

ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA



Órgano oficial de la Sociedad Venezolana
de Puericultura y Pediatría

Volumen 75
Suplemento 1, Septiembre 2012

POSTERS Y RESÚMENES DE CONFERENCIAS

LVIII CONGRESO VENEZOLANO DE PEDIATRÍA
“DRA. MICHELLE LÓPEZ DE LIENDO”

HOTEL HESPERIA WTC, VALENCIA
03 AL 07 DE SEPTIEMBRE DE 2012

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. 754, suplemento 1

Septiembre 2012

LVIII CONGRESO VENEZOLANO DE PEDIATRÍA “DRA. MICHELLE LÓPEZ DE LIENDO”

HOTEL HESPERIA WTC, VALENCIA
03 AL 07 DE SEPTIEMBRE DE 2012

POSTERS

LUNES 3 DE SEPTIEMBRE DE 2012

Trabajos sin discusión	2
Trabajos con discusión	12

MARTES 4 DE SEPTIEMBRE DE 2012

Trabajos sin discusión	15
Trabajos con discusión	22

MIÉRCOLES 5 DE SEPTIEMBRE DE 2012

Trabajos sin discusión	29
Trabajos con discusiónn	34

JUEVES 6 DE SEPTIEMBRE DE 2012

Trabajos sin discusión	43
Trabajos con discusiónn	52

VIERNES 7 DE SEPTIEMBRE DE 2011

Trabajos Premiados	58
--------------------------	----

<i>INDICE DE AUTORES</i>	61
--------------------------------	----

RESÚMENES DE CONFERENCIAS

LUNES 3	66
MIÉRCOLES 5	71
JUEVES 6	73



ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

SUMMARY

Vol. 75, suplemento 1

September 2012

LVIII CONGRESO VENEZOLANO DE PEDIATRÍA “DRA. MICHELLE LÓPEZ DE LIENDO”

HOTEL HESPERIA WTC, VALENCIA
03 AL 07 DE SEPTIEMBRE DE 2012

POSTERS

MONDAY SEPTEMBER 3, 2012

Presentation without discussion	2
Presentation with discussion	12

TUESDAY SEPTEMBER 4, 2012

Presentation without discussion	15
Presentation with discussion	22

WEDNESDAY SEPTEMBER 5, 2012

Presentation without discussion	29
Presentation with discussion	34

THURSDAY SEPTEMBER 6, 2012

Presentation without discussion	43
Presentation with discussion	52

FRIDAY SEPTEMBER 7, 2012

Awarded Papers	58
----------------------	----

AUTHOR'S INDEX	61
-----------------------------	----

CONFERENCE ABSTRACTS

Monday 3.....	66
Wednesday 5	71
Thursday 6.....	73



ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

FUNDADOR DE LA REVISTA
Pastor Oropeza (†)

COMITÉ EDITORIAL
Michelle López
Coromoto de Tomei
Isabel Campos

ADMINISTRADORA
Lisbeth Aurenty

CONSEJEROS ASESORES
Ricardo Archila G.
Alberto Bercowsky
Héctor L. Borges Ramos
Ernesto Figueroa Perdomo
Humberto Gutiérrez R.
Jesús Eduardo Meza Benítez
Nelson Orta Sibú
Guillermo Rangel
Nahem Seguías Salazar
Marco Tulio Torres Vera
Eduardo Urdaneta
Jesús Velásquez Rojas
Gladys Perozo de Ruggeri
Juan Félix García
Alberto Reverón Quintana
Peter Gunczler
Francisco Carrera Michelli
Elizabeth Chacón de Gutiérrez
Huniades Urbina Medina

DELEGADOS DE LAS FILIALES PARA EL COMITÉ
EDITORIAL

ANZOÁTEGUI
Ricina Viscaino
APURE
Zunilde Liliana Contreras
ARAGUA
Gloria Colmenares
BARINAS
Mary Maldonado
BOLÍVAR
Enma Graterol
CARABOBO
Federico Ortega Vita
COJEDES
Yadira Hernández de Lerzundy
DELTA AMACURO
Julio Romero Colon
FALCÓN
Maria Añez Zavala
GUÁRICO
Manuel Parra Jordán
LARA
Gloria Quiroz Abreu
MÉRIDA
Luis A. Molina R.
MIRANDA
Eddy J. Zurita Rodríguez
MONAGAS
Vilma Carrizales
NUEVA ESPARTA
Antonino Cibella
PORTUGUESA
Zaldivar Zuñiga Medina
SUCRE
Ruth Meneses
TÁCHIRA
Ana Betzabé Roa Moreno
TRUJILLO
Juan J. Pineda
VARGAS
Thamara Pacheco
YARACUY
Gloria Yanira Rueda D.
ZULIA
Joalice Villalobos

EDICIÓN Y DISTRIBUCIÓN: FACUNDIA EDITORES, C.A.
Apartado 70341, Ipostel Los Ruices Caracas, 1071-A.
Telf.: (0212) 484.0909 / 482.2672 - 0008.
e-mail: gabriel@misninosyyo.com

**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

**Volumen 74 / Suplemento 1
Agosto / Año 2011
Impresión 3.000 ejemplares**

**Depósito legal p 193602DF832
ISSN 0004-0649**



SOCIEDAD VENEZOLANA DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

JUNTA DIRECTIVA CENTRAL 2011 - 2013

Presidente: Dr. Armando J. Arias Gómez
Vicepresidente: Dr. Juan F. Marcano Lucero
Secretaria Ejecutiva: Dra. Magdalena Sanchez Aguilar
Secretaria de Finanzas: Dra. Lisbeth M. Aurenty Font
Secretaria de Educación Médica Continua: Dra. Gloria del C. Mora de Sánchez
Secretaria de Relaciones Institucionales: Dra. Keila Paz Correa
Secretaria de Información y Difusión: Dra. Iسس J. Lunar Sole

Presidente
Vicepresidente
Secretaria Ejecutiva
Secretaria de Finanzas
Secretaria de Educación Médica Continua
Secretaria de Relaciones Institucionales
Secretaria de Información y Difusión

BOLÍVAR
Dra. Enma Graterol
Dra. Rita J. Pérez
Dra. Yajaira Simon
Dra. Ascencion Santamaria
Dra. Zandra Duran
Dra. Migdalia Cuoto
Dra. Jenny Chacon

JUNTAS DIRECTIVAS DE LAS FILIALES 2009 - 2011

Presidente
Vicepresidente
Secretaria Ejecutiva
Secretaria de Finanzas
Secretario de Educación Médica Continua
Secretaria de Relaciones Institucionales
Secretaria de Información y Difusión

ANZÓATEGUI
Dra. Ricnia Viscaino
Dra. Maritza Marcano
Dra. Eudis Rubio
Dra. Maria Da Silva
Dr. Ismael Niños
Dra. Elena Veliz
Dra. Betsy Lugo

Presidente
Vicepresidente
Secretaria Ejecutiva
Secretaria de Finanzas
Secretaria de Educación Médica Continua
Secretaria de Relaciones Institucionales
Secretaria de Información y Difusión

COJEDES
Dra. Yadira Hernández de Lerzundy
Dra. Edith Quintana
Dra. Nancy Ferreira
Dra. Nelia J. Tovar
Dra. Carmen Marquez
Dra. Reina E. Rodriguez D.
Dra. Alba F. López B.

Presidente
Vicepresidente
Secretaria Ejecutiva
Secretaria de Finanzas
Secretario de Educación Médica Continua
Secretaria de Relaciones Institucionales
Secretaria de Información y Difusión

APURE
Dra. Zunilde Liliana Contreras
Dra. Maritza Carreño
Dra. Gregoria M. Martinez
Dra. Nuvia Lorena Rodríguez
Dr. José Gregorio Alonso
Dra. Alicia Berdugo
Dra. Gisela Ocanto

Presidente
Vicepresidente
Secretaria Ejecutiva
Secretaria de Finanzas
Secretario de Educación Médica Continua
Secretaria de Relaciones Institucionales
Secretario de Información y Difusión

DELTA AMACURO
Dr. Julio Romero Colon
Dra. Digna Pinto Pens
Dra. Oseglys Pérez
Dra. Ana León
Dr. Julio Maneiro
Dra. Labibi Kabchi
Vacante

Presidente
Vicepresidente
Secretaria Ejecutiva
Secretaria de Finanzas
Secretaria de Educación Médica Continua
Secretaria de Relaciones Institucionales
Secretaria de Información y Difusión

ARAGUA
Dra. Gloria Colmenares
Dr. Luis Chacón
Dra. Editza Sánchez
Dra. Yajaira Pérez
Dra. Gina Raymondi
Dra. Beatriz Segovia
Dra. Gladis Hurtado

Presidente
Vicepresidente
Secretaria Ejecutiva
Secretaria de Finanzas
Secretaria de Educación Médica Continua
Secretaria de Relaciones Institucionales
Secretaria de Información y Difusión

FALCÓN
Dra. Maria Añez Zavala
Dra. Sandra Cardona
Dra. Maritza Piña Rujano
Dra. Arelys de Oliveros
Dra. Elba Martinez
Dra. Ginette Ravelo
Dra. Haidee Zambrano

Presidente
Vicepresidente
Secretaria Ejecutiva
Secretaria de Finanzas
Secretario de Educación Médica Continua
Secretario de Relaciones Institucionales
Secretario de Información y Difusión

BARINAS
Dra. Mary Maldonado
Dra. Carmela Salazar
Dra. Judith González
Dra. Blanca Vega
Dr. Juan Quintana
Dr. Harry Sánchez
Dr. Carlos Castillo

Presidente
Vicepresidente
Secretaria Ejecutiva
Secretaria de Finanzas
Secretaria de Educación Médica Continua
Secretaria de Relaciones Institucionales
Secretario de Información y Difusión

GUÁRICO
Dr. Manuel Parra Jordan
Dra. Digna de Silveira
Dra. Carmen Cecilia Gómez
Dra. Moira Nava de Aguirre
Dra. María Mercedes García
Dra. Gina Campos
Dr. Ender Figueroa



SOCIEDAD VENEZOLANA DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

Presidente
Vicepresidente
Secretaria Ejecutiva
Secretario de Finanzas
Secretaria de Educación Médica Continua
Secretaria de Relaciones Institucionales
Secretario de Información y Difusión

LARA
Dra. Gloria Quiroz Abreu
Dra. Darfel Lorena Duque
Dra. María A. Cardozo
Dr. Jorge Gaiti
Dra. María Ferrer
Dra. Gisela Barreto
Dr. Luis Marin

Presidente
Vicepresidente
Secretaria Ejecutiva
Secretaria de Finanzas
Secretaria de Educación Médica Continua
Secretario de Relaciones Institucionales
Secretario de Información y Difusión

SUCRE
Dra. Ruth Meneses
Dra. Nuvia Blohm
Dra. Lourdes Rodríguez
Dra. Mercedes Crespo
Dra. Rosalia Fernández
Dr. Diego Martínez
Dr. Pedro Dji Dji

Presidente
Vicepresidente
Secretaria Ejecutiva
Secretaria de Finanzas
Secretaria de Educación Médica Continua
Secretario de Relaciones Institucionales
Secretaria de Información y Difusión

MÉRIDA
Dr. Luis A. Molina R.
Dra. Magdalena Correa de S.
Dra. Nolis I. Camacho Camargo
Dra. Ivette J. Guillen S.
Dra. Janeth J. Calderon A.
Dr. Miguel Gómez
Dra. Yajaira R. Briceño

Presidente
Vicepresidente
Secretaria Ejecutiva
Secretaria de Finanzas
Secretaria de Educación Médica Continua
Secretario de Relaciones Institucionales
Secretaria de Información y Difusión

TÁCHIRA
Dra. Ana Betzabé Roa Moreno
Dr. José Vicente Franco
Dra. Blanca Carrillo Prato
Dra. Diomira Imelda Carrero
Dra. Lorenza Acosta R.
Dr. José de Jesús Patiño
Dra. Angelica María Páez

Presidente
Vicepresidente
Secretaria Ejecutiva
Secretaria de Finanzas
Secretario de Educación Médica Continua
Secretario de Relaciones Institucionales
Secretaria de Información y Difusión

MIRANDA
Dra. Eddy J. Zurita Rodríguez
Dr. David Rincon
Dra. Jenny A. Planchet C.
Dra. Lina M. Costanzo A.
Dr. Luis E. Mota A.
Dr. Rafael Gaona
Dra. Agueda Molina

Presidente
Vicepresidente
Secretaria Ejecutiva
Secretario de Finanzas
Secretaria de Educación Médica Continua
Secretario de Relaciones Institucionales
Secretaria de Información y Difusión

TRUJILLO
Dr. Juan J. Pineda
Dra. Ines Ortiz
Dra. Migdaly Mendoza
Dr. Corrado Iacobellis
Dra. Carmen Rosario
Dra. Liliam Cabezas
Dra. Coromoto Romero

Presidente
Vicepresidente
Secretaria Ejecutiva
Secretaria de Finanzas
Secretario de Educación Médica Continua
Secretario de Relaciones Institucionales
Secretaria de Información y Difusión

MONAGAS
Dra. Vilma Carrizales
Dr. Juan Roberto Rodulfo
Dra. Lourdes Rivera
Dra. Nidia Ortega
Dr. José German Bravo
Dr. Samir Hanna
Dra. Nancy Manzanero

Presidente
Vicepresidente
Secretario Ejecutivo
Secretaria de Finanzas
Secretaria de Educación Médica Continua
Secretario de Relaciones Institucionales
Secretaria de Información y Difusión

VARGAS
Dra. Thamara Pacheco
Dra. Iris Cardenas
Dr. Francisco R. Sucre Silva
Dra. Vilma M. Palma de R.
Dra. Zaida Velasquez de M.
Dra. Rosa Foccarazo
Dra. Rosa Mendez de G.

Presidente
Vicepresidente
Secretaria Ejecutiva
Secretaria de Finanzas
Secretario de Educación Médica Continua
Secretario de Relaciones Institucionales
Secretario de Información y Difusión

NUEVA ESPARTA
Dr. Antonino Cibella
Dr. Pedro Zacarias
Dra. Katuska Mata
Dra. Maryaurora Fernández
Dr. Javier Real
Dr. Adolfo Gaicano
Dr. German Rojas

Presidente
Vicepresidente
Secretario Ejecutivo
Secretaria de Finanzas
Secretario de Educación Médica Continua
Secretaria de Relaciones Institucionales
Secretario de Información y Difusión

YARACUY
Dra. Gloria Yanira Rueda D.
Dra. Lucia García de Torres
Dr. Alfredo Trejo
Dra. Emma Pinto
Dr. Carlos López
Dra. Elsa Huaroc
Dr. Gustavo Prado

Presidente
Vicepresidente
Secretario Ejecutivo
Secretaria de Finanzas
Secretario de Educación Médica Continua
Secretaria de Relaciones Institucionales
Secretario de Información y Difusión

PORTUGUESA
Dr. Zaldivar Zuñiga Medina
Dra. Analiese Cordero
Dr. Giovanni Alvarado
Dra. Alba Velásquez
Dr. Daniel Villalobos
Dra. Delia Lavado
Dr. Frank Alejo

Presidente
Vicepresidente
Secretaria Ejecutiva
Secretaria de Finanzas
Secretaria de Educación Médica Continua
Secretaria de Relaciones Institucionales
Secretaria de Información y Difusión

ZULIA
Dra. Joalice Villalobos
Dra. Nelly Petit de M.
Dra. Aura Castillo de García
Dra. Fabiola Barboza
Dra. Yusveli Garcia
Dra. Gina Tota
Dra. Yolibell Millan



SOCIEDAD VENEZOLANA DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

COMISIÓN CIENTÍFICA

Huniades Urbina Medina Marianella Herrera de Pages
 Lourdes Rodríguez Idabelis Arias de Anzola
Fco. Alejandro Risquez Parra José J. Diaz Mora
 Aracelys Valera de Magdaleno

ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

Michelle López Coromoto de Tomei
 Isabel Campos

COMISIÓN DE INMUNIZACIONES

Olga Castillo de Febres Juan Carrizo
 Jacqueline Izaguirre Adelfa Betancourt
Rafael Narvaez Ramos Amando Martin

COMISIÓN DE CREDENCIALES

Manuel Alvarez Gómez Elizabeth de Pérez Carreño
Ana Castellanos de Santana Ramiro González

COMISIÓN LACTANCIA MATERNA

Flor Aznar Scarlett Salazar
Evelin Niño Ana Betzabé Roa Moreno
 José Garibaldi Soto Herrera

COMISIÓN BIOÉTICA

Gladys Velasquez Francisco Finizola
 Enriqueta Sileo Amadeo Leyba
 Alba Valero

COMISIÓN PEDIATRÍA SOCIAL

Xiomara Sierra Gloria Bonilla
Humberto Gutierrez Darda Ramirez
 Adda Rivero Eduardo Hernández
 Calixto Diaz

COMISIÓN CULTURA Y DEPORTE

Rafael Arteaga América González de Tineo
Rafael Godoy Luis Emiro Briceño

COMISIÓN DE ASMA

Jesús Meza Benítez Elias Kassisse
Domingo Sansone Marianela Ramirez

COMISIÓN FORTALECIMIENTO Y APOYO INSTITUCIONAL

Concetta Messina Soraya Santos
 Neri Rivas Rosana Lapelosa
María Auxiliadora Villarroel Jensi Machuca
 Madeleine Cariello

COMISIÓN EDITORIAL PÁGINA WEB

Jacinta Quesada Maria Eugenia Mondolfi
Paul Leisse Rafael Santiago

CONSEJO DE LA ORDEN A LA DOCENCIA PEDIÁTRICA

"DR. MANUEL GORDON FAJARDO"

Humberto Gutierrez Juan Felix Garcia
Jesús Velasquez Rojas Francys Sánchez
 Gloria Mora de Sánchez

CONSEJO DE LA ORDEN A LA INVESTIGACIÓN PEDIÁTRICA

"DR. HERNÁN MÉNDEZ CASTELLANO"

Mercedes de Materan Maria Tomat
 Belen Salinas Maritza Landaeta
 Keila Paz

CONSEJO DE LA ORDEN AL MÉRITO

"DR. GUSTAVO H. MACHADO"

Nelson Orta Sibú Juan Marcano
Gladys Perozo de Ruggeri Alberto Bercowsky
 Amadeo Leyba José Luis Peroza

CONSEJO DE LA ORDEN AL MÉRITO

"DRA. LYA IMBER CORONIL"

Mercedes E. López de Blanco Gladys Velásquez
 Michelle López José Francisco
 Issis Lunar

COMITÉ MANEJO DOLOR PEDIATRICO

Maria Carolina Kamel Gloria Quiroz

COMISIÓN ENFERMEDAD CELÍACA

Georgette Daoud Ma. Natividad Pérez de Rodriguez
 Maritza Vilachá Elizabeth Dini
Coromoto Livinalli Danny Rincones

COMISION INFECCIONES HOSPITALARIAS

Lisbeth Aurenty Diana López
Aracelis Valera Francisco Valery

COMITÉ DESATRE

Huniades Urbina Medina Livia Machado
 Maria Alejandra Rosas Marines Vacampenhoud
 Salvatore Ferraro

COMISION DE REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP)

Huniades Urbina Medina Maria Jose Castro
 Pablo Pacheco Mauricia Hernández
 Aura David Valentina Azocar
 Ana C. González Margarita Melero



ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

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

Fecha de revisión: marzo 2009

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
Coinasa, 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

INTRODUCCIÓN:

La Revista "Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría" (AVPP) es el órgano oficial de divulgación de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (SVPP). Su objetivo fundamental es la publicación de trabajos científicos (originales, de revisión, casos clínicos, cartas al editor, informes técnicos y otros), relacionados con las áreas de competencia de la Pediatría. Igualmente, la SVPP publica suplementos en forma de: a) monografías sobre temas de actualización en Pediatría que, generalmente, son aportados por los diferentes capítulos y Consejos Nacionales de la SVPP; b) libro de resúmenes de conferencias y trabajos libres presentados en los Congresos Nacionales de la SVPP.

REQUISITOS GENERALES:

Enviar anexa al trabajo científico, una comunicación dirigida 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.
- Una declaración de relaciones financieras u otras que pudieran producir un conflicto de intereses.
- Una 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, cumpliendo con los requisitos de autoría explícitos en las normas de Vancouver 2006, la cual debe ser firmada por el autor principal y por todos los coautores.

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 LIV Congreso Nacional de Pediatría, 2008).

Para la publicación de artículos científicos en la Revista AVPP, se deben cumplir los requisitos uniformes para manuscritos, enviados a las Revistas Bio-médicas del Comité

Internacional de Editores de Revistas. Las secciones básicas del artículo de revisión son: - página inicial, -resumen, (en español y en inglés) -introducción, -texto, -referencias bibliográficas. Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas están disponibles en el siguiente enlace: <http://www.metodo.uab.es/enlaces/>

Última revisión de la traducción: 10 de marzo de 2007

- Todas las partes del manuscrito deberán imprimirse a doble espacio, con fuente Times New Roman de tamaño 11.
- Enviar al Comité Editorial de la Revista AVPP, original y dos (2) copias del trabajo en físico, una copia en formato electrónico (CD). Asimismo, deberá enviarse una copia a la dirección electrónica de la SVPP (svpediatria@gmail.com) Todas las páginas deben estar numeradas y cada sección o componente comenzará en página aparte.
- La estructura del artículo será la siguiente: - Portada (título y autores), Resumen en español e inglés (Summary), - Palabras clave (en español e inglés), - Introducción, - Métodos, -Resultados, -Discusión, -Agradecimientos y Referencias.

PORTADA:

La portada es la página número uno, la cual debe contener:

- Título en español e inglés, conciso con toda la información que permita la recuperación electrónica del artículo con un máximo de 15 palabras. 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 autores, cargos institucionales, nombres y direcciones de las instituciones. Nombre, dirección postal, teléfono, fax y correo electrónico de quien recibirá la correspondencia.
- Encabezamiento de página o título abreviado (menos de 40 caracteres).

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, o de las observaciones. Debe anexarse resumen traducido al inglés precedido de la palabra Summary



ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

y acompañado por palabras clave (Key Words).

a) Palabras clave: 3 a 6 palabras clave que permitan captar los temas principales del artículo, para lo cual se recomienda el uso de 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)

INTRODUCCIÓN:

- Enunciar el problema y su justificación (importancia), los antecedentes de importancia del estudio y el objetivo o hipótesis de la investigación. Se sugiere limitar la extensión a tres (3) páginas.

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.
- Información técnica que identifique los métodos, los aparatos y los procedimientos.
- Describir los métodos estadísticos, incluyendo el nivel de significancia utilizado.

RESULTADOS:

- Presentarlos en una secuencia lógica, dando primero los resultados principales o más importantes.
- Limite los cuadros y figuras al número necesario para explicar el argumento del artículo y evaluar los datos en los cuales se apoya. Se sugiere limitar el número total de cuadros y figuras a 6. Queda a decisión del autor distribuir libremente este número entre cuadros y figuras.
- No describir en el texto todo el contenido de los cuadros y figuras.
 - El (los) autores debe redactar los resultados en tiempo verbal pasado y en tercera persona, sin personalizar.
 - No duplicar la información presentada en cuadros y en figuras.
 - Los resultados propios presentados en cuadros o en figuras no llevan Fuente Por ejemplo Fuente: cálculos propios o bien, el título del trabajo).
 - El título de cada cuadro debe colocarse en la parte superior del mismo y el de las figuras en la parte inferior de la misma; en ningún caso deben colocarse siglas o abreviaturas.
 - Cuando se presenten pruebas estadísticas, la información no debe limitarse a decir si una determinada diferencia resultó significativa o no; se requiere colocar el p-valor.
 - Evitar uso no técnico de términos estadísticos

como “azar” (que implica un dispositivo de aleatorización), “normal”, “significativo”, “correlaciones” y “muestra”.

DISCUSIÓN:

- 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. Abstenerse de colocar en esta sección cifras absolutas ni porcentajes descritos en los resultados, sólo se requiere la interpretación de los mismos.
- Señalar las limitaciones del estudio y 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:

- Las referencias deben aparecer al final del artículo, escritas a doble espacio.
- Enumerar en forma consecutiva, siguiendo el orden de aparición en el texto. 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.
- Las referencias citadas solamente en los cuadros o figuras se numerarán siguiendo la primera mención que se haga de ese cuadro 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: <http://www.metodo.uab.es/enlaces/>
 - Abstenerse de colocar referencias que no se haya consultado.
 - En caso de que se haya tomado una referencia de otra u otras publicación(es), 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. (Vague 1958. Citado en: ...)

EJEMPLOS DE REFERENCIAS:

1. Artículo de revista (Enumerar los primeros seis autores y añadir la expresión et al). Nweihed L, Moreno L, Martín A. Influencia de los padres en la prescripción de antibióticos hecha por los pediatras. Arch Venez Puer Ped 2004; 65:21-27.
2. Libros y otras monografías: Izaguirre-Espinoza I, Macías-Tomei C, Castañeda-Gómez M, Méndez Castellano H. Atlas de Maduración Ósea del



ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

- Venezolano. Primera edición. Edit. Intenso Offset. Caracas 2003, 237p.
3. Capítulo de 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.
 4. Trabajos no publicados: 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.
 5. Material electrónico:
 - Artículo 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: 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/>.
 - Página principal de un sitio Web: Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [actualizado 16 May 2002; citado 9 Jul 2002]. Disponible en: Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.
 - Página Web de un sitio Web: American Medical Association [homepage on the Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002: [actualizado 23 Ago 2001; citado 12 Ago 2002]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>.

FOTOGRAFÍAS:

- Enviar las fotografías digitalizadas en blanco y negro, a una resolución de 300 DPI en formato TIFF o EPS, a un tamaño mínimo de 10 cms ancho por la altura que obtenga la foto, o realizar un PDF a máxima calidad, en archivos apartes al archivo de Word. (No insertar imágenes en Word).
- Las fotos deben ser identificadas con la siguiente información: Figura - número - título o nombre. 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.
- Serán aceptadas por el Comité Editorial, las fotografías a color que sean indispensables para afianzar el diagnóstico, según la patología o el tema en estudio.

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 usar, deben ser definidas cuando se mencionen por primera vez. No deben aparecer abreviaturas en el título, y, si fuera posible, tampoco en el resumen.

ARTÍCULO DE REVISIÓN:

El artículo de revisión facilita la actualización y revisión de un aspecto científico, realizado por especialistas en el tema: ofrece al lector interesado una información condensada sobre un tema, realiza interpretaciones y adelanta explicaciones en tópicos médicos.

El artículo requiere de, al menos, 40 referencias de los últimos años, con prioridad de los últimos cinco (5). 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, (en español y en inglés) -introducción, -texto, -referencias bibliográficas.

La 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 cromosómico.

El autor o los autores de un artículo de revisión debe 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.

La extensión de los artículos de revisión no debe ser mayor de 6000 palabras, excluyendo las referencias.



ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

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 algunas 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 y 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 comunes, 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.

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

El resumen debe ser corto, concreto, fácil de leer (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 y/o clínicos) el por qué se publica, su justificación clínica o por sus implicaciones para la salud pública. Aquí está implícita una revisión crítica de la literatura sobre otros casos informados.

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 el desenlace (mejoría, falta de respuesta, o muerte). Si se usan 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. Para proteger la confidencialidad del paciente se omite el nombre (o se colocan sus iniciales), y el número de historia clínica.

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. 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 debe hacer generalizaciones basadas en el caso o casos descritos.

La extensión de los reportes de casos clínicos no debe ser mayor de 2000 palabras, excluyendo las referencias

CARTAS AL EDITOR:

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

INFORMACIÓN PARA LOS SUSCRIPTORES:

Precios de la suscripción:

a) Miembros solventes: Sin costo

b) Miembros no solventes: BsF. 15,00 cada número
BsF. 56,00 por los cuatro (4) números anuales.

Para mayor información, favor comunicarse con la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría

Telf.: (0212) 263.7378 / 2639 Fax: (0212) 267.6078

Correo electrónico: svpediatria@gmail.com

INFORMATION FOR SUBSCRIBERS

Annual Subscription Rates: USA Libraries and Institutions: US\$ 15,00. For all other countries, mail charges will be added.

Subscription orders shall be sent to the following address: Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. Apartado 3122 Caracas 1010-A Venezuela.

Checks should be made out to "Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría".

RESÚMENES DE POSTERS

TRABAJOS ACEPTADOS SIN DISCUSIÓN

LUNES 3 DE SEPTIEMBRE

- P001 PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA EN PEDIATRÍA A PROPOSITO DE UN CASO
Meneses, Ruth; Vega, Morella; Rodriguez, Alexis; Jimenez Velasquez, Amaly
HUAPA
- P002 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN UN NIÑO ASOCIADO A OSTEOMIELITIS CRÓNICA
Rojas Arevalo, María Jesús; Rivas Segovia, Ana Emilia; Sanchez Cuellar, Jose Francisco; Vasquez, Lesbia Amarilis
Hospital Central Universitario "J. M. Casal Ramos"
- P003 SÍNDROME HEMORRÁGICO PRODUCIDO LEPIDOPTERISMO POR LONOMIA ACHELOUS EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE DOS CASOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PAEZ". FEBRERO 2012.
Cova Manrique, Albert Abisai; Goudet Fornes, Renny Jose; Zavala Valladares, Jose Benjamin Ruiz y Paez
- P004 LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN ADOLESCENTE FEMENINA CON DIABETES MELLITUS TIPO1. REPORTE DE UN CASO
Rivera Ramirez, Nubia Irene; Lara Garcia, Elsa Jesus; Coronel Gomez, Valerio Antonio; Duran, Indira
Hospital de Niños Dr. Jorge Lizarraga
- P006 MICROANGIOPATIA TROMBOTICA ASOCIADA A FALLA RENAL AGUDA: A PROPOSITO DE UN CASO.
Jurado, Gilennys; Coronel, Valerio; Uviedo, Clara; Ortega, Maria
Ciudad Hospitalaria Dr Enrique Tejera
- P007 DETERMINAR HALLAZGOS ECOGRAFICOS RENALES EN PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS ASISTIDOS CONSULTA DE ECOGRAFIA. CRUZ ROJA VENEZOLANA-S
Bustillo Lugo, Ana Maria; Arenas Fernandez, Rene; Faneite, Xiomara
Cruz Roja Venezolana Seccional Falcon
- P008 INJURIA RENAL AGUDA, RABDOMIOLISIS, ENVENENAMIENTO POR CROTALUS DURISUS, INFORME DE CASO
Macuarisma Lezama, Pedro; Moya Castillo, Elennys; Michieli Gonzalez, Giovanna; Garcia Castillo, Lissette
Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá
- P009 TÉTANOS: A PROPÓSITO DE UN CASO
Betancourt Lòpez, Romina del Carmen1; Rondòn, Romelys2; Haddad, Martha2
1Complejo Hospitalario Universitario Dr. Luis Razetti; 2Complejo Hospitalario Universitario Dr. Luis Razetti
- P010 ACIDEMIA ISOVALÉRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.
Rondòn, Romelys1; Indriago, Luis1; Tovar, Verònica2; Betancourt, Romina3
1Complejo Hospitalario Universitario Dr. Luis Razetti; 2Complejo Hospitalario Universitario Dr Luis Razetti; 3Complejo Hospitalario Univeristario Dr Luis Razetti
- P012 SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE, VARIANTE TIPO NEUROPATÍA AXONAL SENSITIVO MOTOR AGUDA. REPORTE DE CASO Y REVISION CLINICA.
Mony Navarro, Maritriny Del Valle1; Rodriguez Martinez, Grabiela Josefina2; De Pace, David2; Grisanti, Carmen2
1Luis Razetti de Barcelona; 2Hospital Luis Razetti de Barcelona
- P013 INTOXICACIÓN POR AMPICILINA SULBACTAM, A PROPÓSITO DE "DOS CASOS CLÍNICOS"
Merchán Serrano, Solangel Coromoto; Artis, María Teresa; Perugini, Carmen Teresa; Pérez, Elizabeth
Hospital Universitario Dr Luis Razetti
- P014 PERFIL CLINICO-EPIDEMIOLOGICO DE LACTANTES INGRESADOS POR DIARREA AGUDA EN LA EMERGENCIA PEDIÁTRICA HCM ENERO-MARZO 2012
Galeano Nieves, Yuleidy Nairovy; Delgado Benitez, Maylil Gabriela; Carpio Laya, Oriana; Ortega Vasquez, Francis
Hospital Central De Maracay
- P015 ENFERMEDAD VASCULOCEREBRAL SECUNDARIA A ENTEROVIRUS EN PACIENTE CON DÉFICIT DE PROTEÍNA C Y RASGO DREPANOCÍTICO
Aliendo, Marilin; Sanchez, Mayra; Reyes, Ruth; Vielma, Reyna
HUAL

- P016 NIVEL DE RESILIENCIA EN ESCOLARES CURSANTES DEL 5° Y 6° GRADO DE E.B.N.B. "JUAN LOVERA". LOS SAMANES, ESTADO ARAGUA
Mier Y Teran Sevilla, Dayana M.1; Malave Velasco, Mayra Alejandra1; Rodriguez, Elizabeth2; Flores Olvera, Dagoberto3; Castellanos Espinoza, Brenda Karine4; Arcia, Osmelys Del Valle5; Cardenas, Carla2
1Hospital Los Samanes; 2Hospital Central De Maracay; 3Instituto Internacional De Investigacion Para El Desarrollo, A.C.; 4Maternidad Integral De Aragua; 5CORPOSALUD
- P018 NECROSIS PANCREÁTICA SECUNDARIA A ACIDO VALPROICO Y REVISIÓN DEL TEMA A PROPÓSITO DE UN CASO.
Rosales, Carla; Salgar, Nilce; Acosta, Layla; Alvarado, Jenny
IAHULA
- P019 HISTIOCITOSIS CON LINFADENOPATIA. A PROPOSITO DE UN CASO
Gonzalez Illarramendi, Jose Vicentel; Pico, Ileana2; Rodriguez, Fanny2; Verdi, Diana2
1hospital Dr. Jesus Yerena. Lidice; 2hospital De Lidice
- P020 INTOXICACIÓN POR ANIS ESTRELLADO. REVISIÓN DE LITERATURA A PROPOSITO DE UN CASO
Martinez Gonzalez, Mariantonieta
JM de los ríos
- P021 SÍNDROME DE CROUZON Y HERNIACIÓN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL EN UN PACIENTE ESCOLAR. INFORME DE UN CASO.
Perozo Leal, Maryam Chiquinquirá
Hospital De Niños De Maracaibo
- P022 TIÑA INCOGNITA. A PROPOSITO DE UN CASO
Díaz Abache, Virginia Carolina1; Torres Noriega, Rubmary del Valle(2); Perugini, Carmen Teresa(3)
(1)Complejo Universitario Luis Razetti; (2) Complejo Universitario Hospitalario Luis Razetti; (3) Complejo Hospitalario Universitario Luis Razetti
- P023 CISTINOSIS NEFROPATICA INFANTIL. ENFERMEDAD POR DEPOSITO LISOSOMAL EN UN LACTANTE
Moncada Velazquez, Ramon Enrique (1); Urdaneta Carruyo, Eliexer (2); Beltran, Jackelin (2); Carvajal, Zulay(2)
(1)IVSS Dr Tulio Carnevalli Salvatierra; (2)IAHULA
- P024 HERNIA DE SPIEGEL Y VEJIGA NEUROGÉNICA POR SÍNDROME DE LANDRY GUILLAIN BARRÉ, ASOCIADO A REFLUJO VESICOURTERAL E HIPERTENSIÓN A
Moncada Velazquez, Ramon Enrique(1); Urdaneta Carruyo, Eliexer(2); Lopez, Graciela(3); Portillo, Carolina(2)
(1)IVSS Dr Tulio Carnevalli Salvatierra; (2) IAHULA; (3) Hopital Dr Luis Razzetti. Barinas
- P025 SINDROME DE MORSIER. A PROPOSITO DE UN CASO
Piña Macho, Mary Antonieta; Soto, Claudia; Vielma, Reina; Gonzalez, Anibal
HUAL
- P026 PANCITOPENIA FEBRIL POR PARVOVIRUS. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL GENERAL "DR. JESUS YERENA. LÍDICE
Gonzalez Ramos, Yoryina Margarita; Ghezzi Cumana, Maria Helena; La Pelosa, Rosana; Gonzalez, Carlos
Hospital General: Dr Jesus Yerena.
- P027 DIABETES NEONATAL ASOCIADO A DEXTROCARDIA CON VENTRÍCULO ÚNICO EN LACTANTE MENOR MASCULINO. A PROPOSITO DE UN CASO.
Boscan, María; Pabon, Laura; Carcamo, Pamela; Moreno, Nigirma
CHET
- P028 DENGUE Y SUS COMPLICACIONES EN PEDIATRÍA, A PROPOSITO DE CASO, HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY, FEBRERO 2012
Arocha, Richard Alfonso
Hospital Central de Maracay
- P030 GLOMERULONEFRITIS AGUDA SECUNDARIA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. A PROPÓSITO DE UN CASO EN ADOLESCENTE FEMENINO.
Garrido, Francis Carolina; Romero Albarran, Felimar Andreina; Sanchez, Harry; Lopez Tandioy, Graciela Del Carmen
Hospital General "Dr. Luis Razetti". Barinas Estado Barinas

P001 PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA EN PEDIATRÍA A PROPOSITO DE UN CASO
Meneses, Ruth; Vega, Morella; Rodríguez, Alexis; Jiménez Velásquez, Amely

Huapa

RESUMEN Pielonefritis Xantogranulomatosa es una patología que compromete en forma simultánea o sucesiva al sistema excretor y parénquima renal, los cuales se sustituyen por un proceso supurativo, inflamatorio y granulomatoso, en el que se aprecian células mononucleares de gran tamaño con contenido lipideo, denominadas células espumosas, es infrecuente, de evolución subaguda o crónica, representa menos de 1 % de casos en adultos y rara en niños. Pre-escolar masculino que ingresó con hipertermia de 38,5° C, aumento de volumen en región lumbar izquierda de 4 cms de diámetro, blanda, no dolorosa, bordes no bien definidos, presentado infección urinaria a repetición y fiebre no cuantificada de varios días de evolución. Se realizó laparotomía evidenciando riñón izquierdo con cápsula lisa, adherida a la superficie, con pequeños nódulos amarillentos en toda su extensión, a predominio del borde externo, indurado, se practicó nefrectomía izquierda, el postoperatorio sin complicaciones y buen estado general. El diagnóstico fue anatomopatológico. **Palabras clave:** Pielonefritis Xantogranulomatosa. Masa abdominal. Nefrectomía. Infección del tracto urinario.

P002 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN UN NIÑO ASOCIADO A OSTEOMIELITIS CRÓNICA
Rojas Arevalo, María Jesús; Rivas Segovia, Ana Emilia; Sanchez Cuellar, Jose Francisco; Vasquez, Lesbia Amarilis

Hospital Central Universitario "J. M. Casal Ramos"

RESUMEN: La trombosis venosa profunda (TVP) era hasta hace pocos años considerada excepcional en la edad pediátrica, pero en la actualidad se estima que la incidencia de TVP en esta población en general es de 0.07 /10 000 y 5.3/10 000 de los pacientes ingresados (excluidos neonatos y accidentes cerebrovasculares) respectivamente, (1, 2) relacionándose a condiciones como: acceso venoso central (60%), neoplasias (25%), cardiopatía congénita (19%), cirugía (15%), infecciones sistémicas (12%), trauma (10%), obesidad (2%) Lupus (1.5%). La asociación de TVP con osteomielitis es extremadamente rara, siendo la TVP consecuencia del cuadro de estasis más hipercoagulabilidad producido por la primera. Se presenta caso de escolar de 5 años masculino el cual presentó TVP secundaria a osteomielitis en tibia derecha, con el fin de promover la realización de un diagnóstico precoz que permita la instauración del tratamiento oportuno en este grupo de pacientes.

P003 SÍNDROME HEMORRÁGICO PRODUCIDO LEPIDOPTERISMO POR LONOMIA ACHELOUS EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE DOS CASOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PAEZ". FEBRERO 2012.
Cova Manrique, Albert Abisai; Goudet Fornes, Renny Jose; Zavala Valladares, Jose Benjamin Ruiz y Paez

Los accidentes por lepidópteros son conocidos desde la antigüedad. Pacientes afectados con un síndrome hemorrágico inducido por contacto con orugas del género *Lonomia* presentan hematomas, equimosis, hematuria, hemorragias digestivas, pulmonares y peritoneales que pueden conducir a la muerte. Los estudios de la hemostasia han demostrado: recuento de plaquetas normal, con alargamiento de las pruebas de coagulación. Se plantea 2 casos de escolares masculino de 9 y 12 años sin antecedentes patológico conocidos, que ingresan 24 horas posterior a contacto directo con orugas del género *Lonomia achelous*, se evidencia en paciente de 9 años gingivorragia moderada, paciente de 12 años hematomas sublingual que desplaza base de la lengua y limita apertura bucal y en ambos, hematomas en extremidades, paraclínicos reportan anemia moderada, disminución del fibrinógeno y prolongación de los tiempos de coagulación. La terapia de reemplazo con transfusiones de sangre total, plasma fresco congelado y ácido tranexámico, demostraron eficacia en el tratamiento, evidenciando una evolución satisfactoria.

