, Y. Leal, Z. Cumare, J. Sánchez

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son patológicas donde decisiones terapéuticas dependen de la clínica, la edad y las pruebas de laboratorio, sumado a factores de riesgo, las opciones que enfrentan los médicos pueden ser no concluyentes, por lo cual esta investigación tuvo como objetivo general realizar un sistema de puntuación para diagnóstico y hospitalización en niños con ITU a través de la creación de una calculadora. Material y método: Investigación prospectiva, descriptiva bajo el paradigma positivista en la creación de un dispositivo electrónico aplicada a niños con ITU menores de 15 años con un sistema de puntuación utilizando la función CONCAT de Excel y las técnicas de validación de datos en programación. Se realizó cuadro desplegable donde el usuario solo puede elegir una opción predefinida en una lista, con un formato de verificación de tipo concreto solo números absolutos y 3 elementos de alarma para hospitalización definido por el color rojo para urocultivo positivo con microorganismo productores de BLEE, edad menor o igual de 3 meses y ecografía Doppler renal alterada, con verificación de rango, comprobación de presencia, criterio del identificador único y de formato. Conclusión: el dispositivo logró el diagnóstico de ITU y una estimación de riesgo para hospitalización en el sexo femenino bajo menor a 35 puntos, moderado entre 36 y 71 y alto entre 72 y 107 puntos, para el sexo masculino bajo menor a 33, moderado entre 34 y 67 y alto entre 68 y 101 puntos.

ALTERACIONES CARDÍACAS CAUSADAS POR SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO ASOCIADO A SARS-COV-2 EN ESCOLARES. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Cardiac disorders caused by multisystem inflammatory syndrome associated with SARS-CoV-2 in schoolchildren. Multicenter Study

Emaly Sánchez Tabata, Román Caballero Villalba, Oriana Carlota Méndez Damas, Fidel Martín Alfonzo Andrade, Miguel Mongua, Jorge Leonardo Amundaray Pérez, Gabriela Rodríguez, Julio Ramón Rodríguez Gómez

Introducción: La infección por SARS-CoV-2 puede producir un Síndrome Inflamatorio Multisistémico (SIMS) en niños y adolescentes, el cual se caracteriza por afectación cardiovascular, entre otras manifestaciones. Este estudio tuvo como objetivo identificar las principales alteraciones cardíacas causadas por el SIMS asociado a SARS-CoV-2 en escolares. Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en 105 pacientes escolares con diagnóstico de SIMS por COVID-19, quienes ingresaron en el Hospital “Dr. Luis Razetti” y Hospital IVSS “Dr. Cesar Rodríguez Rodríguez” de Venezuela entre enero 2021 y diciembre 2023. Se recolectaron datos sociodemográficos, factores de riesgo cardiovascular, signos/síntomas, hallazgos electrocardiográficos y ecocardiográficos. Resultados: El 58,09% de los pacientes eran del sexo masculino y el 61,90% pertenecían al estrato socioeconómico IV. El 88,57% no tenía esquema de vacunación completo contra COVID-19. Los principales factores de riesgo cardiovasculares fueron asma (32) y tabaquismo pasivo (26). Los síntomas cardiovasculares más frecuentes fueron taquicardia (87), palpitaciones (86) y disnea (68). A nivel electrocardiográfico, predominó la taquicardia sinusal (62) y el segmento PR corto (25). Los hallazgos ecocardiográficos más comunes fueron derrame pericárdico (82), miocarditis dilatada (77) y pericarditis (23). Conclusión: El Síndrome Inflamatorio Pediátrico Multisistémico asociado a COVID-19 presenta un importante compromiso cardiovascular, con manifestaciones clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas relevantes. Es necesario un abordaje multidisciplinario y un seguimiento estrecho de estos pacientes para detectar y tratar oportunamente las posibles secuelas.

GULLAIN BARRE Y ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA ASOCIADO A DENGUE GRAVE

Guillain Barré and hepatic encephalopathy associated with severe dengue

Aracelys Valera, Naimily El Hamra, Stefania Blanquin, Luisana Moyetones

La infección por el virus del dengue ha adquirido importancia debido a su expansión en los últimos años, siendo posicionada como una de las arbovirosis más importante a nivel mundial. En la presente discusión

de caso entre la asociación de dengue grave y algunas de sus complicaciones como es Síndrome de Guillain Barre a propósito de un caso secundario a la infección por Dengue. Luego se describe 3 casos de hepatitis el cual uno de ellos desarrolló Encefalopatía hepática ameritando su manejo en unidad de cuidados intensivos pediátricos, sin embargo, todos estos pacientes fueron manejados en conjunto con un equipo multidisciplinario en la emergencia pediátrica del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”, periodo Enero- Julio 2.024, presentando evolución satisfactoria en todos los casos.

MARTES 24 DE SEPTIEMBRE

IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL MATERNO SOBRE LOS NIVELES DE ZINC EN LECHE HUMANA

Impact of maternal nutritional status on zinc levels in human milk

Irma Luisa Agüero Garrido, María Fernanda Sánchez Marín, Franklin Jesús Pacheco Coello, Mildred Noemi Lupi Díaz, Maiqui Flores Meneses, Stella Milena Blanco Ramírez

INTRODUCCION: La leche humana es recomendada como el alimento ideal durante los primeros meses de vida. Su composición es heterogénea, aporta los requerimientos necesarios para el neonato, sin embargo, las concentraciones de algunos de sus micronutrientes dependen de ciertas condiciones maternas. **OBJETIVO:** Evaluar el impacto del estado nutricional materno sobre los niveles de zinc en la leche humana de madres ingresadas en Neonatología del Hospital Central de Maracay entre junio-noviembre, 2023. **MÉTODOS:** Estudio clínico, observacional, analítico, de corte transversal, incluyó 52 muestras de leche humana de madres de pacientes hospitalizados. Para evaluar estado nutricional se calculó IMC y para cuantificar niveles de Zinc, se realizó espectrometría de absorción atómica. **RESULTADOS:** La edad se ubicó entre 18 a 35 años, X 24,8 DE 5,9 años. El 46,1% con IMC normal, 30,7% con bajo peso. La concentración de zinc en este fluido se encontró por debajo de niveles recomendados. ($1,07 \pm 0,4$ mg/L). Se evidenció disminución de los niveles de zinc en las maternas con bajo peso y obesidad, discreto ascenso de valores entre el día 6 al 9 de postparto y posteriormente del 22 al 29 ($p=0,79$). **CONCLUSIÓN:** los resultados permiten indicar que no existe una relación estadísticamente significativa entre el estado de malnutrición (déficit o exceso) en las madres y los cambios en los niveles de zinc en la leche humana.