P004 LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN ADOLESCENTE FEMENINA CON DIABETES MELLITUS TIPO1. REPORTE DE UN CASO
Rivera Ramírez, Nubia Irene; Lara García, Elsa Jesús; Coronel Gómez, Valerio Antonio; Duran, Indira Hospital de Niños Dr. Jorge Lizarraga

Adolescente femenina 13 años de edad, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo1 a los 6 años en tratamiento con NPH y Humalog, quien ingresa en cetoadicidosis a la unidad de cuidados intensivos pediátricos, con evolución clínica desfavorable falla renal, galactorrea, se suma anemia no hemolítica que amerita transfusión, con perfil virológico positivo para citomegalovirus, ecosonograma abdominal donde se evidencia serositis, nefromegalia bilateral. Al interrogatorio la madre; refiere antecedente de fotosensibilidad, artralgia de rodilla izquierda. Se plantea posible colagenopatía (LES) se realiza pruebas inmunológicas resultando anticuerpos antinucleares positivos, C4 bajo, factor reumatoideo alto, anticardiolipina positivas, con persistencia de falla renal no asociada a proteinuria y biopsia renal percutánea que reporta Nefritis tubulointersticial crónica, depósitos mesangiales de Ig M (++)

P006 MICROANGIOPATIA TROMBOTICA ASOCIADA A FALLA RENAL AGUDA: A PROPOSITO DE UN CASO.

Jurado, Gilennys; Coronel, Valerio; Uviedo, Clara; Ortega, María

Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera

La microangiopatía trombótica, se refiere a una lesión estructural de la pared vascular (principalmente arteriolas y capilares), con engrosamiento, trombosis plaquetaria intraluminal y obstrucción parcial o completa de la luz vascular. Este término fue propuesto para describir las lesiones vasculares que acompañan a la Púrpura trombocitopenica Trombótica que afecta a los adultos y el síndrome hemolítico urémico que afecta a los niños en los primeros años de la vida, sin preferencias de sexos y que en muchos de los casos se asocia a falla renal aguda.

P007 DETERMINAR HALLAZGOS ECOGRAFICOS RENALES EN PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS ASISTIDOS CONSULTA DE ECOGRAFIA. CRUZ ROJA VENEZOLANA-S

Bustillo Lugo, Ana María; Arenas Fernández, René; Faneite, Xiomara

Cruz Roja Venezolana Seccional Falcón

La Ecografía Renal constituye motivo de admisión frecuente en consultas de Ecografía. Objetivo: Determinar Hallazgos Ecográficos Renales en Pacientes Menores de 18 años, asistidos en consulta de Ecografía, Cruz Roja Venezolana-Seccional Falcón, Coro-Venezuela, Agosto 2010-Marzo 2012. Metodología: Estudio descriptivo basado en revisión de datos clínicos aportados por paciente y familiares. Muestra: 469 pacientes de ambos sexos. Variables: Número de estudios solicitados, Médico que realizó estudio, motivo para su realización, hallazgos ecográficos renales. Resultados: Se exploraron 1543 observándose: 52,4% (805) de ecogramas realizados fueron renales, 58,3 % (469) realizados por Nefrólogo Ecografista (Cuadro I, II). Motivo para la exploración: dolor abdominal 27,5% (129), cristaluria 18,7% (88), litiasis renal 10,2% (48), hipercalciuria 10,2% (48), Infección urinaria 7,0% (33), hiperuricosuria 4,0% (19), síntomas miccionales bajos 3,6 % (17), hematuria 2,5% (12), hidronefrosis 2,5% (12), talla baja 1,4% (7), síndrome edematoso 0,6% (3), traumatismo abdominal 0,6 % (3), quistes renales 0,2% (1). (Cuadro III). Hallazgos observados: Eco anatomía renal normal 41,3% (194), litiasis renal 22,1% (104), anomalías en ecogenicidad cortical 7,4% (34), pelvis bifida 4,9 % ((23), ptosis renal 4,9% (23), engrosamiento de pared vesical 3,8% (18), quistes renales 4,0% (16), pérdida de relación cortico-medular 2,1% (10), nefromegalia 1,4% (7), hipotrofia renal 0,8% (4), riñón ec-

tópico 0,6% (2), nefrocalcinosis 0,6% (2). Conclusión: El ecograma renal es el más solicitado, el mayor porcentaje fue realizado por Ecografista-Nefrólogo, la interpretación de imágenes depende de datos clínicos y del observador, los profesionales dedicados a la medicina renal deben conocer las manifestaciones ecográficas de las enfermedades renales.

P008 INJURIA RENAL AGUDA, RABDOMIOLISIS, ENVENENAMIENTO POR CROTALUS DURISSUS, INFORME DE CASO

Macuarisma Lezama, Pedro; Moya Castillo, Elennys; Michieli González, Giovanna; García Castillo, Lissette

Hspital Universitario Antonio Patricio de Alcala

Resumen El emponzoñamiento ofídico es una causa infrecuente de rabdomiolisis e injuria renal aguda en niños. Presentamos un caso de emponzoñamiento por Crotalus en un varón de 6 años residente en la región de Turimiquire, Estado Sucre, Venezuela. El cuadro clínico está dominado por parálisis flácida, rabdomiolisis y manifestaciones hemorrágicas con rápida progresión a injuria renal aguda. El diagnóstico de injuria renal aguda (IRA) estadio 3 se basó en oliguria, incremento de creatinina sérica asociado con rápido incremento en marcadores bioquímicos de miotoxicidad. El tratamiento incluyó salina en bicarbonato de sodio, suero antiofídico, plasma fresco congelado, cefotaxima, toxoide tetánico y diálisis peritoneal. El retraso en la administración de suero antiofídico, la severidad de las manifestaciones neuromiotóxicas fueron factores determinantes de riesgo de IRA y pronóstico **Palabras clave:** Emponzoñamiento por Crotalus, rabdomiolisis, insuficiencia renal aguda, diálisis peritoneal

P009 TÉTANOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Betancourt López, Romina del Carmen(1); Rondón, Romelys(2); Haddad, Martha(2)

(1)Complejo Hospitalario Universitario Dr. Luis Razetti; (2)Complejo Hospitalario Universitario Dr. Luis Razetti

RESUMEN El tétanos es una enfermedad aguda, transmisible, no contagiosa, tóxica infecciosa que ataca al hombre y a los animales y es de distribución mundial. Con frecuencia es mortal. Se caracteriza por espasmos musculares intensos e intermitentes y rigidez generalizada, secundarios a una neurotoxina, tetanospasmina. La puerta de entrada son efracciones en piel, mucosas o directamente del músculo. Presentamos el caso clínico, de un niño de nueve años, con antecedente de traumatismo directo con objeto en movimiento (rueda de motocicleta); presentó herida en tobillo izquierdo con sangrado abundante por la misma, concomitantemente dolor de fuerte intensidad y limitación

funcional; esquema de vacunación incompleto, se hospitalizó como Fractura conminuta del tercio medio con distal de tibia izquierda y lesión de tendón de Aquiles izquierdo. El 7° día presentó sintomatología compatible y se hace el diagnóstico de tétanos generalizado. Se brindó tratamiento con: Inmunoglobulina antitetánica, sedación y relajación, Penicilina Sódica y Metronidazol. Palabras clave: tétanos, herida, vacunas. **SUMMARY** Tetanus is an acute, communicable, non-contagious, infectious toxic attacks man and animals and is found worldwide. It is often fatal. It is characterized by severe muscle spasms and joint stiffness and intermittent secondary to a neurotoxin, tetanospasm. The gateway is given by efracciones the skin, mucous membranes or directly from the muscle. We report the case of a nine year old with a history of direct trauma to the moving object (wheel motorcycle) has left ankle injury with bleeding through it; incomplete vaccination schedules, were hospitalized as comminuted fracture of the mid to distal left tibia and injury to his left Achilles tendon. In the 7 th hospital day showed symptoms compatible and is the diagnosis of generalized tetanus. Treatment was provided: tetanus immunoglobulin, sedation, Vitamin K, Sodium penicillin and metronidazole. Key words: tetanus, wound, vaccines.

P010 ACIDEMIA ISOVALÉRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Rondón, Romelys (1); Indriago, Luis (1); Tovar, Verónica (2); Betancourt, Romina (3)

(1) Complejo Hospitalario Universitario Dr. Luis Razetti; (2) Complejo Hospitalario Universitario Dr Luis Razetti; (3) Complejo Hospitalario Universitario Dr Luis Razetti

La Acidemia Isovalérica es una acidemia orgánica producida por la deficiencia de la enzima isovaleril-CoA- deshidrogenasa; es un error innato autosómico recesivo del catabolismo de la leucina, que conlleva a un desorden metabólico severo, manifestado clínicamente por deshidratación, vómitos, acidosis, convulsiones, coma y muerte. Aunque es rara, es la más frecuente de las acidemias orgánicas. Expondremos un caso de tipo progresivo de estas enfermedades en un lactante mayor, con manifestaciones gastrointestinales, neurológicas, cardíacas, respiratorias y su evolución hasta fallecer, con diagnóstico realizado postmortem. Es un caso ilustrativo del cuadro clínico de acidemia isovalérica, en su forma crónica intermitente. Además presentamos su enfoque diagnóstico y terapéutico. **Palabras claves:** acidemia isovalérica, acidemia orgánica.

P012 SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE, VARIANTE TIPO NEUROPATÍA AXONAL SENSITIVO

MOTOR AGUDA. REPORTE DE CASO Y REVISION CLINICA.

Mony Navarro, Maritryny Del Valle¹; Rodriguez Martínez, Gabriela Josefina²; De Pace, David²; Grisantti, Carmen²

1Luis Razetti de Barcelona; 2Hospital Luis Razetti de Barcelona

El Síndrome de Guillain Barre (SGB) es la causa más frecuente de parálisis flácida aguda en los países en los cuales la vacunación sistemática contra la polio-mielitis ha permitido erradicarla. La forma clásica de esta entidad es la polineuropatía sensitivo-motora desmielinizante aguda (90% de los casos), otras variantes incluyen neuropatía motora axonal aguda, neuropatía sensitivo-motora axonal aguda (AMSAN), desorden destructivo severo que afecta los axones y tiende a tener un curso de recuperación prolongada, y Síndrome de Miller Fisher. Los síntomas tempranos comunes son parestesias distales y debilidad proximal o distal que se presentan una o dos semanas después de una infección respiratoria o gastrointestinal. La rápida progresión del déficit motor o sensorial requiere una investigación de emergencia. Usualmente los pacientes deben ser hospitalizados por el peligro de falla respiratoria. El tratamiento temprano debería detener el proceso patológico antes de que la disfunción axonal llegue a ser irreversible. El uso de inmunoglobulina endovenosa acelera la recuperación, reduce la incapacidad y es más conveniente que la plasmaféresis. Una investigación reciente sugiere que la combinación terapéutica con esteroides es más efectiva que la inmunoglobulina endovenosa sola, pero los resultados definitivos están por verse aún. Se describe el caso de una paciente con SGB variante ASMAN, tratada en el Anexo Pediátrico del Hospital Universitario Dr Luis Razetti, Barcelona, Edo Anzoátegui. y a partir del mismo se realiza una revisión y actualización de estas patologías y sus posibles tratamientos.

P013 INTOXICACIÓN POR AMPICILINA SULBACTAM, A PROPÓSITO DE "DOS CASOS CLÍNICOS"

Merchán Serrano, Solangel Coromoto; Artis, María Teresa; Perugini, Carmen Teresa; Pérez, Elizabeth

Hospital Universitario Dr. Luis Razetti

Las aminopenicilinas son derivados semisintéticos que se obtienen a partir del ácido 6-aminopenicilánico. Su importancia radica en que amplían el espectro de la penicilina natural, lo cual ha motivado su uso extremo en la práctica clínica. Dependiendo de las dosis del fármaco se describen efectos adversos. Se reportan dos casos de lactantes masculinos, uno de 59 días y otro de 18 meses, quienes posterior a la inges-

ta de Ampicilina/Sulbactam presentan clínica de vómitos y fiebre, al igual que hipertransaminasemia, como hallazgos comunes. El lactante de 59 días, además presentó cuadro de diarrea y nefropatía caracterizada por cristaluria, hiperuricemia e hipercogenecidad del parénquima renal bilateral; dichos efectos desaparecieron en forma progresiva tras suspender el fármaco. Se concluye que a pesar de que los efectos adversos se presentan entre 1 a 5% de los casos, pueden evidenciarse y han de tomarse en cuenta tras la administración del fármaco vía oral.

P014 PERFIL CLINICO-EPIDEMIOLOGICO DE LACTANTES INGRESADOS POR DIARREA AGUDA EN LA EMERGENCIA PEDIÁTRICA HCM ENERO-MARZO 2012

Galeano Nieves, Yuleidy Nairovy; Delgado Benítez, Maylil Gabriela; Carpio Laya, Oriana; Ortega Vasquez, Francis

Hospital Central de Maracay

A lo largo de la historia, la diarrea aguda ha sido una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la infancia, en países subdesarrollados se presentan como promedio 3 episodios de diarreas anual, con 4 millones de defunciones, por lo que se planteo el estudio clínico epidemiológico de lactantes menores ingresados en la emergencia pediátrica con diagnóstico de enfermedad diarreica aguda. Pacientes y métodos: El universo estuvo constituido por 33 lactantes menores que ingresaron en el servicio con este diagnóstico en Enero-Marzo 2012. Se aplicó un formulario a las madres y además se utilizó información de los expedientes clínicos de los pacientes. Resultados: Predomino el sexo masculino y los mayores de 6 meses fueron los afectados con estado nutricional normal, vacunas completas, Graffar bajo, como complicación desarrollaron deshidratación moderada. Conclusión: Los hallazgos clínicos y epidemiológicos presentados indican que las condiciones socioeconómicas se asocian a enfermedad diarreica.

P015 ENFERMEDAD VASCULOCEREBRAL SECUNDARIA A ENTEROVIRUS EN PACIENTE CON DÉFICIT DE PROTEÍNA C Y RASGO DREPANOCÍTICO

Aliendo, Marilin; Sanchez, Mayra; Reyes, Ruth; Vielma, Reyna

HUAL

Resumen: La enfermedad vascular cerebral es una patología poco frecuente en la edad pediátrica. Se define como un déficit neurológico de más de 24 horas con un origen vascular. Puede ser de tipo isquémico o hemorrágico. Tiene una incidencia de 2.1 a 2.52 por cada 100.000 habitantes. Son múltiples mecanismos

que se describen en los niños: enfermedad cardiaca congénita o adquirida, trombofilias, meningitis/encefalitis, enfermedades metabólicas, desórdenes mitocondriales, entre otros. La trombofilia se presenta cuando existe una alteración en el sistema de la hemostasia, que predispone a la trombosis. Las principales causas de trombofilia hereditaria son: deficiencias de antitrombina III, de proteína C y S, e hiperhomocisteinemia. Se presenta caso clínico de una preescolar femenina de 5 años de edad, natural y procedente de Valencia con cuadro clínico de 7 días de evolución, dada por cefalea frontal del lado derecho con dolor periorbitario que se exacerba con la movilización globo ocular hacia lo lateral a quien el día de su ingreso se le evidencia estrabismo divergente y visión borrosa del ojo derecho. Se realiza RMN cerebral que arroja signos imagenológicos de ECV en región parietal, posteriormente se diagnostica déficit de proteína C y rasgo drepanocítico. Se concluye que la enfermedad vascular cerebral es una patología en la que se conjugan varios factores de riesgo y su diagnóstico y tratamiento adecuado debe cumplirse bajo un equipo multidisciplinario. Palabras clave: ECV en pediatría, déficit de proteína C, rasgo drepanocítico.

P016 NIVEL DE RESILIENCIA EN ESCOLARES CURSANTES DEL 5° Y 6° GRADO DE E.B.N.B. "JUAN LOVERA". LOS SAMANES, ESTADO ARAGUA

Mier y Teran Sevilla, Dayana M.(1); Malave Velasco, Mayra Alejandra (1); Rodríguez, Elizabeth (2); Flores Olvera, Dagoberto (3); Castellanos Espinoza, Brenda Karine (4); Arcia, Osmelys Del Valle (5); Cárdenas, Carla (2)

(1) Hospita Los Samanes ; (2) Hospital Central de Maracay; (3) Instituto Internacional de Investigación para el Desarrollo, a.c.; (4) Maternidad Integral de Aragua; (5) CORPOSALUD

Introducción: La resiliencia caracteriza a las personas que, a pesar de vivir en con riesgos, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos. Objetivo: determinar el nivel de resiliencia de los estudiantes de 5° y 6° grado de la Escuela Básica Nacional Bolivariana "Juan Lovera", especificado por edad, sexo, procedencia y religión. Método: estudio de Campo, con diseño experimental, de corte transversal y prospectivo. La población representó 154 estudiantes y la muestra quedó conformada por 118, quienes cumplieron los criterios de inclusión. Se aplicó el Test IAAR, los datos recolectados se procesaron a través de análisis descriptivo. Resultados: Se observó nivel de resiliencia alta, predominando la edad de 11 años, en el nivel de resiliencia más alto prevaleció el sexo femenino y la religión evangélica. En los lugares de procedencia

más rurales se observó la resiliencia más baja. La Anomia Media, que es el nivel de resiliencia más bajo conseguido, se presentó a los 13 años. Conclusión: los estudiantes presentaron niveles de resiliencia altas que los ayuda a afrontar adversidades. **Palabras Clave:** Resiliencia, estudiantes

P018 NECROSIS PANCREÁTICA SECUNDARIA A ACIDO VALPROICO Y REVISIÓN DEL TEMA A PROPÓSITO DE UN CASO.

Rosales, Carla; Salgar, Nilce; Acosta, Layla; Alvarado, Jenny

IAHULA

La pancreatitis aguda (PA) en niños generalmente es una enfermedad autolimitada con una tasa de mortalidad entre 2% y 8%. Sin embargo, se presentan casos severos con un curso rápidamente progresivo con alta letalidad, hasta del 50%. Las principales causas de pancreatitis aguda (PA) en niños en orden de frecuencia, son: Enfermedades sistémicas infecciosas o inflamatorias (14-34%), el trauma (14%) y las producidas por fármacos y toxinas (12%); el AV forma parte del grupo 1 de sustancias relacionadas con PA, es decir medicamentos implicados en más de 20 reportes de PA con al menos un caso documentado de recidiva luego de la re-exposición al fármaco. El AV es un anticonvulsivante ampliamente utilizado, se han reportado serios efectos adversos al AV que incluyen hepatotoxicidad, encefalopatía hiperamonémica, desordenes de la coagulación y pancreatitis. La incidencia de pancreatitis asociada a AV se estima en 1:40.000, mientras la incidencia de pancreatitis aguda en niños se estima en 2-2,7:100.000. Las principales causas de mortalidad en PA son: En la etapa precoz el shock y la falla respiratoria, mientras que las causas de mortalidad tardía generalmente se asocian a necrosis pancreática infectada y falla multiorgánica. Es por ello que se presenta el caso de una preescolar femenina ingresada a la unidad de cuidados intensivos con trastorno neurológico (coma), hepáticos y elevación de amilasas posterior al tratamiento con ácido valproico, la cual ameritó laparotomía cuyos hallazgos quirúrgicos fueron necrosis del páncreas, presentando luego una evolución tórpida que conlleva a falla multiorgánica y muerte. **Palabra clave:** pancreatitis, ácido valproico, falla multiorgánica.

P019 HISTIOCITOSIS CON LINFADENOPATIA. A PROPOSITO DE UN CASO

González Illarramendi, Jose Vicente(1); Pico, Ileana(2); Rodríguez, Fanny(2); Verdi, Diana(2)
(1)hospital Dr. Jesús Yerena. Lídice; (2)Hospital De Lídice

RESUMEN: Se reporta el caso de Pre-escolar masculino de 5 años, quien presenta aumento de volumen bi-

lateral de región latero cervical izquierda, concomitante dolor de leve intensidad sin irradiación ni acalmia y fiebre 38°C de 5 días de evolución, acompañado de esplenomegalia y rash cutáneo maculo papular generalizado. Se realizó estudio anatómico-patológico de ganglio cervical izquierdo de 2,5 x 2.1 cm de diámetro, de aspecto fibroso pardo, de un segundo de menor longitud de 1.3 x1 x 0.8 cm y el más pequeño de 1 cm pardo claro los cuales reportaron histiocitos con actividad macrofágica en los centros germinales, extensión sinusoidal con proliferación de histiocitos intersinusoidales y presencia de linfocitos y plasmocitos en el citoplasma de los histiocitos. Se realizó estudio inmunohistoquímico, donde se observó positividad (+) para CD20 en los linfocitos B reactivos y para CD3 en linfocitos T reactivos; BCL2 y CD10 con patrón de inmunomarcaje y CD68 (+) en histiocitos. Paciente que recibió protocolo de quimioterapia LCHII a dosis totales. Actualmente en evolución satisfactoria y control por consulta externa de egresados. **Palabras claves:** Histiocitosis, Enfermedad Rosai-Dorfman, Inmunohistoquímicos, Inmunomarcaje, Esplenomegalia.

P020 INTOXICACIÓN POR ANIS ESTRELLADO. REVISIÓN DE LITERATURA A PROPOSITO DE UN CASO

Martínez Gonzalez, Mariantonieta

JM de los Ríos

El anís estrellado cuyo nombre científico es *Illicium verum* Hook, se ha utilizado como antiespasmódico en forma de infusiones caseras para el tratamiento del cólico del recién nacido, utilizado en infusiones como té y recomendado por madres y abuelas a través de los años, es un producto peligroso para los niños (as). Si se mezcla con el anís de estrella japonés (*Illicium anisatum* Siebold) aumenta su toxicidad. Las neurotoxinas con actividad farmacológica son responsables de los síntomas neurológicos, principalmente de las convulsiones. En los últimos años se ha incrementado el número de casos de intoxicación por anís de estrella, en niños (as) de todas las edades pero principalmente recién nacidos y lactantes. Para el tratamiento no se conoce antídoto y se utiliza tratamiento sintomático sobre todo para el manejo de las convulsiones, los síntomas neurotóxicos suelen remitir a las 24 a 48 horas post ingesta. En este artículo se busca realizar una revisión bibliográfica de la patología a propósito de un caso clínico de paciente atendido en Hospital de Niños "J.M de los Ríos" en el año 2012.

P021 SÍNDROME DE CROUZON Y HERNIACIÓN DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL EN UN PACIENTE ESCOLAR. INFORME DE UN CASO.

**Perozo Leal, Maryam Chiquinquirá
Hospital de Niños de Maracaibo**

La herniación del parénquima cerebral es una protrusión de un compartimiento craneal a otro a consecuencia de una expansión rápida de la presión intracraneal mientras que el Síndrome de Crouzon es una rara enfermedad, reportada escasamente a nivel mundial, en donde ocurre un cierre prematuro de las suturas craneales (craneosinostosis). Se presenta a continuación el caso de escolar masculino de 8 años de edad con aumento de volumen de inicio súbito en parte inferior izquierda de región frontal de cráneo. Se realiza estudio de imagen tipo Tomografía Axial Computarizada en abril de 2012, reportando herniación de parénquima cerebral, craneosinostosis, turricefalia e hidrocefalia. Se planifica craniotomía, en espera de resolución.

**P022 TIÑA INCOGNITA. A PROPOSITO DE UN CASO
Díaz Abache, Virginia Carolina (1); Torres Noriega, Rubmary del Valle (2); Perugini, Carmen Teresa (3)**

(1)Complejo Universitario Luis Razetti; (2) Complejo Universitario Hospitalario Luis Razetti; (3) Complejo Hospitalario Universitario Luis Razetti
Es una infección dermatofítica, con apariencia clínica modificada por la administración tópica de esteroides e inmunomoduladores no esteroideos Es más frecuente en ingles, cara y cara dorsal de manos, afecta a ambos sexos por igual. Las lesiones son asintomáticas o con ligero prurito. El cuadro mejora con esteroides pero recidiva al suspenderlos. El diagnóstico se realiza por biopsia del borde de la lesión para búsqueda de filamentos fúngicos. Entre los diagnósticos diferenciales en las formas faciales se encuentran: rosácea-like, lupus eritematoso discoide-like y eccema-like. Se presenta el caso de preescolar femenino de 5 años con antecedente de dermatitis atópica en región facial desde hace 9 meses, tratada con esteroides tópicos por aproximadamente 4 meses sin mejoría, y Lupus eritematoso sistémico diagnosticado hace 6 meses, recibiendo prednisona vía oral; Se realiza examen directo de piel con KOH al 20% reportando hifas artrosporadas hialinas, se diagnostica tiña incógnita, mejorando significativamente con antifúngicos.

P023 CISTINOSIS NEFROPATICA INFANTIL. ENFERMEDAD POR DEPOSITO LISOSOMAL EN UN LACTANTE

**Moncada Velázquez, Ramón Enrique(1); Urdaneta Carruyo, Eliexer(2); Beltrán, Jackelin(2); Carvajal, Zulay(2)
(1)IVSS Dr. Tulio Carnevalli Salvatierra; (2) IA-HULA**

La cistinosis nefropática infantil es una enfermedad metabólica poco frecuente que provoca acumulación de cistina en forma de cristales intracelulares en diversos tejidos como córnea, conjuntiva, médula ósea y riñón. Constituye la primera causa congénita de síndrome de Fanconi y evoluciona en la primera década de la vida a enfermedad renal crónica. El diagnóstico se confirma por detección de cistina en leucocitos por técnica de cromatografía. Su tratamiento consiste en reponer las pérdidas por orina de líquidos, electrolitos y aminoácidos y administrar cisteamina, que deplete la cistina depositada. El objetivo es presentar el caso clínico de un lactante con antecedente de múltiples internamientos por deshidratación severa que cursaba además con acidosis metabólica, hipokalemia e hipofosfemia severas y pérdidas urinarias de múltiples aminoácidos y de bicarbonato, características clínicas de Síndrome de Fanconi. Además se observaron cristales de cistina en ojo, confirmándose el diagnóstico de Cistinosis. Tratado desde hace seis meses con cisteamina oral y en gotas oftálmicas, su evolución ha sido satisfactoria sin deterioro de la función renal.

P024 HERNIA DE SPIEGEL Y VEJIGA NEUROGÉNICA POR SÍNDROME DE LANDRY GUILLAIN BARRÉ, ASOCIADO A REFLUJO VESICOURTERAL E HIPERTENSIÓN A

Moncada Velázquez, Ramón Enrique (1); Urdaneta Carruyo, Eliexer (2); López, Graciela (3); Portillo, Carolina (2)

(1)IVSS Dr. Tulio Carnevalli Salvatierra; (2) IA-HULA; (3) Hospital Dr. Luis Razzetti. Barinas

El síndrome de Guillain Barré (SLGB) es una enfermedad autoinmune desencadenada por infección viral o bacteriana, y se caracteriza por debilidad simétrica, progresiva, de comienzo distal y avance proximal. Por otra parte la Hernia de Spiegel (HS), es un defecto herniario abdominal raro en niños, generalmente aparece después de los 40 años, lo predispone la obesidad, embarazos repetidos, aumento de presión intraabdominal y debilidad de pared muscular. Este trabajo describe el caso de un lactante mayor masculino que presentó SGB, un mes después presentó HS por debilidad muscular abdominal y al año, vejiga neurogénica (VN) que originó reflujo vesico-ureteral (RVU) con infecciones urinarias a repetición. Durante su evolución presentó hipertensión arterial transitoria. El paciente parece ser el primero descrito en la literatura médica internacional, y en nuestro medio, con HS, VN y RVU como consecuencia de SGB.

P025 SINDROME DE MORSIER. A PROPOSITO DE UN CASO

Piña Macho, Mary Antonieta; Soto, Claudia;

Vielma, Reina; González, Aníbal -HUAL-

Resumen. El síndrome de De Morsier o displasia septo-óptica es una alteración poco frecuente del desarrollo embrionario. Es una malformación compleja del desarrollo que se caracteriza por agenesia o hipoplasia del septum pellucidum, hipoplasia del nervio óptico (HNO) y puede estar presente o no una disfunción hipotálamo-hipofisaria. Cursa con manifestaciones de carácter endocrino, neurológico y oftalmológico que alteran en diferentes grados el funcionamiento de estos sistemas de quien lo padece. Presentamos a continuación el caso de una lactante de 1 mes que presenta manifestaciones neurológicas asociadas a alteraciones endocrinológicas que luego de estudios pertinentes arrojaron la existencia del Síndrome de De Morsier. Se concluye que el síndrome es una entidad clínica poco frecuente que amerita un abordaje multidisciplinario que incluya pediatría, oftalmología, neurología y endocrinología así como fisioterapia y rehabilitación que permita el tratamiento de las manifestaciones expresadas que pueda garantizar la mejor y mayor calidad de vida de los pacientes. **Palabras claves:** Síndrome de De Morsier, Displasia Septo-óptica, ausencia del septum pellucidum, hipoplasia del nervio óptico.

P026 PANCITOPENIA FEBRIL POR PARVOVIRUS. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL GENERAL "DR. JESUS YERENA. LÍDICE

Gonzalez Ramos, Yoryina Margarita; Ghezzi Cumana, Maria Helena; La Pelosa, Rosana; Gonzalez, Carlos

Hospital general: Dr Jesus Yerena.

La fiebre constituye el primer motivo de consulta en el área pediátrica y provoca una actitud errónea en muchas madres ante una situación fisiológica, En Venezuela las infecciones virales ocupan el primer lugar de morbilidad en la población pediátrica, sin embargo ante un proceso febril agudo asociado a exantema se tienen que plantear distintos agentes etiológicos. El término pancitopenia define deficiencia de los tres elementos celulares de la sangre eritrocitos, leucocitos y plaquetas. El manejo de un paciente febril con alteraciones hematológicas agudas constituye un reto diagnóstico y terapéutico para el pediatra. Se presenta el caso de una lactante menor femenina de tres meses quien consulta por fiebre y lesiones en piel, paraclínicos de ingreso muestran alteraciones hematológicas que evolucionan a pancitopenia autolimitada y cuyos resultados serológicos reportan (IgM) Parvovirus: positivos. Siendo considerado su seguimiento por hematología en virtud de la cronicidad y malignidad de las alteraciones hematológicas descritas por el

Parvovirus B19. **Palabras claves:** parvovirus, exantema febril, pancitopenia, lactante.

P027 DIABETES NEONATAL ASOCIADO A DEXTROCARDIA CON VENTRÍCULO UNICO EN LACTANTE MENOR MASCULINO. A PROPOSITO DE UN CASO.

Boscán, María; Pabon, Laura; Carcamo, Pamela; Moreno, Nigirma -CHET-

La diabetes neonatal (DN) es una enfermedad infrecuente, ya que se presenta en en 1 de cada 500.000 nacimientos y aparece antes de los seis meses de edad, La dextrocardia es una malformación cardíaca que ocurre durante el período embrionario, específicamente durante la cuarta semana de gestación, desplazando el eje cardíaco a la derecha del tórax y el ventrículo único, es una patología compleja de tipo congénito, dentro de las diversas malformaciones asociadas a dextrocardia. Objetivo: describir características clínicas de presentación de diabetes neonatal en lactante menor masculino de 4 meses de edad, con dextrocardia sin situs inversus y ventrículo único, mas antecedentes maternos de consumo de sustancias ilícitas y homosexualidad de ambos padres, que ingresa a una unidad de cuidados intermedios del hospital de niños de la Ciudad de Valencia Estado Carabobo. Metodología: trabajo descriptivo. No experimental, transversal. Conclusiones: La DN puede ser transitoria, resolviéndose antes de los 18 meses de vida para reaparecer años más tarde, o ser permanente, la causa de la diabetes neonatal es una mutación de genes involucrados en el desarrollo y función de la célula beta, que afecta la despolarización en respuesta a ATP, y consecuentemente la secreción de insulina, en algunos pacientes puede estar asociada a otros defectos congénitos como la cardiopatía.

P028 MARACAY, FEBRERO 2012

Arocha, Richard Alfonso

Hospital Central de Maracay

Esta patología es un síndrome benigno que está causado por uno de los 4 serotipos ya conocidos (Dengue 1, Dengue 2, Dengue 3 y Dengue 4), del genero Flavivirus, familia Flaviviridae. Está presente en la sangre durante la fase aguda y los altos niveles de viremia temprana y la proteína no estructural 1 ha sido asociada con presentaciones clínicas severas. Se reporta el caso de un lactante femenino de 1 año y 3 meses de edad quien refiere inicio de enfermedad actual el día 25/01/12 cuando presenta fiebre continua de difícil manejo cuantificada en 39-40°C que atenúa temporalmente con la administración de acetaminofen. **Palabras Clave:** Dengue, hematocrito, trombocitopenia, serología

P030 GLOMERULONEFRITIS AGUDA SECUNDARIA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. A PROPÓSITO DE UN CASO EN ADOLESCENTE FEMENINO.

Garrido, Francis Carolina; Romero Albarran, Felimar Andreina; Sanchez, Harry; Lopez Tandioy, Graciela Del Carmen

Hospital General "Dr. Luis Razetti". Barinas Estado Barinas

Resumen: El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica con afectación multisistémica, de base genética y de patogenia autoinmune, poco frecuente en el niño (1). En la edad pediátrica suele afectar a niñas entre 11 y 15 años, siendo las manifestaciones iniciales más frecuentes fiebre, artritis, nefritis y erupción facial en alas de mariposa (2). La enfermedad renal constituye una de las manifestaciones más frecuentes del LES en la infancia y en ocasiones puede ser su única manifestación (3). A continuación, presentamos el caso de adolescente femenino, con afectación articular acentuada, fiebre intermitente, edema en pequeñas y en grandes articulaciones, con pruebas inmunológicas que, de acuerdo a los criterios establecidos por el Colegio Americano de Reumatología, 1997(4) establecen el diagnóstico de LES, así como también se evidencia funcionalismo renal alterado, asociándose al diagnóstico el de Glomerulonefritis Aguda, instaurándose el tratamiento específico endovenoso inicial y de mantenimiento, obteniéndose evolución satisfactoria de la paciente, tanto en la clínica como en los estudios paraclínicos, egresando del centro hospitalario con indicación de seguimiento multidisciplinario. Se hace énfasis en la importancia de establecer el diagnóstico clínico y abordaje inicial de esta patología de forma precoz para iniciar el tratamiento adecuado, evitando en lo posible la prescripción indiscriminada de medicamentos tales como antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), diuréticos, que puedan ser perjudiciales para el paciente. **Palabras claves:** LES, Glomerulonefritis aguda, Artritis.

TRABAJOS ACEPTADOS CON DISCUSIÓN
LUNES 3 DE SEPTIEMBRE

P005 TERAPIA ANTICALCINEURINICA: USO DE TACROLIMUS EN EL CONTROL DE LA PROTEINURIA DEL SINDROME NEFROTICO CORTICORESISTENTE

Ortega Colina, María Alejandra (1); Lara García, Elsa Jesus (1); Orta Sibú, Nelson Rafael (1); Coronel Gómez, Valerio Antonio (1); Uviedo, Clara Ines (1); Domínguez, Luis Fernando (1); Pinto, Atahualpa (2); Planchart, Annie (2)
(1)Hospital de Niños Dr. Jorge Lizarraga; (2) Universidad Central de Venezuela

P011 SATISFACCIÓN EN LA MADRE, PADRE, REPRESENTANTE O RESPONSABLE QUE ACUDE A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA. HCM. 2012.

Aponte Hidalgo, Ana María
Hospital Central de Maracay

P017 PRESENTACIÓN ATÍPICA DE MONOCLUEOSIS INFECCIOSA EN PREESCOLAR A PRÓPOSITO DE UN CASO. HOSPITAL DR MIGUEL PÉREZ CARREÑO

González Terán, Yolimar Pastora; Vizcaya Peñaloza, Alirio Jose; Bustillo Albores, Neiangela Verónica; Castillo Lezama, Lissys Anabel
Hospital Dr. Miguel Perez Carreño

P029 SÍNDROME METABÓLICO EN NIÑOS DE AMBOS SEXOS DE 10-16 AÑOS CON SOBREPESO U OBESIDAD.

Chávez Hernández, Mervin Willians; Rodríguez Villalobos, Alberto Jose; Salazar Vallenilla, Rossana Carolina; Barrios Oliveros, Eduardo Jose
Hospital De Niños de Maracaibo

P005 TERAPIA ANTICALCINEURINICA: USO DE TACROLIMUS EN EL CONTROL DE LA PROTEINURIA DEL SINDROME NEFROTICO CORTICORESISTENTE

Ortega Colina, María Alejandra (1); Lara García, Elsa Jesus(1); Orta Sibú, Nelson Rafael(1); Coronel Gómez, Valerio Antonio(1); Uviedo, Clara Ines(1); Domínguez, Luis Fernando(1); Pinto, Atahualpa(2); Planchart, Annie(2)
(1)Hospital de Niños Dr. Jorge Lizarraga; (2) Universidad Central de Venezuela

Introducción: El uso de corticosteroides en pacientes con síndrome nefrótico idiopático infantil es efectivo con resolución de la enfermedad y conservación de la función renal en la mayoría de los casos (80%), un 16-20% de estos pacientes pediátricos experimentan comportamiento cortico resistente, con consecuente progresión a enfermedad renal crónica. Nuevas opciones terapéuticas favorecen el pronóstico, entre estas los inhibidores de la calcineurina (Tacrolimus). Objetivos: Evaluar el Uso de Tacrolimus en el control de la proteinuria del síndrome nefrotico corticorresistente. Material y Método: Se analizó el uso de Tacrolimus en el tratamiento del Síndrome Nefrótico Corticorresistente en una población pediátrica venezolana, en un estudio prospectivo, descriptivo y correlacional, que incluyó 14 pacientes desde Enero 2008 a Diciembre de 2010. Se les realizó biopsia renal percutánea y cumplieron el protocolo diseñado. Se administró dosis de Tacrolimus de 0.1-0.2 mg/Kg/d y dosis bajas de prednisona 5- 10 mgs interdiario durante 18 meses; con controles mensuales y se inspeccionó la aparición de efectos adversos. Se determinó la proteinuria, niveles hematológicos y proteicos, según. Resultados: Del total de pacientes estudiados el 57,14% correspondió al sexo masculino y 47,86% al femenino con una edad promedio de 10,07 años \pm 1,53; con reducción de los niveles de proteinuria (15,59mgs/hora/m2SC \pm 5,81), en forma estadísticamente significativa según los trimestres en estudio ($p < 0,05$). El 90% de los pacientes no presentó efectos adversos y ninguno mostró recaídas. Conclusiones: El Tacrolimus reduce proteinuria en pacientes con Síndrome Nefrótico corticorresistente con pocos efectos colaterales.

P011 SATISFACCIÓN EN LA MADRE, PADRE, REPRESENTANTE O RESPONSABLE QUE ACUDE A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA. HCM. 2012.

Aponte Hidalgo, Ana María
Hospital Central De Maracay

El presente estudio tiene como objetivo establecer el nivel de satisfacción en la madre, padre, representan-

te o responsable, que acude a la Consulta Externa de Pediatría en el Hospital Central de Maracay, Estado Aragua. Se trata de una investigación transversal, no experimental, cuantitativa, descriptiva, con diseño de campo. La población correspondió a las personas que solicitaron el servicio en la consulta externa de Pediatría que funciona en el Hospital Central de Maracay para darle secuencia a los niños que previamente han estado hospitalizados en la institución. La muestra fue de carácter intencional conformada por 98 usuarios. Fue diseñado y aplicado un cuestionario de 47 ítems, a las unidades informantes o acompañantes de los pacientes que recibieron el servicio médico. Según los resultados obtenidos se logró establecer el perfil sociodemográfico, el cual quedó caracterizado así: madre, 18 a 30 años de edad, con estudios de educación secundaria, que asiste a la consulta por primera vez, procede de un barrio, quien se traslada en transporte público hasta el hospital y que además de ser referida, decide elegir la consulta de dicho hospital por ubicación geográfica. Se determinó que los usuarios que acuden a la Consulta Externa de Pediatría del Hospital Central de Maracay durante el periodo de tiempo febrero-marzo 2012 están satisfechos con el servicio recibido.

P017 PRESENTACIÓN ATÍPICA DE MONOCLUEOSIS INFECCIOSA EN PREESCOLAR A PRÓPOSITO DE UN CASO. HOSPITAL DR MIGUEL PÉREZ CARREÑO

González Terán, Yolimar Pastora; Vizcaya Peñaloza, Alirio Jose; Bustillo Albores, Neiangela Verónica; Castillo Lezama, Lissys Anabel
Hospital Dr. Miguel Perez Carreño

INTRODUCCION: La mononucleosis infecciosa por Epstein Barr clásicamente se caracteriza por presentar faringoamigdalitis, fiebre, linfocitosis, monocitosis, y trombocitopenia, pudiendo afectar múltiples órganos y sistemas, siendo infrecuente el compromiso renal. La glomerulonefritis postinfecciosa, se caracteriza por hematuria, oliguria, edema e hipertensión arterial, tradicionalmente conocido como síndrome nefrítico, típicamente causada por cepas nefritógenas del estreptococos β hemolítico del grupo A, y menos frecuentes por virus y hongos. (1) **CASO CLINICO:** Preescolar femenina de 4 años de edad consulta por fiebre 39 °C continua, aumento de volumen laterocervical bilateral, edema bpalpebral matutino que progresa durante el día a miembros superiores e inferiores, disminución del volumen urinario y orinas oscuras. Ingreso en regulares condiciones generales, cifras tensionales mayor al p95 para su edad, ojos edema bpalpebral, sialorrea, faringe congestiva, amígdalas hipertrófica e hiperemicas sin exudado,

adenopatías laterocervicales bilaterales, móviles no dolorosos, no adheridos a planos profundos, adheridos entre sí formando plastrón de 5 cms, hepatoesplenomegalia y oliguria (0.4 cc/kg/h). Laboratorio inicial leucocitosis (linfomonocitosis) y trombocitosis (2.000.0000), hiperamilasemia, transaminasas y fosfatasas alcalinas elevadas, hipoproteinemia, proteinuria (rango no nefrótico), CH50 bajo, ASTO negativo, cultivo de exudado faríngeo negativo. El cuadro remite con medidas de soporte de forma espontánea el diagnóstico de infección aguda por el EBV fue confirmado por pruebas serológicas (IgM positiva). **CONCLUSIÓN:** La glomerulonefritis postinfecciosa puede manifestarse después de múltiples infecciones y ante la ausencia de evidencia de infección estreptocócica debe pensarse en agentes etiológicos atípicos, entre ellos el virus de Epstein Barr. **PALABRAS CLAVES:** Virus Epstein Barr, síndrome nefrítico, edema

del sexo femenino y asociación entre hipercolesterolemia y elevación de colesterol-LDL en obesos de ambos sexos. **Palabras clave:** Síndrome metabólico, obesidad, IMC.

P029 SÍNDROME METABÓLICO EN NIÑOS DE AMBOS SEXOS DE 10-16 AÑOS CON SOBREPESO U OBESIDAD.

Chávez Hernández, Mervin Willians; Rodríguez Villalobos, Alberto Jose; Salazar Vallenilla, Rossana Carolina; Barrios Oliveros, Eduardo Jose

Hospital De Niños De Maracaibo

Objetivo: Caracterizar el Síndrome Metabólico (SM) en niños de ambos sexos de 10-16 años mediante variables como la medición antropométrica, presión arterial (PA), glicemia y perfil lipídico (PL), y comparar las variables por sexo. **Material y Método:** Se estudiaron 142 niños, 77 niñas y 65 niños, se midió índice de masa corporal (IMC), se establecieron dos grupos: niños obesos (n=16), y niñas obesas (n=25), se midió circunferencia abdominal (CA) $\geq p90$, PA $> p90$ para edad/sexo y $\geq PA$ 130/85mmHg, triglicéridos, colesterol total, colesterol-LDL $> p95$, colesterol-HDL 100mg/dl o diabetes. **Resultados:** Peso, talla e IMC, 70,42 \pm 17,72kg, 1,56 \pm 0,14m., y 28,62 \pm 3,01kg/m² en A y 66,94 \pm 9,86kg, 1,56 \pm 0,07m., y 27,28 \pm 2,86kg/m² en B, CA 92,65 \pm 9,18cm, y PA 112,12 \pm 15,59/75,43 \pm 6,57mmHg A, y B CA 88,8 \pm 10,23cm, y PA 106,96 \pm 13,87/69,36 \pm 8,17mmHg, CA elevada: 10 (62,5%) de A y 20(80%) de B, HTA: 3 de A (18,75%) y 2 de B (8%), dichos niños con CA $>$ del valor, 2 de B, y 1 de A, 12 niños: alteración del PL y ninguno de glicemia: 6 de A (35,7%) y 6 de B (24%), se asocio hipercolesterolemia en ambos grupos con aumento de colesterol-LDL. **Conclusiones:** Existe una relación inversa por sexo: IMC más elevado en obesos del sexo masculino y CA más elevada en obesos del sexo femenino, relación CA e HTA en proporción 2:1 a favor

TRABAJOS ACEPTADOS SIN DISCUSIÓN

MARTES 4 DE SEPTIEMBRE

- P031 SINDROME NEFRÓTICO ASOCIADO A HIV EN NIÑOS.
Arevalo, Nasly; Carvajal, Zulay; Correa, Magdalena; Raif, Nasre
Instituto Autonomo Hospital Universitario de Los Andes
- P033 DERRAME PERICARDICO SEVERO SECUNDARIO A HIPOTIROIDISMO EN UNA ESCOLAR DE 9 AÑOS. A PROPOSITO DE UN CASO.
Aguero, Sara Jose; Rojas Rumbos, Oleidy Carolina; Duran, Indira; Quintana, Yajaira
Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera
- P035 CUERPO EXTRAÑO EN VIA AEREA INFERIOR EN PEDIATRIA, A PROPOSITO DE UN CASO
Bauza Gomez, Dunia Del Valle (1); Garcia, Alexander Jose(2); Villarroel, Manuel(3); Macero, Carlos(3)
(1)Hospital Universitario Antonio Patricio Alcala; 2alexjg69@hotmail.com; 3mriveri@hotmail.com
- P037 ABSCESO HEPATICO SERIE DE CASOS EN 2 AÑOS.
Carias Dominguez, Ailim Margarita; Colina, Nina; Rodriguez, Miroslava
Hospital Militar Carlos Arvelo
- P039 ENFERMEDAD DE MOYAMOYA. PRESENTACIÓN DE CASO CLINICO.
Rodriguez, Morella; Moreno, Anadelis; Castro, Oswaldo; Mujica, Magyory - HUPAZ
- P041 HEPATITIS C EN NIÑOS TRATADOS EN LA CONSULTA DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA DEL IAHULA-MÉRIDA-VENEZUELA
Torres Chamorro, Ana Luisa (1); Correa, Magdalena1; Angulo, Francis (1); Angulo, Francis (1); Beltran, Jaqueline (2); Camacho, Nolis (2); Camacho, Nolis (2); Marquez, Anny (3); Marquez, Eduardo (3); Marquez, Eduardo (3); Trejo, Daniel (3)
(1)Hospital Universitario De Los Andes; (2)IAHULA; (3)ULA
- P043 UROCULTIVOS DE NIÑOS CON INFECCIÓN URINARIA. SERVICIO DE BACTERIOLOGÍA. HOSPITAL LOS SAMANES, JULIO-DICIEMBRE 2011.
Mier y Teran Sevilla, Dayana M.(1); Malave Velasco, Mayra Alejandra(1); Castellanos Espinoza, Brenda Karine (2); Hernandez, Elizabeth (1); Rodriguez, Elizabeth (3); Breamadrid, Alberto (1); Vasquez, Ysve1; Bastidas, Betsi (1)
(1) Hospital Los Samanes; (2)Maternidad Integral de Aragua; (3)Hospital Central de Maracay
- P045 POLIARTERITIS NODOSA. REVISIÓN DE LITERATURA A PROPOSITO DE UN CASO
Martinez Gonzalez, Mariantonieta - JM de los Rios
- P047 CRISIS EPILÉPTICA POR MENTOL, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO
Montaner Rodríguez, Jesús Daniel (1); Marcano Fernández, Jennifer Alejandra (1); Castro Figueroa, Gioconda Carolina(2)
(1)Complejo Universitario "Dr. Luis Razetti". Barcelona - Edo. Anzoátegui.; (2)Hospital de Niños "Dr. Rafael Tobías Guevara". Barcelona.
- P049 OPISTOTONOS COMO MANIFESTACIÓN NEUROLÓGICA INUSUAL DEL DENGUE SEVERO EN NIÑOS.
Goyo Rivas, Jose de Jesus
Instituto Auntonomo Hospital Universitario Los Andes
- P051 CARDIOMIOPATÍA DILATADA POR VIRUS SIN-CICIAL RESPIRATORIO. A PROPÓSITO DE UN CASO.
Mendes, Maria Fernanda; Henriquez, Rafael; Lovera, Virginia
Hospital General Del Este Dr. Domingo Luciani
- P053 NEUROINFECCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN LACTANTES Y PREESCOLARES. EMERGENCIA PEDIÁTRICA SAHCM. DICIEMBRE2011- FEBRERO 2012
Pineda Valderrama, Janeris Janiletti; Herrera Leonett, Edimar Del Valle; Molina Aponte, Lisbeth Carolina; Escorihuela Sevilla, Jhojanny Coromoto; Colmenares Caballero, Aura Mercedes
Hospital Central De Maracay
- P055 SECUENCIA EN EL MANEJO DE INFECCION URINARIA CON CEFALOSPORINA DE TERCERA GENERACIÓN EV-VO EN NIÑOS HOSPITALIZADOS

Petit De Molero, Nelly Del Carmen (1); Roman Valladares, Victor (2); Dominguez, Adelskis (2); Alvarez, Jessika (2); Perozo Leal, Maryan (2); Torres Morales, Ali (1)
(1)Hospital De Niños Maracaibo; (2)Hospital de Niños

P057 LARVA MIGRANS CUTANEA O DERMATITIS VERMINOSA REPTANTE A PROPOSITO DE UN CASO. HOSPITAL "Dr. JESUS EDUARDO ANGULO RIVAS". ANACO ESTADO ANZOATEGUI.
Rosa Guerra* Peditra Puericultor*
Guerra Teguedor, Rosa Virginia
Hospital Dr Jesus Angulo Rivas

P059 PARACOCCIDIOIDOMICOSIS DISEMINADA EN ESCOLAR A PROPÓSITO DE UN CASO
Villarroel Villarroel, Yulimel(1); Trujillo, Yngrid (2); Vancampenhoud, Marines (2)
(1) Hospital Domingo Luciani; (2) Dr. Domingo Luciani

P031 SINDROME NEFRÓTICO ASOCIADO A HIV EN NIÑOS.

Arevalo, Nasly; Carvajal, Zulay; Correa, Magdalena; Raif, Nasre

Instituto Autonomo Hospital Universitario de Los Andes

Desde mediados de los años 90 se han descrito enfermedades renales asociadas a virus de inmunodeficiencia humana (HIV), siendo el síndrome nefrótico la más frecuente. La proteinuria ha sido reportada como el primer signo de nefropatía asociada virus de inmunodeficiencia humana "HIVAN", en algunos casos la microalbuminuria, algunos pacientes no presentan edema. En estos pacientes se ha observado con la terapia antirretroviral altamente efectiva HAART, disminución de la proteinuria y mejoría clínica. Actualmente HIVAN se considera como una manifestación de SIDA aún en pacientes que desconocen el diagnóstico de HIV. Se describe el caso de una lactante mayor de 15 meses de edad, femenina, raza negra, quien debutó la enfermedad con síndrome nefrótico, encontrando proteinuria, hipoalbuminemia, hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia. Con mejoría clínica después de iniciada la terapia antirretroviral.

P033 DERRAME PERICARDICO SEVERO SECUNDARIO A HIPOTIROIDISMO EN UNA ESCOLAR DE 9 AÑOS. A PROPOSITO DE UN CASO.

Aguero, Sara Jose; Rojas Rumbos, Oleidy Carolina; Duran, Indira; Quintana, Yajaira Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera

Se presenta el caso de escolar femenina de 9 años de edad, quien presenta retraso del desarrollo psicomotor, actualmente con signos de retraso mental, con signos fenotípicos de trisomía 21, quien acude para evaluación cardiovascular preoperatoria para resolución de hernia umbilical donde se evidencia cardiomegalia importante en Radiología de tórax, por lo que realizan ecosonograma evidenciando derrame pericárdico severo por lo que es referido a este centro para su ingreso. Durante la hospitalización se evidencia importante macroglosia, posición sentada de preferencia y ruidos cardíacos rítmicos, bradicárdicos e hipofonéticos. Se realizó un electrocardiograma que reporto bradicardia y alargamiento del QT y PR. Se aprecia perfil tiroideo alterado; sugiriendo diagnóstico de hipotiroidismo, iniciando terapia con levotiroxina sódica mejorando progresivamente sin ameritar pericardiocentesis. Conclusión: Lo relevante de este caso es que el hipotiroidismo como causante de derrame pericárdico severo es una causa infrecuente, ya que en el hipotiroidismo se evidencian derrames pericárdicos leves y asintomáticos en la mayoría de los casos. Palabras clave: Derrame pericárdico, Hipotiroidismo, trisomía 21.

P035 CUERPO EXTRAÑO EN VIA AEREA INFERIOR EN PEDIATRIA, A PROPOSITO DE UN CASO

Bauza Gomez, Dunia Del Valle (1); Garcia, Alexander Jose(2); Villarroel, Manuel(3); Macero, Carlos(3)

(1)Hospital Universitario Antonio Patricio Alcalá; 2alexjg69@hotmail.com; 3mriveri@hotmail.com

RESUMEN La aspiración de un cuerpo extraño es una emergencia que en algunas ocasiones requiere inmediata intervención para la sustracción del mismo, aunque en algunos casos puede pasar inadvertida por escasa o nula presencia de síntomas,(1,4) conllevando a manifestaciones clínicas de infecciones respiratorias posteriores, más frecuente en niños menores de 5 años.(2) Los continuos perfeccionamientos técnicos tanto en broncoscopia flexible como rígida han logrado gran eficacia en la extracción de cuerpos extraños. Presentamos el caso de una preescolar de 5 años quien aspiró una "tachuela" mientras se encontraba jugando en su hogar, el cual se alojó en el árbol bronquial derecho; y fue extraído mediante broncoscopia rígida (storz).(1,2) **Palabras clave:** vía aérea, cuerpo extraño, broncoscopio rígido

P037 ABSCESO HEPATICO SERIE DE CASOS EN 2 AÑOS.

Carias Dominguez, Ailim Margarita; Colina, Nina; Rodriguez, Miroslava

Hospital Militar Carlos Arvelo

El absceso hepático, es una patología bien definida en la infancia que requiere un diagnóstico y manejo preciso, precoz y adecuado para evitar su morbimortalidad. El absceso hepático puede clasificarse en amebiano, piógeno, único o múltiple.(1)(2) Los patógenos encontrados son 80-85% aerobios y 15-20% anaerobios.(1)(2)(4) Las manifestaciones clínicas son inespecíficas. La ecografía es diagnóstica y la tomografía computarizada permite localizar los abscesos y su tamaño.(3-4-1). El tratamiento consiste en una combinación de antibióticos y drenaje percutáneo o quirúrgico. Procedimos a la revisión de las historias de los pacientes pediátricos hospitalizados con este diagnóstico desde enero 2010 a marzo 2012 encontrando clínica inespecífica, la ecografía abdominal confirmó el diagnóstico. El tratamiento se basó en antibioticoterapia y drenaje de los abscesos. La cirugía quedó reservada para complicaciones como la ruptura espontánea.

P039 ENFERMEDAD DE MOYAMOYA. PRESENTACIÓN DE CASO CLINICO.

Rodriguez, Morella; Moreno, Anadelis; Castro, Oswaldo; Mujica, Magyory -HUPAZ

La enfermedad de Moya Moya fue descrita por prime-

ra vez en 1957 en Japón, es una Arteriopatía obstructiva progresiva de la infancia que compromete las porciones proximales de las arterias carótidas internas con hipertrofia de los vasos colaterales; Susuki y Takaku en 1.969 denominaron a esta entidad clínica, humo de volcanes”, en japonés, moyamoya, debido a la apariencia que tienen las imágenes angiográficas. Prevalece en el este Asiático, (Japón), siendo poco frecuente en el resto del mundo. Su etiología es desconocida, pero existen estudios que han asociado su patogénesis a factores genéticos y ambientales. En niños y adolescentes se manifiesta generalmente como crisis isquémicas transitorias o infartos cerebrales, un 60% presenta convulsiones focales o generalizadas y en adultos es más frecuente la hemorragia cerebral. El diagnóstico se realiza con la Angiografía Digital Cerebral, la cirugía de revascularización logra reducir la incidencia de nuevos episodios isquémicos consiguiéndose un mejor pronóstico a largo plazo y una mejor calidad de vida. Presentamos el caso de un Adolescente de 15 años de edad, que presentó cefalea de fuerte intensidad, episodios isquémicos cerebrales transitorios, Hemiparesia Fascio-Braqui-Crural izquierda directa armónica y tras realización de angiografía cerebral se diagnosticó la Enfermedad de Moya Moya. Palabras Claves: Enfermedad de Moya Moya, convulsiones, isquemia cerebral, Angiografía cerebral.

P041 HEPATITIS C EN NIÑOS TRATADOS EN LA CONSULTA DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA DEL IAHULA-MÉRIDA-VENEZUELA

Torres Chamorro, Ana Luisa (1); Correa, Magdalena1; Angulo, Francis (1); Angulo, Francis (1); Beltran, Jaqueline (2); Camacho, Nolis (2); Camacho, Nolis (2); Marquez, Anny (3); Marquez, Eduardo (3); Marquez, Eduardo (3); Trejo, Daniel (3) (1)Hospital Universitario De Los Andes; (2)IAHULA; (3)ULA

RESUMEN INTRODUCCIÓN La OMS estima que 170 millones de personas están crónicamente infectados por el virus de hepatitis C. Una pequeña proporción de pacientes infectados por el VHC son niños, y en ellos, la presencia de manifestaciones clínicas es muy pobre. **MATERIAL Y MÉTODOS:** El estudio es de tipo observacional, mediante el seguimiento de los 5 pacientes que fueron diagnosticados, evaluados y tratados por hepatitis C en la consulta de Infectología Pediátrica del IAHULA desde el año 2009 hasta la actualidad. **RESULTADOS:** 3 (60%) son varones y 2 (40%) niñas. Edad media para todo el grupo es de 8,2 años. El mecanismo de transmisión de la infección fue 100% post transfusional. La patología de base de los pacientes con infección por VHC son: 4 niños (80%) portadores de tumor sólido y un

paciente (20%) presentó absceso hepático que ameritó ser transfundido en el postoperatorio. El genotipo de estos pacientes fue 2 genotipo 1b y otro pacientes 1a. El promedio de la carga viral pretratamiento fue 4268244 y post tratamiento de 64438. La hematología completa y las transaminasas no mostraron diferencias estadísticamente significativas antes y después del tratamiento. **DISCUSIÓN:** A pesar de las estrategias para prevenir las infecciones por VHC por hemoderivados este es el mecanismo de transmisión del 100% de los pacientes. Es generalmente asintomática con transaminasas cerca de lo normal. El genotipos 1 es el responsable del 60% de las infecciones y es conocido que este tiene pobre respuesta al tratamiento como lo observado en el estudio.

P043 UROCULTIVOS DE NIÑOS CON INFECCIÓN URINARIA. SERVICIO DE BACTERIOLOGÍA. HOSPITAL LOS SAMANES, JULIO-DICIEMBRE 2011.

Mier y Teran Sevilla, Dayana M. (1); Malave Velasco, Mayra Alejandra (1); Castellanos Espinoza, Brenda Karine (2); Hernandez, Elizabeth (1); Rodriguez, Elizabeth (3); Breamadrid, Alberto (1); Vasquez, Ysvel; Bastidas, Betsi (1)

(1) Hospital Los Samanes; (2)Maternidad Integral de Aragua; (3)Hospital Central de Maracay

Introducción: El urocultivo es un examen bacteriológico que se utiliza para diagnosticar una infección urinaria e identificar el agente patógeno responsable. La infección urinaria es una enfermedad bacteriana relativamente común en niños. **Objetivo:** Describir los urocultivos de niños con infección urinaria. **Servicio de Bacteriología. Hospital Los Samanes, Julio-Diciembre 2011. Método:** investigación documental, de nivel descriptivo, de corte transversal y retrospectivo, universo total de 551 urocultivos realizados, quienes cumplieron los criterios de inclusión. Se aplicó el instrumento de recolección de datos los cuales se procesaron a través de análisis descriptivo. **Resultados:** Se observa que en 347 urocultivo no hubo crecimiento bacteriano y 104 resultaron positivos, Se observa que la Infección urinaria es más frecuente entre lactantes y preescolares siendo el sexo femenino el más común en preescolares y el masculino en recién nacidos y lactantes, en la mayoría de las edades predominó la Escherichia coli como bacteria productora de infección urinaria, con sensibilidad a Nitrofurantoina, Ceftazidima, Ampicilina/Sulbactam, Cefotaxime y Cefitibuten **Conclusión:** Escherichia coli sigue siendo la bacteria principal y aún es sensible a Nitrofurantoina y Ampicilina /Sulbactam en una gran mayoría. **Palabras Clave:** Infeccion urinaria, urocultivos, bacterias, antibióticos.

P045 POLIARTERITIS NODOSA. REVISIÓN DE LITERATURA A PROPOSITO DE UN CASO**Martínez González, Maríantonietta -JM de los ríos**

La Poliarteritis Nodosa (PAN) es una enfermedad con poca incidencia en la edad pediátrica, que se caracteriza por inflamación y necrosis segmentaria de arterias de pequeño y mediano calibre. La etiología es desconocida e incluso no contamos con criterios diagnósticos establecidos para la población pediátrica, lo que nos obliga a apoyarnos en un alto grado de sospecha basado en las manifestaciones clínicas y una biopsia mostrando vasculitis o una angiografía donde se evidencie aneurisma. Es fácilmente confundible con otro tipo de vasculitis, por ello el diagnóstico y tratamiento son difíciles, por ende, su pronóstico es casi siempre desfavorable. En este artículo se busca realizar una revisión bibliográfica de la patología a propósito de un caso clínico de paciente atendido en Hospital de Niños "J.M de los Ríos" en el año 2011 En quien se observan alteraciones que cumplen varios criterios diagnósticos de PAN pero cuya evolución fue poco común. **Palabras clave:** Poliarteritis nodosa, pediatría, clínica, diagnóstico.

P047 CRISIS EPILÉPTICA POR MENTOL, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO**Montaner Rodríguez, Jesús Daniel (1); Marcano Fernández, Jennifer Alejandra (1); Castro Figueroa, Gioconda Carolina (2)****(1) Complejo Universitario "Dr. Luis Razetti". Barcelona - Edo. Anzoátegui.; (2) Hospital de Niños "Dr. Rafael Tobías Guevara". Barcelona.**

La ingestión accidental de preparaciones que contienen alcanfor y mentol ha provocado intoxicación, incluye síntomas como náusea, cefalea, delirio, convulsiones, depresión del SNC y coma. Una crisis epiléptica por mentol es rara en nuestro medio. Fisiopatológicamente tiene efectos sobre los receptores del ácido γ -amino butírico (GABA), promueve una potenciación de la excitabilidad mediada por receptores NMDA y una disminución de la transmisión inhibitoria de los receptores GABA_A. El desajuste o fallo en la transmisión gabérgica genera hiperexcitabilidad, y a su vez, desencadena el fenómeno epileptógeno. Presentamos caso clínico de lactante menor femenina de 15 meses, sin antecedentes neurológicos, quien posterior a ingesta accidental de gel de mentol, presenta movimientos tónicos generalizados con retroversión ocular, sin relajación de esfínter, que cede espontáneamente, con periodo postictal de 3 horas aproximadamente. Se realiza lavado gástrico e ingresa recibiendo fenitoína. Evaluada por Neuropediatra quien efectúa electroencefalograma, dentro de lo normal. Evolución clínica sin complicaciones.

P049 OPISTOTONOS COMO MANIFESTACIÓN NEUROLÓGICA INUSUAL DEL DENGUE SEVERO EN NIÑOS.**Goyo Rivas, Jose de Jesús****Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes**

El Dengue severo es un importante problema de salud pública en Venezuela. Recientemente se ha descrito aumento en el número de reportes de esta enfermedad con manifestaciones neurológicas, que aumentan la morbimortalidad. La frecuencia con la cual el sistema nervioso central es afectado por esta infección viral es aún desconocida, aunque casos aislados con manifestaciones neurológicas se han reportado en Asia y Suramérica. El éxito del tratamiento depende del reconocimiento temprano de la enfermedad y del cuidadoso monitoreo del desarrollo del shock. Este estudio informa el caso de un lactante masculino de 4 meses de edad, con fiebre, vómitos, rigidez de nuca y opistótonos. El líquido cefalorraquídeo que se realizó resulto normal con tomografía y resonancia magnética cerebral normal y en su evolución se evidencia exantema y trombocitopenia. Las pruebas para detectar anticuerpos IgM anti-dengue (Microelisa, SUMA-UM-ELISA) resultaron positivas tanto en suero como en líquido cefalorraquídeo. Se ha informado la presencia de antígenos del virus Dengue en cerebros, y anticuerpos IgM contra el virus Dengue tanto en sangre como en líquido cefalorraquídeo y se proponen tres mecanismos para explicar la afectación del sistema nervioso central: Una encefalopatía inespecífica, una encefalopatía aguda y una encefalopatía post-infecciosa. Antes de concluir que el desarrollo de estos hallazgos son manifestaciones inusuales de la infección por virus Dengue, se debe investigar si existe "infección dual" o "co-infección". El mecanismo inmunológico involucrado, puede ser parte de la respuesta fisiológica a la infección viral. Este es el primer reporte documentado de opistótonos asociado a virus Dengue.

P051 CARDIOMIOPATÍA DILATADA POR VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**Mendes, María Fernanda; Henríquez, Rafael; Lovera, Virginia****Hospital General Del Este Dr. Domingo Luciani**

RESUMEN: La cardiomiopatía dilatada es la más común cardiomiopatía a nivel mundial y en la edad pediátrica, la incidencia anual es de 4 a 8 casos por 100.000 habitantes en la población de Estados Unidos y de Europa. La causa viral de esta enfermedad parece cambiar cada década (coxsackie en los años 80, adenovirus en los 90 y parvovirus B19 desde el

año 2000). El virus sincitial respiratorio (VSR) es la causa viral más común de infección respiratoria baja en niños y provoca alrededor de 600.000 muertes cada año. La etiología y los mecanismos patogénicos son desconocidos en alrededor de la mitad de los casos de miocardiopatía. Nuestro caso se trata de lactante femenino de 2 meses de edad quien ingresa con diagnóstico de neumonía izquierda y presenta complicación con miocardiopatía dilatada por virus sincitial respiratorio.

P053 NEUROINFECCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN LACTANTES Y PREESCOLARES. EMERGENCIA PEDIÁTRICA SAHCM. DICIEMBRE 2011-FEBRERO 2012

Pineda Valderrama, Janeris Janiletti; Herrera Leonett, Edimar Del Valle; Molina Aponte, Lisbeth Carolina; Escorihuela Sevilla, Jhojanny Coromoto; Colmenares Caballero, Aura Mercedes Hospital Central de Maracay

Introducción: La meningitis es la inflamación de las leptomeninges, se identifica por alteraciones bioquímicas y celulares del líquido cefalorraquídeo, el diagnóstico definitivo estará orientado hacia la confirmación y aislamiento del germen causante de la misma, así mismo el objetivo principal del pediatra ante un niño con meningitis es diferenciar si esta puede ser bacteriana o aséptica. **Objetivo:** Determinar las características del líquido cefalorraquídeo en lactantes y preescolares con diagnóstico de neuroinfección hospitalizados en la Emergencia Pediátrica del Hospital Central de Maracay Diciembre 2011- Febrero 2012. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, epidemiológico, cuya muestra estuvo conformada por 28 lactantes y preescolares. Los datos se obtuvieron de la revisión de historias clínicas, los cuales se analizaron con el programa estadístico excel **Resultados:** 50% de la muestra corresponden a lactantes menores, el género más frecuente fue el masculino. El aspecto predominante del líquido cefalorraquídeo fue claro con 60,71%, los valores de glucorraquia fue mayor de 40 mg/dl en un 78,57%, y la cifra de proteinorraquia más frecuente fue de 1- 40 mg/dl con 53,57%. Del estudio bacteriológico en 82,14% de los gran realizados no se observaron bacterias y solo un cultivo bacteriológico resulto positivo para *Streptococcus pneumoniae*. **Conclusiones:** Los primeros años de vida son aquellos en los que ocurren la mayoría de los casos de meningitis, pero la gravedad de la evolución clínica depende principalmente del agente etiológico, mostrándose en este estudio las dificultades que involucra la identificación de la etiología de las meningitis.

P055 SECUENCIA EN EL MANEJO DE INFECCIÓN URINARIA CON CEFALOSPORINA DE TERCERA GENERACIÓN EV-VO EN NIÑOS HOSPITALIZADOS

Petit De Molero, Nelly Del Carmen (1); Román Valladares, Victor (2); Domínguez, Adelskis (2); Álvarez, Jessika (2); Perozo Leal, Maryan (2); Torres Morales, Ali (2)

(1) Hospital de Niños Maracaibo; (2) Hospital de Niños

Objetivo: Evaluar la Secuencia de las Cefalosporinas de tercera Generación (C3G) EV-VO en el manejo de niños hospitalizados con ITU **Material y Método:** Estudio prospectivo, abierto, y aleatorio, realizado en el Hospital de Niños de Maracaibo, entre Julio 2009 a Enero 2011, en 98 niños hospitalizados, con diagnóstico de ITU y manejados con Cefotaxima como monoterapia EV a razón de 100 mg/kg/día cada 8 horas y secuencialmente Cefixime a razón de 8 mg/kg/pOD 48 o 72 horas después. El examen de orina orientó al diagnóstico de infección urinaria, y el Urocultivo, sugirió la presencia de ITU con descarte de alteraciones urodinámicas. La Secuencia se cumplió a las 48 o 72 horas después de iniciada la vía EV. El egreso se llevó a cabo 24 o 48 horas después de realizarse el Switch, Se tomó en cuenta los criterios de curación, fracaso o recurrencia. Se aplicó el análisis porcentual y la T de Student para la significancia estadística y los resultados se plasmaron en gráficos. Se plantean conclusiones y recomendaciones. **Resultado:** El sexo femenino fue el más afectado 67 (69%), (60%) eran lactantes seguido de los preescolares 33 (34%). 32 de los niños (33%) eran recurrentes y en el resto 66 (67%) se trató de una primoinfección. En 57 (58%) ITUnc y en 41 (42%) ITUc. La muestra de orina fue recolectada en forma individual para cada niño: 32 con bolsa, 37 cateterización transuretral, 5 por punción suprapúbica y en 24 del chorro medio. El germen con mayor frecuencia encontrado fue *E. Coli* en 85 de los casos (87%); La secuencia Cefotaxima Vs Cefixime se realizó a las 48 en 32 (33%) de los niños y a las 72 horas después de iniciada la vía EV en 64 de los casos (64%) mostrando efectividad clínica. **Discusión:** El urocultivo continúa siendo la pauta para diagnosticar las ITU y seguimiento en los casos de recurrencias. Las alteraciones estructurales de tipo uropatías obstructivas, RVU e hidronefrosis fueron causa importante de recurrencia en estos niños; Se demostró que una vez que el niño alcance el punto de estabilidad clínica puede ser manejado ambulatoriamente completando el tratamiento por vía oral. **Conclusión:** La terapia secuencial con C3G EV y Cefixime VO en niños hospitalizados con ITU es eficaz y segura para el manejo de estos pacientes aun en aquellos casos

complicados. **Recomendaciones:** Utilizar la Terapia Secuencial en aquellos casos que responden precozmente al tratamiento EV. **Palabras Clave:** Terapia Secuencial. ITU. Cefalosporinas de tercera Generación EV-VO. Niños

P057 LARVA MIGRANS CUTANEA O DERMATITIS VERMINOSA REPTANTE A PROPOSITO DE UN CASO. HOSPITAL “Dr. JESUS EDUARDO ANGULO RIVAS”. ANACO ESTADO ANZOATEGUI. Rosa Guerra* Pediatra Puericultor*

Guerra Teguedor, Rosa Virginia

Hospital Dr. Jesús Angulo Rivas

Larva Migrans Cutanea o Dermatitis Verminosa Reptante a Propósito De Un Caso. Hospital “Dr. Jesús Eduardo Angulo Rivas”. Anaco Estado Anzoátegui. Rosa Guerra* Pediatra Puericultor*

RESUMEN La dermatitis verminosa reptante se describió por primera vez en 1874. Es la dermatosis de adquisición tropical más frecuente. Las lesiones resultan de la infestación y migración cutánea de larvas de tercer estadio de la uncinaria de gatos y perros por el parásito *Ancylostoma braziliense*. Los gusanos adultos viven y se multiplican en el intestino del animal y se excretan por las heces. Los humanos se infectan al caminar descalzos o recostarse en arenas sombreadas de playas o sótanos. La línea serpiginosa señala el paso clásico de las larvas, y siempre que exista el antecedente de exposición puede integrarse el diagnóstico. Las complicaciones más frecuentes son impétigo, reacciones alérgicas locales o generales y puede producirse un Síndrome de Löffler, caracterizado por infiltrados pulmonares transitorios con eosinofilia periférica. El tiabendazol tópico, albendazol e ivermectina administrados por vía oral son tratamientos efectivos. Se describe caso clínico de niño que presentó clínica característica de larva migrans cutánea, complicada con Impétigo de las lesiones que remitió con tratamiento específico. **Palabras clave:** larva migrans cutánea, cuadro clínico, complicaciones, impétigo, *Ancylostoma braziliense*.

P059 PARACOCCIDIOIDOMICOSIS DISEMINADA EN ESCOLAR A PROPÓSITO DE UN CASO

Villarroel Villarroel, Yulimel(1); Trujillo, Yngrid (2); Vancampenhoud, Marines (2)

(1) Hospital Domingo Luciani; (2) Dr. Domingo Luciani

La paracoccidiodomicosis (PCM) es una micosis sistémica endémica de regiones tropicales y subtropicales de América Latina causada por el *Paracoccidioides brasiliensis*. Se presenta el caso de escolar masculino, de 9 años de edad, quien consulta por dolor abdominal de 8 días de evolución, evacua-

ción semilíquida y fiebre en 39°C, mejorando a las 72 horas. Seis días después reaparece la fiebre, reconsulta, se realizan paraclínicos reportando leucocitosis con neutrofilia, eosinofilia marcada y proteína c reactiva elevada, indicándosele tratamiento sintomático. Persiste febril, decidiéndose su ingreso. Al examen físico, presenta adenopatías cervicales posteriores, no dolorosas y móviles, resto sin alteraciones. Se realizan estudios complementarios como biopsia y aspirado de médula ósea no concluyentes, practicándosele biopsia de adenopatía cervical, observando Blastoconidias anisométricas sugestivas de *Paracoccidioides brasiliensis* confirmándose el diagnóstico con serología. Se indicó Itraconazol vía oral 100mgs orden diaria por 6 meses. Dos años después presenta fiebre, astenia, hiporexia, con hipereosinofilia marcada y serología positiva (paracoccidioidina), así como hallazgos tomográficos compatibles con paracoccidiodomicosis diseminada. Esta es una patología de muy baja incidencia en edad escolar, más aun en un niño sin antecedentes epidemiológicos. Llama la atención la recaída 2 años luego del diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados.

TRABAJOS ACEPTADOS CON DISCUSIÓN

MARTES 4 DE SEPTIEMBRE

- P032 MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS EN LA ETAPA NEONATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO
Moreno Freytez, Anadelis Verónica; Girard, Yubisay; Castro, Oswaldo; Mujica, Magyory
HUPAZ
Andes; (2) Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes
- P034 FIEBRE PROLONGADA ASOCIADA A RICKETTSIOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO
Koch Villegas, Katherine Joseline (1); Ruiz, Aymara (2); Duarte, Jhosnyver (2); Navas, Rafael (2) (1) IVSS J.M. Carabaño Tosta; (2) Hospital Central de Maracay
- P036 SINDROME DE RAMSAY - HUNT. A PROPOSITO DE UN CASO
Romero Orta, Alida Carolina(1); Quines Hernández, María Carolina (2); Bejarano Castañeda, Jeniree Carolina (1); Fajardo Hernández, Roberto José (2) (1) Hospital de Niños "Dr. Jorge Lizarraga" CHET, Valencia, Carabobo; (2) Hospital de Niños "Dr. Jorge Lizarraga" CHET, Valencia, Carabobo
- P038 TROMBOSIS VENOSAS CEREBRALES EN LA EDAD PEDIÁTRICA
Moreno Freytez, Anadelis Verónica; Rodríguez, Morella; Girard, Yubisay; Castro, Oswaldo; Mujica, Magyory; Méndez, Luis
HUPAZ
- P040 NIVELES DE IGG E IGM PARA VIRUS SINCI-TIAL RESPIRATORIO EN LACTANTES, POSTERIOR A LA ADMINISTRACION DE PALIVIZUMAB. IVSS DR. "EMILIANO AZCUNES" 2010-2011.
Liceaga Cadenas, Danielle Marie (1); Henríquez Goyo, María Del Carmen (2); González Urdaneta, Madeleine Cristina (2); Guevara Torrealba, Manuel Alejandro (2); Latouche, Gina (3); Meza Benítez, Jesús Eduardo (4) (1)CHET; (2) Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera; (3)IVSS. Dr. Emiliano Azcunes; (4)Hospital de Niños Dr. Jorge Lizarra Valencia
- P042 MIGRAÑA HEMIPLÉJICA FAMILIAR.
Meneses Jacome, Claudia (1); Lacruz Rengel, María Angelina (1); Da Silva, Gloria (1); Cammarata-Scalisi, Francisco (2) (1) Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los
- P044 DE GUILLIAN-BARRÉ A TUMOR MEDULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO
Pino Fermín, Roseylin Carolina; Sánchez López, Elearé Yubiry; Tineo Brito, Emma Josefina; Aguiar, Flor
Hospital Universitario Luis Razetti
- P046 DIABETES NEONATAL ASOCIADO A UNA HIPERTRIGLICERIDEMIA FAMILIAR EN UNA LACTANTE MENOR FEMENINA DE 4 MESES. A PROPÓSITO DE UN CASO.
Barrios Guevara, Adriana Lisbeth; Pumar Corona, Karla Elena; Lugo Graterol, María Elena; Duran, Indira
Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera
- P048 MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN UN CASO DE FIEBRE REUMÁTICA
Lapelosa, Rosana; Ghezzi, María Helena; González, Yoryina; González, Jose Vicente
Hospital General Dr. Jesús Yerena
- P050 PARASITISMO EN NIÑOS DE 0 - 12 AÑOS. SECTOR VIENTO FRESCO. ANACO ESTADO ANZOATEGUI, 2011 - 2012.
Guerra Teguedor, Rosa Virginia
Hospital Dr. Jesús Angulo Rivas
- P052 "AUTOPSIA VERBAL": ¿POR QUÉ Y CÓMO MUEREN LOS PACIENTES CON DENGUE?
Goyo Rivas, José de Jesús
Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Universidad de los Andes
- P054 BABESIOSIS. DESCRIPCIÓN DE UN CASO EN PEDIATRÍA Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.
Minghetti, Pedro; Vielma, Reina; Rueda, Ana; Sevilla, Simón
Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde
- P056 ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN MENORES DE 12 AÑOS: CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA
Vilera Rivas, Raymar Elizabeth (1); Lovera, Virginia (2); Vancampenhoud, Marines (1)

(1) Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani;
(2) Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani

P058 NEUROMIELITIS ÓPTICA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.
Guigñan, Cindy; Hernández, Crisne (1); Landaeta, Angélica; Gavorskis, Carolina
Hospital Central De Maracay

P032 MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS EN LA ETAPA NEONATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Moreno Freytez, Anadelis Verónica; Girard, Yubisay; Castro, Oswaldo; Mujica, Magyory HUPAZ

Introducción. Las Malformaciones arteriovenosas cerebrales (MAV) son la causa más frecuente de Malformaciones vasculares. Se trata de un trastorno de los vasos sanguíneos del cerebro, en los cuales existe una conexión anormal entre las arterias y las venas sin la presencia de capilares o parénquima cerebral de naturaleza congénita. Clínicamente se manifiestan con síntomas como cefalea, crisis parciales o generalizadas, signos neurológicos focales como son los trastornos visuales, los deficitarios motores y sensitivos, aunque en muchas ocasiones se mantienen asintomáticas. La Hemorragia intracraneal es el síntoma más común, afectando aproximadamente a la mitad de personas con malformaciones arteriovenosas. Caso clínico. Neonato de 23 días de vida con clínica de sepsis neonatal, ictericia, dificultad respiratoria e hipoactividad, a quien se le solicitó evaluación por Neuropediatría por ser considerado como alto riesgo neurológico, encontrándose al examen físico fascie algica, dolor a la movilización de la cabeza y respuesta lenta en los reflejos primitivos, por lo que se solicita TC donde se observó hematoma subdural-parieto-temporal derecho con efecto de masa, ameritando intervención quirúrgica donde reportaron como probable etiología una MAV, por lo que se solicitaron otros estudios que confirmaron el diagnóstico. Conclusiones. La hemorragia espontánea constituye el inicio más frecuente de las MAV, pero a veces existen manifestaciones previas que constituyen un reto diagnóstico y que debería resultar el objetivo de futuras investigaciones, pues evitar la HI significaría reducir drásticamente la morbimortalidad de las MAV. **Palabras claves:** Arteriografía. Hemorragia intracraneal. Malformaciones arteriovenosas. Malformaciones vasculares. Neuroimágenes. Radiocirugía.