COMPLICACIONES ASOCIADAS AL USO DE SOLUCIONES SALINAS ISOTÓNICAS CON O SIN DEXTROSA COMO FLUIDOTERAPIA DE MANTENIMIENTO EN NIÑOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS

Complications associated with the use of isotonic saline solutions with or without dextrose as maintenance fluid therapy in critically ill children

Zulybell Coromoto Molina Ovalles, Akbar Ciro Fuenmayor Arocha, Lucía Cristina Romero Angarita, Daniel Alejandro Marrero Cedeño, Nilce Tibisay Salgar Sánchez, María Isabel Vera Contreras

En la actualidad, en pediatría se continúan utilizando

soluciones parenterales hipotónicas de mantenimiento a pesar de los riesgos de hiponatremia. El objetivo de este estudio es determinar si el uso de soluciones isotónicas en la hidratación parenteral de mantenimiento de niños que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes se asocia con el desarrollo de complicaciones como: hipernatremia, lesión renal o sobrecarga hídrica. Es un estudio cuantitativo, observacional, no aleatorizado, prospectivo, analítico, longitudinal y de caso control que incluyó 169 pacientes entre 1 mes y 15 años de edad, de ambos sexos, que ingresaron entre enero 2020 y diciembre de 2022. Los datos estadísticos se procesaron mediante el programa estadístico SPSS 20.0. Resultados: la tonicidad de las soluciones parenterales de mantenimiento empleadas desde la admisión hasta el tercer día de hospitalización no se relacionó con mayor frecuencia de disnatremias; la hiponatremia fue significativamente más frecuente en los pacientes que presentaron sobrecarga hídrica ($p=0,006$) y lesión renal aguda ($p=0,04$). No se halló relación entre la tonicidad de las soluciones empleadas para la fluidoterapia de mantenimiento y el desarrollo de lesión renal aguda, ni con sobrecarga hídrica; en tanto que el uso de soluciones isotónicas durante el segundo día de hospitalización en UCIP fue un factor protector de mortalidad ($p=0,042$). Los resultados sugieren que emplear soluciones dextrosalinas isotónicas para la fluidoterapia parenteral de mantenimiento en niños hospitalizados es seguro y no se relaciona con hipernatremia.

PREDICTOR DE ENFERMEDAD METABÓLICA ÓSEA DEL PREMATURO: CONCENTRACION DE CALCIO EN LECHE HUMANA EMPLEANDO MÉTODO DE QUÍMICA SECA

Predictor of metabolic bone disease in premature infants: calcium concentration in human milk using dry chemistry method

Maritza Carolina Nieto Romero, Andreina Torrealba, Frangelis del Carmen Serrano Mejías

La enfermedad ósea metabólica (EOM) del prematuro es más común entre los neonatos prematuros menores de 30 semanas de gestación y con un bajo peso al nacer. Los marcadores usualmente empleados son el calcio, fósforo y fosfatasa alcalina en sangre, la tecnología de química seca facilita el uso dentro del centro de trabajo y aporta innovación dentro del área operativa. Objetivo: Determinar la concentración de calcio en

leche humana empleando método de química seca en madres de Recién Nacidos Pre término y con bajo peso al nacer. Materiales y Métodos: estudio descriptivo, de campo, corte transversal, cuya población estuvo conformada por todas las madres de Recien Nacidos pre términos y con bajo peso al nacer, incluyendo a estos RN y que estuvieron ingresados en el servicio de Neonatología, así mismo se determinó de Calcio sérico en todos los RN, para su posterior comparación con las concentraciones de calcio en la leche de la madre. Resultados: Se evaluaron 17 madres y 17 RN, que cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio, del 100% de la población, la edad gestacional corresponde a la mayoría con 36 semanas, para los valores de calcio en leche humana y suero sanguíneo del RN se observó un promedio de 7 mg/dl, aun considerado normal para RN pretérmino. Conclusiones: se concluyó que las concentraciones promedio de calcio en muestras de leche humana y suero sanguíneo de la población en estudio están dentro del promedio esperado para la edad gestacional y el peso al nacer.

COEXISTENCIA DE TOXOPLAMOSIS OCULAR Y RETINOBLASTOMA

Coexistence of ocular toxoplasmosis and retinoblastoma

Aracelys Valera, María Guanique, Vanessa Viña, Laurys González

La toxoplasmosis es causada por el parásito *Toxoplasma gondii*, el hospedador definitivo son los felinos, el humano se puede contagiar por el consumo de alimentos y agua contaminada por este patógeno. La toxoplasmosis ocular cursa con disminución de la agudeza visual, escotomas y dolor ocular, es importante realizar un buen diagnóstico para evitar complicaciones a futuro. A continuación, se presenta el caso de una adolescente de 11 años de edad que fue tratada principalmente como toxoplasmosis ocular, sin embargo como hallazgo tardío se diagnosticó retinoblastoma, la cual es una patología poco frecuente en adolescente.

HEPATITIS AUTOINMUNE EN UN ADOLESCENTE: REPORTE DE CASO

Autoimmune hepatitis in an adolescent: case report

Karelys Moreno Arias, Manuel Alberto Macero Quevedo, Jorge Rísquez, Nina Colina

Introducción: La hepatitis autoinmune (HAI) es una hepatopatía inflamatoria, crónica y progresiva, de etiología desconocida, infrecuente en pediatría con un curso clínico muy variable y cuyo diagnóstico se basa en la sospecha clínica, detección de autoanticuerpos circulantes y hallazgos histológicos. Reporte de caso: Adolescente masculino de 14 años, con cuadro clínico de más de 2 meses de evolución con fiebre intermitente y astenia, sin antecedentes patológicos conocidos. Al examen físico, pálido, fascies algida, taquicárdico, taquipneico, limitación funcional de hombro izquierdo, ruidos respiratorios abolidos y crepitantes en ambas bases pulmonares, ruidos cardiacos hipofonéticos, pulsos débiles, no visceromegalias, Glasgow 15/15. Paraclínicos evidencian anemia, reactantes de fase aguda positivos, hipertransaminasemia e hiper-gammaglobulinemia. TAC mostró derrame pericárdico y pleural e infiltrados parenquimatosos. Hemocultivo, coprocultivo, urocultivo, mielocultivos, cultivo BK de esputo, serología para hongos y PPD negativos. Fibroscan reportó fibrosis sin evidencia de esteatosis y perfil de Inmunodiagnóstico con anticuerpos anti musculo liso positivo confirmando diagnóstico de hepatitis autoinmune tipo 1. Discusión: La HAI en pediatría es una entidad clínica heterogénea cuya forma de presentación es inespecífica constituyendo un reto en la práctica clínica, con un comportamiento muy variable, en el cual el perfil serológico juega un papel fundamental para esclarecer el pronóstico de estos pacientes. En Venezuela el reporte de HAI en población pediatría es excepcional, por lo que describir estos casos permite reconocer el comportamiento clínico que guíen el diagnóstico y tratamiento, evitando así la progresión de la enfermedad cuyas consecuencias son catastróficas.