P034 FIEBRE PROLONGADA ASOCIADA A RICKETTSIOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Koch Villegas, Katherine Joseline (1); Ruiz, Aymara (2); Duarte, Jhosnyver (2); Navas, Rafael (2) (1) IVSS J.M. Carabaño Tosta; (2) Hospital Central de Maracay

La Fiebre prolongada es la manifestación clínica más frecuente de la infección por Rickettsia (24%), siendo esta una enfermedad de distribución mundial y de difícil diagnóstico, asociada a alta mortalidad (30-35%) en pacientes no tratados. En Venezuela no se reportó infección por Rickettsia durante los años 2010

y 2011. Se describe caso de escolar masculino de 9 años de edad quien presentó Fiebre de las Montañas rocosas con fiebre prolongada como principal signo clínico.

P036 SINDROME DE RAMSAY - HUNT. A PROPOSITO DE UN CASO

Romero Orta, Alida Carolina(1); Quines Hernández, María Carolina (2); Bejarano Castañeda, Jeniree Carolina (1); Fajardo Hernández, Roberto José (2)

(1) Hospital de Niños "Dr. Jorge Lizarraga" CHET, Valencia, Carabobo; (2) Hospital de Niños "Dr. Jorge Lizarraga" CHET, Valencia, Carabobo

Introducción: El síndrome de Ramsay-Hunt (SHR) se produce por la reactivación del virus de la Varicela Zoster (VVZ) en el ganglio geniculado, originando erupción vesicular en el pabellón auricular o cavidad oral con afectación cocleo-vestibular ipsilateral, ganglionitis y de pares craneales V, VII y VIII. Representa la segunda causa de parálisis facial periférica atraumática. **Caso clínico:** Se trata de adolescente masculino de 13 años sin antecedentes previos relevantes, quien presentó erupción herpética en el pabellón auricular derecho acompañada de otalgia y parálisis facial periférica. Lab: GB: 5.900 x mm³, Neut: 81,9%, PCR: 0,80 mg/dl, Múltiplex III de LCR: Enterovirus. Fue tratado con aciclovir y corticoesteroides, evolucionando satisfactoriamente. **Discusión:** El diagnóstico clínico se basa en demostrar la existencia de las vesículas en el área descrita, la presencia de síntomas cocleovestibulares y la parálisis facial. **Conclusión:** El síndrome de Ramsay-Hunt es una entidad poco frecuente en pediatría, el diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas y su evolución resulta favorable si se cumple el tratamiento a tiempo. **Palabras clave:** Síndrome de Ramsay-Hunt, parálisis facial, virus varicela zoster, ganglio geniculado

P038 TROMBOSIS VENOSAS CEREBRALES EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Moreno Freytez, Anadelis Verónica; Rodríguez, Morella; Girard, Yubisay; Castro, Oswaldo; Mujica, Magyory; Méndez, Luis HUPAZ

Introducción. Desde su primera descripción a mediados del siglo XIX, mucho se ha avanzado en el conocimiento de esta entidad, que constituye una reconocida, aunque desestimada, causa de ictus en la infancia. **Objetivo.** Analizar la presentación clínica, factores de riesgo, evolución y tratamiento de una población de niños con trombosis venosa cerebral. **Pacientes y métodos.** Se llevó a cabo un estudio des-

criptivo, prospectivo y longitudinal, de niños entre 0 y 17 años con trombosis venosa cerebral, en un período de enero 2010 a enero 2012. Resultados. Se identificaron 11 casos, de los cuales el 100% fueron varones. Siete pacientes comenzaron con convulsiones y dos con síndrome de hipertensión endocraneal. Se identificaron 8 pacientes con procesos infecciosos, dos neonatos con traumatismo obstétrico, todos con más de un factor de riesgo y uno sin marcadores de riesgo. Se sospechó del diagnóstico por TC en 7 pacientes (el 64% de los casos), por lo que se les solicitó RMC con secuencia en fase venosa para su confirmación diagnóstica; por angiorresonancia en dos pacientes (18%) y por angiografía convencional los dos restantes (18%). El sistema venoso superficial se vio afectado en 10 pacientes (91%), el profundo en uno (9%), ningún paciente presentó afección de ambos sistemas venosos. Dentro del sistema venoso superficial, el seno más frecuentemente comprometido fue el seno transversal en 7 casos (64%) seguido del sigmoides en otros cuatro (36%) y longitudinal superior en dos (18%). Se inició anticoagulación en 3 niños y no se trataron los restantes. Conclusiones. Las trombosis venosas cerebrales son una causa importante de ictus en la infancia. La sospecha clínica debe ser elevada ante todo paciente con clínica de hipertensión endocraneal o convulsiones en presencia de factores de riesgo conocidos. Palabras clave: trombosis venosa cerebral, edad pediátrica, ictus, hipertensión endocraneal.

P040 NIVELES DE IGG E IGM PARA VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO EN LACTANTES, POSTERIOR A LA ADMINISTRACION DE PALIVIZUMAB. IVSS DR. "EMILIANO AZCUNES" 2010-2011.

Liceaga Cadenas, Danielle Marie (1); Henríquez Goyo, María Del Carmen (2); González Urdaneta, Madeleine Cristina (2); Guevara Torrealba, Manuel Alejandro (2); Latouche, Gina (3); Meza Benítez, Jesús Eduardo (4)

(1)CHET; (2) Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera; (3) IVSS. Dr. Emiliano Azcunes; (4) Hospital de Niños Dr. Jorge Lizarra Valencia

Las Infecciones Respiratorias representan en pediatría un problema de salud pública, siendo el Virus Sincicial Respiratorio la causa principal de bronquiolitis en niños menores de un año. **Objetivo:** Comparar los niveles de IgG e IgM para Virus Sincicial Respiratorio entre lactantes posterior a la administración completa de anticuerpos monoclonales (Palivizumab) y lactantes que no culminaron dicho esquema. **Materiales y Métodos:** se realizó un estudio observacional-analítico de casos y con-

troles. La muestra estuvo conformada por un grupo de caso de 39 pacientes que recibieron el esquema completo, y un grupo control de 37 pacientes que no lo completaron. La recolección de datos se realizó mediante una ficha de registro y muestras serológicas, que fueron analizadas por el método de ELISA, representándose los resultados en frecuencias absolutas y relativas, prueba de Chi cuadrado y coeficiente V de Cramer. **Resultados:** El 46,05% tuvo una edad comprendida entre 5 y 8 meses. El sexo masculino predominó en 56,58%. El 52,63% pertenecían al GRAFFAR grado IV. La prematuridad como criterio de inclusión representó el 59,21%. Respecto a los niveles de IgG hubo predominancia de resultados negativos en un 98,68%, mientras que en la IgM, el resultado negativo fue 89,47%. Finalmente la sintomatología relevante fue rinorrea, tos y fiebre en un 86.84%, 82.89% y 43.42%, respectivamente. **Conclusión:** Debe aplicarse la inmunización con Palivizumab en niños con patologías de base que así lo ameritan, ya que el lactante no desarrolla una inmunidad humoral suficiente para proporcionarle una protección capaz de evitar infecciones recurrentes y disminuir las tasas de hospitalización. **Palabras Clave:** Virus Sincicial Respiratorio, Anticuerpos monoclonales, Niveles de IgG e IgM, Bronquiolitis.

P042 MIGRAÑA HEMIPLEJICA FAMILIAR.

Meneses Jacome, Claudia (1); Lacruz Rengel, María Angelina (1); Da Silva, Gloria (1); Cammarata-Scalisi, Francisco (2)

(1) Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes; (2) Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes

RESUMEN: Las cefaleas constituyen una causa frecuente de consulta en Pediatría, siendo la migraña el tipo más frecuente de las cefaleas primarias en la infancia. La asociación entre cefalea y hemiplejía aguda en la infancia pudiera corresponder a múltiples etiologías debiéndose considerar las de carácter hereditario. La migraña hemipléjica familiar (MHF) se caracteriza por la presencia de crisis migrañosas con trastornos motores deficitarios transitorios, afasia o alteraciones sensitivas o sensoriales. Describimos el caso de una adolescente de 12 años, con antecedentes familiares de migraña, historia de cefalea migrañosa de un año de evolución, que cumple con los criterios establecidos por la International Headache Society de MHF. El examen neurológico y los paraclínicos complementarios fueron normales. Se realizó tratamiento con flunarizina e ibuprofeno con buena evolución. **Palabras clave:** migraña hemipléjica familiar, clínica, tratamiento.

P044 DE GUILLIAN-BARRÉ A TUMOR MEDULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Pino Fermín, Roseylin Carolina; Sánchez López, Elearé Yubiry; Tineo Brito, Emma Josefina; Aguiar, Flor

Hospital Universitario Luis Razetti

En pediatría, los tumores medulares constituyen 20% de los tumores del neuroeje siendo los intramedulares de crecimiento lento por infiltración, generalmente en región cervical; el más frecuente es el astrocitoma seguido por el ependimoma. Suelen asociarse a trastornos de la marcha, esfinteriano, escoliosis y dolor. Presentamos el caso de paciente femenina de 3 años con antecedente de Síndrome de Guillian-Barré en Noviembre-2011, con electromiografía que reportó Polineuropatía Axonal Desmielinizante, recibiendo inmunoglobulina y metilprednisolona egresando por mejoría con rehabilitación física; en Febrero-2012 reingresa con Dx de Síndrome Sensitivo Motor Espinal, con nivel sensitivo en T8; RMN con hidrocefalia grado II-III/IV comunicante, siringomielia y siringobulbia y masa solida con componente quístico intramedular de T3-T9. Establecer diagnóstico precoz facilita su tratamiento quirúrgico y potenciales complicaciones. Por tanto, pacientes con afectación del raquis deben ser estudiados de manera exhaustiva de forma tal de descartar que la misma no sea reflejo de lesión tumoral.

P046 DIABETES NEONATAL ASOCIADO A UNA HIPERTRIGLICERIDEMIA FAMILIAR EN UNA LACTANTE MENOR FEMENINA DE 4 MESES. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Barrios Guevara, Adriana Lisbeth; Pumar Corona, Karla Elena; Lugo Graterol, María Elena; Duran, Indira

Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera

RESUMEN El estado nutricional, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, establece que es uno de los mejores indicadores de salud tanto individual como poblacional, especialmente en niños, en los que el crecimiento físico y desarrollo mental están condicionados en gran parte por el estado nutricional. Se estima que entre el 75 al 90% de la población pediátrica a nivel mundial asociada o no a factores de riesgo durante su crecimiento pueden presentar patologías de características nutricionales relacionadas con dislipidemia, hipertensión, diabetes, exposición al tabaco e inactividad física, siendo las principales causas de estos factores de riesgo como malos hábitos que incluyen una pobre nutrición. Desde 1959, las enfermedades con riesgo cardiovascular constituyen la primera causa de muerte de la población venezolana. Así, tenemos la diabetes mellitus neonatal consi-

derada una entidad patológica de poca frecuencia, abarcando un cuadro de hiperglicemia como principal hallazgo que se presenta en los primeros 6 meses de vida, con reporte de presentación clínica específica o no, donde la misma puede ser transitoria o permanente según sea el caso. Para establecer el diagnóstico se realizan laboratorios de índole metabólico, siendo el confirmatorio un estudio molecular que reporte la alteración a nivel del gen afecto.

P048 MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN UN CASO DE FIEBRE REUMÁTICA

Lapelosa, Rosana; Ghezzi, María Helena; González, Yoryina; González, Jose Vicente

Hospital General Dr. Jesús Yereña

RESUMEN La fiebre reumática es una enfermedad inflamatoria sistémica, aguda o subaguda, que aparece como secuela tardía de infecciones faríngeas por estreptococos beta-hemolíticos del grupo A. Presentamos un caso de paciente Escolar Masculino de 10 años de edad, previamente sano. Sin antecedentes de ingestión de fármacos o exposición a tóxicos, quien consulta por presentar temblores involuntarios en ambas manos de 5 días de evolución y mialgias con antecedente de infección estreptocócica previa a los 19 días. Ingresó por presentar manifestaciones neurológicas atípicas, con criterios menores y mayores de fiebre reumática. El manejo debe ser multidisciplinario ya que esta enfermedad tiene un efecto limitante y duradero sobre el estilo de vida y el trabajo de los pacientes. Lo más importante es que todavía muchos de los primeros ataques y la mayoría de las recidivas podrían prevenirse. Por ser una enfermedad donde las manifestaciones neurológicas son pocas frecuentes queremos transmitir la experiencia adquirida en el Hospital Dr. Jesús Yereña, con la finalidad de reconocer y tratar adecuadamente esta enfermedad en sus estadios iniciales, para implementar una terapia profiláctica de por vida para evitar el riesgo de desarrollar la enfermedad y sus secuelas. **Palabras Clave:** Fiebre Reumática, Manifestaciones Neurológicas, niños

P050 PARASITISMO EN NIÑOS DE 0 - 12 AÑOS. SECTOR VIENTO FRESCO. ANACO ESTADO ANZOATEGUI, 2011 - 2012.

Guerra Teguedor, Rosa Virginia

Hospital Dr. Jesús Angulo Rivas

RESUMEN. Identificar parasitismo en niños 0-12 años. Sector Viento Fresco, Anaco – Anzoátegui. 2.011 – 2.012. **Metodología:** Se realizó Estudio Descriptivo, de Corte Transversal. Universo: 450 pacientes con edades de 0-12 años, escogiéndose muestra probabilística al azar simple, por Método de

Lotería, conformada por 165 pacientes. Se realizó una encuesta a los pacientes de la muestra, previo consentimiento informado, independiente del motivo de consulta; se realizaron seriados de heces (3 muestras); información corroborada por visitas a terreno. Datos: Almacenados y procesados en computadora, Programa SPSS Windows, Versión 10.0; analizados en números y porcentajes; resultados presentados en Tablas y Gráficos. **Resultados:** El sexo femenino representó 52%, el masculino 48%. Grupo etario femenino 5-8 años 25%, 19% el masculino 1-4. Un 86% de pacientes parasitados, predominando: Blastocystis hominis (25.45%), Giardia lamblia, Áscaris lumbricoides (15.15%) respectivamente, Entamoeba histolytica (10.91%). años. El poliparasitismo representó 54%, resaltando de dos, tres y cuatros especies juntas. Más 60% tiene hábitos higiénicos sanitarios desfavorables. **Recomendación:** Fortalecer la conciencia sanitaria en la comunidad, con colaboración del personal de salud, padres y educadores. **Palabras Clave:** Parasitismo. Parásito. Monoparasitismo. Poliparasitismo.

P052 “AUTOPSIA VERBAL”: ¿POR QUÉ Y CÓMO MUEREN LOS PACIENTES CON DENGUE?

Goyo Rivas, José de Jesús

Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Universidad de los Andes

INTRODUCCIÓN: Los datos sobre causas de defunción obtenidos a partir de autopsias verbales, permiten diseñar las estrategias en la prevención de su mortalidad. **OBJETIVOS:** identificar las características del proceso enfermedad-atención-muerte en pacientes fallecidos por dengue **MÉTODOS:** se usó la técnica de autopsia verbal para determinar variables que permitieron identificar lo oportuno del diagnóstico, conducta, nivel de información, aceptación y rechazo de las medidas sanitarias para el estudio de la enfermedad y control del vector. Se estudiaron 13 pacientes en Mérida, Venezuela que cumplieron los criterios clínico serológicos establecidos por la organización mundial de la salud. **RESULTADOS** 13 pacientes estudiados, 9 del área urbana (69.7%) y 4 del área rural (30.7%). Predominio del sexo femenino 76.9%. El tiempo de evolución desde el inicio de la enfermedad a la muerte fue de 5.8 días. El 92.3% fueron atendidos por más de un médico con elevado porcentaje de tratamientos incorrectos, no se les indicó los signos de alarma y no fueron enviados al hospital, 84,6 % fueron vistos 24 horas previo al fallecimiento. Ácido Fólico, Vitamina B y C, antibióticos constituyeron distractores y retrasaron el manejo oportuno. **DISCUSIÓN:** el 100% de los pacientes fallecieron en centros hospitalarios, la mayoría de ellos en servi-

cio emergencia. La desinformación de la existencia de un “periodo crítico” en la evolución de la enfermedad, generó la toma de decisiones inadecuadas y la consulta tardía. **CONCLUSIÓN:** la muerte por dengue es evitable si se identifican los signos de alarma que anuncian el deterioro clínico de los pacientes.

P054 BABESIOSIS. DESCRIPCIÓN DE UN CASO EN PEDIATRÍA Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. Minghetti, Pedro; Vielma, Reina; Rueda, Ana; Sevilla, Simón

Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde

RESUMEN La babesiosis es una zoonosis que se manifiesta en el humano como una infección parasitaria intraeritrocitaria causada por un protozoo del género Babesia y transmitida por la picadura de la garrapata, usualmente asintomática en inmunocompetentes, en los E.E.U.U el 50% de los niños infectados son asintomáticos y/o mejoran sin tratamiento. Poco menos del 10% de los pacientes ha fallecido, generalmente asociado a pacientes con asplenia o mayores de 50 años. El caso que presentamos es el primer caso reportado en niños en la literatura en Venezuela, por lo que realizamos una revisión del tema. **Palabras clave:** Babesiosis, hepato-esplenomegalia, zoonosis

P056 ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN MENORES DE 12 AÑOS: CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLOGICA Y SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA Vilera Rivas, Raymar Elizabeth (1); Lovera, Virginia (2); Vancampenhoud, Marines (1) (1) Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani; (2) Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani

RESUMEN El neumococo es la causa más frecuente de neumonía bacteriana adquirida en la comunidad, otitis media aguda e infecciones bacterianas invasoras en niños de países en desarrollo. **Objetivos:** conocer el número de aislamientos de Streptococcus pneumoniae, en cultivos de sangre, líquido cefalorraquídeo (LCR) y líquido pleural, en niños menores de 12 años entre enero 2011 y abril 2012, en el Hospital Domingo Luciani, Caracas, Venezuela. **Métodos:** se revisaron los reportes de cultivos en los que se aisló el S. pneumoniae; los datos fueron depositados en fichas de recolección y se analizaron por métodos cuantitativos. **Resultados:** se aislaron 16 cepas, 56.25% en menores de 12 meses; en hemocultivos 43.75%, LCR 25% y líquido pleural 31.25%. La sensibilidad a penicilinas fue de 62.5%, cefotaxime 81.25% y vancomicina 100%. **Discusión y conclusiones:** el grupo etáreo más afectado fueron los menores de 5 años, y la enfermedad invasiva más fre-

cuenta en menores de 12 meses fue la meningitis, similar a datos reportados por SIREVA II 2009. La mayoría de las cepas fueron sensibles a penicilina y cefotaxime, y todas demostraron susceptibilidad a vancomicina, coincidiendo con otros estudios latinoamericanos. **Palabras clave:** neumococo, enfermedad invasiva, sensibilidad y resistencia **SUMMARY** The pneumococcus is the most common cause of community-acquired bacterial pneumonia, otitis media-acute and infections bacterial invaders in children in developing countries. **Objectives:** know the exact number of isolates of *Streptococcus pneumoniae* blood, cerebrospinal fluid (CSF) and crops pleural fluid, in children less than 12 years between January 2011 and April 2012, in Hospital Domingo Luciani, Caracas, Venezuela. **Methods:** we reviewed the reports of crops in which isolated the *S. pneumoniae*; data were deposited in collection sheets and were analyzed by quantitative methods. **Results:** were isolated 16 strains, 56.25% in less than 12 months; in blood cultures 43.75%, CSF 25% and pleural fluid 31.25%. Sensitivity to penicillin was 62.5%, cefotaxime 81.25% and 100% Vancomycin. **Discussion and conclusions:** the most affected age group was children under 5 years, and the invasive disease more prevalent in children under 12 months was meningitis, similar to data reported by SIREVA II 2009. Most of the strains were sensitive to penicillin and cefotaxime, and all have shown susceptibility to Vancomycin, coinciding with other Latin American studies. **Key words:** pneumococcus, invasive, sensitivity and resistance disease

P058 NEUROMIELITIS ÓPTICA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Guigñan, Cindy; Hernández, Crisnel; Landaeta, Angélica; Gavorskis, Carolina

Hospital Central de Maracay

Neuromielitis óptica, también conocida como enfermedad de Devic constituye un trastorno desmielinizante, inflamatorio e idiopático del sistema nervioso central (SNC), de comportamiento clínico recurrente, que se caracteriza por fuertes ataques de neuritis óptica (NO) y mielitis. El cuadro clínico consiste en pérdida de la agudeza visual y mielitis con cuadriparesia o paraparesia, retención urinaria, dolor en la región cervical y/o lumbar y espasmos tónicos paroxísticos de las extremidades y tronco, que suelen ser recurrentes, dolorosos y con duración de entre 20 y 45 seg, la mielitis puede ser parcial o total. Se presenta caso de Preescolar masculino de 3 años de edad quien inicia enfermedad caracterizada por debilidad en miembros inferiores, imposibilidad para la marcha y disminución de la agudeza visual, posteriormente incontinen-

cia urinaria; en la valoración oftalmológica Papiledema. Resonancia Magnética de columna dorso-lumbar presencia de cavidades siringomiélicas, en el cordón medular desde T1 hasta T4 en situación anterior y otra en posición central que se ubica desde T8-T9 hasta T11 aproximadamente. Se plantea diagnóstico de neuromielitis óptica, se inicia tratamiento con Metilprednisolona e Inmunoglobulina endovenosa, mejorando la clínica del paciente posterior a 5 días de tratamiento. Egresó a los 9 días. Sin embargo el diagnóstico serológico no fue definitivo ya que fue imposible la realización de estudios específicos para esta patología como lo es IgG NMO (anticuerpos antiacuaporina 4)

TRABAJOS ACEPTADOS SIN DISCUSIÓN MIÉRCOLES 5 DE SEPTIEMBRE

- P061 TROMBOSIS DE SENO VENOSO TRANSVERSAL IZQUIERDO ASOCIADO A TROMBOFILIA POR MUTACIÓN DE METHYLENETETRAHIDROFOLATE REDUCTASA (C677T)
Izaguirre, Luis; Gonzalez Moreno, Daniela Virginia; Rojas, Oleidy
Hospital Jorge Lizarraga
- P063 ENFERMEDAD DE ROSAI DORFMAN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ADENITIS ABSCEDADA Y ENFERMEDAD LINFOPROLIFERATIVA.A PROPOSITO DE UN CASO
Rodriguez Martinez, Gabriela Josefina; Mony Navarro, Maritriny; Lugo Urbaz, Ines; Tineo Brito, Emma Josefina
CHULR
- P067 MADRE ADOLESCENTE, LACTANCIA MATERNA Y ABLACTACIÓN. CONSULTA DE ADOLESCENTE. DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2011. Y ENERO-MARZO. 2012.
Pérez, Yajaira; Rodríguez, Elizabeth; Herrera, Valentina; García Rodríguez, Cesar A; Chacón Edo, María Luisa; Carballo, Javier
Hospital Central De Maracay
- P069 FACTORES ASOCIADOS Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES. LAGUNILLAS, MUNICIPIO SUCRE,ESTADO MÉRIDA. VENEZUELA.
Romero Angarita, Lucia Cristina; Lacruz-Rengel, Maria Angelina; Escalante Reinozo, Manuel Ricardo; Ramirez, Jonathan; Rodriguez, Lolimar; Olivero, Douglas; Jabbour, Chirine; Molina, Luis
Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes
- P072 FRECUENCIA DEL INICIO TEMPRANO DE FÓRMULAS INFANTILES MODIFICADAS EN RECIÉN NACIDOS DEL ÁREA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO HOSPITAL PEDRO GARCIA CLARA.
Millan Rojas, Yolibell Cristina; Durango, Roxsana; Mejias, Rosalia
Pedro Garcia Clara
- P074 CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN NIÑOS. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CIUDAD HOSPITALARIA “DR ENRIQUE TEJERA” VALENCIA CARABOBO
Alvarado, Amado Agustin; Molina Nuñez, Mariel Iveth; Moreno Montañez, Alfredo Del Valle; Múnera León, Angélica Maria; Niño Camacho, Mariangel
Ciudad Hospitalaria Dr Enrique Tejera
- P076 HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGENITA DE EXPRESIÓN TARDÍA EN LACTANTE MASCULINO DE 5 MESES: CASO CLINICO.
Salazar Russian, Margareth Adriana (1); Colmenares Repillosa, Zenaida Josefina (1); Rodriguez Araujo, Jose Gregorio (2)
(1) Hospital Dr. Egor Nucete; (2) Hospital. Dr. Egor Nucete
- P078 FACTORES SOCIALES Y ACTITUD DE LA FAMILIA DEL PADRE ADOLESCENTE.
Rodriguez G, Elizabeth
Hospital Central De Maracay
- P081 SINDROME POLIARTICULAR COMO PRESENTACIÓN DE UN LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO EN UNA ADOLESCENTE FEMENINA DE 11 AÑOS DE EDAD. A PROPOSITO DE UN CASO.
Barrios Guevara, Adriana Lisbeth; Abdel Rodriguez, Laila Briggith; Alvarado Tabares, Jennifer Carolina; Rodriguez Espinoza, Emma
Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera
- P083 OBSTRUCCION INTESTINAL ALTA POR BANDAS DE LADD. A PROPOSITO DE UN CASO
Suarez Mendez, Sileny; Michieli Gonzalez, Giovanna; Blohm, Nuvia; Velasquez, Beanelys
Antonio Patricio De Alcalá

P061 TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS TRANSVERSALES ASOCIADO A TROMBOFILIA POR MUTACIÓN DE METHYLENTE-TRAHIDROFOLATE REDUCTASA (C677T)

Izaguirre, Luis; González Moreno, Daniela Virginia; Rojas, Oleidy

Hospital Jorge Lizarraga

RESUMEN Objetivo: Escolar femenina de 8 años de edad con fiebre de 38,5°, evacuaciones líquidas y episodios convulsivos en varias oportunidades. **Método:** Se realizó Hematología Completa con leucocitosis y neutrofilia, Velocidad de sedimentación Globular y Proteína C Reactiva elevada. Valorado por Unida de Cuidados Intensivos Pediátricos planteándose: neuroinfección, sugieren cobertura antimicrobiana e imagenología, Tomografía Axial Computarizada de cráneo simple reportó accidente cerebrovascular: isquemia temporoparietal Izquierda, la angioponancia Magnética Nuclear cerebral estableció el diagnóstico de trombosis de seno venoso transversal Izquierdo. Citoquímico, Cultivo, Multiplex de Líquido Cefalorraquídeo Negativo. Las PCR para Citomegalovirus e Influenza A resultaron positivas. Es valorado por Hematología quien determina mutación de metileno tetrahidrofolate reductasa (C677T) compatible con trombofilia; indicando tratamiento con heparina bajo peso molecular tipo enoxaparina a dosis terapéuticas. Además se le realizó pruebas inmunológicas ANA, DNA, AMCAC, ANCAP, anticardiolipina IgM e IgG, anticoagulante lúpico negativos. **Conclusión:** caso sin antecedentes patológicos conocidos, al examen físico con deterioro neurológico y clínica respiratoria aguda; con hemiparesia derecha secuela a trombosis del seno venoso izquierdo por de metileno tetrahidrofolate reductasa (C677T); **Palabras Clave:** trombosis, trombofilia, accidente cerebrovascular, metileno tetrahidrofolate reductasa

P063 ENFERMEDAD DE ROSAI DORFMAN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ADENITIS ABSCEDADA Y ENFERMEDAD LINFOPROLIFERATIVA. A PROPOSITO DE UN CASO

Rodríguez Martínez, Gabriela Josefina; Mony Navarro, Maritryny; Lugo Urbaz, Inés; Tineo Brito, Emma Josefina -CHULR-

Resumen: Enfermedad de Rosai-Dorfman, se describe como una proliferación linfocítica, considerada una afección benigna de causa desconocida, aunque se ha relacionado con alteraciones inmunológicas. Es más frecuente en las dos primeras décadas de la vida sin predilección de género, la manifestación clínica más frecuente consiste en afectación ganglionar generalizada, de gran tamaño, sobre todo cervicales. Su diagnóstico es anatomopatológico según datos reco-

gidos en la literatura. Hasta el 2008 se habían comunicado 500 casos en todo el mundo. Se comunica el caso de un escolar masculino de 7 años de edad que acude a la emergencia pediátrica presentando linfadenopatía cervical izquierda, indurada, deformidad cervical ipsilateral, malestar general y fiebre, realizándose biopsia ganglionar con hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos compatibles con linfadenopatía con histiocitosis masiva (enfermedad de Rosai-Dorfman).

P067 MADRE ADOLESCENTE, LACTANCIA MATERNA Y ABLACTACIÓN. CONSULTA DE ADOLESCENTE. DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. SEPTIEMBRE- DICIEMBRE 2011. Y ENERO-MARZO. 2012.

Peréz, Yajaira; Rodríguez, Elizabeth; Herrera, Valentina; García Rodríguez, Cesar A; Chacón Edo, María Luisa; Carballo, Javier

Hospital Central de Maracay

Objetivo: describir la lactancia materna y ablactación del hijo de madre adolescente. **Método:** Estudio de campo, naturaleza descriptiva y transversal. La población quedó representada por 126 lactantes ambos sexos, menor de 12 meses de edad, hijo de madre adolescente, que visitó la consulta de adolescente del Hospital Central de Maracay, septiembre-diciembre 2011 y enero-marzo 2012. Los datos se recolectaron a través de la información aportada por las madres adolescentes. Se utilizó un formato diseñado para tal fin, y técnicas de estadística descriptiva. **Resultados:** Las madres adolescentes de 19 años fueron mayoría. De 126 hijos de madres adolescentes 34,92% tenían 1 y 3 meses de edad. Predominó el sexo masculino. 20,63% reciben lactancia materna exclusiva. El control de niño sano predominó en menores de 6 meses, la mayoría está en el sector público. Los lactantes entre 1 a 3 m reciben lactancia y agua. La indicación de fórmula además de lactancia, en general estaba recomendada por el médico. Edad de inicio de ablactación estuvo en la mayor proporción entre 1 a 3 meses y 4 a 6 m de edad, y fue la madre quien lo decidió. Lactantes mayores de 6 meses a un año ya habían iniciado la ablactación recomendado por médico. Casi todos los recién nacidos eran a término con peso entre 2.500- 3.999 gr. La mayoría de lactantes se encontraban en percentil entre 10-90 para Peso/edad. **Conclusión:** Asumir la maternidad y crianza de un niño en la adolescencia es complejo, así como la disponibilidad a la lactancia materna.

P069 FACTORES ASOCIADOS Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES. LAGUNILLAS, MUNICIPIO

SUCRE, ESTADO MÉRIDA. VENEZUELA.

Romero Angarita, Lucía Cristina; Lacruz-Rengel, María Angelina; Escalante Reinozo, Manuel Ricardo; Ramírez, Jonathan; Rodríguez, Lolimar; Olivero, Douglas; Jabbour, Chirine; Molina, Luis

Instituto Autónomo Hospital Universitario De Los Andes

Introducción: El embarazo adolescente es un problema Latinoamericano. El 24% de los embarazos en Venezuela son en adolescentes. Para el 2009, en el Estado Mérida el 28% de estos provenían del Distrito Sanitario Lagunillas. **Objetivo:** Establecer los factores asociados al embarazo en adolescentes escolarizadas, de la población semi-rural del Distrito Sanitario Lagunillas, Estado Mérida, año 2009. **Materiales y Métodos:** Se desarrolló un estudio transversal, con encuestas cerradas sobre aspectos socio-culturales aplicadas a 472 adolescentes. La información se procesó mediante chi cuadrado y Odd ratio. **Resultados:** Se obtuvo información completa de 449 adolescentes entre 10 y 19 años, de ellas 26 estaban embarazadas (5,79%) con un Graffar en el estrato III y IV. El 65,3% cursaban educación diversificada. Son factores de riesgo de embarazo el grado de escolaridad ($p = 0,00$ OR 7,71) y la convivencia personas distintas a los padres ($p = 0,04$ OR 4,65). Asimismo, aquellas adolescentes de estratos altos (I, II y III) son más propensas al embarazo ($p = 0,019$ OR 2,6). No hay asociación entre la aparición de embarazo en adolescentes y las características de las madres de ellas, por lo que no influye la edad del primer embarazo de la progenitora, estado civil ni el nivel de instrucción de las mismas, tampoco la posición que ocupa la adolescente entre sus hermanos, religión, ni la edad de inicio de la actividad sexual. **Conclusión:** Son factores de riesgo para embarazo la escolaridad, el adulto que convive con la adolescente y los estratos socioeconómicos elevados. **Palabras clave:** Factores asociados, embarazo y adolescente.

P072 FRECUENCIA DEL INICIO TEMPRANO DE FÓRMULAS INFANTILES MODIFICADAS EN RECIÉN NACIDOS DEL ÁREA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO HOSPITAL PEDRO GARCIA CLARA.

Millán Rojas, Yolibell Cristina; Durango, Roxana; Mejías, Rosalía

Pedro García Clara

Objetivo: determinar la frecuencia del inicio temprano de fórmulas infantiles modificadas en recién nacidos en área de alojamiento conjunto **Métodos:** Estudio prospectivo, observacional, analítico de 100 recién nacidos a términos sanos, adecuados para su

edad gestacional de madres sin complicaciones durante el embarazo y parto, sin contraindicaciones para dar lactancia materna, en el tiempo comprendido entre septiembre a noviembre de 2011. Se clasificaron según alimentación recibida: lactancia materna únicamente, lactancia materna combinada con formulas infantiles, formulas infantiles únicamente. Se utilizó un instrumento, estructurado de la siguiente manera: edad materna, vía de nacimiento, número de gestaciones, Graffar modificado y tipo de alimentación desde el nacimiento. **Resultados:** el 59,0% de los niños fueron alimentados con lactancia materna + Formulas Infantiles, 31,0% con lactancia materna únicamente y 10,0% con formulas infantiles únicamente. El 50,0% de las madres de 20-29 años, <20 años el 30,0%, entre 30 y 39 años el 17,0% y mayores de 39 años el 3,0%. Hubo relación significativa ($P = 0,029$) entre edad y tipo de lactancia. En los recién nacidos alimentados sólo con lactancia materna, en el 90,9% la vía de nacimiento fue el parto y el 9,1% por cesárea ($P = 0,001$). El 94,0% se distribuyeron entre los estratos sociales IV y V. **Conclusión:** un alto porcentaje de los recién nacidos son alimentados con fórmulas de inicio, acompañada o no con la lactancia materna, desde el nacimiento, lo cual se encuentra asociado con la edad de la madre y la vía de nacimiento. **Palabras clave:** Fórmulas Infantiles modificadas, recién nacidos, alojamiento conjunto

P074 CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN NIÑOS. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CIUDAD HOSPITALARIA “DR ENRIQUE TEJERA” VALENCIA CARABOBO

Alvarado, Amado Agustín; Molina Núñez, Mariel Iveth; Moreno Montañez, Alfredo Del Valle; Múnera León, Angélica Maria; Niño Camacho, Mariangel

Ciudad Hospitalaria Dr Enrique Tejera

Introducción: Desde la creación de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIP) de la Ciudad Hospitalaria Dr Enrique Tejera (CHET) no se han realizado estudios epidemiológicos que permitan establecer características como diagnósticos de ingreso, complicaciones, tiempo de estancia, Graffar y otras. **Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas de los pacientes que ingresaron a la UCIP, en la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera, de la ciudad de Valencia, Estado Carabobo durante el período Julio-Diciembre del año 2010. **Materiales y Métodos:** se realizó un estudio descriptivo, diseño clínico-epidemiológico, observacional y transeccional. La población está representada por los pacientes atendidos en la UCIP de la CHET. Se realizó un muestreo no probabilístico conformando una muestra poblacional de 163 pacien-

tes pediátricos. **Resultados:** el 52,76% fueron pacientes entre 0-2 años, de los cuales 30,67% correspondían al género masculino y 22,9% al femenino. El 55,21% procedían de Valencia. El 66,26% presentó Graffar IV y se encontraban en normopeso. El 16,56% ingresó por sepsis nosocomial punto de partida respiratoria siendo el diagnóstico de ingreso más frecuente entre 0-2 años con 11,6%, en el género masculino con 19,82% y en el género femenino con 6,75%. El 61,35% no presentó complicaciones. El tiempo de estancia en la UCIP fue de 1-9 días en un 69,94%. El 71,78% sobrevivió. **Conclusiones:** más de la mitad de los pacientes fueron niños entre 0-2 años y de género masculino procediendo la mayor parte de Valencia con un nivel socioeconómico bajo, la mayoría ingresó por sepsis nosocomial punto de partida respiratorio y un número importante no presentó complicaciones durante su estancia en el servicio permaneciendo por pocos días con un bajo porcentaje de fallecimientos. **Palabras clave:** Graffar, diagnóstico de ingreso, precedencia, complicaciones, género.

P076 HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGENITA DE EXPRESIÓN TARDÍA EN LACTANTE MASCULINO DE 5 MESES: CASO CLINICO.

Salazar Russian, Margareth Adriana (1); Colmenares Repillosa, Zenaida Josefina (1); Rodriguez Araujo, Jose Gregorio (2)
(1) Hospital Dr. Egor Nucete; (2) Hospital. Dr. Egor Nucete

La Hernia Diafragmática Congénita (HDC) es un defecto anatómico del diafragma de etiología desconocida con una frecuencia de 1 en 2.000 a 5.000 RN vivos, que resulta de la fusión incompleta de la membrana pleuroperitoneal a las 9-10 semanas de gestación. Una HDC con clínica típica se expresa con dificultad respiratoria, abdomen escafoideo, tórax aumentado en diámetro anteroposterior y percutoria-mente timpánico, se puede apreciar Ruidos Hidroaereos (RSHAs) en tórax. En la presentación tardía de este tipo de patologías se hace engorroso el diagnóstico y muchas veces es casual. Presentamos el caso de lactante menor de 5 meses de edad, con hallazgos radiológicos compatibles con asas intestinales que ocupan hemitórax izquierdo con desviación del mediastino, sin clínica respiratoria específica para HDC. Se efectuó corrección quirúrgica exitosa de su defecto anatómico, con evolución favorable. Se hizo revisión de la literatura y comparación con el caso para conocer las tendencias actuales en el diagnóstico y corrección de dicha entidad por tratarse de primer caso publicado de centro hospitalario de la localidad. **Palabras clave:** Hernia, Diafragmática, Congénita, presentación tardía, HDC.

P078 FACTORES SOCIALES Y ACTITUD DE LA FAMILIA DEL PADRE ADOLESCENTE.

Rodriguez G, Elizabeth

Hospital Central De Maracay

Propósito: describir los factores sociales y buscar la cualidad de la expresión de la familia del padre adolescente. Método: se estudió 49 padres adolescentes y su familia en la consulta de adolescente del hospital central de Maracay, del estado Aragua de Venezuela, año 2012. Estudio prospectivo con enfoque cuantitativo y cualitativo que aportaron datos descriptivos. Utilizando la entrevista abierta, como técnica de recolección de la información. Para llegar a conocer la cualidad de la expresión de la familia del adolescente, se aplicó el método comparativo continuo de Glaser y Strauss, utilizando el componente ATLAS/TI. El análisis de estadística descriptiva mediante Microsoft Excel 2007. **Resultado:** la mayoría de los padres adolescentes tenían 19 años. El nivel académico: estudia 3º y 4º años de secundaria por parasistema representó la mayor frecuencia Casi la mitad de los padres adolescentes trabaja y no estudia Factores sociales de la familia: más de la mitad pertenecían al estrato social V y III. Casi la mitad de los padres de familia tenían secundaria, al igual que las madres. La mayoría de los adolescentes tienen como estructura familiar solo a la madre, siendo estas con mayor estabilidad laboral. 16 familias no trabajan. **Conclusión:** la familia del adolescente tiene interés activo por la vida de su hijo, aportando seguridad y un contexto integrador. La cualidad de la expresión de la familia ante la paternidad de su hijo se visualiza por la actitud de los padres, a través de las categorías generadas.

P081 SINDROME POLIARTICULAR COMO PRESENTACIÓN DE UN LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO EN UNA ADOLESCENTE FEMENINA DE 11 AÑOS DE EDAD. A PROPOSITO DE UN CASO.

Barrios Guevara, Adriana Lisbeth; Abdel Rodriguez, Laila Briggith; Alvarado Tabares, Jennifer Carolina; Rodriguez Espinoza, Emma Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera

La poliartritis se presenta clínicamente con elementos integrantes del clásico cortejo inflamatorio, es de destacar que no todas las articulaciones expresan los signos inflamatorios de la misma. En algunos casos se presenta sintomatología inespecífica como anemia, hiporexia, debilidad y pérdida de peso. El dolor articular es un síntoma de muchos padecimientos que pueden ser localizados o afectar todo el cuerpo. La artralgia puede afectar a una articulación o a múltiples articulaciones, la afección de sólo una articulación

sugiere enfermedad localizada, y el dolor en múltiples articulaciones indica enfermedad sistémica. La etiología del dolor recurrente en varios de estos cuadros clínicos es desconocida. Sin embargo se han reconocido causas inmunológicas, infecciosas, tumorales, trastornos del desarrollo, psicósomáticos y psiquiátricos. Así, el lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria multisistémica compleja que resulta de la interacción de factores ambientales, hormonales y genéticos. Existiendo criterios clínicos y de laboratorio que apoyan el diagnóstico, siendo los mismos los que nos orientaron a establecer la patología, para posterior tratamiento adecuado para evitar secuelas.

P083 OBSTRUCCION INTESTINAL ALTA POR BANDAS DE LADD. A PROPOSITO DE UN CASO
Suarez Mendez, Sileny; Michieli Gonzalez, Giovanna; Blohm, Nuvia; Velasquez, Beanelys Antonio Patricio De Alcala

Una de las causas no tan frecuente de obstrucción intestinal alta constituye la presencia de bandas fibrosas peritoneales o bandas de ladd, presentes en un 5% de los niños con mala fijación del ángulo de treitz y la unión ileocecal. Son diagnosticados en las primeras semanas de vida por presentar un cuadro abdominal agudo secundario a obstrucción intestinal alta. El síntoma cardinal es el vomito post-prandial, que se presenta en los primeros días de vida, en caso contrario se exagera con la ablactación, concomitantemente estreñimiento y déficit pondo estatural, debido al paso limitado de líquidos y nutrientes. Palabras clave: Obstrucción intestinal alta, vómitos postprandial, Bandas de ladd, anomalía congénitas

TRABAJOS ACEPTADOS CON DISCUSIÓN

MIÉRCOLES 5 DE SEPTIEMBRE

- P060 SÍNDROME DE HIPEREOSINOFILIA IDIOPÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.
 Marcano Fernández, Jennifer Alejandra(1); Montaner Rodríguez, Jesús Daniel(1); Lugo Urbáez, Inés(2); Rojas Marín, Berania Virginia(2)
 (1)Complejo Hospitalario universitario "Dr. Luis Razetti"; (2)Hospital de Niños "Dr. Rafael Tobías Guevara"
 Luis(2); Barbella De Szarvas, Sobeida(3); Guevara, Harold(1); Mathison, Yaira(4); González, Dora(1); Hernández, Ana(1); Hadad, Erika(5)
 (1)Universidad de Carabobo; (2)Nefrología Pediátrica UC; (3)Unidad de Investigación en Gastroenterología y Nutrición Pediátrica UC, Chet; (4)Universidad Central De Venezuela; (5)Laboratorio Julio González
- P062 ENFERMEDAD DE FABRY. A PROPOSITO DE UN CASO
 Núñez De Gilmond, Olga Rubí; Aliendo, Marilyn; Salazar, Carlos; Vielma, Reyna
 HUAL
- P064 PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA. A PROPOSITO DE UN CASO.
 Sequera Carreño, Jissy Antonieta(1); Agüero Tirado, Sara José(1); Brito Hernández, Carem Alejandra(2); Fajardo Hernández, Roberto José(2)
 (1)Hospital de Niños "Dr. Jorge Lizarraga" CHET, Valencia, Carabobo; (2)Hospital de Niños "Dr. Jorge Lizarraga" CHET, Valencia, Carabobo
- P065 SINDROME TORACICO AGUDO: EPISODIO VASOCLUSIVO VERSUS NEUMONIA EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DREPANOCITICA. A PROPOSITO DE UN CASO.
 Quines Hernández, María Carolina(1); Romero Orta, Alida Carolina(1); Salinas Wassouf, Lady Thalín(2); Fajardo Hernández, Roberto José(1)
 (1)Hospital de Niños "Dr. Jorge Lizarraga" CHET, Valencia, Carabobo; (2)Hospital de Niños "Dr. Jorge Lizarraga" CHET, Valencia, Carabobo
- P066 CARACTERÍSTICA DE LA ALIMENTACIÓN DE PREESCOLARES, ESCOLARES, ADOLESCENTES CON MALNUTRICIÓN POR DÉFICIT Y ACIDOSIS METABÓLICA.
 Martínez Manzano, Jose Luis(1); Camacho Camargo, Nolis Irene(2); Altamiranda, Leidy(2)
 (1)Hospital Universitario De Los Andes- Universidad de Los Andes; (2) Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes
- P068 FUNCIONALISMO RENAL EN ESCOLARES OBESOS
 Angulo Ceballos, Nerkis Coromoto(1); Domínguez, Luis(2); Barbella De Szarvas, Sobeida(3); Guevara, Harold(1); Mathison, Yaira(4); González, Dora(1); Hernández, Ana(1); Hadad, Erika(5)
 (1)Universidad de Carabobo; (2)Unidad de Investigación en Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, UC, Chet; (3)Universidad Central de Venezuela; (4)Laboratorio Julio González
- P070 MARCADORES INFLAMATORIOS EN ESCOLARES OBESOS
 Angulo Ceballos, Nerkis Coromoto(1); Barbella De Szarvas, Sobeida(2); Guevara, Harold(1); Mathison, Yaira(3); González, Dora(1); Hadad, Erika(4); Hernández, Ana(1)
 (1)Universidad de Carabobo; (2)Unidad de Investigación en Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, UC, Chet; (3)Universidad Central de Venezuela; (4)Laboratorio Julio González
- P071 DEFICIENCIA DE HIERRO Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIÓN COGNITIVA EN NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS. COLEGIO "MANUEL ALCAZAR". VALENCIA-EDO CARABOBO.
 García, María Jose; García, Stefanny; Giraldo, Dania; Barbella De Szarvas, Sobeida
 Universidad de Carabobo
- P073 VALORES DE REFERENCIA DEL ÍNDICE CINTURA TALLA (ICT) E ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE MÉRIDA MUNICIPIO LIBERTADOR.
 Sanchez Dugarte, Mariener; Camacho, Nolis; Ceballos, Karina; Martínez, Jose Luis; Cichetti, Rossana; Correa, Magdalena; Correa, Magdalena; Paoli, Mariela; Paoli, Mariela
 Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes
- P075 EVALUACION DE LA DISTRIBUCION DEL PATRON DE GRASA CORPORAL Y COMPARACION DE INDICADORES ANTROPOMETRICOS
 Ceballos González, Karina; Camacho, Nolis; Sanchez Dugarte, Mariener; Martínez, Jose Luis; Martínez, Jose Luis; Paoli, Mariela; Paoli, Mariela; Cichetti, Rossana; Correa, Magdalena; Correa, Magdalena
 Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes

- P077 CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL Y MADURACIÓN SEXUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES FEMENINAS DE LA CIUDAD DE MÉRIDA.
Martínez Manzano, Jose Luis; Suarez Marciales, Aura; Paoli-Valery, Mariela; Camacho Camargo, Nolis Irene; Cicchetti, Rosanna; Yajaira, Briceño
Instituto Autónomo Hospital Universitario De Los Andes
- P079 SHOCK CARDIOGENICO SEGUNDARIO A SEPSIS PUNTO DE PARTIDA ENTERAL. A PROPOSITO DE UN CASO
Boscán Benítez, María Mercedes; Gómez De Córdova, Roxanna Guadalupe; Vitale Olivo, Enza Rosalía; Cruces, María Eugenia
Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", Hospital De Niños "Dr. Jorge Lizarraga"
- P080 FACTORES DE RIESGO DE EXTUBACIÓN NO PLANIFICADA Y REINTUBACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL DE CUARTO NIVEL
Salgar, Nilce; Fuenmayor, Akbar; Gottberg, Esther; Huber Baur, Ana María
Hospital Universitario de Los Andes
- P082 MALFORMACIÓN ADENOMATOIDEA QUIÍSTICA PULMONAR MULTILOBULAR. A PROPOSITO DE UN CASO.
Nasr El Nimer, Lubna Anays(1); Jauregui, Yoleida(2); Colmenares, Thamara(2); Sierra, Luis(2)
(1)Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Universidad de los Andes; (2)Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes IA-HULA
- P084 ESTENOSIS HIPERTROFICA DEL PILORO EN GEMELOS BICORIAL BIAMNIOTICO, A PROPOSITO DE UN CASO
Rodríguez Díaz, Lourdes María; Milano Velásquez, Carlos Alberto; Del Pretti, Fernando; Velásquez, Beanelys
HUAPA
- P085 ATRESIA ILEAL DISTAL CON FÍSTULA ENTERO UMBILICAL EN RECIÉN NACIDO, A PROPOSITO DE UN CASO Servicio de Pediatría – HUAPA
Tineo, Nahilse; Molina, Ana; Núñez, Noebenny; Rodríguez, Alexis
HUAPA
- P086 ATRESIA DE COLON TIPO III A. REPORTE DE UN CASO
Chan Kwok, Suet Ying(1); Pachano Arenas, Freddy Enrique(2); Márquez Boscán, Irayma Teyru(2); Añez Arria, Oscar Jose(2)
(1)IVSS Ambulatorio La Concepción; (2)IVSS Hospital Dr. Adolfo Pons
- P087 ENFISEMA SUBCUTÁNEO, NEUMOMEDIASTINO, NEUMOTÓRAX, NEUMOPERICARDIO Y NEUMORRAQUIS POR TRAUMA CERVICAL CERRADO Y PENETRANTE: REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.
Martinez, Maria Alejandra; Landaeta, Eluis; Rojas, Gilberto; Sifonte, Milisbeth
Hospital Central "Luis Ortega" IVSS

P060 SÍNDROME DE HIPEREOSINOFILIA IDIOPÁTICA. A PROPOSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Marcano Fernández, Jennifer Alejandra (1); Montaner Rodríguez, Jesús Daniel (1); Lugo Urbáez, Inés (2); Rojas Marín, Berania Virginia (2) (1)Complejo Hospitalario universitario "Dr. Luis Razetti"; (2)Hospital de Niños "Dr. Rafael Tobías Guevara"

El Síndrome de Hipereosinofilia idiopática se caracteriza por hipereosinofilia masiva persistente (>6 meses), de origen desconocido, asociado con disfunción orgánica debido a una infiltración de los tejidos por eosinófilos o por la acción tóxica de sus productos. Se trata de una entidad heterogénea, que en algunos pacientes se presentan como una entidad maligna, mientras que otros como una entidad benigna, de curso indolente. Presentamos un caso clínico de Escolar masculino de 10 años de edad, quien inicia enfermedad en Septiembre 2011 cuando presenta cuadro respiratorio y rash cutáneo, consulta a facultativo quien realiza paraclínicos, dentro de lo normal e indica tratamiento con esteroides, antihistamínico, antitusígeno y antibiótico, mejorando sintomatología. Para Octubre de 2011 se realizan paraclínicos control donde se evidencia eosinofilia marcada, persiste con valores elevados de eosinófilos hasta la fecha a pesar de recibir tratamiento con dexametasona en dosis descendente e hidroxiurea. Actualmente asintomático.

P062 ENFERMEDAD DE FABRY. A PROPOSITO DE UN CASO

Núñez De Gilmont, Olga Rubí; Aliendo, Marilin; Salazar, Carlos; Vielma, Reyna HUAL

Las enfermedades de depósito lisosomal, constituyen un grupo de aproximadamente 40 enfermedades genéticas distintas, hereditarias, cada una de ellas resultado de la deficiencia de alguna enzima intralisosómica, o transportadora. Estas enfermedades se heredan de forma autosómica recesiva, a excepción de la enfermedad de Fabry y la mucopolisacaridosis tipo II que presentan una herencia recesiva ligada al cromosoma X. La enfermedad de Fabry, es la segunda enfermedad más frecuente por acumulación de glucoesfingolípido después de la enfermedad de Gaucher, Se debe a que existe una deficiencia de la enzima lisosómica a -galactosidasa A que condiciona la acumulación de glucoesfingolípidos. La enfermedad de Fabry es en realidad un complejo síndrome con afectación de múltiples órganos de la economía: riñones, corazón, aparato gastrointestinal, ojos, piel, sistema nerviosos central y periférico. Los síntomas de la enfer-

medad de Fabry se inician típicamente en la infancia en forma de acroparestesias. Además los pacientes presentan desde jóvenes unas lesiones papulares purpúricas diseminadas (angioqueratomas), así como una diaforesis disminuida. Presentan también una lesión corneal típica. La enfermedad progresa lentamente y los síntomas renales, cardíacos y neurológicos suelen aparecer entre los 35 y 40 años. En el presente caso se presenta una escolar femenina con diagnóstico de Enfermedad de Fabry, por estudio genético además de clínica evidente, y antecedentes familiares de 3 mujeres portadoras sintomáticas, no usuales en esta enfermedad considerándose su herencia recesiva ligada al cromosoma X, pero que en estudios recientes se han evidenciado cada vez más frecuente portadoras sintomáticas. **Palabras Claves:** Enfermedad de Fabry, Enfermedad de depósito lisosomal

P064 PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA. A PROPOSITO DE UN CASO.

Sequera Carreño, Jissy Antonieta1; Agüero Tirado, Sara José(1); Brito Hernández, Carem Alejandra (2); Fajardo Hernández, Roberto José (2)

(1)Hospital de Niños "Dr. Jorge Lizarraga" CHET, Valencia, Carabobo; (2)Hospital de Niños "Dr. Jorge Lizarraga" CHET, Valencia, Carabobo

Introducción: La púrpura trombocitopenica idiopática o inmune (PTI), normalmente se manifiesta como trombocitopenia aislada, lesiones equimótico-petequiales y sangramiento mucocutáneo. Es más frecuente entre los 2 a 5 años y puede ocurrir en todos los grupos de edad pediátrica, no obstante, su frecuencia es menor en lactantes. **Caso clínico:** Lactante menor femenina de 1 mes y 2 días de vida, sin antecedentes previos, quien madre refiere inicio de enfermedad actual el 17/03/11, 2 días previos a su ingreso, cuando presenta hematoma en paladar duro, con petequias en toda la superficie corporal, que no respeta palmas ni plantas, y sin otros concomitantes. Lab: GB: 8.700 x mm³, Neutrófilos: 34%, Linfocitos: 60%, Hb: 10.7 g/dl, Hto: 32.7, Plaquetas: 43.000 x mm³. Recibió tratamiento combinado con esteroides e inmunoglobulina intravenosa, evolucionando satisfactoriamente. **Discusión:** La PTI es poco frecuente en menores de 2 años, pero es una enfermedad muy frecuente en menores de 10 años, benigna, autolimitada, con buen pronóstico y con una alta incidencia de remisiones espontáneas. **Palabras Clave:** Purpura trombocitopenica, lactantes, trombocitopenia, purpura

P065 SINDROME TORACICO AGUDO: EPISODIO VASOCLUSIVO VERSUS NEUMONIA EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DREPANOCITICA. A PROPOSITO DE UN CASO.

Quines Hernández, María Carolina (1); Romero Orta, Alida Carolina (1); Salinas Wassouf, Lady Thalin(2); Fajardo Hernández, Roberto José (1) (1) Hospital de Niños "Dr. Jorge Lizarraga" CHET, Valencia, Carabobo; (2) Hospital de Niños "Dr. Jorge Lizarraga" CHET, Valencia, Carabobo

Síndrome torácico agudo: episodio vasoclusivo versus neumonía en un paciente con enfermedad drepanocítica. A propósito de un caso. Quines H. María C., Romero O. Alida C., Salinas W. Lady T., Fajardo H. Roberto J. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Hospital de Niños "Dr. Jorge Lizarraga" La anemia falciforme es una hemoglobinopatía estructural de origen genético, caracterizada por la presencia de hemoglobina S, que es cada vez más frecuente en nuestro medio. El síndrome torácico agudo es una de las complicaciones agudas más frecuentes y se denomina así al cuadro agudo pulmonar en el que aparece un nuevo infiltrado en la radiografía de tórax y se acompaña o precede de síntomas respiratorios de vías bajas y/o hipoxemia. Se llama así porque puede estar producido por infección o por infarto pulmonar. Es la segunda causa más común de hospitalización y representa el 25% de las muertes por la enfermedad de células falciformes. En el presente caso se describe a una paciente con antecedentes de anemia drepanocítica que presentó un síndrome torácico agudo en el cual la evolución fue satisfactoria según los parámetros clínicos, radiológicos, de oximetría y de leucocitosis, por lo cual se hace indispensable hacer los diagnósticos diferenciales para así indicar una adecuada terapéutica y disminuir la estancia hospitalaria, para evitar infecciones asociadas a la asistencia sanitaria en estos pacientes que por su patología de base son susceptibles a infecciones. **Palabras clave:** anemia drepanocítica, células falciformes, síndrome torácico, microcirculación, hemoglobina, hemoglobinopatía

P066 CARACTERÍSTICA DE LA ALIMENTACIÓN DE PREESCOLARES, ESCOLARES, ADOLESCENTES CON MALNUTRICIÓN POR DÉFICIT Y ACIDOSIS METABÓLICA.

Martínez Manzano, Jose Luis(1); Camacho Camargo, Nolis Irene(2); Altamiranda, Leidy(2) (1)Hospital Universitario De Los Andes-Universidad de Los Andes; (2) Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes

RESUMEN Objetivo: Identificar las características de la alimentación de pacientes desnutridos con acidosis metabólica y desnutridos sin acidosis metabólica en la consulta de Crecimiento y Nutrición del IA-HULA. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal controlado en 20 pacientes con diagnóstico de desnutrición clínica actual, edad menor de

15 años, se dividieron en dos grupos, el primero: A. Desnutridos con acidosis metabólica 60 % (12/20), el segundo: B. Desnutridos sin acidosis metabólica 40% (8/20). Se evaluó la alimentación por recordatorio de 24 horas (7) días consecutivos, frecuencia de consumo y evaluación clínica, antropométrica, gases venosos postprandial, electrolitos séricos, química sanguínea (glicemia, calcio, fósforo, potasio, sodio, cloro, creatinina), uroanálisis y hematología completa. **Resultados:** Con relación al consumo de macronutrientes no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. La talla presenta un z-score negativo mayor en los desnutridos con acidosis metabólica (-1,15±0,73 vs -0,21±1,18) estadísticamente significativa (p=0,04). Los desnutridos con acidosis metabólica presentan mayor consumo de queso, leche completa, carnes rojas y un bajo consumo de alimentos ricos en potasio como las frutas, vegetales y leguminosas. Los pacientes desnutridos sin acidosis metabólica presentaron un consumo elevado de frutas, vegetales, verduras y leguminosas y bajo consumo de huevo, carnes rojas, leche completa. Los desnutridos con acidosis metabólica consumieron mayor cantidad de aminoácidos no volátiles con mayor potencial de carga ácida como la metionina y cisteína, esta diferencia en ambos aminoácidos entre los dos grupos es estadísticamente significativa (p=0,000) y (p=0,030) respectivamente. **Conclusiones:** Las características de la alimentación de los pacientes desnutridos con acidosis metabólica fue diferente a la de los desnutridos sin acidosis metabólica. Esta diferencia en la alimentación podría explicar la presencia de acidosis metabólica en estos pacientes. **Palabras clave:** Desnutrición, acidosis metabólica, brecha iónica, metionina, cisteína

P068 FUNCIONALISMO RENAL EN ESCOLARES OBESOS

Angulo Ceballos, Nerkis Coromoto (1); Domínguez, Luis (2); Barbella De Szarvas, Sobeida(3); Guevara, Harold (1); Mathison, Yaira(4); González, Dora(1); Hernández, Ana(1); Hadad, Erika(5)

(1) Universidad de Carabobo; (2) Nefrología Pediátrica UC; (3) Unidad de Investigación en Gastroenterología y Nutrición Pediátrica UC, Chet; (4) Universidad Central De Venezuela; (5) Laboratorio Julio González

Estudios epidemiológicos, muestran una relación estrecha entre el índice de masa corporal y el riesgo de desarrollar insuficiencia renal crónica. Objetivo: Identificar en escolares obesos, manifestaciones iniciales, de enfermedad renal inducida por la obesidad. Metodología: Estudio descriptivo-correlacional, realizado en 183 escolares prepúberes (88 obesos y 72

eutróficos). Se evaluaron tiempo de evolución de la obesidad, presión arterial, valoración nutricional y bioquímica. Resultados: No existe diferencia significativa ($p > 0,05$), de los valores de pruebas renales entre los obesos y eutróficos, para creatinina plasmática, creatinina urinaria, microalbuminuria y filtrado glomerular. Los escolares obesos, tienen más probabilidades ($P < 0,05$) de tener hiperfiltración glomerular, que los eutróficos. Los escolares obesos, en su mayoría presentaron un análisis químico de orina normal. Se encontró, cristaluria en ambos grupos ($p > 0,05$) y una correlación significativa ($p < 0,05$), entre la circunferencia de cintura, la insulina basal, el índice HOMA y la tensión arterial sistólica con el filtrado glomerular en escolares obesos. Conclusión: El aumento de la circunferencia de cintura, la hiperinsulinemia, la resistencia a la insulina, los valores de la tensión arterial sistólica y la filtración glomerular, son variables a estudiar en los escolares obesos, para detectar precozmente manifestaciones de enfermedad renal. Palabras clave: obesidad infantil, riñón, hiperfiltración

P070 MARCADORES INFLAMATORIOS EN ESCOLARES OBESOS

Angulo Ceballos, Nerki Coromoto¹; Barbella De Szarvas, Sobeida²; Guevara, Harold¹; Mathison, Yaira³; González, Dora¹; Hadad, Erika⁴; Hernández, Ana¹

¹Universidad de Carabobo; ²Unidad de Investigación En Gastroenterología Y Nutrición Pediátrica, UC, Chet; ³Universidad Central de Venezuela; ⁴Laboratorio Julio González

Resumen En niños obesos se han detectado concentraciones elevadas de algunas citoquinas, relacionadas con indicadores de aumento de la grasa corporal y de riesgo cardiovascular elevado. Objetivo: Determinar los valores de marcadores inflamatorios (Proteína C Reactiva ultrasensible, Fibrinógeno y Factor de Necrosis Tumoral α - TNF- α -), en escolares obesos y su relación con indicadores de alarma cardiovascular. Metodología: Estudio descriptivo-correlacional, realizado en 183 escolares prepúberes (88 obesos y 72 eutróficos). Se evaluaron tiempo de evolución de la obesidad, presión arterial, valoraciones nutricionales y bioquímicas. Resultados: Se encontraron, mayores promedios ($p < 0,05$), de Proteína C Reactiva ultrasensible (PCR-U) y Fibrinógeno en los obesos. No hubo diferencias significativas de los valores de TNF- α , entre ambos grupos. La PCR-U evidenció, una correlación significativa ($p < 0,05$), con el Índice de masa corporal, área grasa, circunferencia de cintura e insulina postprandial. El Fibrinógeno, presentó una correlación significativa ($p < 0,05$), con el

porcentaje de grasa corporal, colesterol total y lipoproteínas de baja densidad (LDL-c). No se encontró correlación de PCR-U y Fibrinógeno, con indicadores clínicos de alarma. El TNF- α no se correlacionó con ningún indicador de alarma de obesidad. Conclusión: La PCR-U y el Fibrinógeno plasmático, fueron buenos indicadores de riesgo cardiovascular en escolares obesos. Palabras clave: Obesidad infantil, marcadores inflamatorios, riesgo cardiovascular

P071 DEFICIENCIA DE HIERRO Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIÓN COGNITIVA EN NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS. COLEGIO "MANUEL ALCAZAR". VALENCIA-EDO CARABOBO.

García, María Jose; García, Stefanny; Giraldo, Dania; Barbella De Szarvas, Sobeida
Universidad De Carabobo

Resumen: La deficiencia de hierro es la alteración nutricional más común en el mundo. Como resultado de la carencia de hierro, ocurre una reducción en la capacidad de aprendizaje. Objetivo General: Analizar la relación entre la Deficiencia de Hierro y la Función Cognitiva en niños de 6 a 8 años del Colegio "Manuel Alcázar". Estado Carabobo. Método: Estudio descriptivo, diseño no experimental, observacional, transversal y asociativo. La muestra fue no probabilística circunstancial, estuvo constituida por 77 niños cursantes de 1er y 2do grado. Se realizó: evaluación antropométrica y socioeconómica, hematología completa, estudio metabólico del hierro, test de Raven. Se hizo distribución de frecuencia de los datos y se aplicó prueba de Chi cuadrado. Resultados: El 58,44% (n=45) de los niños fueron de 6 años, 54,54% (n=42) eran masculinos, el 46,75% (n=36) pertenecían al Graffar IV. Diagnóstico nutricional: 75,32% (n=58) eran eutróficos, 22,07% (n=17) desnutridos y 2,56% (n=2) con sobrepeso. En cuanto a los resultados de laboratorio el 24% (n=19) tenían anemia, 16,8% (n=13) anemia ferropénica y un 55,84% (n=43) presentaban deficiencia de hierro. En relación al test de Raven el 46,75% (n=36) obtuvieron un puntaje Superior y el 22,07% (n=17) un puntaje Término medio. El 29,87% (n=23) presentaron Deficiencia de hierro con Raven superior y el 1,29% (n=1) con Raven deficiente. Conclusión: Un alto porcentaje de los niños presentó anemia y deficiencia de hierro. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la deficiencia de hierro y el Test de Raven. Palabras Clave: Deficiencia de hierro, Función Cognitiva, Test de Raven, Graffar.

P073 VALORES DE REFERENCIA DEL ÍNDICE CINTURA TALLA (ICT) E ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE MÉRIDA

MUNICIPIO LIBERTADOR.

Sanchez Dugarte, Mariener; Camacho, Nolis; Ceballos, Karina; Martínez, Jose Luis; Cichetti, Rossana; Correa, Magdalena; Correa, Magdalena; Paoli, Mariela; Paoli, Mariela

Instituto Autónomo Hospital Universitario De Los Andes

OBJETIVO: Determinar valores de referencia del Índice Cintura Talla (ICT) e Índice de Masa Corporal (IMC) en escolares y adolescentes de la ciudad de Mérida Municipio Libertador. **METODOLOGIA:** estudio tipo descriptivo observacional de corte transversal. Se incluyeron escolares y adolescentes de ambos sexos, entre 9 y 18 años, que cursan estudios en las instituciones educativas seleccionadas. Se les tomaron medidas antropométricas para el cálculo del IMC y Cintura /talla **RESULTADOS:** Se analizaron un total de 926 individuos. Se construyó la distribución de percentiles para el IMC e ICT por edad y sexo. Se compararon estos con la referencia de la OMS y FUNDACREDESA demostrando que existe variabilidad en la distribución de los percentiles para ambos sexos. Se realizó el diagnóstico nutricional utilizando ambos indicadores demostrando que no hay diferencia en cuanto a utilizar uno u otro indicador, comparando con las de Fundacredesa se incrementa el porcentaje de individuos sobre la norma. **DISCUSIÓN:** Al comparar las diferentes tablas nacionales e internacionales comúnmente utilizadas se evidencia que puede existir un subregistro de pacientes en estado nutricional bajo la norma y un sobregistro de pacientes sobre la norma en nuestra población al utilizar la referencia internacional y nacional. **CONCLUSIÓN:** Este estudio demostró que tanto el IMC como el ICT pueden ser utilizados como indicadores de obesidad y sobre peso, el ICT es el mejor indicador como predictor de riesgo cardiometabólico, con valores de 0.43 para el sexo femenino y para el sexo masculino de 0.44. **Palabras clave:** Índice de Masa Corporal, Índice Cintura Talla, obesidad en niños.

P075 EVALUACION DE LA DISTRIBUCION DEL PATRON DE GRASA CORPORAL Y COMPARACION DE INDICADORES ANTROPOMETRICOS

Ceballos González, Karina; Camacho, Nolis; Sanchez Dugarte, Mariener; Martínez, Jose Luis; Martínez, Jose Luis; Paoli, Mariela; Paoli, Mariela; Cichetti, Rossana; Correa, Magdalena; Correa, Magdalena

Instituto Autónomo Hospital Universitario De Los Andes

INTRODUCCION: La distribución de grasa corporal es un tema clave en la modulación del riesgo que

ejerce la obesidad sobre la salud. El uso de indicadores antropométricos permite la evaluación inicial y el seguimiento de niños normales o con alteraciones nutricionales. Las variables que se utilizan con más frecuencia en la evaluación antropométrica del estado nutricional son: edad, sexo, peso, talla, circunferencia cefálica, circunferencia media del brazo y pliegues subcutáneos: Tricipital y Subescapular, con base a las cuales se construyen indicadores que reflejan las dimensiones corporales. **OBJETIVOS:** Determinar el Patrón de Distribución de Grasa Corporal en Escolares y Adolescentes del Municipio Libertador del Estado Mérida. **MATERIALES Y METODOS:** Es un estudio observacional Descriptivo de corte transversal Abril 2010- julio 2011. En el cual se incluyeron 918 escolares y adolescentes de 9 a 18 años de edad de diferentes instituciones públicas y privadas del Municipio Libertador del Estado Mérida, a quienes se les realizó medición de peso, estatura, como la de los panículos adiposos y perímetros. **CONCLUSION:** Este estudio avala la tendencia de utilizar indicadores de adiposidad y de distribución de grasa específicos de acuerdo al sexo y la edad y, al mismo tiempo, refuerza la necesidad de trabajar sobre la propuesta de indicadores y puntos de corte, que reflejen con mayor exactitud las variaciones genotípicas y fenotípicas de la población. **Palabras Clave:** Área grasa, área muscular, Índice de Sestri

P077 CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL Y MADURACIÓN SEXUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES FEMENINAS DE LA CIUDAD DE MÉRIDA.

Martínez Manzano, Jose Luis; Suarez Marciales, Aura; Paoli-Valery, Mariela; Camacho Camargo, Nolis Irene; Cichetti, Rosanna; Yajaira, Briceño
Instituto Autónomo Hospital Universitario De Los Andes

RESUMEN Los mecanismos biológicos asociados entre sobrepeso y maduración sexual permanecen poco claros, pero se ha establecido que los niños con sobrepeso tienen un desarrollo sexual más temprano que los de sus pares más delgados. **Objetivo:** Identificar la posible relación entre la circunferencia abdominal y la maduración sexual en escolares femeninas de instituciones educativas de la ciudad de Mérida. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de tipo observacional de corte transversal, con una muestra de 217 niñas y adolescentes de instituciones educativas de la ciudad de Mérida - Venezuela, con edades comprendidas entre 9 y 17 años, se excluyeron todas las niñas con enfermedades crónicas y alteraciones endocrinas. **Resultados:** Se encontró que 132 niñas (60.83%) presentaron un estado nutricional nor-

mal, 36 (16.59%) y 49 (22.58%) de las restantes estuvieron bajo la norma y sobre la norma respectivamente. Se encontró que la edad promedio de aparición de la menarquía es inversamente proporcional al estado nutricional (Bajo la Norma: 12.27±1.27 años, Normal 11.67±1.37 años y Sobre la Norma 11.54±1.50 años), esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0,691$). Al comparar la circunferencia abdominal de las niñas normales y sobre la norma con el estadio de desarrollo de la glándula mamaria (GM) y el estadio de vello púbico (VP) se encontró una mayor circunferencia abdominal para cada estadio de maduración sexual, siendo esta diferencia estadísticamente significativa para todos los estadios ($p < 0,005$). No hubo relación entre el Índice de masa corporal (IMC) y los estadios de maduración en GM y VP. **Conclusiones:** La circunferencia abdominal se encuentra estrechamente relacionada con todos los estadios de maduración sexual, tanto para glándula mamaria, como para vello púbico, a mayor circunferencia abdominal más rápido se alcanza los estadios de Tanner. **Palabras clave:** Adiposidad, maduración sexual, circunferencia abdominal, menarquía.

P079 SHOCK CARDIOGENICO SEGUNDARIO A SEPSIS PUNTO DE PARTIDA ENTERAL. A PROPOSITO DE UN CASO

Boscán Benítez, María Mercedes; Gómez De Córdoba, Roxanna Guadalupe; Vitale Olivo, Enza Rosalía; Cruces, María Eugenia
Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", Hospital De Niños "Dr. Jorge Lizarraga"

El shock séptico se presenta en la mitad de los pacientes con sepsis, con una mortalidad que oscila alrededor del 40-60%. La confusión mental o un cambio abrupto en el nivel de conciencia es a veces el signo más precoz que presentan los pacientes mayores con un cuadro séptico que están iniciando un shock. En pacientes más jóvenes otros indicadores clínicos como la oliguria o la taquipnea son más precoces, si bien la frecuencia de desarrollo de shock en ellos frente a cuadros graves es menor por la eficiencia de los mecanismos compensadores. El paciente en la fase inicial del shock séptico se observa en un estado hiperdinámico, con las extremidades rosadas y tibias por vasodilatación, y habitualmente con otros estigmas de sepsis como taquicardia, taquipnea e hipertermia. Aunque el débito cardíaco está aumentado, existe una disfunción miocárdica, cuyo mecanismo no está del todo claro, pero al parecer es mediada por polipéptidos circulantes. Shock cardiogénico es el trastorno relacionado un bajo gasto cardiaco asociado a infarto agudo de miocardio e insuficiencia cardiaca congestiva. Este es mortal en un 80% de los casos. El

Shop Cardiogénico se presenta en 5% a 10% de los pacientes con infarto agudo del miocardio. Esta incidencia no ha variado en el reporte de estudios de la última década. Produce la mayor proporción de muertes en pacientes hospitalizados con esta patología. **Palabras clave:** shock cardiogénico, sepsis, gasto cardiaco, problemas cardiacos.

P080 FACTORES DE RIESGO DE EXTUBACIÓN NO PLANIFICADA Y REINTUBACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL DE CUARTO NIVEL

Salgar, Nilce; Fuenmayor, Akbar; Gottberg, Esther; Huber Baur, Ana Maria
Hospital Universitario de Los Andes

Extubación no planificada (ENP) y reintubación son eventos adversos inherentes a la atención médica que acarrear complicaciones en el paciente, pudiesen prevenirse y se consideran indicadores de calidad de atención en cuidados críticos. **Objetivo:** Determinar la frecuencia, factores de riesgo y resultados de la ENP y la reintubación en niños hospitalizados en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes entre Julio 2010-Julio 2011 **Métodos:** Estudio observacional, clínico, prospectivo concurrente en niños que fueron extubados. De estos se obtuvieron características demográficas-clínicas y se siguió su evolución. El análisis estadístico se realizó con el SPSS-12.0. Resultados: Se incluyeron 76 pacientes, edad promedio 6,43 años (1 mes a 15 años, DE ± 6,04). Los diagnósticos etiológicos predominantes fueron infecciones y traumatismos. El 37,2% se intubó por insuficiencia respiratoria. El 27,3% de las extubaciones fueron no planificadas (accidentales 19,7%, autoextubaciones 7,98%). La mayoría de los pacientes se encontraba en VM modalidad asistida controlada antes de la extubación. La ENP resultó ser más frecuente en niños pequeños, con el uso de tubos sin balón, administración de sedantes y relajantes previos a la extubación, agitación y Glasgow menor de 9 puntos. La reintubación se asoció significativamente a ENP, uso de sedantes y relajantes previos, no utilizar esteroides ni broncodilatadores, falta de deshabitación, agitación y Glasgow menor de nueve puntos. Las ENP y reintubaciones incrementaron el tiempo de VM. **Conclusión:** Puede reconocerse el paciente con factores de riesgo para ENP y reintubación por lo que es necesario implementar medidas que disminuyan la frecuencia de eventos adversos en estos pacientes.

P082 MALFORMACIÓN ADENOMATOIDEA QUÍSTICA PULMONAR MULTILOBULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Nasr El Nimer, Lubna Anays (1); Jauregui, Yoleida(2); Colmenares, Thamara(2); Sierra, Luis (2) (1) Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Universidad de los Andes; (2) Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes IA-HULA

La malformación adenomatoidea quística es una displasia pulmonar focal caracterizada por presentar tejido pulmonar multiquístico y estructuras bronquiales a expensas de los alveolos. El diagnóstico se realiza durante el período neonatal, existiendo casos descubiertos durante la infancia. **Caso clínico:** escolar femenino de 7 años de edad con antecedentes de infecciones respiratorias recurrentes quien presenta tos con expectoración verdosa y dificultad respiratoria de 5 días de evolución, la radiografía y TAC de tórax demostraron pulmón derecho hipoplásico con múltiples lesiones quísticas, sobredistensión pulmonar izquierda. Se realizó neumonectomía derecha confirmando el diagnóstico de malformación adenomatoidea quística mediante anatomía patológica tipo II. **Palabras clave:** Malformación adenomatoidea quística pulmonar, quiste pulmonar, malformación congénita pulmonar.

P084 ESTENOSIS HIPERTROFICA DEL PILORO EN GEMELOS BICORIAL BIAMNIOTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodríguez Díaz, Lourdes María; Milano Velásquez, Carlos Alberto; Del Pretti, Fernando; Velásquez, Beanelys
HUAPA

La estenosis hipertrófica de píloro es una anomalía congénita frecuente, caracterizada por la hipertrofia de la capa muscular circular del estómago en la región pilórica, la que requiere de modo obligatorio cirugía para su corrección. La edad usual en la que se presenta el cuadro es de la tercera a la sexta semana, con un cuadro emético postprandial en proyectiles. Se publica el caso de gemelares, que se ingresaron a los 21 y 32 días de vidas, por haber presentado, vómitos en proyectiles, postprandiales. Con ecosonograma abdominal compatible con estenosis hipertrófica del píloro; por lo que se les realizó piloromiotomía con evolución satisfactoria. Por la ausencia de síntomas previos al vómito incoercible, su presentación progresiva y la poca frecuencia en gemelares biamniótico bicorial, con una incidencia de 0,05-0,01/1.0001, con respecto población general (1-3/1.000 recién nacidos vivos) se realiza la presentación del caso clínico. **Palabras clave:** estenosis hipertrofia pilórica, gemelares, biamniótico.

P085 ATRESIA ILEAL DISTAL CON FÍSTULA EN-

TERO UMBILICAL EN RECIÉN NACIDO, A PROPÓSITO DE UN CASO Servicio de Pediatría – HUAPA

Tineo, Nahilse; Molina, Ana; Núñez, Noebenny; Rodríguez, Alexis
HUAPA

RESUMEN Las atresias del tubo digestivo es una de las causas más importantes de abdomen agudo quirúrgico en el neonato. La atresia de íleon distal ocurre en un 36 % de los casos. La etiología la atresia ileal es el resultado de una lesión isquémica, después que el intestino medio ha retornado a la cavidad celómica. En la clasificación de las anomalías del conducto vitelino se señala por su importancia la fístula entero - umbilical, con salida de gases, líquidos y materia fecal, la misma corresponde a la persistencia de un ductus permeable, que se extiende del Íleon hasta el ombligo, exteriorizándose por un pequeño orificio o estoma. Recién nacido masculino, a término, pequeño para la edad gestacional, 38 semanas. Se realizó laparotomía exploradora, evidenció segmento atrésico de íleon terminal, a 5 cm de la válvula ileo-cecal unido a esta por remanente de cordón fibrotico y comunicación fistulosa del asa intestinal a ombligo. **Palabras clave:** Fístula umbilical congénita Fístula ileo umbilical Drenaje umbilical Recién nacido.