UTILIDAD DEL ÍNDICE DE ANGINA RENAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS

Use of the renal angina index in critically ill pediatric patients

Daniel Alejandro Colmenarez García, Juana Josefina Martínez Soto, Keila Azareel Rivero Esqueda, Vanessa Luismary Seijas Martínez, José David Miranda Urquía, Tatiana Carolina Camejo Solorzano, Yrderling Antonieta Guzmán Pedrique, Guilebaldo Jesús Briceño Domínguez

Introducción: el índice de angina renal (IAR) es una herramienta que permite predecir la instalación de lesión renal aguda (LRA) en pacientes críticamente enfermos, una entidad altamente frecuente que empeora el pronóstico de estos pacientes. Objetivo: evaluar la utilidad del IAR en pacientes pediátricos críticamente enfermos de la emergencia pediátrica y Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) del hospital central de Maracay, Aragua, entre enero 2021 y septiembre del 2023. Método: estudio con enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo clínico, analítico, ambispectivo. Se estudió la LRA, los factores de riesgo asociados y el IAR a las 72 horas. La muestra correspondió a 90 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Resultados: la mayoría fueron del sexo femenino y menores de 1 año (52.22%), el factor de riesgo predominante fue la sepsis (54.44%). El 72.22% presentaron IAR con puntaje de 8 o más, de los cuales el 89.29% tuvo algún grado de lesión renal ($p = 0.0000061$), de todos los pacientes fallecidos (67,77%), el 85.25% presentaron IAR positivo ($p = 0,00012$), 33.33% de los pacientes tuvo LRA severa, el 93.33% de ellos, tuvo IAR positivo ($p = 0.0018$); el IAR identificó a los pacientes que progresarían a LRA con una sensibilidad del 89%, especificidad del 55%, con valor predictivo positivo y negativo del 76%. Conclusiones: el IAR resultó ser una herramienta útil para predecir la severidad de la LRA, siendo eficiente para el pronóstico, evolución y mortalidad del paciente críticamente enfermo.

NARCOLEPSIA CON CATAPLEJIA, ¿UNA ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA?

Narcolepsy with cataplexy, an underdiagnosed entity?

Yani Julitza Gutiérrez Chávez, Félix Enrique Flores Hernández, Valentín Sainz, Aliria Carpio

La narcolepsia es un trastorno hipotalámico caracterizado por un desequilibrio de los límites entre el

sueño y la vigilia. La enfermedad afecta a 25–35 de cada 100.000 habitantes. Esta se divide en tipo 1 narcolepsia con cataplejía típica, que se encuentra asociada a la deficiencia de hipocretina-1 y la narcolepsia tipo 2, en la cual su causa está menos definida. La somnolencia diurna excesiva, suele ser la característica más problemática, aunque el sueño nocturno significativamente fragmentado y perturbado es común. Para su diagnóstico se necesita una historia diagnóstica adecuada, una prueba de latencia múltiple del sueño, polisomnogramas, mediciones de hipocretina-1 en el LCR para su detección. Se presenta la descripción de un caso clínico en paciente pediátrico atendido en Centro Médico Docente la Trinidad en 2023 que cursó con sintomatología, Escala de somnolencia de Epworth, polisomnografía y test de latencia múltiple compatibles con el diagnóstico de Narcolepsia tipo 1.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN PACIENTES CON SÍNDROME NEFRÓTICO EN DEBUT

Systemic lupus erythematosus in patients with nephrotic syndrome in debut

A.Tablante, E. Lara, C. Soto, C.Uviedo, Y.Leal, A. González, M. Cure, M. Moyano

El Síndrome nefrótico (SN) ocurre por una lesión en la barrera de filtración glomerular, puede ser primario o secundario a enfermedades sistémicas como el Lupus Eritematoso Sistémico (LES); enfermedad autoinmune con producción de autoanticuerpos y disregulación inmune. Su incidencia es 0.36 a 2.5 casos por cada 100.000 niños y se puede presentar con afectación renal. Objetivo general: Determinar la incidencia de Lupus Eritematoso Sistémico en pacientes con Síndrome Nefrótico en debut. Metodología: Estudio descriptivo, transversal, y prospectivo, con una muestra de 16 pacientes a quienes se les realizó diagnóstico clínico por escala SLEDAI y perfil inmunológico por método de Elisa. Resultados: El grupo etario más afectado por SN fueron adolescentes, del género femenino 87.50%, edad promedio (10.5 años). En cuanto a la clínica predominó la cefalea 62.5%, eritema malar 93.75%, edema 100%, artralgias 50%, y proteinuria 100%. Entre los marcadores inmunológicos el ANA y AntiDNA predominaron 56.25%. Las complicaciones fueron: lesión renal aguda en 64.75% de los casos. De acuerdo a la escala SLEDAI para actividad lúpica, el 94 % de la muestra presentó un puntaje correspondiente a actividad se-

vera; con mejoría clínica y paraclínica a los 5 y 10 días posterior al manejo terapéutico en un 56%. Conclusión: De los 16 pacientes evaluados, 9 presentaron perfil inmunológico positivo. La incidencia de LES fue 56,25% permitiendo clasificar la actividad inmunológica e instaurar tratamiento precoz.

ENCEFALOPATÍAS EPILÉPTICAS GENÉTICAS DE INICIO EN LOS PRIMEROS 4 AÑOS DE VIDA: SERIE DE CASOS

Genetic epileptic encephalopathies with onset in the first 4 years of life: case series

Manuel Alberto Macero Quevedo, Karelys Moreno Arias, Guilca Contreras, Carmen Alicia Pazo Alcalá

Las epilepsias y las encefalopatías epilépticas de inicio en la primera infancia causan un impacto en los hitos del desarrollo por lo que la medicina de precisión hace imperante la etiología a través de la identificación genética. Se revisó de forma retrospectiva los antecedentes familiares, datos clínicos y genéticos, farmacológicos, EEG y neuroimagen que experimentaron los pacientes en los primeros 4 años de vida, diagnosticados y seguidos en Centro Médico Docente La Trinidad. Se incluyeron 12 pacientes (7 con variantes patógenas, 1 con variante probablemente patógena y 4 con variantes de significado desconocido) mediante la secuenciación del exoma. Se encontró un mayor porcentaje asociado al debut con crisis clónicas de inicio focal y resistencia a los medicamentos en su seguimiento. El mayor hallazgo del examen neurológico fue trastornos de la tonicidad muscular (hipotonía), con una muestra total que presentó retraso glo-

bal en el desarrollo. Las epilepsias genéticas de aparición temprana demuestran un espectro fenotípico y genotípico muy amplio, por lo que el reconocimiento clínico y genético de esta entidad facilita el manejo y evolución temprana de la epilepsia.

VARIABILIDAD EN LA EXPRESIÓN CLÍNICA DEL COMPLEJO ESCLEROSIS TUBEROSA EN PEDIATRÍA: SERIE DE CASOS

Variability in the clinical expression of the tuberous sclerosis complex in pediatrics: case series

Elvira Alejandra López C, Ornella A. Franco R, Aliria Carpio R, Valentín Sainz

El Complejo de Esclerosis Tuberosa (CET) es un trastorno genético autosómico dominante que provoca el desarrollo de hamartomas en órganos como el cerebro, ojos, corazón, pulmones, hígado y riñones. Este estudio presenta casos pediátricos diagnosticados con CET, subrayando la diversidad clínica y los desafíos en su manejo. Un caso notable es el de un lactante de 18 meses con antecedentes maternos de CET, que muestra crisis motoras focales y generalizadas, retraso en el desarrollo y rabdomiomas cardíacos prenatales. La detección temprana mediante criterios clínicos y genéticos es crucial debido a la variabilidad fenotípica. Los avances en la comprensión del CET han llevado a nuevas estrategias terapéuticas, incluyendo medicamentos e intervenciones quirúrgicas para la epilepsia resistente. Es esencial que el pediatra reconozca las características del CET para derivar a un enfoque multidisciplinario y ofrecer tratamientos personalizados.

RESÚMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES

NAVEGANDO POR EL CEREBRO DEL ADOLESCENTE NAVEGATING THE ADOLESCENT BRAIN

*Dra. Enriqueta Sileo
Pediatria-Medicina del Adolescente*

Navegar es la acción de desplazarse por el agua en una embarcación, se usa en otros contextos, como la navegación aérea, en Internet, otros, aquí se refiere a la navegación por el cerebro del adolescente. La adolescencia está caracterizada por una verdadera metamorfosis con importantes cambios biopsicosociales. La pubertad, considerada un instigador del sistema nervioso central y se expresa en el comportamiento del adolescente, con una maduración cerebral hasta los 20 a 25 años. Alrededor de los 11 años en las mujeres y a los 12 en los varones, ocurre una sinaptogénesis, mielinización y aumenta la materia gris en el lóbulo frontal con sobreproducción de las conexiones neuronales seguida de una poda sináptica selectiva con disminución de la materia gris y un proceso de mielinización de los axones, permitiendo conexiones más maduras, rápidas y eficientes, que facilitan un mejor nivel del procesamiento del pensamiento y de las decisiones. Además, en la adolescencia se escuchan inquietudes tanto de los adolescentes como de sus padres tornándose conflictiva la relación entre ellos. Los adolescentes expresan, malestar: soledad, incompreensión, criticados. etc. Los padres, se quejan de ellos, por el orden (Ej. dormitorio), su trato hostil, etc. No existe una explicación única para el comportamiento del adolescente ya que existen otros factores que influyen; sin embargo, el desarrollo cerebral es fundamental para aclarar estas inquietudes, en consecuencia, es necesario conocer cómo funciona y madura el cerebro para “entenderlos y acompañarlos” (D. Bueno). Existe una brecha temporal, una asincronía, entre tres estructuras: Sistema límbico: cerebro emocional; Estriado: sistema de recompensa; Corteza prefrontal, cerebro: reflexivo, razonamiento y toma de decisiones, pero éste es el último en madurar. Este gradiente de maduración contribuye a la vulnerabilidad del adolescente para asumir comportamientos de riesgo. Tener presente que el adolescente es un ser biopsicosocial en transformación... de cabeza fría o caliente, por presiones internas y externas, sus decisiones y comportamiento son determinantes para vivir o morir.

RADIOGRAFÍA DE LA SALUD EN VENEZUELA DURANTE LOS PRIMEROS 1000 DÍAS DE VIDA

X-RAY OF HEALTH IN VENEZUELA DURING THE FIRST 1000 DAYS OF LIFE

Dra. Elvia Irene Badell Madrid
Pediatra-Puericultor. Especialista en Lactancia Humana

Venezuela se encuentra en una encrucijada crítica, donde la combinación de una crisis política, económica y social la ha llevado a un deterioro progresivo y generalizado de las todas condiciones de vida. La población Materno-Infantil es la más vulnerable a padecer las consecuencias de la inseguridad alimentaria: desnutrición crónica con talla baja (30% en <5 años) y malnutrición. En Venezuela ha habido un repunte de las enfermedades inmunoprevenibles: sarampión, difteria, tosferina, parotiditis, a consecuencia de las bajas coberturas vacunales en todo el país, la suma de las coberturas vacunales < 50%. Existen enormes desigualdades territoriales: municipios en los estados Zulia, Trujillo y Delta Amacuro, con coberturas vacunales de la DTP3 menores al 20%; sin dejar de mencionar la cobertura nula en todo el territorio nacional de las vacunas: neumococo 13v, rotavirus, meningococo B, Influenza, VPH y neumococo 23v. En Venezuela hay un sistema de salud debilitado, incapaz de brindar atención adecuada, las evaluaciones de los indicadores de salud reflejan falta de cumplimiento del desarrollo de la agenda ONU 2016-2030. Venezuela enfrenta una crisis humanitaria compleja desde 2013, un tercio de su población vive en inseguridad alimentaria moderada y severa, 89% de los hogares padece inseguridad alimentaria y 50% de los hogares no perciben ingresos suficientes para cubrir la canasta alimentaria, categorizándose en situación de pobreza extrema. Venezuela tiene las tasas más altas de embarazo en adolescentes, de mortalidad materna, de mortalidad infantil y bajo peso al nacer asociado a morbimortalidad fetal y neonatal, en Latinoamérica. Por ello, es el país con mayor desigualdad en el mundo, comparable con Namibia, Mozambique y Angola. ¿Cómo revertir esta situación? Se requiere de acciones muy urgentes para garantizar la seguridad alimentaria, restablecer servicios de salud para retomar programas de control y prevención dirigidos a los primeros 1000 días, abarcando a mujeres embarazadas y niños hasta los dos años. Invertir en salud y nutrición de madres y niños durante los primeros 1000 días es fundamental para romper el ciclo intergeneracional de la pobreza y la desnutrición.

ESTADO DE LA INFANCIA INDÍGENA VENEZOLANA STATE OF INDIGENOUS CHILDHOOD IN VENEZUELA

Huniades Urbina-Medina, MD, PhD
Médico Pediatra-Intensivista

Desde 1981 se celebra el día nacional del niño y niña indígena, como un signo de reconocimiento e inclusión de los menores de los pueblos originarios en Venezuela. Los pueblos indígenas han sido tradicionalmente olvidados por las autoridades gubernamentales venezolanas y condenados a vivir en la pobreza. Durante la crisis humanitaria han sufrido nuevos abusos debido a la actividad minera y a la violencia que ocurre en sus territorios. Aislados de recursos y tradiciones vitales para su bienestar y su supervivencia, muchos pueblos indígenas sufren aún más marginación, pobreza, enfermedades y violencia, hasta el punto de que, a veces, se extinguen como pueblo. A pesar de los avances logrados durante la primera década de este milenio, la población indígena de la región latinoamericana está afectada desproporcionadamente por la pobreza, y aún se ve afectada en gran medida por la exclusión económica y social

Las mujeres y los niños indígenas están entre los más afectados. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha reportado que los pueblos indígenas que viven en la zona fronteriza de Venezuela son sumamente vulnerables a las enfermedades epidémicas, y ha planteado una preocupación especial sobre el pueblo Warao (que vive en la frontera entre Venezuela y Guyana), y el pueblo Yanomami (que vive en la frontera entre Venezuela y Brasil). No obstante, la reducción de los niveles de mortalidad infantil, este grave problema continúa afectando a la sociedad venezolana y la mortalidad neonatal representa un 70% de las muertes de los niños menores de un año. En particular, una de las principales causas de la mortalidad infantil es la deficiencia nutricional, que incide con mayor intensidad en las áreas indígenas.

¿CUÁNDO UN NIÑO ESTÁ CAPACITADO PARA TOMAR DECISIONES? WHEN IS A CHILD CAPABLE OF MAKING DECISIONS?