P086 ATRESIA DE COLON TIPO III A. REPORTE DE UN CASO

Chan Kwok, Suet Ying(1); Pachano Arenas, Freddy Enrique(2); Márquez Boscán, Irayma Teyru(2); Añez Arria, Oscar Jose(2)
(1)IVSS Ambulatorio La Concepción; (2)IVSS Hospital Dr. Adolfo Pons

Introducción: Una de las causas de obstrucción del tracto gastrointestinal del recién nacido es la atresia intestinal. La atresia de colon es la menos frecuente (1,8 a 5 %). Su incidencia es de un caso por cada 66.000 nacidos vivos. La distribución por sexo es casi igual. Se localiza frecuentemente en colon ascendente y transversal, menos frecuente en colon descendente y sigmoides. Las manifestaciones clínicas son distensión abdominal, vómitos de contenido biliar, ausencia de evacuaciones. **Caso Clínico:** Neonato masculino de 5 días de vida, presenta distensión abdominal y ausencia de evacuaciones de 3 días de evolución. Examen Físico: Regulares condiciones generales, normotermico, leve palidez cutáneo mucosa, cardiopulmonar estable, abdomen distendido, sin embargo depresible, red venosa colateral, ruidos hidroaéreos presentes. Tacto rectal: ano permeable, sin heces en ampolla. Radiografía de Abdomen Simple de Pie: dilatación de asas intestinales delgadas y gruesas, niveles hidroaéreos, opacidad pélvica. Laparotomía

Exploradora se evidencia Atresia de colon en ángulo hepático, dilatación de colon ascendente 10:1 en relación a colon transverso. Se reseca segmento atrésico, y se realiza anastomosis ileotransversa en un solo plano. Acto quirúrgico sin complicaciones. Pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, durante el postoperatorio mediato presenta fuga de pared de anastomosis ameritando reintervención quirúrgica. Siete días posteriores fallece por shock séptico refractario. **Conclusión:** La atresia de colon es una patología poco frecuente en la etapa neonatal, es importante realizar el diagnóstico a la brevedad posible una vez que aparezcan las manifestaciones clínicas, ya que permiten realizar el abordaje quirúrgico precoz, y así disminuir la tasa de mortalidad.

P087 ENFISEMA SUBCUTÁNEO, NEUMOMEDIAS-TINO, NEUMOTÓRAX, NEUMOPERICARDIO Y NEUMORRAQUIS POR TRAUMA CERVICAL CERRADO Y PENETRANTE: REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. Martínez, Maria Alejandra; Landaeta, Eluis; Rojas, Gilberto; Sifonte, Milisbeth Hospital Central "Luis Ortega" IVSS

Las lesiones traqueobronquiales son una patología poco frecuente de difícil manejo que pueden comprometer la vida del paciente. La laceración traqueal secundaria a un traumatismo cervical es una entidad poco común en pediatría. El tamaño de la lesión y la clínica del paciente orientan el tratamiento, ya sea este médico o quirúrgico. Se presentan dos casos de pacientes de 8 y 11 años de edad, ambos con enfise-ma subcutáneo masivo, neumomediastino, neumotó-rax, neumorraquis y neumopericardio, secundarios a trauma cervical cerrado y penetrante respectivamente. En los dos casos el manejo fue conservador con evolución satisfactoria. **Palabras clave:** Trauma tra-queal, neumomediastino, neumotórax, neumopericar-dio, neumorraquis.

TRABAJOS ACEPTADOS SIN DISCUSIÓN

JUEVES 6 DE SEPTIEMBRE

- P088 EVALUACIÓN DE LOS VALORES HEMATOLÓGICOS EN RECIÉN NACIDOS DE BAJO RIESGO EN SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DR. LUIS RAZETTI. BARCELONA, FEBRERO-ABRIL 2010.
Albani Pérez, Mario Nicolás (1); Aguiar, Flor(21); Guánchez, Amel(2); Rendón Mora, Daniela Andrea(3); Tineo, Enma(2)
(1)Hospital Santos Anibal Dominici; (2)Hospital Luis Razetti; (3)Hospital Domingo Guzmán Lander
- P090 APLICACION DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ESTANDARIZADO EN NIÑOS CON ENFERMEDAD HEMATO-ONCOLOGICA EN EPISODIOS DE NEUTROPENIA FEBRIL
Márquez Abreu, Esmeralda(1); Páez de Cárdenas, Angelica(2); Labrador R, Marco A (2)
(1)Hospital Central de San Cristóbal; (2)Hospital Central
- P091 ALTERACIONES DE LOS CROMOSOMAS SEXUALES. UNIDAD DE GENÉTICA MÉDICA - UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.
Cammarata-Scalisi, Francisco(1); Lacruz-Rengel, María Angelina(2); Araque, Dianora(1); Da Silva, Gloria(1); Huber, Ana(3)
(1)Unidad de Genética Médica - ULA; (2)IAHULA; (3)Clinic Salud
- P093 ACRODERMATITIS ENTEROPÁTICA EN UN LACTANTE. ¿DEFICIENCIA DE UN OLIGOELEMENTO?
Cuart Borjas, Yoselin Del Rosario(1); Fontalvo García, Shai Ibis (1); Chan Kwok, Suet Ying(2); Díaz Landaeta, Leopoldo(3)
(1) Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo; (2) Ambulatorio La Concepción; (3) Hospital De Especialidades Pediátrica De Maracaibo
- P094 MALPOSICIÓN CARDÍACA: DEXTROCARDIA EN ESPEJO. A PROPÓSITO DE UN CASO
Vera Fletes, Dayana Roselin(1); Ramírez Ávila, Jhocely Massiel (1); Agreda Brea, Algimiroagustin (1); Rodríguez Agreda, Gerardo Jose(2)
(1)Centro De Atención Pediátrica María Torres Guacara Estado Carabobo; (2)ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia Estado Carabobo
- P096 USO COMPASIVO DE PROPANOLOL EN LINFANGIOMAS. SERVICIO AUTÓNOMO HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. ARAGUA - VENEZUELA. 2011-2012 (REPORTE PRELIMINAR 1er PACIENTE)
González-Oviedo, Myriam Raquel(1); Lugo-Perales, José Rafael(2); Herrera-Sierra, Valentina(3); Rolo-Asención, Manuel Francisco(4); Romero-García, Zenaida Cristina(3); Romero-García, Zenaida Cristina(3)
(1)servicio Autónomo Hospital Central de Maracay; (2)SAHCM, UC; (3)SAHCM; (4)Unidad Proyecto Aragua-UC
- P098 OSTEOSARCOMA EN PEDIATRIA, A PROPÓSITO DE UN CASO Servicio de Pediatría - HUAPA
Núñez Herrera, Noebenny del Valle(1); Serrano, Lorenzo(2); Tineo, Nahilse(2); Tineo, Nahilse(2)
(1)Hospital Universitario Antonio Patricio Alcalá; (2)Hospital Antonio Patricio Alcalá
- P100 ENFERMEDAD DE MILROY.
Cammarata-Scalisi, Francisco (1); Rodríguez Avancini, Raúl (2); Orellana, Maryelena (3); Julio Pedroza, Leidis Maria (3)
(1)Unidad de Genética Médica ULA; (2)Hospital Luis Razetti Barinas; (3)Hospital Luis Razetti. Barinas
- P102 CONOCIMIENTO QUE TIENE LA FAMILIA SOBRE LOS DERECHOS DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA. COMUNIDAD DE SAN VICENTE. MUNICIPIO GIRARDOT. ESTADO ARAGUA. 2011.
García R, Antonio José(1); Mesa Méndez, Lissette (2); García, Cesar Antonio(3); Rodríguez G, Elizabeth(4)
(1)Tribunal de protección del niño y el adolescente de la circunscripción judicial del estado Aragua.; (2)Ambulatorio de San Vicente. Maracay; (3)Estudiante 6º año. Universidad de Carabobo; (4)Hospital Central de Maracay
- P104 HALLAZGOS CLÍNICOS EN PACIENTE CON CUTIS MARMORATA TRELANGIECTÁSICA CONGÉNITA. REPORTE DE 1 CASO.
Palmare Pildain, Saireth Ramona; Gómez, Mario; Chacón, Jenny; Vásquez, Ana
Hospital Universitario "Ruíz y Páez"

P106 HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA CON EXTENSION INTRAVENTRICULAR EN RECIEN NACIDO A TÉRMINO. A PROPOSITO DE UN CASO.

Cipres Rosello, Sandra María; Useche Colmenares, Juan Agustín; Herrera Osorio, Rubén Darío
Maternidad Del Este

P108 REANIMACION AVANZADA INTRAPARTO, EN HIJO(A) DE MADRE MENOR DE 15 AÑOS. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY, SERVICIO DE NEONATOLOGIA, ARAGUA. JUNIO-DICIEMBRE 2011.

Jaimes Tabares, Johnnatan
Hospital Central De Maracay

P109 TOXOCARIASIS: A PROPÓSITO DE UN CASO
Monzones, Maggir; Núñez, Olga; Agreda, Sonia; Padrino, Vanesa
HUAL

P111 EVALUACIÓN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA PARA SOSPECHA DE SÍFILIS CONGÉNITA HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY ENERO – DICIEMBRE 2011.

Pérez Estévez, Mayesther; Bracamonte, Rosa; Hernández, Crisnel; Segovia, Luz; Jaimes, Johnnatan
Hospital Central De Maracay

P112 LUMBALGIA: INICIO INFRECUENTE DE ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL. A PROPOSITO DE UN CASO.

Ghezzi Cumana, María Helena; Lapelosa, Rosana; González, Yoryina; Rivas, Héctor; Rivas, Héctor
Hospital de Lídice

P114 INCONTINENCIA PIGMENTIS. A PROPOSITO DE UN CASO

Sanchez Perea, Harry Antonio; Laguado Alburjas, Yaiferlis Milagros; Bastidas Montilla, Carmen; Orellana Quintero, Maryelena
Hospital General Dr. Luis Razetti

P116 INCIDENCIA DE RECIÉN NACIDOS CON DIAGNOSTICO DE MENINGITIS DADOS POR CULTIVOS POSITIVOS DE LCR, LABORATORIO CENTRAL DEL HCM 2012

María Mercedes, Rivero
Hospital Central De Maracay

P088 EVALUACIÓN DE LOS VALORES HEMATOLÓGICOS EN RECIÉN NACIDOS DE BAJO RIESGO EN SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DR. LUIS RAZETTI. BARCELONA, FEBRERO-ABRIL 2010.

Albani Pérez, Mario Nicolás (1); Aguiar, Flor(21); Guánchez, Amel(2); Rendón Mora, Daniela Andrea(3); Tineo, Enma(2)

(1) Hospital Santos Aníbal Dominici; (2) Hospital Luis Razetti; (3) Hospital Domingo Guzmán Lander

Los neonatos representan un grupo particularmente susceptible a los procesos infecciosos por sus características inmunológicas, presentando amplias variaciones en los valores fisiológicos de la serie blanca, roja y plaquetaria, por ello es importante definir claramente los límites normales de estas células sanguíneas para una adecuada evaluación y tratamiento. Durante el trimestre febrero-abril de 2010 se realizó una investigación de campo, prospectiva, de corte transeccional en la Sala de Partos del Complejo Hospitalario Universitario "Dr. Luis Razetti" (CHULR) de Barcelona, evaluando los valores hematológicos en recién nacidos de bajo riesgo en sangre de cordón umbilical, mediante el análisis de la hematología automatizada y el frotis sanguíneo. La muestra la conformaron 54 neonatos de bajo riesgo que cumplieron con los criterios establecidos para el binomio madre-hijo. El valor promedio de eritrocitos fue $4,18 \times 10^{12}/l \pm 0,37$; hemoglobina $14,83 \text{ g/dl} \pm 1,08$; hematocrito $46,36\% \pm 3,50$; leucocitos $15,71 \times 10^9/l \pm 4,17$ y plaquetas $276,94 \times 10^9/l \pm 75,21$. En la evaluación cualitativa el 68,52% de los neonatos mostró eritrocitos normales y las principales alteraciones, en 37,03%, consistieron en cambios morfológicos que reflejan la función esplénica disminuida a esta edad. El 94,44% de los leucocitos fueron normales y hubo un sólo caso con macroplaquetas. Al correlacionar el sexo con los parámetros hematológicos sólo se obtuvo significancia estadística para volumen corpuscular medio y hemoglobina corpuscular media, predominantes en el sexo masculino. Los valores hematológicos no guardaron relación con el peso al nacer. Esta investigación permitió establecer valores hematológicos de referencia para recién nacidos a término obtenidos por vía vaginal en nuestra institución

P090 APLICACION DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ESTANDARIZADO EN NIÑOS CON ENFERMEDAD HEMATOONCOLOGICA EN EPISODIOS DE NEUTROPENIA FEBRIL

Márquez Abreu, Esmeralda(1); Páez de Cárdenas,

Angelica(2); Labrador R, Marco A (2)

(1)Hospital Central de San Cristóbal; (2)Hospital Central

INTRODUCCIÓN: La neutropenia en niños con enfermedad hemato oncológica es la principal responsable del desarrollo de infecciones en estos pacientes. **OBJETIVO:** Aplicar un protocolo de diagnóstico y tratamiento estandarizado a los niños con neutropenia febril y enfermedad hemato-oncológica **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio clínico, prospectivo y longitudinal en niños con neutropenia febril y enfermedad hemato oncológica que consultaron al servicio de pediatría del Hospital Central de San Cristóbal entre Mayo y Agosto del 2011. Se incluyeron pacientes menores de 12 años con fiebre y neutropenia (VAN <500). **RESULTADOS:** Se incluyeron 15 episodios. Se procedió a la categorización de los episodios en alto o bajo riesgo de infección bacteriana invasora (IBI), basado en la presencia de ciertos factores de Riesgo, encontrando una mayor incidencia de episodios de alto riesgo de IBI con un 66.7% y pacientes con bajo riesgo 33.3%. Aplicando un manejo específico según dicha categorización. Se comparó un grupo sin protocolo estudiado en este mismo hospital entre junio 2008 – junio 2010 con el grupo actual (con protocolo), encontrando una reducción en el tiempo de hospitalización de manera absoluta de 11,07 días a 5,40 días, es decir, de 5,67 días de descenso, lo que corresponde al 51,22% de disminución, resultando estadísticamente significativo ($p=0,0014$). En cuanto a la incidencia del protocolo sobre el costo del tratamiento, se presentaría una reducción de costos del 48,78%. **CONCLUSIONES:** Con la aplicación del protocolo estandarizado de diagnóstico y tratamiento se logra la reducción significativa tanto de los días de hospitalización como de los costos de tratamiento. **PALABRAS CLAVE:** Neutropenia Febril, Enfermedad Hemato-Oncológica, Protocolo de tratamiento.

P091 ALTERACIONES DE LOS CROMOSOMAS SEXUALES. UNIDAD DE GENÉTICA MÉDICA - UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.

Cammarata-Scalisi, Francisco(1); Lacruz-Rengel, María Angelina(2); Araque, Dianora(1); Da Silva, Gloria(1); Huber, Ana(3)

(1)Unidad de Genética Médica - ULA; (2)IAHULA; (3)Clinic Salud

Objetivo: Este estudio tiene por objeto identificar el perfil de los pacientes referidos a estudio citogenético en la Unidad de Genética Médica – Universidad de Los Andes para determinar la prevalencia y tipo de alteraciones de los cromosomas sexuales. **Pacientes y Métodos:** Se realizó un estudio observacional y des-

criptivo en los pacientes evaluados desde enero de 2005 a enero de 2012. El cariotipo de cada paciente fue realizado por técnica convencional de banda G. **Resultados:** De 714 casos estudiados, 70 (9.80%) presentaron algún tipo de alteración en los cromosomas sexuales. El síndrome de Turner es la alteración más común 66 (94.29%), siendo el mosaico 45,X/46,XX la presentación más frecuente 63 (95.45%). **Conclusión:** Es importante resaltar el papel del análisis citogenético en la práctica médica, para confirmar el diagnóstico clínico e impartir consejo genético. **Palabras clave:** Alteración cromosomas sexuales, análisis citogenético, diagnóstico, consejo genético.

P093 ACRODERMATITIS ENTEROPÁTICA EN UN LACTANTE. ¿DEFICIENCIA DE UN OLIGOELEMENTO?

Cuart Borjas, Yoselin Del Rosario(1); Fontalvo García, Shai Ibis (1); Chan Kwok, Suet Ying(2); Díaz Landaeta, Leopoldo(3)

(1) Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo; (2) Aambulatorio La Concepción; (3) Hospital de Especialidades Pediátrica de Maracaibo

RESUMEN Introducción: La Acrodermatitis Enteropática constituye una genodermatosis, autosómica recesiva; el defecto genético fue mapeado en el locus 8q24, que codifica a la proteína transportadora de Zn, Zip. Es una patología poco frecuente, con una incidencia de 1 por cada 500.000 niños, sin predilección por sexo o raza, suele aparecer antes del primer año de edad. **Caso Clínico:** Lactante menor masculino, de 9 meses, presenta desde los 4 meses de edad, lesiones en piel eritemato descamativas, predominantes en cara, cuello, manos, pies, orificio anal y en genitales. Examen físico, buenas condiciones generales, hidratado. Se evidencian placas eritemato descamativas, y ampollas en cara, cuello, rodillas, manos, pies, orificio anal, genitales y región inguinal. Caída de lechos ungueales en manos y pies. Estudios Paraclínicos: hemograma, bioquímica, uroanálisis, eritrosedimentación, proteína C reactiva normales. Cinco semanas después es revalorado por dermatólogo pediatra debido a la persistencia de dichas lesiones. Los niveles de Zinc se encontraban disminuidos (45 mg/dl). Se inicia terapia con Zinc vía oral. Es Valorado por Gastropediatra quien solicita Endoscopia Digestiva Superior y Esofagograma. También se solicita valoración por genética y se indican vitaminas A, D y E. **Conclusión:** La Acrodermatitis Enteropática, a pesar de su baja incidencia, resulta de gran importancia pensar en ella, ante la presencia en todo paciente de diarrea, irritabilidad y lesiones periorificiales y acrales, para poder realizar el diagnóstico oportuno, que con un sencillo

tratamiento basado en la administración de zinc, se logra la remisión de la sintomatología, evitando complicaciones tales como infecciones, las cuales si no se tratan pueden conducir a la muerte del paciente.

P094 MALPOSICIÓN CARDÍACA: DEXTROCARDIA EN ESPEJO. A PROPÓSITO DE UN CASO Vera Fletes, Dayana Roselin(1); Ramírez Ávila, Jhocely Massiel (1); Agreda Brea, Algimiroagustin (1); Rodríguez Agreda, Gerardo Jose(2)

(1)Centro de Atención Pediátrica María Torres Guacara Estado Carabobo; (2) Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia Estado Carabobo

El Situs Inversus (SI), es una malformación congénita autosómica recesiva, en la que la posición de los órganos abdominales y/o torácicos es una imagen en espejo de lo normal en el plano sagital, que se clasifica en SI totalis y SI parcial. Además, puede ser clasificado como SI con dextrocardia y SI con levocardia. La incidencia no ha sido bien establecida variando de 0.02 a 1 %. Se presenta el caso de lactante menor masculino de 6 meses de edad, quien acude a consulta pediátrica por hemangioma en línea media parieto-occipital, a la valoración se auscultan ruidos cardiacos en hemitórax derecho. Se solicita Rx de tórax que reveló silueta cardíaca Dextropuesta. Se decide practicar ECG que muestra complejos de bajo voltaje en precordiales izquierdas (V4, V5 y V6), la ecografía abdominal demuestra SI totalis, Ecocardiografía indica Dextrocardia con dextroápex, concordancia Aurícula Ventricular / Ventriculo Arterial, arco Ao derecho, sin malformaciones asociadas. La ecografía cerebral transfontanelar sin evidencia de lesiones del sistema nervioso central. El diagnóstico de SI pasa inadvertido en aproximadamente 45% de los casos, por lo tanto es indispensable la evaluación clínica adecuada para sospechar el diagnóstico y corroborarlo por métodos paraclínicos, planificando las estrategias que más convenga al paciente. **PALABRAS CLAVE:** Situs inversus, Dextrocardia, Dextroápex.

P096 USO COMPASIVO DE PROPANOLOL EN LINFANGIOMAS. SERVICIO AUTÓNOMO HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. ARAGUA - VENEZUELA. 2011-2012 (REPORTE PRELIMINAR 1er PACIENTE)

González-Oviedo, Myriam Raquel(1); Lugo-Perales, José Rafael(2); Herrera-Sierra, Valentina(3); Rolo-Asención, Manuel Francisco(4); Romero-García, Zenaida Cristina(3); Romero-García, Zenaida Cristina(3)
(1)servicio Autónomo Hospital Central de Maracay; (2)SAHCM, UC; (3)SAHCM; (4)Unidad Proyecto Aragua-UC

INTRODUCCIÓN: desde 2008 propranolol es tratamiento de elección en hemangiomas infantiles y de excelente efecto en escolar con linfangiomatosis difusa intratable. La pobre respuesta a bleomicina y OK-432, las complicaciones quirúrgicas y el costo elevado del tratamiento convencional, motivaron protocolización de esta investigación para su uso compasivo en linfangiomas. **OBJETIVO:** probar eficacia del propranolol en linfangiomas. **MÉTODO:** estudio prospectivo, longitudinal y cuasiexperimental no finalizado. Reporte de primer paciente, masculino con linfangioma de cuello (lateral derecho) con compromiso mediastínico, evidenciado a los 15 días de nacido. Evaluado por Cirugía y Dermatología pediátrica (clínica-imagenológicamente) a los 4 meses de edad, tratado desde entonces previo "Consentimiento Informado/Uso Compasivo" exclusivamente con propranolol (2mg/Kg/día VO) desde Octubre 2011 a mayo 2012. **RESULTADOS:** al 1er día de tratamiento comenzó involución del linfangioma con reducción de la tensión, luego ocurrió la reducción progresiva del tamaño desde 10 cm iniciales a 2 cm (documentado por imagenología), sin efectos secundarios y con la recuperación de la movilidad de cabeza y cuello. Continuará con propranolol de acuerdo a los resultados. **DISCUSIÓN:** propranolol parece ser efectivo en malformaciones linfáticas, con buen perfil de seguridad y escasos efectos secundarios. El mecanismo de acción en lesiones vasculares está por precisar (vasoconstricción y apoptosis endotelial, entre otros). Es un beta-bloqueante económico que pudiera convertirse también en primera elección para linfangiomas antes de terapias convencionales invasivas, costosas y con resultados limitados. No encontramos reportes del uso de propranolol en linfangioma de cuello. **PALABRAS CLAVE:** propranolol, linfangioma, beta-bloqueante.

P098 OSTEOSARCOMA EN PEDIATRIA, A PROPÓSITO DE UN CASO Servicio de Pediatría - HUAPA

Núñez Herrera, Noebenny del Valle¹; Serrano, Lorenzo²; Tineo, Nahilse²; Tineo, Nahilse²

1 Hospital Universitario Antonio Patricio Alcalá; 2 Hospital Antonio Patricio Alcalá

RESUMEN Los tumores óseos primitivos son neoplasias que se originan primeramente en el hueso. El Osteosarcoma según la Organización Mundial de la Salud (OMS), tumor maligno de alto grado, primario del hueso, intramedular donde las células neoplásicas producen pequeñas cantidades de osteoide. La localización es en la metafisis de huesos largos. El fémur es el hueso afectado con mayor frecuencia, seguido de la tibia y el húmero. Las manifestaciones clínicas

están dadas por dolor óseo profundo y persistente, seguido de tumefacción o limitación de la movilidad de una extremidad u otra parte del esqueleto. Adolescente masculino de 12 años, ingresa con enfermedad actual de un 1 mes de evolución, presenta aumento de volumen en cara externa de tercio distal rodilla izquierda; sin antecedentes traumáticos, dolor de moderada intensidad, limitación funcional para la flexión y rotación externa, fiebre en 38 °C, de 48 horas de evolución. Al examen físico, se evidencia tumefacción de 10 x 10 cm en cara externa de rodilla izquierda, con signos de flogosis, limitación funcional para la rotación lateral y de apoyo. Rx de rodilla AP y Lateral: levantamiento del periostio, secuestro, signos radiológicos de Osteomielitis y TÚ Óseo. Es llevado a quirófano, se realiza osteotomía en tibia + colocación de perlas Gentamicina, se tomo muestra para biopsia. TAC reporto lesión exofítica permeática expansiva tibial proximal, descartar Osteosarcoma. Gammagrama óseo reporto: Flujo sanguíneo regional, pool sanguíneo, distribución aumentada del trazado de proyección de rodilla izquierda, con aumento de actividad en imagen tardía a nivel del tercio proximal de tibia izquierda, sugestivo de TU óseo de alta vascularidad. Biopsia reporto OSTEOSARCOMA TELANGIECTÁSICO. Se refiere paciente a otro centro asistencial para decidir tratamiento quirúrgico y quimioterapia. Palabras claves: Osteosarcoma, osteomielitis, lesiones radiológicas, manejo preoperatorio

P100 ENFERMEDAD DE MILROY.

Cammarata-Scalisi, Francisco¹; Rodríguez Avancini, Raúl²; Orellana, Maryelena³; Julio Pedroza, Leidis Maria³

1 Unidad de Genética Médica ULA; 2 Hospital Luis Razetti Barinas; 3 Hospital Luis Razetti. Barinas

La enfermedad de Milroy, también conocida como linfedema congénito primario es una forma de linfedema infrecuente y hereditario con patrón de herencia autosómico dominante. Se caracteriza por linfedema de aparición congénita de los miembros inferiores debido a hipoplasia de los vasos linfáticos. Las bases genéticas en la mayoría de los casos es causado por la mutación en el receptor 3 del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGFR3), localizado en 5q34-q35. Reportamos el caso de un preescolar masculino evaluado inicialmente a los tres años de edad en la Unidad de Genética Médica de la Universidad de Los Andes, con hallazgos clínicos y paraclínicos de enfermedad de Milroy en miembro superior izquierdo, resaltando lo infrecuente de la localización de la lesión, así como los posibles diagnósticos diferenciales. Palabras clave: enfermedad de Milroy, linfedema congénito primario, VEGFR3, diagnóstico diferencial.

P102 CONOCIMIENTO QUE TIENE LA FAMILIA SOBRE LOS DERECHOS DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA. COMUNIDAD DE SAN VICENTE. MUNICIPIO GIRARDOT. ESTADO ARAGUA. 2011.

García R, Antonio José (1); Mesa Méndez, Lissette(2); García, Cesar Antonio(3); Rodríguez G, Elizabeth(4)

(1)Tribunal de protección del niño y el adolescente de la Circunscripción Judicial del Estado Aragua.; (2)Ambulatorio de San Vicente. Maracay; (3)Estudiante 6º año. Universidad de Carabobo; (4)Hospital Central de Maracay

Introducción: La legislación venezolana en materia de niños y adolescentes ha sido objeto de atención a partir de la puesta en vigencia, en el año 2000, de la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente. En la actualidad el desconocimiento de la Ley respectiva, es tan amplio en cualquiera de las diversas clases sociales del país. **Objetivo:** describir el conocimiento que tiene la familia sobre los derechos de la niñez y la adolescencia en el Sector El Triunfo de San Vicente, municipio Girardot, Aragua 2011. **Método:** investigación de campo, con diseño no experimental y de tipo descriptivo. La población quedó representada por 31 familias. Para la recolección de los datos se diseñó un instrumento tipo encuesta que contiene preguntas básicas acerca de los derechos de la niñez y la adolescencia. **Resultados:** La mayoría tienen conocimientos sobre la LOPNA, a través de la televisión. Nunca se ha realizado en el sector El Triunfo un evento informativo sobre los Derechos y Deberes de los Niños y Adolescentes. Menos de la mitad tiene conocimiento sobre los tres pilares fundamentales de la familia, pero no sobre información en el Marco Jurídico actual de los Derechos y Deberes de los Niños. Más de la mitad afirmó conocer sobre el Deber Compartido e Irrenunciable de Criar, Formar, Educar, Mantener y Asistir a sus hijos. Así como, sobre el Deber del Estado, Familia y Sociedad de asegurar todos los Derechos y Garantías de los Niños. La mayoría no tiene conocimiento sobre el significado y la importancia Jurídica y Social del Interés Superior del Niño. Una cuarta parte de las familias ha visitado algún organismo Administrativo y/o Judicial del Sistema de Protección del Niño y del Adolescente. **Conclusión:** la mayoría de las familias tiene noción de la LOPNA, no así del significado y la importancia Jurídica y Social del Interés Superior del Niño y Adolescente. **Palabras Clave:** Familia, derecho de la niñez y adolescencia.

P104 HALLAZGOS CLÍNICOS EN PACIENTE CON CUTIS MARMORATA TRELANGIECTÁSICA

CONGÉNITA. REPORTE DE 1 CASO.

Palmare Pildain, Saireth Ramona; Gómez, Mario; Chacón, Jenny; Vásquez, Ana Hospital Universitario "Ruíz y Páez"

La cutis marmorata telangiectásica congénita (CMTC) es una infrecuente malformación vascular cutánea que se caracteriza por la presencia de un patrón localizado o generalizado, casi siempre asimétrico, de máculas reticuladas eritematosas o violáceas, presentes desde el nacimiento o poco después de éste. Descrita por primera vez por la pediatra holandesa Cato Van Lohuizen (1922), de un niño con livedo reticularis, telangiectasias y ulceraciones superficiales. Hasta 1973 que se publicó el primer caso en España. Torrelo et al. (2003) reportó 2 pacientes con una asociación inusual de la extensa cutis marmorata telangiectásica congénita y aberrantes manchas mongólicas. Afirmaron que esta asociación se explica mejor como un fenómeno de doble nonallelic manchas y sugirió que esta condición puede ser una forma nueva variante de la facomatosis pigmentovascular. La asimetría del cuerpo es la anomalía más común asociado. La cutis marmorata telangiectásica congénita siempre afecta partes de la piel solamente y generalmente no en forma asimétrica, o sea una parte del cuerpo es afectada más que la otra. La condición es más común en mujeres que en varones. La razón de este fenómeno todavía se desconoce. En muchos casos esta especie de piel marmolada se reduce a medida que el paciente crece pero nunca desaparece completamente. CMTC en si es una condición que podría considerarse no grave, pero algunas personas con CMTC han presentado otras complicaciones de salud.

P106 HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA CON EXTENSION INTRAVENTRICULAR EN RECIEN NACIDO A TÉRMINO. A PROPOSITO DE UN CASO.

Cipres Rosello, Sandra María; Useche Colmenares, Juan Agustín; Herrera Osorio, Rubén Darío

Maternidad Del Este

El Objetivo de este reporte es presentar el caso de una paciente Recién Nacida quien a las 26 horas de vida manifiesta clínica de Hemorragia Intraparenquimatosa. Metodología: La historia clínica revela que se trata de un Recién Nacido femenino de 26 horas de vida, producto de segunda gesta, embarazo controlado, a término, sin complicaciones, obtenido por parto eutócico, quien a las 26 horas de vida presenta equivalente convulsivo caracterizado por cianosis peribucal y distal en tres oportunidades con mirada fija y posterior lateralización de esta, cediendo tras la administración de fenobarbital, observándose a nivel de

paraclínicos descenso de Hemoglobina/Hematocrito y en estudio de imagenología, Hemorragia Intraventricular. Valorada en conjunto por Neurólogo Infantil y Neurocirujano, así como el manejo dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Ameritó por aumento de la hemorragia intraventricular el drenaje del mismo, complicándose posteriormente con ventriculomegalia siendo reintervenida para la colocación de derivación ventrículo-peritoneal, permaneciendo un periodo de 21 días de hospitalización con posterior egreso siendo seguido por un equipo multidisciplinario que ha garantizado su atención clínica y rehabilitadora, contando en la actualidad con 2 años de vida. Conclusión: Por tratarse de un enfermedad con evolución rápidamente progresiva y catastrófica el plantear un diagnóstico precoz y el manejo multidisciplinario nos permite garantizar mejor pronóstico, asegurando la calidad de vida del paciente. **Palabra Clave:** Hemorragia Intraventricular, Intraparenquimatosa, Recién Nacido a término, Ventriculomegalia

P108 REANIMACION AVANZADA INTRAPARTO, EN HIJO(A) DE MADRE MENOR DE 15 AÑOS. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY, SERVICIO DE NEONATOLOGIA, ARAGUA. JUNIO-DICIEMBRE 2011.

Jaimes Tabares, Johnnatan
Hospital Central de Maracay

INTRODUCCIÓN: El embarazo precoz es por sí solo el primer factor de riesgo para múltiples problemas del recién nacido, facilitando aún más para desarrollar asfixia perinatal que es ya un problema mundial y que puede llevar a muerte neonatal. **OBJETIVO GENERAL** Caracterizar la reanimación avanzada intraparto, en hijo de madre menor de 15 años, en el Hospital Central de Maracay entre el mes de Junio y Diciembre del 2011. Se realizó un estudio documental descriptivo. Los criterios de inclusión fueron las historias clínicas de los recién nacidos, hijos de madre menor de 15 años, obtenidos por vía vaginal, cesárea, primigestas y múltiparas. De estas se tomaron los casos con requerimiento de ventilación a presión positiva y demás procedimientos que sugiere el ILCOR. La muestra fue de 170 historias clínicas de recién nacidos, clasificadas por edad materna y realizadas entre el mes de Junio a Diciembre del 2011, de los casos con requerimiento de procedimientos de reanimación avanzada, se clasificó el APGAR a los 1,5 minutos de vida, signos neurológicos de las primeras horas de vida, y los factores de riesgo gestacionales (crecimiento fetal restringido, preeclampsia, oligohidramnios, edad gestacional, embarazo múltiple, circular de cordón y factores de riesgo intraparto

(uso de oxitoxina para inducir el parto vaginal, tiempo de trabajo de parto, vía de obtención, tipo de presentación y liquido amniótico. Los datos se recogieron utilizando una ficha diseñada según los objetivos de la investigación, y se analizaron por medio del programa Excel y statistix for Windows. Mediante estadística descriptiva se expusieron los resultados utilizando frecuencias absolutas y porcentajes. **RESULTADOS:** Se observaron 10 casos con asfixia perinatal de los 170 partos y cesáreas de madres menores de 15 años, de los cuales se pudo definir que el factor de riesgo gestacional mas relevante fue la circular de cordón y el factor de riesgo intraparto fue el liquido amniótico meconial. **CONCLUSIONES:** Se requiere de una culturización exhaustiva que promueva prevenir los embarazos precoces, así como un adecuado control prenatal que nos oriente y ayude a anticiparnos más y así prevenir la asfixia perinatal y en caso de realizar reanimación avanzada contar con la experiencia clínica, personal, y medios necesarios para no solo prevenir los fallecimientos en sala de partos, sino además prevenir las secuelas que este evento conlleva a corto, mediano y largo plazo.

P109 TOXOCARIASIS: A PROPÓSITO DE UN CASO Monzones, Maggir; Núñez, Olga; Agreda, Sonia; Padrino, Vanesa
HUAL

Resumen La toxocariasis es una infección zoonótica cosmopolita causada por nematodos parásitos *Toxocara canis* y *Toxocara cati*, proveniente de perros y gatos respectivamente. Debido a que el hombre no es el huésped definitivo, las larvas no maduran en él, lo que hace que migren erráticamente causando reacciones inflamatorias, pudiendo localizarse en hígado, pulmón, corazón, cerebro y tejido muscular. Las manifestaciones clínicas y de laboratorio se asocian a daños, tanto mecánicos como reaccionales, ocasionados por larvas migrans; dependen del órgano afectado, el número de larvas y la intensidad de la respuesta inmunológica provocada por las mismas. La mayor incidencia existe en áreas rurales y países tropicales. Es más frecuente en niños y niñas de edades entre 2-7 años Dada la gran existencia de factores de riesgo en las zonas rurales y suburbanas de casi todos los países latinoamericanos, la presencia de perros y gatos, sumado a la falta de control veterinario y precarias condiciones de higiene, es apenas lógico argumentar y esperar que las cifras en muchos casos correspondan a una realidad poblacional diferente a la que se reporta hasta el momento. En el presente trabajo expondremos un caso clínico de una preescolar con diagnóstico serológico de toxocariasis y clínica de pérdida de peso, alopecia, con una eosinofilia intensa

que ingreso en nuestra institución, esperando que con la orientación diagnóstica adecuada, y la detección de síntomas y signos clínicos precoces recordando la importancia de la epidemiología en este tipo de enfermedades parasitológicas, controlemos y conozcamos más de cerca esta enfermedad

P111 EVALUACIÓN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA PARA SOSPECHA DE SÍFILIS CONGÉNITA HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY ENERO – DICIEMBRE 2011.

Pérez Estévez, Mayesther; Bracamonte, Rosa; Hernández, Crisnel; Segovia, Luz; Jaimes, Johnatan

Hospital Central De Maracay

Introducción: La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*, en los niños se producen de dos formas: la sífilis adquirida y la sífilis congénita. La sífilis congénita es el resultado de la transmisión materno-fetal. **Objetivo:** Evaluar el programa de vigilancia para sospecha de sífilis congénita en el Hospital Central de Maracay Enero-Diciembre 2011. **Método:** Se reviso el número de casos registrados en el archivo de Historias Médicas del Hospital Central de Maracay y las fichas de notificación de casos sospechosos en el Servicio de Epidemiología; a su vez se comparo la acción tomada con cada uno mediante la ficha de notificación. **Resultados:** 47 casos de neonatos en el 2011 egresaron bajo diagnóstico de sospecha de sífilis congénita, con un subregistro de sub-registro del 31.91% y 34%, en el servicio de epidemiología y en los archivos de historias médicas respectivamente. Con 100% de diagnóstico de sífilis materna, con realización de pruebas no treponémicas al 96.66%, y pruebas treponémicas al 50%; radiografía de huesos largos al 63.33% y determinación de VDRL en LCR al 46.66%. El tratamiento no fue seguido ya que la ficha de notificación no presenta dicha estructura. **Discusión:** El sistema de vigilancia de sospecha de sífilis congénita presenta deficiencia, en registro de los casos, cumplimiento de la realización de pruebas treponémicas, elaboración de radiografías de huesos largos y verificación del esquema y cumplimiento del tratamiento, por lo que se sugiere reestructuración del mismo ya conociendo los obstáculos.

P112 LUMBALGIA: INICIO INFRECLENTE DE ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL. A PROPOSITO DE UN CASO.

Ghezzi Cumana, María Helena; Lapelosa, Rosana; González, Yoryina; Rivas, Héctor; Rivas, Héctor
Hospital de Lídice

El enfoque de un paciente pediátrico con lumbalgia

representa un reto diagnóstico y terapéutico. La zona, lumbar puede afectarse con traumatismos, infecciones, tumores, esfuerzos físicos, y enfermedades del colágeno. El presente caso interesa por el motivo de consulta que llevo al ingreso del paciente. Presentamos un escolar masculino 10 años con lumbalgia de fuerte intensidad, progresiva, discapacitante, con antecedente personal de sinovitis transitoria de cadera derecha, cervicalgia subaguda. Al examen físico presento dolor a la palpación de grupos gemelares. Paraclínicos: fr negativo, ana negativo, anti dna negativo, VDRL no reactivo HIV negativo, la ARJ es una enfermedad crónica. Tiene evolución poco benigna. La presentación mas frecuente es la poliarticular. La lumbalgia no es un síntoma inicial frecuente de la entidad. Los motivos de consulta más frecuentes de ARJ son artritis, artralgia, esguinces, fiebre de origen desconocido y mialgias en excepcionales ocasiones. Es importante que el paciente sea manejado por un quipo de rehabilitación, pediatría, psicología e inmunología. Si se aprecia columna cervical afectada hay que realizar exploraciones funcionales. Palabras claves lumbalgia, artritis reumatoide,

P114 INCONTINENCIA PIGMENTIS. A PROPOSITO DE UN CASO

Sanchez Perea, Harry Antonio; Laguado Alburjas, Yaiferlis Milagros; Bastidas Montilla, Carmen; Orellana Quintero, Maryelena
Hospital General Dr Luis Razetti

La Incontinencia Pigmentis (IP) también denominada Síndrome de Bloch Sulzberger es una genodermatosis dominante de baja frecuencia ligada al cromosoma X, caracterizada por hallazgos dermatológicos clásicos y afección de tejidos derivados del neuroectodermo: ojos, sistema nervioso central y dientes. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son las tegumentarias que evolucionan en cuatro estadios diferentes, siendo el primero las vesículas eritematosas distribuidas linealmente a lo largo de las líneas de Blaschko. En el período neonatal presenta un abanico de diagnósticos diferenciales como; herpes neonatal, epidermolisis ampollar hereditaria, candidiasis congénita, sífilis congénita, etc.; el diagnóstico precoz es de suma importancia para el pronóstico, a fin determinar posibles complicaciones y realizar el seguimiento adecuado. Por ello, se presenta el caso de neonato femenino que permaneció 27 días en cuidados intermedios, con diagnóstico de ingreso de sepsis neonatal con lesiones generalizadas en piel; posteriormente fue manejada con diagnóstico de herpes neonatal; al reinterrogar a la madre y al presentarse cambios dermatológicos patognomónicos e histopatológicos es diagnosticada como IP. Palabras clave: Incontinencia

pigmentis, síndrome Bloch Sulzberger, desordenes pigmentarios, neonato.

P116 INCIDENCIA DE RECIÉN NACIDOS CON DIAGNOSTICO DE MENINGITIS DADOS POR CULTIVOS POSITIVOS DE LCR, LABORATORIO CENTRAL DEL HCM 2012

Maria Mercedes, Rivero

Hospital Central de Maracay

Introducción: La meningitis es la inflamación de las leptomeninges, se identifica por alteraciones bioquímicas y celulares del líquido cefalorraquídeo, el diagnóstico definitivo estará orientado hacia la confirmación y aislamiento del germen causante de la misma, así mismo el objetivo principal del pediatra ante un niño con meningitis es diferenciar si esta puede ser bacteriana o aséptica. **Objetivo:** Evaluar la Incidencia de recién nacidos con diagnóstico de meningitis dados por cultivos positivos de LCR, laboratorio central del Hospital central de Maracay. Estado Aragua de enero a marzo del 2012. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, epidemiológico, cuya muestra estuvo conformada por 73 recién nacidos. Los datos se obtuvieron de los datos recogidos del libro de laboratorio y bacteriología del Hospital Central de Maracay, los cuales se analizaron con el programa estadístico JMP versión 5.1. **Resultados:** Del total de la muestra analizada, 16,4% corresponden a la positividad de los gram y citoquímicos de LCR con respecto a meningitis. En cuanto a la clasificación de los tipos de meningitis en recién nacidos dados por gram, citoquímico y cultivo de LCR, tenemos que 2,7% fueron bacterianas, mientras que un 97,3% fueron asépticas. Con respecto al identificar el agente patógeno más frecuente fueron dos; uno para acinetobacter baumannii y uno para staphylococcus coagulasa negativa. En cuanto a la incidencia de los grupos por semana de vida, de los cultivos de LCR en recién nacidos con diagnóstico de meningitis tenemos que uno fue entre los días 8 y 14 y el otro entre la semana 15 a 21 mientras que los demás fueron variados. **Conclusiones:** las primeras semanas de vida son fundamentales para el desarrollo de los recién nacidos, a pesar que la meningitis no es una causa frecuente en los neonatos una vez afectados por la misma puede llegar a dejar secuelas en un futuro si no es tratada con prontitud y para eso es necesario identificar el germen causante de dicha patología.

TRABAJOS ACEPTADOS CON DISCUSIÓN

JUEVES 6 DE SEPTIEMBRE

- P089 QUILOTÓRAX CONGÉNITO IDIOPÁTICO: REPORTE DE UN CASO
Rujano, Belkys; Portilla Portilla, Carolina
Hospital Universitario De Los Andes
- P092 INCONTINENCIA PIGMENTARIA EN UNA LACTANTE MENOR DE 10 MESES DE EDAD. A PROPOSITO DE UN CASO.
Cipres Rosello, Sandra María; Herrera Osorio, Rubén Darío; Useche Colmenares, Juan Agustín
Maternidad Del Este
- P095 HEMOGRAMA, VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR Y PROTEINA C REACTIVA EN RECIEN NACIDOS DE MADRES CON INFECCION URINARIA ACTIVA
Chávez Hernández, Mervin Willians; García Trocónis, Lena Andreína; Singh, Indra Elena; Gómez Palencia, Glaineth María; Rodríguez Villalobos, Alberto Jose
Hospital De Niños De Maracaibo
- P097 OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR BANDAS DE LADD EN RECIÉN NACIDO CON SÍNDROME DE DOWN
Rojas Arevalo, María Jesús(1); Rivas Segovia, Ana Emilia(1); Sanchez Cuellar, Jose Francisco(2); Vasquez, Lesbia Amarilis(1)
(1) Hospital Central Universitario "J. M. Casal Ramos"; (2) Josefrancisco7856@hotmail.com
- P099 POLIMORFISMOS DEL GEN DE APOLIPOPROTEÍNA E Y POLIMORFISMO PRO12ALA DEL GEN PPAR γ -2 EN NIÑOS CON SUSCEPTIBILIDAD A DESARROLLAR SINDROME METABOLICO
Garcés Da Silva, María Fatima(1); Najm Rodríguez, Cristina(2); Figueroa González, Daniela(2); Dini, Elizabeth(3); De Abreu, Jorge(3); Celaya Linaza, Joseba(1); López Rodríguez, Ana Victoria(2); Cerviño Tirapegui, Mercedes(1)
(1)UCV; (2)Hospital de Niños; (3)CANIA
- P101 ALTERACIONES AUTOSÓMICAS EN LOS PACIENTES EVALUADOS EN LA UNIDAD DE GENÉTICA MÉDICA - UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.
Cammarata-Scalisi, Francisco(1); Araque, Dinora(1); Da Silva, Gloria(1); Rodríguez Avancini, Raul(2); Cabral Alfonzo, Nayra Alexandra(2); Moreno Andrade, Osmoire Loanny(2); Godoy Vasquez, Betzaida Andreina(2); Albornoz De Alarcón, Luz Marina(2)
(1)Unidad de Genética Médica-ULA; (2)Hospital Luis Razetti. Barinas
- P103 ANEURISMA AORTICO EN RECIEN NACIDO. A PROPOSITO DE UN CASO.
Lovera, Virginia(1); Méndez, María Fernanda(2); Henríquez, Rafael(2)
(1)Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani; (2)Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani
- P105 MANEJO CLINICO/TERAPEUTICO DE LA ESCABIOSIS IMPETIGINIZADA (SARNA NORUEGA). REPORTE DE UN CASO CLINICO Y REVISION DE LITERATURA
Moreno Aponte, Nigermá Berenice(1); Arevalo, Dagoberto(2); García Armas, Irianni Inmaculada J(3); Pinto Ortega, Gustavo Jesus(3)
(1)Hospital De Niños Dr. Ángel Lizarraga; (2)Centro de Especialidades Quirúrgicas; (3)Ambulatorio Urbano La Isabelica
- P107 UN NUEVO CASO DEL SINDROME DE STAR (SINDACTILIA EN DEDOS DEL PIE, TELECANTO, Y MALFORMACIONES ANOGENITAL Y RENAL)
Quintero Méndez, Yelitza Consuelo; Cammarata-Scalisi, Francisco; Lacruz- Rengel, María; Da Silva, Gloria; Quintero Méndez, Yelitza Consuelo
IAHULA
- P110 SIFILIS CONGENITA: A PROPOSITO DE UN CASO.
Meneses Jacome, Claudia; Jaimes Sepúlveda, Patricia; Ferreira, Yulissa Beatriz; Rujano Salas, Belkys Del Carmen
Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes
- P113 FETO ARLEQUIN: A PROPOSITO DE UN CASO
Jaimes Sepúlveda, Patricia; Meneses Jacome, Claudia; Ferreira Vera, Yulissa Beatriz; Parra Santangelo, Isabel
Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes

P115 PERFIL DEL RECIEN NACIDO INGRESADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS III. SERVICIO DE NEONATOLOGIA, HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY, FEBRERO-MARZO DEL 2012.

Arocha, Richard Alfonso
Hospital Central de Maracay

P117 INFORMACIÓN HACIA LOS PADRES DE RECIÉN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY

Claro Ceballos, Richard Daniel; Huerta, Rossana;
Rivero, María; Pérez, María
Hospital Central de Maracay

P118 LEUCODISTROFIA METACROMÁTICA JUVENIL, UNA ENFERMEDAD RARA, GRAVE Y PROGRESIVA. PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

López, Luisa(1); Romero, Jose1; Salazar, Jisbelys(2);
Fernandez, Rosalia(1)
(1)Hospital Universitario "Antonio Patricio de Alcalá"; (2) Hospital de Niños "J.M. de los Rios"

P089 QUILOTÓRAX CONGÉNITO IDIOPÁTICO: REPORTE DE UN CASO

Rujano, Belkys; Portilla Portilla, Carolina
Hospital Universitario De Los Andes

Resumen: Introducción: El quilotórax es una causa infrecuente de distres respiratorio en el periodo neonatal y es la principal causa de derrame pleural en los recién nacidos. **Objetivo:** Presentar un caso de quilotórax en una recién nacida atendida en nuestra institución. **Caso clínico:** Recién nacido a término de sexo femenino sin factores de riesgo que nació por cesárea electiva con Apgar adecuado, inició a los 12 días de vida tos asociada a rinorrea hialina con posterior dificultad respiratoria que se exacerbó. Al examen físico con cianosis peribucal, aleteo nasal, quejido audible, retracción subcostal e intercostal y baja saturación de oxígeno. La radiografía de tórax reveló derrame pleural en ambos hemitórax decidiendo conexión a ventilación mecánica. La toracentesis mostró 40 ml de líquido espeso, amarillo, lechoso con recuento de glóbulos blancos con predominio de linfocitos, triglicéridos: 330 mg/dl, colesterol: 100.6 mg/dl. Requirió drenaje pleural por 6 días, se indicó infusión de Octreotide y nutrición parenteral. En los controles radiológicos posteriores demostró resolución progresiva. Al quinto día se extubó y se egreso a los 12 días de hospitalización. **Conclusión:** El caso reportado muestra el diagnóstico de quilotórax en una recién nacida previamente sana con manejo conservador y completa resolución de la patología. **Palabras clave:** Quilotórax congénito, distres respiratorio, recién nacido, Octreotide.

P092 INCONTINENCIA PIGMENTARIA EN UNA LACTANTE MENOR DE 10 MESES DE EDAD. A PROPOSITO DE UN CASO.

Ciprés Rosello, Sandra María; Herrera Osorio, Rubén Darío; Useche Colmenares, Juan Agustín
Maternidad del Este

El objetivo de este reporte es presentar el caso de una paciente femenina, quien nace en la institución con hallazgo de lesiones características de Incontinencia Pigmentaria, así como el seguimiento y manejo hasta la actualidad. Metodología: La historia clínica revela que se trata de una Recién Nacida a término producto de II gesta I aborto madre de 33 años, embarazo controlado sin antecedente obstétrico obtenida por cesárea segmentaria quien lloro y respiró al nacer observándose lesiones vesículo-ampollosas en extremidades superiores, inferiores, tórax y abdomen respetando cabeza y cuello desde el momento de su nacimiento con antecedente materno de enfermedad dermatológica; la paciente se manejó en el área de Cuidados Intermedio descartándose TORCH e infec-

ción bacteriana con valoración por dermatólogo quien por el aspecto de las lesiones, distribución, evolución y por el antecedente materno de lesiones similares, se estableció el diagnóstico de Incontinencia Pigmentaria, permaneciendo por 4 días en la Unidad con posterior control por equipo multidisciplinario realizándose biopsia de piel confirmando dicho diagnóstico con seguimiento hasta la actualidad contando con 10 meses de vida. **Conclusión:** Por tratarse de una enfermedad hereditaria, es indispensable realizar una historia familiar detallada y consejo genético y aunque en la mayoría de los casos no se afecta el desarrollo normal o expectativas de vida del paciente siempre es necesario el estudio multidisciplinario precoz de todos los casos y el control periódico, ya que cabe la posibilidad de un compromiso extracutáneo severo, pudiendo disminuir considerablemente la calidad de vida del paciente. **Palabras clave:** Incontinencia pigmenti; genodermatosis; síndromes neurocutáneos.

P095 HEMOGRAMA, VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR Y PROTEINA C REACTIVA EN RECIEN NACIDOS DE MADRES CON INFECCION URINARIA ACTIVA

Chávez Hernández, Mervin Willians; García Troconis, Lena Andreína; Singh, Indra Elena; Gómez Palencia, Glaineth María; Rodríguez Villalobos, Alberto Jose

Hospital De Niños De Maracaibo

Objetivo. Establecer el hemograma, velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva en recién nacidos de madres con infección urinaria activa. **Materiales y métodos:** Se estudiaron 30 recién nacidos de madres con infección urinaria al momento del nacimiento, considerando examen de orina patológico el reporte de: nitritos positivos, presencia de acumulos leucocitarios y bacteriuria categorización cualitativa como abundante, leucocituria mayor a 10 leucocitos/campo; a las 24 horas de vida a los recién nacidos les fue tomada muestras para realización de hemograma, VSG, PCR. **Resultados:** la edad gestacional fue en promedio 38,43 + 0.97 semanas. El peso fue de 2994,67 + 500,00 grs. Nacieron a través de parto 26.67% y por cesárea 73.33%. El sexo masculino represento un 53.33% (16/30) y el sexo femenino 46,67% (14/30). En el hemograma se observó un total de leucocitos de 15.740 + 6.682 x 10⁹/L. El recuento absoluto de neutrófilos fue de 11.426 + 6.275 x 10⁹/L. El recuento de plaquetas fue de 316.833 + 84.532 x 10⁹/L. El conteo relativo se distribuyó: neutrófilos segmentados 62.80 + 12.26%, linfocitos 29,13 + 10,62%, monocitos 4,40 + 2,96%, eosinófilos 2,50 + 2,48%, y basófilos 0,47 + 0,73%, reticulocitos 3.6 + 2.6%. VSG y PCR se observaron en 0,02 a 0,65

mm/hora y 1,86 a 12,54 mg/dl respectivamente. Conclusión: a pesar que las pruebas analizadas en este estudio se utilizan de rutina en el diagnóstico de sepsis neonatal, en los resultados dados, se necesita de estudios a posterior con mayor población para expresar resultados más concluyentes. **Palabras clave:** hemograma, velocidad de sedimentación globular, proteína c reactiva

P097 OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR BANDAS DE LADD EN RECIÉN NACIDO CON SÍNDROME DE DOWN

Rojas Arevalo, María Jesús(1); Rivas Segovia, Ana Emilia(1); Sanchez Cuellar, Jose Francisco(2); Vasquez, Lesbia Amarilis(1)
(1) Hospital Central Universitario "J. M. Casal Ramos"; (2) Josefrancisco7856@hotmail.com

RESUMEN: La obstrucción congénita del tubo digestivo representa una de las patologías quirúrgicas neonatales más frecuentes afectando a uno de cada 1.000 a 2.000 recién nacidos, aproximadamente (1,2). Una de las causas de obstrucción intestinal en el neonato son las producidas extrínsecamente por bandas de Ladd que son fibras de tejido conectivo que se extienden de un lado a otro dentro de la cavidad abdominal. La obstrucción intestinal es más frecuente en neonatos con síndrome de Down (1). Se presenta caso de obstrucción por bandas de Ladd debido a la infrecuencia de las mismas en un recién nacido con síndrome de Down con el fin de promover la sospecha etiológica e instaurar el tratamiento oportuno especialmente en este grupo de pacientes.

P099 POLIMORFISMOS DEL GEN DE APOLIPOPROTEÍNA E Y POLIMORFISMO PRO12ALA DEL GEN PPAR γ -2 EN NIÑOS CON SUSCEPTIBILIDAD A DESARROLLAR SÍNDROME METABOLICO

Garcés Da Silva, María Fatima(1); Najm Rodríguez, Cristina(2); Figueroa González, Daniela(2); Dini, Elizabeth(3); De Abreu, Jorge(3); Celaya Linaza, Joseba(1); López Rodríguez, Ana Victoria(2); Cerviño Tirapegui, Mercedes(1)

(1)UCV; (2)Hospital de Niños; (3)CANIA

El síndrome metabólico puede definirse como el conjunto de problemas de salud causados por la combinación de factores genéticos y factores asociados al estilo de vida. Población y Métodos: Se tomaron muestras de sangre a 141 niños que acuden al servicio de nutrición del CANIA y Hospital "JM de los Ríos", de los cuales 46 tienen diagnóstico de sobrepeso y/o obesidad, 33 hipercolesterolemia, 30 resistentes a la insulina (RI), y 32 sanos (controles). Se deter-

minaron los niveles de colesterol total y sus fracciones, triglicéridos, glucosa e insulina; se realizó extracción de ADN y determinación de los polimorfismos del gen de Apolipoproteína E (ApoE) y PPAR γ 2. La distribución de la frecuencia del alelo ϵ 4 del gen de ApoE fue: 10,9% obesos, 7,6% hipercolesterolémicos, 18,3% RI y 4,6% controles. Por otra parte la frecuencia del polimorfismo Pro12Ala fue de 6,4% en la población estudiada. En los grupos de niños obesos e hipercolesterolémicos se observa un aumento de la concentración de colesterol total, LDL-C y triglicéridos asociado con la presencia del ϵ 4; por su parte en el grupo con RI, se encontró que existe diferencias estadísticamente significativas entre el alelo ϵ 4 con respecto al grupo control, lo que refiere que puede haber una relación clínica importante entre la presencia del alelo y el desarrollo de la enfermedad. No se encontró relación entre el polimorfismo Pro12Ala del gen PPAR γ 2 con obesidad, hipercolesterolemia y RI. Conclusiones: La presencia de varios polimorfismos en un mismo individuo podría estar asociada a la susceptibilidad a desarrollar Síndrome Metabólico. **Palabras clave:** ApoE, PPAR γ 2, Síndrome Metabólico

P101 ALTERACIONES AUTOSÓMICAS EN LOS PACIENTES EVALUADOS EN LA UNIDAD DE GENÉTICA MÉDICA - UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.

Cammarata-Scalisi, Francisco(1); Araque, Dinora(1); Da Silva, Gloria(1); Rodríguez Avancini, Raul(2); Cabral Alfonso, Nayra Alexandra(2); Moreno Andrade, Osmoire Loanny(2); Godoy Vasquez, Betzaida Andreina(2); Albornoz De Alarcón, Luz Marina(2)

(1)Unidad de Genética Médica-ULA; (2)Hospital Luis Razetti. Barinas

Objetivo: Este estudio tiene por objeto identificar el perfil de los pacientes referidos a estudio citogenético en la Unidad de Genética Médica – Universidad de Los Andes para determinar la prevalencia y tipo de alteraciones autosómicas. Pacientes y Métodos: Se realizó un estudio observacional y descriptivo en los pacientes evaluados desde enero de 2006 a enero de 2012. El cariotipo de cada paciente fue realizado por técnica convencional de banda G. Resultados: De 578 casos estudiados, 99 (17.13%) presentaron algún tipo de anormalidad en los autosomas. El síndrome de Down es la alteración más común 85 (85.86%), siendo la trisomía regular del cromosoma 21 la presentación más frecuente 74 (87.06%). La mayoría de los estudios fueron alteraciones numéricas 90.91%. Conclusión: Es importante incrementar el papel del

análisis citogenético en la práctica pediátrica, útil en la investigación de niños con alteraciones genéticas para confirmar el diagnóstico clínico e impartir consejo genético. Palabras clave: Alteración autosómica, análisis citogenético, diagnóstico, consejo genético.

P103 ANEURISMA AORTICO EN RECIEN NACIDO. A PROPOSITO DE UN CASO.

Lovera, Virginia(1); Méndez, María Fernanda(2); Henríquez, Rafael(2)

(1)Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani; (2)Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani

RESUMEN: Los Aneurismas aórticos son raros en la edad pediátrica, usualmente se encuentran relacionados con malformaciones cardíacas congénitas o enfermedades del tejido conectivo. El cateterismo umbilical es una práctica requerida con frecuencia en neonato, en malas condiciones. Entre sus complicaciones más frecuentes esta el vasoespasmio periférico, que afecta a los miembros inferiores. Otras son injuria mecánica con posterior trombosis, infección y la más severa formación de pseudoaneurismas y aneurismas aórticos. Nuestro caso es de un recién nacido a termino masculino quien presenta como posible complicación a cateterismo umbilical aneurisma en aorta abdominal diagnosticado por Ecocardiograma. **Palabras clave:** cateterismo umbilical, recién nacido, aneurisma aórtico

P105 MANEJO CLINICO/TERAPEUTICO DE LA ESCABIOSIS IMPETIGINIZADA (SARNA NORUEGA). REPORTE DE UN CASO CLINICO Y REVISION DE LITERATURA

Moreno Aponte, Nigirma Berenice(1); Arevalo, Dagoberto(2); García Armas, Irianni Inmaculada J(3); Pinto Ortega, Gustavo Jesus(3)

(1)Hospital De Niños Dr. Ángel Lizarraga; (2)Centro de Especialidades Quirúrgicas; (3)Ambulatorio Urbano La Isabelica

La sarna noruega es una forma de presentación clínica severa y poco frecuente de escabiosis, causada por el *Sarcoptes scabiei*. Representa una variedad de la enfermedad en que los síntomas son más intensos de lo normal. La patogenia es común en pacientes inmunocomprometidos y se ha descrito que tiene gran prevalencia en pacientes de condiciones socioeconómicas desfavorables. Motivo por el cual es de vital importancia el conocimiento de su manejo clínico y terapéutico. Ya que nuestra población reúne todas las condiciones necesarias para la proliferación de la patología en cuestión. El presente estudio clínico refiere el caso de una lactante femenina de 2 meses de edad, con lesiones características en su máxima ex-

presión; cuyo manejo médico le proporcionara al lector toda la información necesaria para el reconocimiento de dicha patología así como también representa una herramienta novedosa para la terapéutica de la misma. Palabras clave: sarna noruega, *Sarcoptes scabiei*, lactante, herramienta, terapéutica.

P107 UN NUEVO CASO DEL SINDROME DE STAR (SINDACTILIA EN DEDOS DEL PIE, TELECANITO, Y MALFORMACIONES ANOGENITAL Y RENAL)

Quintero Méndez, Yelitza Consuelo; Cammarata-Scalisi, Francisco; Lacruz- Rengel, María; Da Silva, Gloria; Quintero Méndez, Yelitza Consuelo IAHULA

Las causas de las malformaciones congénitas son múltiples y variadas siendo en más de la mitad de los casos desconocida. El impacto en la calidad de vida del niño y en el afrontamiento del problema por la familia, incluso en términos de consejo genético justifican el esfuerzo por hacer diagnóstico. Se presenta un caso de una lactante menor que presenta dismorfia facial, agenesia renal derecha, ano imperforado y sindactilia en dedos del pie. Se hace diagnóstico diferencial con el síndrome de Townes-Brocks, ligado al gen *SALL1*, y que además se asocia a hipoacusia neurosensorial bilateral y afectación predominante de miembros superiores; con el síndrome de Okihiro que se caracteriza por malformaciones radiales, alteración motora del globo ocular, renales, asimetría facial y con el síndrome de Feingold que se define con la presencia de micrognatia, mesobraquifalanga y fistula traqueoesofágica. La superposición de malformaciones mayores y menores de la propósito proponen afinidad con el síndrome de Townes-Brocks, En el síndrome de STAR se evidencia una delección heterocigota en *Xq28* demostrada en los cuatro casos anteriormente descritos. Los genes responsables de los fenotipos del síndrome de STAR y del síndrome de Townes-Brocks comparten una vía común. Palabras Clave: síndrome de STAR, síndrome de Townes-Brocks, sindactilia, agenesia renal, malformación anogenital.

P110 SIFILIS CONGENITA: A PROPOSITO DE UN CASO.

Meneses Jacome, Claudia; Jaimes Sepúlveda, Patricia; Ferreira, Yulissa Beatriz; Rujano Salas, Belkys Del Carmen

Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes

RESUMEN: INTRODUCCIÓN: La sífilis congénita es una enfermedad ocasionada por el *Treponema pallidum*, sus manifestaciones clínicas son variables,

con complicaciones que inducen a discapacidad neuromuscular. El empleo juicioso de las pruebas serológicas coadyuvan en gran parte a establecer su diagnóstico. **CASO CLÍNICO:** Se describe el caso de un recién nacido con retardo de crecimiento intrauterino con insuficiencia respiratoria global que ameritó soporte ventilatorio con fenotipo de sífilis gestacional corroborada con VDRL reactiva, manejado con penicilina cristalina. **DISCUSIÓN:** La sífilis congénita es una enfermedad compleja, generalmente asintomática, cuyas manifestaciones clínicas suelen confundirse con otras enfermedades de transmisión vertical. Su diagnóstico es presuntivo a través de las pruebas no treponémicas positivas y confirmatorio por medio de las pruebas treponémicas. Su tratamiento de primera línea sigue siendo la penicilina cristalina. **PALABRAS CLAVE:** Sífilis Congénita, *Treponema pallidum*, Neonato.

P113 FETO ARLEQUIN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Jaimes Sepúlveda, Patricia; Meneses Jacome, Claudia; Ferreira Vera, Yulissa Beatriz; Parra Santangelo, Isabel

Instituto Autónomo Hospital Universitario De Los Andes

RESUMEN Introducción: El feto arlequín es la forma de presentación más grave de la ictiosis congénita enfermedad autosómica recesiva de pronóstico fatal en el primer año de vida. **Presentación del Caso:** Recién nacido pretérmino, obtenido por cesárea de padres no consanguíneos, sin antecedentes familiares de ictiosis ni enfermedades cutáneas, quien presenta grandes placas queratósicas duras y gruesas que cubren toda la superficie corporal, ectropión, esclavium, hiperemia conjuntival q oculta el globo ocular, por lo que se plantea ictiosis arlequín y se traslada a unidad de cuidado neonatal. **Conclusión:** El feto arlequín es una entidad clínica poco frecuente a nivel mundial (1 por cada 300.000 nacimientos). Se debe diferenciar de otras ictiosis severas como bebe colodión, ictiosis laminar ya que tiene una presentación similar pero con mejor pronóstico. **Palabras clave:** ictiosis congénitas, ictiosis Arlequín, anomalías cutáneas.

P115 PERFIL DEL RECIEN NACIDO INGRESADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS III. SERVICIO DE NEONATOLOGIA, HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY, FEBRE-MARZO DEL 2012.

Arocha, Richard Alfonso

Hospital Central de Maracay

Los cambios fisiológicos que implica el paso de la vida intrauterina a la extrauterina son los que deter-

minan las características del cuidado del recién nacido (RN) normal y de la patología de este período.

Objetivo: Describir y explicar el perfil del RN ingresado en la Unidad de Cuidados Intermedios III (UCIN III). Servicio de Neonatología, HCM, Febrero-Marzo del 2012. **Materiales y Métodos:** Estudio cuantitativo transversal, descriptivo y explicativo. Muestreo no probabilístico intencional, población 54 RN que ingresaron a UCIN III Febrero-Marzo 2012, instrumento de recolección una ficha de datos, se determinaron frecuencias absolutas y relativas, y medidas de tendencia. **Resultados:** Total 54 pacientes, 44.4 % Femenino y 55.6% Masculino. 94.4 % de la población provenía del estado Aragua. Edad de gestación promedio 38 semanas (+/- 1), 88,9 % corresponden a RN a Término. Talla promedio 49.16 y peso promedio 2850 gramos. 81,4 % normopeso, 14.8 % bajo peso y 3.7 % muy bajo peso. 40,7 % estuvo constituido por embarazo no controlado y 48,1 % de las madres primigesta, edad materna mínima 14 años, máxima 39 años. 50 % fueron obtenidos por vía vaginal, cefálica 94.4%. Diagnósticos de ingreso estuvieron relacionados con comorbilidades materna. Correlación de pearson entre edad materna y edad gestacional $r = -0.157$; y χ^2 entre número de controles y patología $r = 0.0794$. **Recomendaciones:** Se recomienda mejorar las consultas prenatales con la instauración de actividades educativas, incluyendo desarrollo de acciones efectivas para elevar la calidad de vida, así como el mejoramiento de la atención del recién nacido en el primer mes de vida.

P117 INFORMACIÓN HACIA LOS PADRES DE RECIÉN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY

Claro Ceballos, Richard Daniel; Huerta, Rossana; Rivero, María; Pérez, María

Hospital Central de Maracay

Al hablar de recién nacidos lo primero que nos viene a la mente es un ser humano con poco tiempo de vida, indefenso y delicado, el cual requiere en circunstancias fisiológicas un mínimo de cuidados y requerimientos para lograr subsistir; y al considerar el hecho de que el mismo ser humano con poco tiempo de vida pueda estar expuesto a cualquier tipo de circunstancias o factores que puedan poner en riesgo su vida, estos requerimientos y condiciones de cuidado deben aumentar, y por tanto involucrar un equipo multidisciplinario con la capacitación adecuada, y hasta los mismos familiares del paciente que desempeñan un papel fundamental en el cuidado del neonato posterior a su egreso hospitalario; así como otros profesionales y técnicos que ejercerán una función determina-

da en las diversas etapas de la evolución del paciente Hospitalizado. A partir de este problema se presenta este estudio con la finalidad de proponer un programa educativo audiovisual dirigido a los familiares de recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados neonatales del Hospital Central de Maracay con el fin de mejorar su calidad de vida una vez egresado. Método: Investigación de campo, exploratoria y Cuantitativa, sobre el tipo de información y formas de comunicación utilizados con los padres de recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados neonatales del Hospital Central de Maracay - Edo. Aragua y la necesidad de crear nuevos programas educativos. Resultados: Con respecto al personal de salud del Servicio de Neonatología del Hospital Central de Maracay, Se logro conocer que el proceso de información y educación de familiares de recién nacidos en reten es suministrada en la mayoría de los casos de forma diaria, tanto por médicos como enfermeras. Que la forma de comunicación que prevalece actualmente es la verbal. Del mismo modo la mayoría (56,66%) coincide que la información que se suministra en su mayoría es sobre el estado de salud del recién nacido, por lo tanto los planes actuales de la unidad de Neonatología son mejores. Por otra parte una importante mayoría del personal creen que utilizar otras técnicas de educación como las charlas con los familiares mejoraría el aporte de información, así como ampliar la información de otros temas relacionados con el recién nacido hospitalizado, sus cuidados y los riesgos que representa la hospitalización; ya que la frecuencia con que se habla de estos temas es insuficiente. Conclusión: La incorporación de nuevos programas de Educación, como es la forma de educación audiovisual a través de videos educativos a proyectarse a través de televisores en las salas de espera, dirigido

a los familiares de recién nacidos hospitalizados que acuden al Servicio de Neonatología del Hospital Central de Maracay, brindaría una solución inmediata al problema detectado de fallas en la información y comunicación del personal médico asistencia de esta unidad y sus beneficiarios, mejorando la calidad de vida de todos los recién nacidos que son ingresados a esta unidad. Palabra Clave: recién nacido, estudios de seguimiento, prevención y control.

P118 LEUCODISTROFIA METACROMÁTICA JUVENIL, UNA ENFERMEDAD RARA, GRAVE Y PROGRESIVA. PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

López, Luisa(1); Romero, Jose1; Salazar, Jisbelys(2); Fernandez, Rosalia(1)

(1)Hospital Universitario "Antonio Patricio de Alcalá"; (2) Hospital de Niños "J.M. de los Rios"
La Leucodistrofia Metacromática (LDM) es una patología neurodegenerativa rara, de herencia autosómica recesiva. La frecuencia estimada en la población es de 1:40.000. Se caracteriza por la deficiencia de la arilsulfatasa A (ASA), una enzima lisosomal relacionada con el metabolismo de los sulfatos, particularmente abundante en las vainas de mielina. Su déficit conlleva a la acumulación de sulfátidos en el sistema nervioso central (SNC) y en el sistema nervioso periférico (SNP), determinando en todas las formas de la enfermedad trastornos motores y neurocognitivos progresivos. El pronóstico es severo dado que es fatal a los pocos años de su manifestación. Actualmente no existe un tratamiento específico. Presentamos un caso de leucodistrofia metacromática juvenil precoz, con los hallazgos por imagen (Resonancia magnética cerebral) y estudios de actividad enzimática de arilsulfatasas. Se comentan las principales características clínicas e imagenológicas de esta patología

TRABAJOS PREMIADOS VIERNES 7 DE SEPTIEMBRE

PRIMER PREMIO SVPP

TLP01 CARGA ÁCIDA POTENCIAL RENAL DE LA DIETA EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS
López Luzardo, Michelle(1); López, Mayerling(2); Bernal, Jennifer(3)
(1)Hospital de Niños JM de los Ríos; (2)IPASME; (3)Universidad Simón Bolívar. Caracas

SEGUNDO PREMIO SVPP

TLP02 ACTUALIZACIÓN: MALARIA CONGÉNITA ESTUDIO RETROSPECTIVO 2000-2011. HOSPITAL "MENCA DE LEONI". CIUDAD GUAYANA ESTADO BOLÍVAR
Guerrero Chirino, Merys Josefina(1); Carvajal Sanchez, Carlos Alberto(2); Hernández Rondón, Anabel Del Valle(2)
(1)IPASME; (2)hospital Pediátrico Menca De Leoni

PRIMER PREMIO SVPP

TLP01 CARGA ÁCIDA POTENCIAL RENAL DE LA DIETA EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS
López Luzardo, Michelle(1); López, Mayerling(2); Bernal, Jennifer(3)
(1)Hospital de Niños JM de los Ríos; (2)IPASME; (3)Universidad Simón Bolívar. Caracas
3Universidad Simón Bolívar. Caracas

El consumo proteico en exceso incrementa la producción endógena de ácido, lo que puede conducir a acidosis metabólica, pérdida de masa ósea, hipercalcemia, urolitiasis, retardo del crecimiento, disminución de la masa muscular, entre otros. El objetivo de esta investigación fue estimar y analizar la Carga Ácida Potencial Renal (CAPR) de la dieta en niños de 2 a 6 años. Métodos: Se estudiaron 52 niños de la consulta de niños sanos del "Instituto de Previsión y Asistencia Social para el personal del Ministerio del Poder Popular para la Educación" (IPASME). El patrón alimentario se evaluó mediante un recordatorio de 24 horas (R24h) y un cuestionario de frecuencia de consumo (CFC). El R24h permitió determinar adecuación nutricional y el CFC la calidad de la dieta y los factores de protección y riesgo dietético. El consumo de nutrientes se comparó con recomendaciones nacionales e internacionales. Se determinó la CAPR según Remer y Manz. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS, v17.0. Resultados: La CAPR fue positiva en 96,2% de

PREMIO SONRISA

TLP03 CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EN ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA
La Cruz- Rengel, María Angelina; Angulo Dávila, Francis Victoria; Mata Padrón, Alexandra Del Valle; Quintero Méndez, Yelitza Consuelo; Calderón Avendaño, Janeth
Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes

los niños y se correlacionó positivamente ($p < 0,05$) con el consumo de energía, proteínas, grasas, carnes y lácteos. El consumo de proteínas estuvo elevado en 46,15% de los niños. Los alimentos con mayor desbalance fueron: carnes y lácteos por consumo excesivo, frutas y hortalizas por consumo deficiente, lo que resulta un indicador de riesgo para la producción de ácido. Conclusión: La alimentación de los niños estudiados se caracterizó por su excesiva carga ácida con el riesgo para la generación de acidosis sistémica y sus consecuencias metabólicas.

SEGUNDO PREMIO SVPP

TLP02 ACTUALIZACIÓN: MALARIA CONGÉNITA ESTUDIO RETROSPECTIVO 2000-2011. HOSPITAL "MENCA DE LEONI". CIUDAD GUAYANA ESTADO BOLÍVAR
Guerrero Chirino, Merys Josefina(1); Carvajal Sanchez, Carlos Alberto(2); Hernández Rondón, Anabel Del Valle(2)
(1)IPASME; (2)hospital Pediátrico Menca De Leoni

RESUMEN La Malaria denominada fiebre palúdica o paludismo, constituye un problema mayor de salud en gran parte de los países tropicales y subtropicales. El paludismo congénito, es transmitido verticalmente desde la madre al niño durante el embarazo o en el momento del parto. El objetivo de la investigación es actualizar el estudio literario sobre la Malaria Congénita, igualmente demostrar la inci-

dencia de casos en la población Guayacitana. Finalmente diagnosticar y tratar adecuadamente este tipo de pacientes. En cuanto al método estadístico utilizado fue retrospectivo y descriptivo. Los resultados se expresaron en números absolutos y porcentuales, considerando 8 casos clínicos con diagnóstico de Malaria Congénita que ingresaron al Hospital "Menca de Leoni" en el período comprendido entre los años 2000 al 2011. Igualmente se observó que el sexo afectado fue el masculino, todos los niños tenían edades comprendidas entre 0 días - 2meses. Según la edad se pudo observar que el 100% de los casos se presentaron en menores de 1 mes, lo que corresponde con estudios anteriores en Nigeria y México (6,9). Observándose en este estudio que el 50% de los casos procedían de otros Distritos Sanitarios. En conclusión se determinó que el síntoma predominante fue la fiebre y el mayor porcentaje presentó parasitemia por Plasmodium Vivax, demostrado por gota gruesa positiva, la mayoría recibió tratamiento con monoterapia antipalúdica a base de Cloroquina, con evolución clínica satisfactoria. **Palabras Clave:** Paludismo, Malaria Congénita, Plasmodium Vivax, Cloroquina.

P R E M I O S O N R I S A
TLP03

**CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE
ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EN
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA**

**La Cruz- Rengel, María Angelina; Angulo Dávila,
Francis Victoria; Mata Padrón, Alexandra Del Valle;
Quintero Méndez, Yelitza Consuelo;
Calderón Avendaño, Janeth**
**Instituto Autónomo Hospital Universitario de
Los Andes**

Introducción: El impacto socioeconómico y la mortalidad que produce la enfermedad diarreica aguda (EDA) ha sido preocupación de las organizaciones internacionales. Una solución es promover la educación en la población de riesgo. La prevención en EDA agrupa estrategias básicas como el lavado de manos, higiene de los alimentos, disposición adecuada de excretas y vacunación. **Objetivo:** Establecer el conocimiento materno sobre estrategias primarias de prevención de diarrea. **Materiales y Métodos** Se realizó un estudio observacional de corte transversal, tipo encuesta en madres que acuden a los servicios de pediatría del I.A.H.U.L.A. durante noviembre – marzo 2012. **Resultados** Se incluyeron un total de 111 madres, 50.4% tenían entre 20 y 35 años de edad, 40.6% eran provenientes del distrito sanitario Mérida, 49.2% reportó haber recibido información del personal de salud, 46% pertenecían al estrato Graffar IV, 33.3% tenían enseñanza secundaria o técnica superior completa sin embargo, solo 14.4% tuvo conocimiento adecuado sobre estrategias primarias de prevención en diarrea. Hubo asociación estadística entre bajo nivel de instrucción materna y nivel socioeconómico con pobre conocimiento en pre-

vencción en EDA ($p=0.002$). **Discusión:** El saneamiento y la promoción de la higiene con participación de la comunidad pueden llevar a una reducción significativa de la diarrea en los niños. Debemos realizar campañas de educación en la población del estado Mérida, para promover las estrategias de prevención en diarreas y vacunación antitirovirus. **Conclusión:** El bajo nivel de instrucción materna y nivel socioeconómico tiene relación directa con pobre conocimiento en prevención en EDA. **Palabras Clave:** Diarrea aguda, prevención, vacuna antitirovirus.