Dra. Gladys Velázquez
Pediatra-Puericultor. Magister en Bioética

La competencia para tomar decisiones es fruto de un proceso evolutivo muy ligado a la capacidad cognitiva y al desarrollo moral, pero depende también de otras habilidades neurológicas, cuya maduración no es totalmente sincrónica, especialmente en la adolescencia. También depende de otros factores como el tipo de decisión, el contexto en que ésta se da, la experiencia del niño, la actitud de los padres y en el caso de las relacionadas con la salud, la gravedad de la enfermedad y la actitud del médico. La competencia para decidir se evalúa en base a cuatro criterios: Comprensión de la información aportada y de la necesidad de decidir, razonamiento sobre beneficios y riesgos y posibles consecuencias de las opciones planteadas, relevancia de cada opción para la situación particular del paciente (la más estricta) y capacidad para comunicar la decisión. Corresponde al pediatra hacer esta evaluación, salvo en casos legales. Las investigaciones han determinado que a los 12 años el niño posee las habilidades intelectuales y morales para tomar algunas decisiones autónomas con relación a tratamientos y para participar en protocolos de investigación, pero el inicio de la adolescencia ralentiza esta capacidad. Los desequilibrios madurativos cerebrales de esta etapa dificultan el control de las emociones y la percepción de riesgos y estimulan la búsqueda de recompensas a corto plazo. Esto afecta su capacidad de decidir especialmente en situaciones de mayor riesgo y emocionalidad, requiriendo de mayor apoyo de los adultos. Se debe estimular al niño a tomar decisiones desde edades tempranas, tomando en cuenta su grado de madurez, el tipo de decisión y el contexto en que ésta se da y buscando siempre el equilibrio entre el respeto a su autonomía y la necesidad de protección.

INFLUENCIA DE LA DEFICIENCIA DE MICRONUTRIENTES EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

INFLUENCE OF MICRONUTRIENTS DEFICIENCY ON GROWTH AND DEVELOPMENT

Dra. Coromoto Macías de Tomei

Pediatra-Puericultor; especialista en Crecimiento, Desarrollo y Nutrición

Las vitaminas y minerales son micronutrientes fundamentales para la salud y funciones vitales, necesarios para un crecimiento y desarrollo adecuados y mantenimiento de inmunocompetencia normal. Deficiencia de uno o más micronutrientes (Desnutrición oculta) tiene consecuencias adversas en el crecimiento y maduración. Alimentos Ultraprocesados (presentaciones industrializadas: pasapalos, papas fritas, jugos y bebidas con azúcar añadida): altos grasas saturadas, sal, azúcares refinados y edulcorantes artificiales, con contenido mínimo o nulo de micronutrientes; alta ingesta en niños y adolescentes puede condicionar coexistencia de sobrepeso/obesidad con deficiencia de micronutrientes. Deficiencia de hierro y anemia: es la más frecuente a nivel mundial (OMS /UNICEF: 1,5-2 billones personas) y en Venezuela. Hierro necesario para funciones vitales proviene de Alimentos: hierro hemínico (origen animal), no hemínico (origen vegetal); Fortificación: en Venezuela, harina de maíz precocida por Ley debe contener 50mg de hierro y 9500 UI vitamina A/ Kg harina; Suplementación preventiva en grupos de alta vulnerabilidad (lactantes \geq 6 mes, embarazadas). Impacta negativamente el crecimiento y desarrollo en grupos más susceptibles: embarazadas, madres lactando, niños 0-36 meses y adolescentes, debido a necesidades y rápido crecimiento; mujeres en edad reproductiva. Manifestaciones clínicas más frecuentes: Crecimiento lento en peso y talla, déficit en indicadores de composición corporal: bajas reservas calóricas y proteicas, mayor susceptibilidad a infecciones debido a compromiso inmunitario. Niños < 36 meses: alteraciones del desarrollo psicomotor, cambios conductuales, estos podrían persistir después de corregir la deficiencia de hierro y anemia. Escolares: bajo rendimiento y alta deserción escolar, menor capacidad de rendimiento laboral e impacto negativo en el Capital Humano. Es fundamental prevenir déficit de zinc, calcio, yodo, vitamina A: ingesta de alimentos con mayor contenido del micronutriente, fortificación (harina maíz precocida, sal yodada) y suplementación a grupos vulnerables. Ingesta adecuada de ácido fólico y colina desde etapa preconcepcional asociada previene hasta 70% defectos de cierre del tubo neural.

HISTORIA DE LA PEDIATRÍA EN CARABOBO

HISTORY OF PEDIATRICS IN CARABOBO

Dr. Nelson Orta Sibú

Profesor Titular de Pediatría y Nefrología. Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela. Profesor Visitante, Asesor de Investigación y Publicaciones. Hospital Universitario Gandía. Valencia, España

Ancestralmente hay vestigios sobre “atención médica de niños”, con imágenes precarias/ rituales y aspectos de legislación sobre la infancia. Hasta el siglo XVII predominó la medicina general y en 1840-90 surgen médicos con preferencia de patologías infantiles. Libros sobre enfermedades pediátricas (Francia/Alemania), proponen separación de pediatría de medicina interna, y se aprueba en Congreso Médico (Estocolmo 1931), con una premisa: diferenciación de niños, adolescentes y adultos. Con estas raíces, en Venezuela la génesis fue: Clínica de los Niños Pobres (fines del siglo XIX), y, a comienzos del siglo XX, organización del Hospital de Niños Linares (Caracas), Servicio de Pediatría del Hospital Vargas, Hospital de Niños (Pirineos) ulteriormente “JM de los Ríos” y Servicios de Pediatría en todo el país. En Valencia inauguración del Hospital de Niños en 1949. Todo esto paralelo a creación del Ministerio de Sanidad, División Materno-Infantil, fundación de la SVPP (1939) y creación de postgrados en Hospital Universitario y Escuela Vargas. Médicos realizaron la especialidad dentro y fuera del país, incluyendo a pioneros de la pediatría carabobeña. En 1955 fue creada la Filial Aragua-Carabobo, en 1965 se independizan y Carabobo afilia a Cojedes hasta 1998. La Filial ha tenido 29 presidentes y el desarrollo fue inicialmente en el Hospital de Niños; en 1978 abre el Hospital “Ángel Larralde”-importante polo pediátrico- y Servicios en Puerto Cabello y Bejuma. Carabobo tiene aproximadamente 270 pediatras, varios han participado en JDC y dos han sido Presidentes Nacionales. En 1977 organización progresiva de subespecialidades: Neonatología, Nefrología, Cirugía Pediátrica, Cardiología, Gastroenterología, Neurología, Endocrinología, Adolescencia, Nutrición, Infectología, Hematología, y otras. Ha desarrollado programas Académicos/Investigación. Premio Nacional de Pediatría (6 ocasiones), Premio Nacional de Medicina (2 ocasiones). En 1973 se celebraron las primeras Jornadas Nacionales con epónimo en vida “Jorge Lizarraga” y en las últimas décadas sede de Congresos Nacionales.

DENGUE: AQUÍ VAMOS DE NUEVO DENGUE: HERE WE GO AGAIN

Dra. Laddy Casanova de Escalona
Pediatra Infectólogo

Dengue: Infección viral, endémica, que produce la arbovirosis de mayor incidencia en el mundo. En el primer semestre (2024), hizo un récord de casos en América Latina, transmitida por *Aedes aegypti* y *albopictus*. En Venezuela circulan los 4 serotipos (1,2,3,4), implicando riesgo de infectarse 4 veces, ya que genera inmunidad homóloga de larga duración, pero no heteróloga. En Venezuela en el primer trimestre del 2024, se realizó secuenciación genómica (IVIC) y 80 % de los casos fueron por serotipo 3 con variaciones de comportamiento clínico (hipertermia persistente, Hepatitis severa, trombocitopenia precoz, Irritación peritoneal, cefalea intensa y complicaciones neurológicas). CLASIFICACIÓN: febril (grupo A) sin signos de alarma: tratamiento ambulatorio, grupo B (con signos de alarma, comorbilidad, o riesgo social hospitalizar, y grupo C (graves) hospitalizar (UCI). SIGNOS DE ALARMA: Dolor abdominal intenso, vómitos persistentes, fuga plasmática: (derrame pleural, pericárdico, ascitis), sangramientos en mucosas, alteraciones de conciencia, hepatomegalia, aumento del hematócrito en 2 mediciones en 6 horas., Hipotensión postural. Mecanismos compensatorios: disminuyen la presión del pulso y aumentan PAD. COMORBILIDADES: Menores de un año, Intolerancia oral, embarazo, Coagulopatía, SDR, Daño renal, Diabetes, otras. DENGUE GRAVE: Hipotensión por extravasación plasmática (caída rápida de la PAS y acortamiento de la presión del pulso, sangramiento grave, compromiso de órganos (miocarditis, encefalitis, hepatitis, pancreatitis, pulmonar). QUE “NO HACER”: usar corticosteroides, transfusión plaquetaria profiláctica, ni por trombocitopenia, ni solución 0.45 %. QUE HACER: Indicar cuando debe regresar, signos de alarma., bajar la fiebre, Prevenir deshidratación, medidas de prevención de propagación del virus, en el hogar. Grupo A; manejo ambulatorio, sintomático y reconocer signos de alarma, hidratar: Niños >1 -10 años: 100 – 150 cc/Kg, 11 -18 años: 1000 cc + 50 cc por /Kg por encima de 10 kg. Grupos B y C: tratamiento institucional, según Guías: <https://www.cdc.gov/dengue/media/pdfs/2024/06/2024-Dengue-Clinical-Management-Pocket-Guides-ES.pdf>

ALERGIA ALIMENTARIA EN EL LACTANTE: ALTERNATIVAS EN EL ABORDAJE

FOOD ALLERGY IN THE INFANT: ALTERNATIVES APPROACHES

Dra. Dianora Navarro
Gastroenterólogo Pediatra

La incidencia de enfermedades alérgicas ha aumentado en las últimas décadas, afectando al 20% de la población mundial, especialmente a los niños, y lo señalan como la segunda ola de la epidemia de alergia, con una prevalencia del 10% en países desarrollados. Por su mecanismo fisiopatológico la alergia alimentaria (AA) puede ser mediada o no por IgE, y mixta. En el lactante se presentan manifestaciones cutáneas (eccema o dermatitis atópica, urticaria y angioedema), respiratorias (asma y rinitis) y gastrointestinales leves (reflujo gastroesofágico, vómitos, diarrea o estreñimientos) o severos (enteropatía alérgica, proctocolitis y enterocolitis alérgica). El niño mayor puede presentar trastornos de dismotilidad y eosinofílicos (esofagitis eosinofílica). El diagnóstico de la AA se basa en la historia clínica, comorbilidades e historia familiar con la prueba de reto. Las pruebas de punción cutánea, IgE específica y la endoscopia se reserva para casos severos y diagnóstico diferencial. La AA requiere exclusión de alérgenos de la dieta, la leche de vaca, lo más frecuente en los primeros meses, luego se deben considerar el huevo o trigo, entre otros alimentos, aunque la sensibilización puede ocurrir incluso en útero. La dieta de exclusión de la madre por sospecha de alergia no es recomendada, solo en casos en que se presentan signos y síntomas de alergia significativos en el lactante durante la lactancia materna exclusiva y por un periodo corto de tiempo. En los niños no amamantados se recomiendan fórmulas extensamente hidrolizadas a base de proteínas de suero, caseína o aminoácidos de leche de vaca y una alternativa puede ser, las hidrolizadas a base de arroz o soya como tercera y cuarta opción. El paciente amerita la atención por el equipo multidisciplinario.

PROBIÓTICOS DE LA PRÓXIMA GENERACIÓN NEXT- GENERATION PROBIOTICS

Rafael J. Santiago P.
Pediatria-Puericultor. Gastroenterólogo

Los probióticos son microorganismos vivos que, al administrarlos en cantidad suficiente, producen efectos beneficiosos en la salud de quien los consume, este efecto debe ser demostrado mediante ensayos clínicos, son dependientes de la cepa específica y la dosis adecuada. Los probióticos activan los macrófagos, incrementan la presentación de antígenos y la secreción de IgA e induce tolerancia, también participan en la digestión de alimentos, alteran el pH local produciendo un ambiente desfavorable para los patógenos, estimulación la secreción de mucinas entre otras funciones. Se han descrito efectos beneficiosos en patologías como diarrea aguda (tratamiento y prevención), diarrea asociada a antibióticos, cólico del lactante, enterocolitis necrotizante, en otras patologías como dolor abdominal, síndrome de intestino irritable, enfermedad inflamatoria intestinal, alergia alimentaria, los reportes son contradictorios, aunque se han estudiado en una amplia variedad de enfermedades. La mayoría de los probióticos comerciales no incluyen las cepas humanas dominantes de la microbiota y existe un creciente interés en estas para incrementar el arsenal de agentes probióticos, con el desarrollo de las herramientas de secuenciación genética y estudios de bioinformación, han permitido estudiar a mayor profundidad la composición y funciones de la microbiota intestinal, permitiendo que surjan candidatos probióticos comensales de próxima generación (PPG), siendo esta identificación una de las diferencias con los probióticos tradicionales. Los PPG deben estar bien caracterizados, ser resistentes a los antibióticos, seguros, ser beneficiosos a la salud del huésped y potenciales agentes bioterapéuticos, estos posibles agentes, surgidos en los últimos 10 años (antes desconocidos), que han demostrado utilidad en estudios experimentales tanto en afecciones metabólicas y sistémicas (por ejemplo en enfermedad inflamatoria intestinal y cáncer) representan un futuro promisorio; entre otras, se han identificado algunos candidatos como: *Akkermansia muciniphila*, *Faecalibacterium prausnitzii*, *Bacteroides fragilis* y *Bacteroides uniformis*.

MEDIOS ALTERNOS DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS ALTERNATIVE MEANS OF CONFLICT RESOLUTION

Dr. Alvaro Badell Madrid

Abogado especialista en derecho procesal, mercantil y arbitraje. Profesor de Derecho de la Universidad Católica Andrés Bello

Los Medios Alternos de Resolución de Conflictos fueron elevados al rango Constitucional en 1999. Constatado en los artículos 253 y 258 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Estas normas aluden a los medios alternativos de justicia como parte del sistema de justicia. Adicionalmente, señalan que la ley promoverá el arbitraje, la conciliación, la mediación y cualquier otro medio alternativo de resolución de conflictos.

A partir de 1998 con la promulgación de la Ley de Arbitraje Comercial y con la creación, en ese mismo año, de los dos Centro de Arbitraje más importantes del país, a saber: el Centro Empresarial (CEDCA) y el Centro de Arbitraje de la Cámara (CACC), ambos ubicados en Caracas, y con la entrada en vigencia al año siguiente de la precitada Carta Constitucional, se dio el espaldarazo normativo que se requería para insertar a Venezuela en el concierto de las naciones que promueven la cultura arbitral como medio de resolución de conflictos entre partes a través de la justicia por consenso. Podría caber la pregunta y además con toda lógica de qué importancia pueden tener los medios alternos de resolución de conflictos MARC-en la pediatría? La respuesta viene dada por la aplicación, a todos los medios de resolución de controversias incluidos en lo que podríamos aludir dentro del concepto de justicia privada o por consenso, del principio de autonomía de la voluntad de las partes, que no es más, que dar cabida de manera muy amplia, a la capacidad de negociación de las partes para someter sus eventuales diferencias a la justicia privada y excluirse así de la justicia estatal.

NEUROEDUCACIÓN EN EL NIÑO DE CERO A TRES AÑOS

NEUROEDUCATION IN CHILDREN UNDER THREE YEARS OF AGE

Dr. Jesús F. Velásquez Rojas
Pediatra-Puericultor Neonatólogo

La educación en la etapa maternal significa mucho más que una simple preparación para la escuela primaria (1,2). En esta etapa, el crecimiento y desarrollo cerebral del niño, en máxima expansión, permitirá un incomparable aprendizaje y desarrollo de habilidades cognitivas, socio-emocionales, sensorio-perceptivas y motoras, que bajo la acción educativa de quienes lo atienden, serán la base del desenvolvimiento de la persona a lo largo de su vida. Investigaciones neurocientíficas, han aportado al campo educativo la necesidad de que estas habilidades, adquiridas, sobre las bases neurales del aprendizaje, la memoria, las emociones, deben ser estimuladas y fortalecidas en el aula (3). La Neuroeducación, conjunción entre Neurociencia, Educación y Psicología, surge como estrategia pedagógica para mejorar el proceso de enseñanza y aprendizaje, acorde al funcionamiento cerebral. Además, acerca a padres y educadores al proceso de desarrollo infantil, relacionado con el desarrollo cerebral. El diseño de estrategias educativas para los niños en etapa maternal, deben incorporar metodologías, como el juego y la estimulación temprana, que proporcionan conocimientos, desarrollando al máximo su potencial. El juego, es esencial para el desarrollo cerebral en la etapa maternal. Los niños exploran el mundo que los rodea, adquieren habilidades motoras, sociales, emocionales y aprenden a resolver problemas (4). La Estimulación temprana, propia del área de la salud, significa una “labor verdaderamente educativa en los primeros años de vida” (5). En conclusión, la educación del niño de 0 a tres años, es fundamental para su desarrollo evolutivo, por lo que la inversión en educación temprana, es la mejor inversión que puede realizar un gobierno. Ningún país ha ingresado en la senda del desarrollo significativo y sostenido sin haber realizado una inversión considerable en beneficio de sus niños (6).

Referencias

1. UNESCO.org. La Atención y Educación de La Primera Infancia, La atención y educación de la primera infancia. 2022. Disponible en: <https://www.unesco.org/es/early-childhood-education>
2. UNESCO.org. Por qué es importante la atención y educación de la primera infancia. 2022. Disponible en: <https://www.unesco.org/es/articles/por-que-es-importante-la-atencion-y-educacion-de-la-primera-infancia?hub=70242>
3. Campos A. Neuroeducación: uniendo las neurociencias y la educación en la búsqueda del desarrollo humano. La Educación. Revista Digital. 2010; 143:1-14. Disponible en: <https://doi.org/0210-0010>
4. UNICEF: Aprendizaje-a-traves-del-juego. 2018 Disponible en: <https://www.unicef.org/sites/default/files/2019-01/UNICEF-Lego-Foundation->
5. Peralta MV. Una pedagogía de las oportunidades. Nuevas ventanas para los párvulos latinoamericanos del siglo XXI. Buenos Aires: Editorial Andrés Bello. 2ª ed; 2007 Disponible en: Colección Reservañ372.21098, 426.
6. UNICEF: Tres razones clave para invertir en la niñez hoy. 2002. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/>

EL COLOR DE DONDE ESTOY THE COLOR OF WHERE I AM

Huniades Urbina-Medina, MD, PhD
Pediatra-Intensivista

Los ambientes de los espacios interiores en los que cada persona lleva a cabo su vida diaria son diversos y se diferencian unos de otros por su uso, estilo, forma, distribución y color entre otros aspectos, lo cual va directamente relacionado con la psicología ambiental. La percepción de los espacios nos provoca actitudes, emociones y sensaciones diversas, las cuales nos pueden favorecer como nos pueden perjudicar en nuestra actividad diaria dentro de cualquier espacio. Así como el hogar, la oficina y la escuela, los ambientes terapéuticos requieren color para coadyuvar en tratamientos, que colaboren en la solución de las necesidades psicológicas de quienes los habitan. Dentro de los ambientes se provocan sensaciones y emociones diversas a partir de los estímulos visuales, que junto con la iluminación y el medio ambiente generan en los individuos, un proceso de desarrollo positivo o, todo lo contrario. De ahí la importancia de la elección correcta de los colores para generar situaciones positivas dentro de los ambientes terapéuticos infantiles. La práctica del diseño de interiores nos ayuda a conocer los espacios y la importancia de los colores, sobre todo de la proporción en la que se utilizan las herramientas para un buen funcionamiento. Una de las más básicas para ambientar el espacio, es el uso del color y no hablamos del color simplemente de la pintura aplicada en muros, también su uso en muebles y accesorios. En espacios psicoterapéuticos, para los niños con el trastorno del déficit de atención, hay que tener en cuenta que requieren de un equilibrio entre sus emociones, lo cual se logra con el uso adecuado de los colores.

ACCIONES DURANTE LOS PRIMEROS 8 MIL DÍAS DE VIDA, RESILIENCIA PARA LA VIDA

ACTIONS DURING THE FIRST 8 THOUSAND DAYS OF LIFE, RESILIENCE FOR LIFE

Dra. Marianella Herrera-Cuenca
Doctora en Nutrición

Los primeros mil días de vida, han ganado un lugar de atención contundente, pues el periodo entre la concepción y el final de los primeros dos años de vida, es un periodo crítico del crecimiento, donde el desarrollo del cerebro, y de habilidades cognitivas entre otros, se convierten en elementos cruciales que van a marcar el bienestar futuro del individuo. El ambiente favorable o no durante este periodo, incluye: dieta, cuidados, higiene, exposición o no a agentes contaminantes, horas de sueño, ejercicio físico, seguridad e integridad física y mental. Todos estos factores van a tener un impacto en el buen crecimiento y desarrollo de los humanos como personas y en el capital humano de una sociedad. Menos conocida y trabajada es la segunda ventana de oportunidad que existe posteriormente y hasta el fin de la adolescencia, donde aun sin ser el periodo “perfecto” para intervenir y resolver con total éxito los problemas identificados en los primeros mil días de vida, la plasticidad que aun presentan estos años, brinda una nueva ocasión para implementar acciones destinadas a compensar cualquier deficiencia y sus consecuencias que pueda existir. Las marcas epigenéticas, entendiéndolas que son consecuencia de estímulos que promueven una alteración temporal del ADN, representan un aspecto importante a considerar en la salud pública y pueden convertirse en actividades de prevención que tengan un impacto tanto en el bienestar de la población como en el gasto en salud del mediano y largo plazo de los países. Es por esto que la consideración no solamente de los primeros mil días de vida como periodo crítico para implementar cambios sino de los subsiguientes siete mil días de vida hasta el final de la adolescencia será fundamental en el logro de un bienestar más integral y un capital humano más exitoso para el planeta.

Referencias

- Graf GH, Biroli P, Belsky DW. Critical Periods in Child Development and the Transition to Adulthood. *JAMA Netw Open*. 2021;4(1): e2033359. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.33359 Disponible a través de <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2774702>
- SPRING and Save the Children. 2018. Engaging Adolescents to Accelerate Progress on the First 1,000 Days. Arlington, VA: Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) project.

MÁS ALLÁ DEL PESO WEIGHT AND BEYOND

Dra. Rícnia Vizcaino
Pediatra -Puericultor. Nefrólogo Pediatra

La obesidad infantil es una epidemia global, en el año 2022: 1 de cada 8 adultos eran obesos, 37 millones de niños < 5 años tenían sobrepeso, más de 390 millones de niños 5-19 con sobrepeso, 60 millones de niños eran obesos. Venezuela dentro de los 5 países latinoamericanos con alto porcentaje. Inicia antes del embarazo, por la forma de alimentación y la epigenética, es multifactorial con respuestas a una dieta inadecuada. El adipocito representa la unidad básica del tejido adiposo y la adipogénesis es un proceso que está presente durante toda la vida. La leche humana (LH) cumple un rol muy determinante en el desarrollo de malnutrición en exceso, sus efectos protectores comprobados, las evidencias demuestran los efectos de la programación prenatal sobre una obesidad posterior y la aparición de ECRN. La alimentación con LH se ha asociado con bajo riesgo de sobrepeso y obesidad, así como con cifras bajas de presión arterial, de LDL-colesterol en la etapa adulta y menor tendencia a desarrollar diabetes tipo 2. Al iniciar la alimentación complementaria se pueden adoptar distintos patrones que suponen riesgo para sobrepeso, obesidad y otras ECRN. El peso, talla, IMC, PA, PBI, son los métodos diagnósticos. Es una enfermedad inflamatoria crónica, multifactorial, multisistémica. Medidas preventivas: Ganancia de peso adecuada durante el embarazo, LH exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, alimentación complementaria a los 6 meses, LH hasta los 2 años o más. Establecer patrones de alimentación saludables, adecuados, seguros, nutritivos y modificar la ingesta y comportamiento. Evitar los alimentos ricos en energía y las bebidas azucaradas, como los jugos de frutas y refrescos. Limitar el tiempo frente a las pantallas, participar en plataformas activas en un entorno seguro y de apoyo. La obesidad puede causar múltiples patologías, puede prevenirse adoptando un estilo de vida saludable.

SEPSIS NEONATAL DE INICIO TEMPRANO EARLY -ONSET NEONATAL SEPSIS

SEPSIS NEONATAL DE INICIO TEMPRANO

Early -Onset Neonatal Sepsis

La sepsis es un problema global en todas las edades, con alta morbilidad; la ocurrida en el período neonatal, es el mayor contribuyente de la mortalidad en edad pediátrica. La sepsis neonatal ocupa el tercer lugar como causa muerte, después de la prematuridad, y las complicaciones relacionadas con el parto. La incidencia reportada es variable, va de 0,5 - 8.1/1000 nacidos vivos. Respecto a la definición de sepsis neonatal, falta un concepto consensuado, las definiciones de consenso pediátrico para la sepsis no son sólidas para los recién nacidos a término y no se diseñaron para recién nacidos pretérmino. La sepsis neonatal de inicio temprano está ubicada temporalmente dentro de las primeras 72 horas posterior al nacimiento. Se asocia a transmisión vertical y en cierta forma a déficit de servicios de salud y en el monitoreo del embarazo, presencia de infecciones vaginales, urinarias, intraamniótica. Los gérmenes más frecuentes son el *Estreptococo agalactiae* y la *Escherichia coli*, la prevalencia de patógenos varía de una región a otra; las bacterias gramnegativas son una carga significativa en países de recursos limitados. La clínica es inespecífica: alteración de los signos vitales, signos de mala perfusión, pobre alimentación, residuo gástrico, distensión abdominal, signos respiratorios y neurológicos. Diagnóstico: evaluación de factores de riesgo maternos, de factores de riesgo neonatales, hallazgos al examen físico, pruebas de laboratorio: combinación biomarcadores y uso de escalas. Ninguno de los biomarcadores utilizados, puede individualmente considerarse diagnóstico o decisor de conducta, de ahí la necesidad de establecer protocolos de manejo clínico, para disminuir el uso de antibióticos y los efectos no deseados de los mismos. El tratamiento incluye: antibióticos de primera línea, soporte ventilatorio y hemodinámico en caso necesario, cuidados generales y del neurodesarrollo. Prevención: adecuado monitoreo de la gestación y tratamiento de las complicaciones.

EPIGENÉTICA EN EL NEURODESARROLLO EPIGENETICS AND NEURODEVELOPMENT

Dr. Julio César Márquez Silva
Pediatra Puericultor, especialista en Neurodesarrollo

La Epigenética, herramienta avanzada de la evolución y adaptación, es la capacidad de alterar la expresión génica y por ende fenotípica, a través de la expresión o supresión de características estructurales y funcionales de complejos proteicos dados por información del ADN sin cambiar su estructura secuencial. Las Bases moleculares de la Epigenética incluyen muchos procesos, pero los principales son el propio ADN y las HISTONAS, estas son proteínas capaces de regular la posibilidad de acceso a transcripción de la información en lugares particulares del ADN, conformado por la cadena básica de las bases nitrogenadas que a su vez se combina formando los genes que se compactan en la cromatina que formará los Cromosomas. Cada gen trae la información completa (50% de la madre y 50% del padre), conformando en la etapa embrionaria células PLURIPOTENCIALES, capaces de crear cualquier tipo de célula del organismo humano. La diferenciación se logra por la regulación dada por el complejo formado por el ADN, las HISTONAS y una serie de proteínas y subtipos enzimáticos que determinarán cual será la expresión génica. Este proceso natural es susceptible de modificación por factores donde intervienen varios aspectos que afectan al ser humano. Entre estos están la influencia NUTRICIONAL, AMBIENTAL, los determinantes génicos en sí mismo, e incluso últimamente se han observado relación de expresiones de NEUROTRANSMISORES y elementos precursores de sustancias neuroactivas. En ese complejo proceso (metilación o acetilación) donde se permite y se regulan las expresiones génicas también determina la estructura fenotípica y por ende la funcionalidad de células, órganos y sistemas que posteriormente son heredables, con sus modificaciones en la expresión sin que la base del ADN haya sido cambiada. Esa es la verdadera maravilla de la Epigenética. Conociendo sus bases fisiológicas, y su afectación por lo que rodea al individuo, podemos vigilar dicha estimulación y lograr el beneficio de la evolución satisfactoria de la humanidad.