INDICE DE AUTORES

Abdel Rodriguez, Laila Briggith	P081	Camacho, Nolis	P041, P041, P073,
Acosta, Layla	P018	P075	
Agreda, Sonia	P109	Camacho Camargo, Nolis Irene	P066, P077
Agreda Brea, Algimiroagustin	P094	Cammarata-Scalisi, Francisco	P042
Aguero, Sara Jose	P033	Cammarata-Scalisi, Francisco	P091
Agüero Tirado, Sara José	P064	Cammarata-Scalisi, Francisco	P100
Aguiar, Flor	P044, P088	Cammarata-Scalisi, Francisco	P101, P107
Albani Pérez, Mario Nicolás	P088	Carballo, Javier	P067
Albornoz De Alarcon, Luz Marina	P101	Carcamo, Pamela	P027
Aliendo, Marilin	P015, P062	Cardenas, Carla	P016
Altamiranda, Leidy	P066	Carias Dominguez, Ailim Margarita	P037
Alvarado, Amado Agustin	P074	Carpio Laya, Oriana	P014
Alvarado, Jenny	P018	Carvajal, Zulay	P023, P031
Alvarado Tabares, Jennifer Carolina	P081	Carvajal Sanchez, Carlos Alberto	TLP02
Alvarez, Jessika	P055	Castellanos Espinoza, Brenda Karine	P016, P043
Añez Arria, Oscar Jose	P086	Castillo Lezama, Lissys Anabel	P017
Angulo, Francis	P041, P041	Castro, Oswaldo	P032, P038, P039
Angulo Ceballos, Nerkis Coromoto	P068, P070	Castro Figueroa, Gioconda Carolina	P047
Angulo Dávila, Francis Victoria	TLP03	Ceballos, Karina	P073
Aponte Hidalgo, Ana María	P011	Ceballos González, Karina	P075
Araque, Dianora	P091	Celaya Linaza, Joseba	P099
Araque, Dinora	P101	Cerviño Tirapegui, Mercedes	P099
Arcia, Osmelys Del Valle	P016	Chacón, Jenny	P104
Arenas Fernandez, Rene	P007	Chacón Edo, María Luisa	P067
Arevalo, Dagoberto	P105	Chan Kwok, Suet Ying	P086, P093
Arevalo, Nasly	P031	Chavez Hernandez, Mervin Willians	P029, P095
Arocha, Richard Alfonso	P028	Cicchetti, Rosanna	P077
Arocha, Richard Alfonso	P115	Cichetti, Rossana	P073, P075
Artis, María Teresa	P013	Cipres Rosello, Sandra Maria	P092, P106
Barbella De Szarvas, Sobeida	P068, P070, P071	Claro Ceballos, Richard Daniel	P117
Barrios Guevara, Adriana Lisbeth	P046, P081	Colina, Nina	P037
Barrios Oliveros, Eduardo Jose	P029	Colmenares, Thamara	P082
Bastidas, Betsi	P043	Colmenares Caballero, Aura Mercedes	P053
Bastidas Montilla, Carmen	P114	Colmenares Repillosa, Zenaida Josefina	P076
Bauza Gomez, Dunia Del Valle	P035	Coronel, Valerio	P006
Bejarano Castañeda, Jeniree Carolina	P036	Coronel Gomez, Valerio Antonio	P004, P005
Beltran, Jackelin	P023	Correa, Magdalena	P031, P041, P073,
Beltran, Jaqueline	P041		P073, P075, P075
Bernal, Jennifer	TLP01	Cova Manrique, Albert Abisai	P003
Betancourt, Romina	P010	Cruces, María Eugenia	P079
Betancourt López, Romina Del Carmen	P009	Cuart Borjas, Yoselin Del Rosario	P093
Blohm, Nuvia	P083	Da Silva, Gloria	P042, P091,
Boscan, María	P027		P101, P107
Boscan Benites, Maria Mercesz	P079	De Abreu, Jorge	P099
Bracamonte, Rosa	P111	De Pace, David	P012
Breamadrid, Alberto	P043	Del Pretti, Fernando	P084
Brito Hernández, Carem Alejandra	P064	Delgado Benitez, Maylil Gabriela	P014
Bustillo Albores, Neiangela Veronica	P017	Diaz Abache, Virginia Carolina	P022
Bustillo Lugo, Ana Maria	P007	Diaz Landaeta, Leopoldo	P093
Cabral Alfonzo, Nayra Alexandra	P101	Dini, Elizabeth	P099
Calderon Avendaño, Janeth	TLP03	Dominguez, Adelskis	P055

Dominguez, Luis	P068	Guerra Teguedor, Rosa Virginia	P050, P057
Dominguez, Luis Fernando	P005	Guerrero Chirino, Merys Josefina	TLP02
Duarte, Jhosnyver	P034	Guevara, Harold	P068, P070
Duran, Indira	P004, P033, P046	Guevara Torrealba, Manuel Alejandro	P040
Durango, Roxsana	P072	Guignán, Cindy	P058
Escalante Reinozo, Manuel Ricardo	P069	Hadad, Erika	P068, P070
Escorihuela Sevilla, Jhojanny Coromoto	P053	Haddad, Martha	P009
Fajardo Hernández, Roberto José	P036, P064, P065	Henriquez, Rafael	P051, P103
Faneite, Xiomara	P007	Henriquez Goyo, Maria Del Carmen	P040
Fereira, Yulissa Beatriz	P110	Hernandez, Ana	P068, P070
Fereira Vera, Yulissa Beatriz	P113	Hernandez, Crisnel	P058, P111
Figueroa Gonzalez, Daniela	P099	Hernandez, Elizabeth	P043
Flores Olvera, Dagoberto	P016	Hernandez Rondon, Anabel Del Valle	TLP02
Fontalvo Garcia, Shai Ibis	P093	Herrera, Valentina	P067
Fuenmayor, Akbar	P080	Herrera Leonett, Edimar Del Valle	P053
Galeano Nieves, Yuleidy Nairovy	P014	Herrera Osorio, Ruben Dario	P092, P106
Garces Da Silva, Maria Fatima	P099	Herrera-Sierra, Valentina	P096
Garcia, Alexander Jose	P035	Huber, Ana	P091
Garcia, Cesar Antonio	P102	Huber Baur, Ana Maria	P080
Garcia, Maria Jose	P071	Huerta, Rossana	P117
Garcia, Stefanny	P071	Indriago, Luis	P010
Garcia Armas, Irianni Inmaculada J	P105	Izaguirre, Luis	P061
Garcia Castillo, Lisette	P008	Jabbour, Chirine	P069
Garcia R, Antonio José	P102	Jaimes, Johnnatan	P111
García Rodríguez, Cesar A	P067	Jaimes Sepulveda, Patricia	P110, P113
Garcia Troconis, Lena Andreina	P095	Jaimes Tabares, Johnnatan	P108
Garrido, Francis Carolina	P030	Jauregui, Yoleida	P082
Gavorskis, Carolina	P058	Jimenez Velasquez, Amaly	P001
Ghezzi, Maria Helena	P048	Julio Pedroza, Leidis Maria	P100
Ghezzi Cumana, Maria Helena	P026	Jurado, Gilennys	P006
Ghezzi Cumana, Maria Helena	P112	Koch Villegas, Katherine Joseline	P034
Giraldo, Dania	P071	La Cruz- Rengel, María Angelina	TLP03
Girard, Yubisay	P032, P038	La Pelosa, Rosana	P026
Godoy Vasquez, Betzaida Andreina	P101	Labrador R, Marco A	P090
Gómez, Mario	P104	Lacruz Rengel, Maria Angelina	P042
Gomez De Cordova, Roxanna Guadalupe	P079	Lacruz- Rengel, Maria	P107
Gomez Palencia, Glaineth Maria	P095	Lacruz-Rengel, Maria Angelina	P069
Gonzalez, Anibal	P025	Lacruz-Rengel, María Angelina	P091
Gonzalez, Carlos	P026	Laguado Alburjas, Yaiferlis Milagros	P114
Gonzalez, Dora	P068, P070	Landaeta, Angelica	P058
Gonzalez, Jose Vicente	P048	Landaeta, Eluis	P087
Gonzalez, Yoryina	P048, P112	Lapelosa, Rosana	P048, P112
Gonzalez Illarramendi, Jose Vicente	P019	Lara Garcia, Elsa Jesus	P004, P005
Gonzalez Moreno, Daniela Virginia	P061	Latouche, Gina	P040
Gonzalez Ramos, Yoryina Margarita	P026	Liceaga Cadenas, Danielle Marie	P040
Gonzalez Teran, Yolimar Pastora	P017	Lopez, Graciela	P024
Gonzalez Urdaneta, Madeleine Cristina	P040	López, Mayerling	TLP01
González-Oviedo, Myriam Raquel	P096	López Luzardo, Michelle	TLP01
Gottberg, Esther	P080	Lopez Rodriguez, Ana Victoria	P099
Goudet Fornes, Renny Jose	P003	Lopez Tandioy, Graciela Del Carmen	P030
Goyo Rivas, Jose De Jesus	P049	Lovera, Virginia	P051, P056, P103
Goyo Rivas, José De Jesús	P052	Lugo Graterol, Maria Elena	P046
Grisantti, Carmen	P012	Lugo Urbaez, Ines	P063
Guánchez, Amel	P088	Lugo Urbáez, Inés	P060

Lugo-Perales, José Rafael	P096	Nuñez De Gilmond, Olga Rubi	P062
Macero, Carlos	P035	Nuñez Herrera, Noebenny Del Valle	P098
Macuarisma Lezama, Pedro	P008	Olivero, Douglas	P069
Malave Velasco, Mayra Alejandra	P016, P043	Orellana, Maryelena	P100
Marcano Fernández, Jennifer Alejandra	P047, P060	Orellana Quintero, Maryelena	P114
Maria Mercedes, Rivero	P116	Orta Sibú, Nelson Rafael	P005
Marquez, Anny	P041	Ortega, Maria	P006
Marquez, Eduardo	P041, P041	Ortega Colina, Maria Alejandra	P005
Marquez Abreu, Esmeralda	P090	Ortega Vasquez, Francis	P014
Marquez Boscan, Irayma Teyru	P086	Pabon, Laura	P027
Martinez, Jose Luis	P073, P075, P075	Pachano Arenas, Freddy Enrique	P086
Martinez, Maria Alejandra	P087	Padrino, Vanesa	P109
Martinez Gonzalez, Mariantonieta	P020, P045	Paez De Cardenas, Angelica	P090
Martinez Manzano, Jose Luis	P066, P077	Palmare Pildain, Saireth Ramona	P104
Mata Padrón, Alexandra Del Valle	TLP03	Paoli, Mariela	P073, P073, P075, P075
Mathison, Yaira	P068, P070	Paoli-Valery, Mariela	P077
Mejias, Rosalia	P072	Parra Santangelo, Isabel	P113
Mendes, Maria Fernanda	P051, P103	Perez, Maria	P117
Mendez, Luis	P038	Peréz, Yajaira	P067
Meneses, Ruth	P001	Pérez, Elizabeth	P013
Meneses Jacome, Claudia	P042, P110, P113	Perez Estevez, Mayesther	P111
Merchán Serrano, Solangel Coromoto	P013	Perozo Leal, Maryam Chiquinquirá	P021
Mesa Mendez, Lissette	P102	Perozo Leal, Maryan	P055
Meza Benitez, Jesus Eduardo	P040	Perugini, Carmen Teresa	P013, P022
Michieli Gonzalez, Giovanna	P008, P083	Petit De Molero, Nelly Del Carmen	P055
Mier Y Teran Sevilla, Dayana M.	P016, P043	Pico, Ileana	P019
Milano Velasquez, Carlos Alberto	P084	Piña MACHO, MARY ANTONIETA	P025
Millan Rojas, Yolibell Cristina	P072	Pineda Valderrama, Janeris Janiletti	P053
Minghetti, Pedro	P054	Pino Fermin, Roseylin Carolina	P044
Molina, Ana	P085	Pinto, Atahualpa	P005
Molina, Luis	P069	Pinto Ortega, Gustavo Jesus	P105
Molina Aponte, Lisbeth Carolina	P053	Planchart, Annie	P005
Molina Nuñez, Mariel Iveth	P074	Portilla Portilla, Carolina	P089
Moncada Velazquez, Ramon Enrique	P023, P024	Portillo, Carolina	P024
Montaner Rodríguez, Jesús Daniel	P047, P060	Pumar Corona, Karla Elena	P046
Mony Navarro, Maritriny	P063	Quines Hernández, María Carolina	P036, P065
Mony Navarro, Maritriny Del Valle	P012	Quintana, Yajaira	P033
Monzones, Maggir	P109	Quintero Mendez, Yelitza Consuelo	P107, P107, TLP03
Moreno, Anadelis	P039	Raif, Nasre	P031
Moreno, Nigerma	P027	Ramirez, Jonathan	P069
Moreno Andrade, Osmoire Loanny	P101	Ramirez Avila, Jhocely Massiel	P094
Moreno Aponte, Nigerma Berenice	P105	Rendón Mora, Daniela Andrea	P088
Moreno Freytez, Anadelis Veronica	P032	Reyes, Ruth	P015
Moreno Freytez, Anadelis Veronica	P038	Rivas, Hector	P112, P112
Moreno Montañez, Alfredo Del Valle	P074	Rivas Segovia, Ana Emilia	P002, P097
Moreno Montañez, Alfredo Del Valle	P074	Rivera Ramirez, Nubia Irene	P004
Moya Castillo, Elennys	P008	Rivero, Maria	P117
Mujica, Magyory	P032, P038, P039	Rodriguez, Alexis	P001
Múnera León, Angélica Maria	P074	Rodriguez, Alexis	P085
Najm Rodriguez, Cristina	P099	Rodriguez, Elizabeth	P016, P043
Nasr El Nimer, Lubna Anays	P082	Rodriguez, Fanny	P019
Navas, Rafael	P034	Rodriguez, Lolimar	P069
Niño Camacho, Mariangel	P074		
Nuñez, Olga	P109		
Núñez, Noebenny	P085		

Rodriguez, Miroslava	P037	Segovia, Luz	P111
Rodriguez, Morella	P038, P039	Sequera Carreño, Jissy Antonieta	P064
Rodríguez, Elizabeth	P067	Serrano, Lorenzo	P098
Rodriguez Agreda, Gerardo Jose	P094	Sevilla, Simon	P054
Rodriguez Araujo, Jose Gregorio	P076	Sierra, Luis	P082
Rodriguez Avancini, Raul	P101	Sifonte, Milisbeth	P087
Rodríguez Avancini, Raúl	P100	Singh, Indra Elena	P095
Rodriguez Diaz, Lourdes Maria	P084	Soto, Claudia	P025
Rodriguez Espinoza, Emma	P081	Suarez Marciales, Aura	P077
Rodriguez G, Elizabeth	P078, P102	Suarez Mendez, Sileny	P083
Rodriguez Martinez, Gabriela Josefina	P063	Tineo, Enma	P088
Rodriguez Martinez, Grabiela Josefina	P012	Tineo, Nahilse	P085
Rodriguez Villalobos, Alberto Jose	P029, P095	Tineo, Nahilse	P098, P098
Rojas, Gilberto	P087	Tineo Brito, Emma Josefina	P044, P063
Rojas, Oleidy	P061	Torres Chamorro, Ana Luisa	P041
Rojas Arevalo, María Jesús	P002, P097	Torres Morales, Ali	P055
Rojas Marin, Berania Virginia	P060	Torres Noriega, Rubmary Del Valle	P022
Rojas Rumbos, Oleidy Carolina	P033	Tovar, Verónica	P010
Rolo-Asención, Manuel Francisco	P096	Trejo, Daniel	P041
Roman Valladares, Victor	P055	Trujillo, Yngrid	P059
Romero Albarran, Felimar Andreina	P030	Urdaneta Carruyo, Eliexer	P023, P024
Romero Angarita, Lucia Cristina	P069	Useche Colmenarez, Juan Agustin	P092, P106
Romero Orta, Alida Carolina	P036, P065	Uviedo, Clara	P006
Romero-García, Zenaida Cristina	P096, P096	Uviedo, Clara Ines	P005
Rondón, Romelys	P009, P010	Vancampenhoud, Marines	P056, P059
Rosales, Carla	P018	Vasquez, Lesbia Amarilis	P002, P097
Rueda, Ana	P054	Vasquez, Ysve	P043
Ruiz, Aymara	P034	Vásquez, Ana	P104
Rujano, Belkys	P089	Vega, Morella	P001
Rujano Salas, Belkys Del Carmen	P110	Velasquez, Beanelys	P083, P084
Salazar, Carlos	P062	Vera Fletes, Dayana Roselin	P094
Salazar Russian, Margareth Adriana	P076	Verdi, Diana	P019
Salazar Vallenilla, Rossana Carolina	P029	Vielma, Reina	P025, P054
Salgar, Nilce	P018, P080	Vielma, Reyna	P015, P062
Salinas Wassouf, Lady Thalín	P065	Vilera Rivas, Raymar Elizabeth	P056
Sanchez, Harry	P030	Villarroel, Manuel	P035
Sanchez, Mayra	P015	Villarroel Villarroel, Yulimel	P059
Sanchez Cuellar, Jose Francisco	P002, P097	Vitale Olivo, Enza Rosalia	P079
Sanchez Dugarte, Mariener	P073, P075	Vizcaya Peñaloza, Alirio Jose	P017
Sánchez López, Elearé Yubiry	P044	Yajaira, Briceño	P077
Sanchez Perea, Harry Antonio	P114	Zavala Valladares, Jose Benjamin	P003

RESÚMENES DE CONFERENCIAS

L U N E S 3

El Pediatra Como Comunicador Social. Papel De La Radio

Dra. Oseglys Pérez

La comunicación es la transmisión de información de un emisor a un receptor para lo cual se utiliza un código específico que debe ser codificado por el emisor y decodificado por el receptor. Esta juega un papel de suma importancia dentro del desarrollo de la sociedad en general, ya que la misma tiene que ver con la forma como los individuos interactúan y cómo influyen los unos a los otros.

Los medios de comunicación son todos aquellos soportes que hacen posible que toda la información previamente emitida nos llegue hasta nosotros, la sociedad. Uno de los elementos más representativos de la evolución tecnológica humana se configura en los medios de comunicación, y su relevancia social es sencillamente fundamental. La sociedad humana no habría alcanzado su actual nivel de complejidad y desarrollo si no hubiera contado con las poderosas herramientas mediáticas que tejen y transportan el discurso social, gracias a lo cual el mundo ha pasado de ser una suma de grupos humanos separados por la geografía y la cultura a una red integrada por las realidades nacionales de cada país, que coinciden y difieren mediante el alcance global de los medios de comunicación.

La importancia de la radio como medio informativo se debe a una característica básica que es su capacidad de comunicar con un público que no necesita una formación específica para decodificar el mensaje. Este hecho tiene importancia en un público que no sabe leer, pero adquiere mayor importancia para todos aquellos que no quieren o no tienen tiempo para leer. Así, la radio juega un papel informativo relevante en las sociedades subdesarrolladas con un porcentaje elevado de analfabetos. Este papel aun resulta más importante en sociedades súper desarrolladas en las que la organización del tiempo obliga a los buscadores de información a recogerla en la radio ya que les permite realizar otras acciones simultáneamente. Las mismas características que hacen de la radio el medio informativo por excelencia, influyen y determinan la estructura de la información que tienen dos características esenciales: brevedad y sencillez.

El proceso de la globalización de las comunicaciones le plantea a la radio un gran desafío cultural. Ningún medio como la radio tiene la posibilidad de rescatar las identidades culturales, regionales o locales e insertarlas en el contexto nacional y continental y simultáneamente transmitir desde este contexto las novedades y exigencias que el mundo requiere de cada país región o pueblo. La radio se integra estrechamente con la comunidad a la que pertenece, ya sea una gran metrópolis o un pequeño pueblo, la radio asume su rol protagónico como medio de información local y como canal de

expresión. La gente percibe a la radio como un miembro de la comunidad que representa y en ella ve reflejada su cultura, sus instituciones, sus valores. Además es un medio interactivo, que invita permanentemente a sus auditores a emitir opiniones y a participar en un diálogo activo a través de llamadas telefónicas y mensajes de texto.

Tomando el concepto actual del pediatra como parte activa dentro de la sociedad y elemento transformador de la comunidad, deberíamos actuar como críticos y promotores de las políticas de salud de cada ciudad y de las estrategias sanitarias recomendadas a nivel mundial por las diferentes organizaciones e instituciones internacionales que tienen que ver con la atención pediátrica. El pediatra en consecuencia debe convertirse en intermediario, educador y comunicador de los temas relacionados con la salud y el bienestar infantil y de la familia. Es por eso que siguiendo los lineamientos de organizaciones internacionales pediátricas estamos en la obligación como pediatras, de conocer, estudiar y acercarnos personalmente o a través de asociaciones, instituciones y organizaciones a los medios de comunicación

El Récipe: La huella impresa del pediatra

Dr. Roberto Fasciani

Médico Cirujano, Pediatra

En pleno Siglo XXI, el récipe sigue teniendo vigencia como medio de difusión entre el pediatra, el paciente, su familia y las farmacias. Desde su aparición en el Antiguo Egipto hasta la Medicina Moderna de hoy, sigue siendo el instrumento escrito que promueve el cumplimiento del tratamiento o de las medidas a seguir para restablecer la salud. A veces subestimado, otras veces mal utilizado y en pocas ocasiones, ignorado, el récipe sigue imponiendo su majestad como la única huella impresa que queda de una relación médico-paciente.

Las recetas médicas suelen estar encabezadas por el récipe (Rp/), símbolo que tiene la particular propiedad de transformar un simple trozo de papel en un artículo de uso médico. En una era de tanta innovación tecnológica, el récipe no ha podido ser sustituido por otra alternativa. Los celulares y la telefonía convencional, pueden dejar en la interpretación subjetiva de la palabra oída el nombre de un medicamento, la dosis y la longevidad de un tratamiento. Por eso es importante insistir en promover la forma correcta de redactar un récipe a los fines de seguir ofreciendo una Medicina de alto nivel. La mensajería de texto o el correo electrónico, son también opciones de comunicación escrita, que sirven de refuerzo ante la duda de lo escrito en el récipe, pero nunca como opción primaria de comunicación, porque el récipe es el resultado de toda una secuencia médica convencional: interrogatorio, examen físico, diagnóstico y tratamiento, evaluado perso-

nalmente y de forma objetiva por el médico tratante. La información por teléfono o por mensajería de texto, es producto de una probabilidad, que nace de la información subjetiva de la madre o del representante y a su vez, de la interpretación del médico sin el soporte de los signos clínicos, tan necesarios para un correcto diagnóstico. El récipe, es entonces, la llave de una impecable consulta médica. Sin embargo, podemos hacer uso de una acuciosa historia clínica, de un exhaustivo examen físico, y de un acertado y oportuno diagnóstico, pero no si describimos y escribimos bien la secuencia del tratamiento, la tasa de fracasos en la evolución del paciente podría ser muy alta. En ocasiones por rapidez, escribimos de forma atropellada o ilegible las indicaciones, lo cual puede generar tres reacciones: a) nuevas llamadas telefónicas para corroborar nombres o dosis incompresibles al ojo del paciente o familiar; b) cumplimiento errado del tratamiento con complicaciones leves, severas o moderadas, sobre todo en nuestros casos, que interactuamos con niños desde la etapa de recién nacido hasta la adolescencia, y en donde la descripción exacta de la posología cobra una importancia mayúscula; o c) incumplimiento del tratamiento o tratamiento incompleto.

Durante la consulta médica pediátrica, sobre en todo en Venezuela, donde el diálogo interactivo prevalece, porque tradicionalmente a los padres venezolanos les gusta hablar, preguntar y ser escuchados, es importante tomar en cuenta que mucha de la información que se despliega durante esa conversación amena, debe estar reflejada en el récipe, sobre todo cuando se trata de medidas dietéticas, fórmulas especiales, modo de preparación de las comidas o tratamientos no convencionales. En el caso de tratamientos dermatológicos, hay que ser muy descriptivo y explícito, lo cual requiere ser escrito también, para evitar sobredosisificación o mala praxis. En un estudio realizado en Chile, se determinó que 40% de los padres, no entienden bien los récipes de los pediatras de sus hijos. O porque no entienden la letra de los médicos, o porque la información es escueta o confusa. En otros casos, la información es tan simple que no incluye forma de administración y longevidad del tratamiento. La mayoría de las veces incluyen la dosis y la frecuencia, pero no colocan el tiempo de duración exacto del tratamiento y obvian las vías o las colocan en nemotecnias médicas que el representante o su familiar no entienden. Muchas veces, se olvidan los verbos para el correcto cumplimiento del medicamento. En niños, hay que ser cuidadoso, cuando se utilizan los términos: tomar, instilar, o aplicar, haciendo énfasis en la vía de administración: oral, nasal, rectal, o cuando el caso lo amerite con su respectiva especificación. Es importante recordar que el lenguaje en el récipe debe ser coloquial no técnico, porque los padres, carecen de ese conocimiento. Cuando se trata de posología, es bien frecuente que los padres confundan “cc”-centímetros cúbicos” con “ml”-mililitros- y desconozcan sus precisiones. Hay que recordar que ambas medidas son iguales, para evitar confusiones o llamadas innecesarias. Si es posible, dentro del consultorio hay que explicarles con una jeringa o un gotero

las características exactas de estas mediciones. Dependiendo del grado de instrucción o educación del interlocutor hay que ser bien descriptivo. Además hay que recordar que el récipe tiene dos destinatarios: el paciente y el expendedor de medicamentos. El cuerpo del récipe que va destinado a la farmacia también debe reunir características imperativas que a veces se olvidan:

- a) Nombre y dirección del facultativo tratante.
- b) Fecha de expedición.
- c) Denominación del medicamento.
- d) Cantidad del medicamento, sin enmendaduras.
- e) Nombre, apellidos y/o del paciente y del representante
- f) Firma del facultativo tratante.
- g) Sello húmedo del facultativo, con matrícula sanitaria y cédula de identidad.

De esta buena relación escrita, depende el resultado del éxito tanto para el médico como para el paciente. Hablar es importante, pero escribir, es aún más, sobre todo en Pediatría, donde un récipe bien escrito puede ser la huella impresa de un buen pediatra, y mejor aún, de un niño finalmente sano.

■ Uso y abuso de videojuegos.

Dra. Mónica Pérez Yepe
Odontopediatra

La Caries Dental, es la enfermedad más común en los niños, y es el motivo principal porque los padres llevan a su bebe al Odontólogo. La Caries Temprana de la Infancia (CTI), es una enfermedad severa y particular, de carácter multifactorial que está afectando cada día más a lactantes y niños de preescolar comprometiendo por lo general muchos dientes, produciendo una rápida destrucción del tejido dentario. Es una enfermedad trasmisible que está relacionada principalmente con la presencia de bacterias cariogénica, en especial el estreptococo mutans y a las prácticas de dietas inadecuadas. El mayor reservorio de donde los niños adquieren estas bacterias es de sus madres o personas que cuidan al bebe, la contaminación ocurre a través de la saliva, y puede aparecer la caries con la erupción de los primeros dientes del bebe.

Hemos visto con muchísima frecuencia niños con CTI, causando mucho dolor, repercusiones en su salud en general, mala alimentación, problemas psicológicos, hospitalizaciones y atenciones de emergencia lo que conlleva a una menor calidad de vida.

A Nivel Mundial, la prevalencia de caries a los 3 años va de 41,8% hasta 78,9%, es decir, la caries aumenta 3,15 veces entre el primero y segundo año de vida, 1,7 veces en el segundo y tercer año de vida y 1,4 veces entre el tercero y cuarto año de vida, esto demuestra que el RIESGO DE CARIES esta, entre el primer y segundo año de vida. En Venezuela las estadísticas de caries en niños menores de 3 años son del 55% hasta 70%. Estamos frente a un Problema Nacional de Salud

Bucal. Con un buen Programa de Educación, Concientización y preparación de agentes multiplicadores de salud bucal a nivel Nacional, la enfermedad de la Caries Temprana de la Infancia es 100% prevenible!

La Odontología Moderna, ha cambiado en las últimas décadas. Cada vez existe una mayor demanda de una Odontología mínimamente invasiva, que intenta analizar el por que de la enfermedad y no solo limitarse a solucionar el problema inmediato.

En la Odontología Infantil se encuentra LA BASE DEL CAMBIO, en el cual el odontopediatra tiene la oportunidad de analizar y controlar los factores de riesgo de la enfermedad antes de que aparezca, aunado a la educación y orientación que se debe de hacer a la mujer embarazada, sobre todo a tener una correcta salud bucal.

La Atención Odontológica Materno Infantil está fundamentada en el concepto de que la Educación genera Prevención y esta actúa en tres niveles

1. Educar, teniendo como objetivos la concientización de los padres
2. Prevenir, abordar los factores de riesgo, su control y realización mujer embarazada es más susceptible de padecer patologías como la gingivitis o caries dental procedimientos preventivos.
3. Curar, cuyo fin es la resolución de los problemas específicos y de urgencias.

Porque el bebe debe de visitar al Odontopediatra antes de su primer cumpleaños

En la Odontología para Bebes, está el secreto de que existan niños cero caries, ya que es exclusivamente PREVENCIÓN y EDUCACIÓN, el bebe debe ir a su primera consulta cuando le erupcione el primer diente, antes del 1er año de vida, para mantener una boca sana desde edades tempranas, hasta que sea adulto, la finalidad es que el niño NUNCA TENGA CARIES, este asesoramiento temprano, ayudara a los padres a tener las herramientas para que el bebe crezca sano. Hoy en día la caries es 100 por ciento prevenible, si los padres llevan a su bebe a su primera consulta con el Odontopediatra antes de su primer cumpleaños. Estas generaciones de niños que están naciendo no deben de pasar por malas experiencias y dificultades en el dentista, por eso en las últimas décadas mas Odontopediatras estamos convencidos que MAS VALE PREVENIR QUE CURAR, y para lograr esto, debemos trabajar en equipo, Obstetras, Pediatras, Enfermeras y Odontopediatras.

Los factores determinantes para que aparezca la CTI son visitas tardías al odontopediatra, higiene oral deficiente, permitir al bebe dormir durante toda la noche con biberón, defectos en la superficie del esmalte, ausencia de fluoruros, su uso tópico es eficaz para evitar la caries, niños con medicación prolongada, jarabes, antigripales con un alto contenido de azúcares, sin el cuidado de limpiarlos después de las tomas.

La Organización Mundial de la Salud OMS y el Fondo de

las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, presentaron la Estrategia Mundial para la alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, destacando a la lactancia materna como fundamental para la supervivencia infantil. Es indudable que el amamantamiento es la medida más eficaz y menos costosa para evitar la desnutrición y las enfermedades infecciosas durante los primeros meses de vida, por otra parte estudios odontológicos realizados en la última década tienden a indicar que la falta de lactancia materna o un periodo corto de esta, se asocia con anomalías dentofaciales. El complejo movimiento muscular que el niño debe efectuar con la mandíbula y lengua, predominan sobre los otros huesos y músculos craneos faciales contribuyendo estos estímulos primarios al buen desarrollo de los maxilares.

El maxilar inferior hace su primer avance fisiológico de la oclusión de esta manera, aconsejando a la madre sobre todas las ventajas de la Lactancia Materna, también contribuimos con su bebe a evitar Retrognatismo Mandibulares, haciendo que en un futuro nuestro paciente tenga una mejor relación entre el maxilar y la mandíbula.

Para concluir, la Odontología Materno Infantil ocupa en la actualidad un lugar IMPORTANTE en las áreas de la Salud, la cual debe ser trabajada en equipo, haciendo énfasis en la PREVENCIÓN, para evitar que nuestros pacientes estén dentro del gran porcentaje de niños enfermos con caries.

Pediatra comunicador

**Myriam Raquel González-Oviedo.
Pediatra, Dermatólogo pediatra,
Comunicador social**

Al igual que cualquier ser humano el pediatra habla-escucha, requiere interpretar, transmitir, expresar, compartir un mensaje y el éxito de esta comunicación se basa en las habilidades personales e interpersonales que posea, además del dominio y experiencia que haya incorporado sobre nuevas tecnología de la información y comunicación (TICs).

Cuando me preguntan ¿cómo una doctora estudió comunicación social, cómo se mezclan esas 2 carreras? Respondo que los médicos somos los profesionales que quizás dependemos y basamos más nuestro éxito o fracaso en la comunicación. Escuchamos a los padres o “leemos” el cuerpo de nuestros pequeños pacientes, quienes son el objeto principal de la consulta y tienen derecho a opinar y ser tomados en cuenta. Vivimos comunicando, al emitir diagnósticos e indicaciones, al dictar conferencias, realizar posters, asistir como expositores a congresos, publicar textos en prensa escrita o cuando somos invitados como panelistas en radio y/o televisión.

Comunicación no verbal

La comunicación es el vínculo principal que como seres humanos tenemos para relacionarnos con nuestros semejan-

tes, pudiendo hacerse efectiva a través de la palabra, los gestos, movimientos e incluso permaneciendo inmóviles o silentes. El verbo aporta aproximadamente el 7% del significado, 38% depende de cómo decimos las palabras y 55% depende de la expresión corporal. Gueguen y col. publicaron (2010) su trabajo “Mejorar la adhesión al tratamiento mediante técnicas no verbales: un experimento de campo sobre el efecto del contacto físico” concluyendo que ese acto táctil no verbal se asocia a una mayor adhesión al tratamiento. Las experiencias vividas en nuestras oficinas permiten aseverar que además del verbo, la postura, gestos y expresión facial juegan papel preponderante en la comunicación diaria y muchas veces se convierten en ruidos que entorpecen la relación médico-paciente, de lo cual nos enteramos generalmente por otro colega a donde acudió nuestro ex-paciente.

Nuevas TICs y redes sociales

“Doctora usted nunca se consigue” me dijo una vez un paciente a quien contesté que eso era imposible pues andamos con equipo móvil de acta tecnología en mano y aun cuando estemos asistiendo a congresos fuera del país y usted no tenga nuestro número telefónico o e-mail a la mano, con solo poner nombres y apellidos en la Web sabrá del solicitado detalles que éste quiere conozcan de él y algunas otras cosas que no haya publicado expresamente pero que también están (documentos legales, divorcios, trámites, etc.). Así pues que si usted está “viviendo” realmente en el siglo XXI estará localizable desde cualquier parte del mundo y a cualquier hora.

¿Comparte su teléfono celular, correo, Twitter, Facebook, Web personal con todos sus pacientes? Si no lo ha hecho, no lo deje para más tarde. La mayoría de los pacientes tienen acceso a nuevas tecnologías, buscan por Internet información sobre médicos o especialidades y si usted no está allí... sencillamente o nunca existió o dejará de existir para ellos. No se preocupe por el acoso, si educa a sus pacientes estos no llenaran su bandeja de correo demandando información y por el contrario les estará brindando una ventana de acercamiento y consulta sin que vea interrumpidas sus actividades. Recientemente Fernando Casado (médico español) fue premiado por aplicar la red social Twitter en la comunicación diaria con sus pacientes, a través de la cual les avisa si hay demoras en la atención y ofrece consejos sobre salud. Sin embargo en el 2012 la mayoría de las oficinas de los médicos nos remontan al siglo pasado; digitalizar su consulta le ofrece grandes ventajas además de que el paciente y farmacéutico siempre agradecerán tener un récipe e indicaciones 100% legibles.

Lo que se quiere transmitir y lo que realmente se interpreta

Estudios señalan que “las habilidades de comunicación de los médicos no cumplen su cometido clínico ni la satisfacción del paciente y menos con las metas deseadas de fortalecer los resultados de salud y en consecuencia disminuir las demandas

que le son presentadas o las que son llevadas a juicio. Esto es preocupante si consideramos lo que representa en términos del beneficio para el paciente, el médico y los educandos”.

La conversación inicia la relación médico-paciente, permite el diagnóstico y conducta a seguir, pero aproximadamente el 70% de los pacientes no cumplen con lo prescrito probablemente por una mala interpretación del mensaje. Siempre les indico que al control traigan récipe, indicaciones y medicamentos con la finalidad de corroborar el fiel cumplimiento de lo prescrito. Impresiona constatar que sin importar el nivel académico y a pesar de indicaciones digitalizadas, un gran porcentaje “mal interpretó” lo indicado y/o en la farmacia vendieron productos no indicados.

El arte de prescribir, comprar y vender medicamentos se ve también influenciado por la comunicación, hay que encontrar métodos personales, efectivos que aumenten el apego y cumplimiento de la medicación, así como supervisar el tratamiento indicado y enseñar al paciente a hacer valer sus derechos como usuario del establecimiento farmacéutico.

Ruidos

Recientemente en una entrevista televisada a propósito de la curación por la fe se recomendaba: “Cuando usted vaya al médico, no vea las manos del médico, vea la manos del Nazareno”. Mensajes como estos, la cultura e idiosincrasia del paciente, el entorno que nos rodea (decoración, temperatura, iluminación, ruido del consultorio), la privacidad (cantidad de acompañantes, enfermera, secretaria, otro colega, interrupciones telefónicas), nuestra indumentaria y apariencia, son factores que inciden directamente en la transmisión del mensaje y en lo que el paciente capta realmente de todo cuanto queremos comunicar, además de influir en lo que escuchamos o podemos observar de él mismo.

El pediatra en los medios

Acepte, atrevase, eso sí prepárese y vístase para la ocasión. Estudie, lea, documéntese y pida le especifiquen el tema a tratar. Diferencie su audiencia: distinto hablar por radio, televisión o prensa escrita, así como para un magazine televisivo o una entrevista en medio especializado en salud. Llegue temprano y familiarícese con el ambiente y su camarógrafo, pregunte lo que no sepa. Cuide su imagen, maquílese (hombre y mujer). Mientras haya una cámara todo se puede estar grabando, no descuide verbo ni gestos. Los primeros minutos son cruciales, sea honesto, expresivo, natural; no invente, exagere, ni hable de lo que no domina, aprenda a decir “no sé” sin que los demás lo noten. Qué decir y qué callar ante un medio lo puede catapultar o sepultar mediáticamente. Aprenda a utilizar las técnicas de comunicación audiovisual, use expresiones y términos que aunque específicos sean entendibles por la audiencia. Evite jugar con manos o pies, no se toque la cara ni se rasque, evite los tics. Solicite que sus medios de contacto sean expuestos públicamente, segundos de promoción valen oro y recompensan su presentación.

Recomendaciones

- Coloque su nombre en internet, hágalo y sabrá que ven los demás sobre usted
- Aproveche para quitar fotos que lo comprometan social, moral o profesionalmente
- De un número telefónico donde pueda ser contactado y atiéndalo
- Tenga un correo para que sus pacientes puedan informar si algo va mal, eso los tranquiliza
- Twitter le permite comunicación instantánea, masiva y gratuita en 140 caracteres, afilíese
- Interconecte sus redes sociales, colóquelas en récipes y tarjetas de presentación
- Compruebe la potencia del “contacto físico”: apretón de manos, tocar hombro
- Antes de cambiar tratamientos, supervíselos, la mayoría de las veces los pacientes mienten por vergüenza y no han cumplido lo indicado o lo han hecho mal
- Recuerde: los pacientes son solo eso “pacientes” y su comportamiento forma parte de su condición, de la debacle en el sistema psico-neuro-inmuno-endocrino-lógico, ayúdelos
- Si no tiene nada bueno que comunicar de un colega... compórtese como un señor doctor, caballero o dama y cumpla con el código de ética profesional
- Mantenga el control de sus emociones y conflictos personales

El saludo verbal y apretón de manos inician la relación médico paciente. Somos lo que comunicamos. Comuníquese consigo mismo y reconozca sus propias actitudes, aptitudes, capacidades y valores. La comunicación médico-paciente no es un asunto técnico, es aprendizaje constante, es sensibilidad humana y social. No sea un analfabeta digital, pierda el miedo a las nuevas tecnologías, establezca su consultorio virtual, notará el cambio de forma inmediata.

Lecturas recomendadas

1. Braga ML, Tarantino MG. La comunicación en Pediatría: niñas, niños y adolescentes, sujetos de derecho. Arch Argent Pediatr 2011;109(1):36-41 / 36
2. Weiner SJ, Barnet B, Cheng TL, Daaleman TP. Processes for Effective Communication in Primary Care. 2005, 142(8) 709-714
3. Fang Fang, et al. Riesgos al comunicar el diagnóstico de cáncer. N Engl J Med 2012;366:1310-8
4. Makoul G, Communication Skills Education in Medical School and Beyond. JAMA. 2003;289:93
5. Suchman AL, Markakis K, Beckman, H.B.; and Frankel, R. "A model of empathic communication in the medical interview." JAMA.1997;227: 678-682.
6. British Medical Association. Communication skills education for doctors: an update. Board of Medical Education. 2004
7. Alves de Lima AE. ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? Rev Argent Cardiol 2003: 71(3)

M I É R C O L E S 5

Independencia y autocontrol**Dr. Pierre Descamps.**

Autocontrol; la capacidad para el hombre regular su atención, sus emociones y sus diversas capacidades mentales aparece en el niño y se desarrolla a través de su vida de diferentes formas y maneras. La capacidad de cada ser, para desarrollar esta capacidad varía mucho de individuo a individuo y dependerá en mucho de lo que hagan o dejen de hacer los padres en su impulso y adecuado desarrollo.

Muchos estudios señalan que el autocontrol es en parte inherente a cada individuo y en parte una conducta aprendida. También señalan que aquellos individuos con menor capacidad de autocontrol son propensos a tener futuros problemas de empleo, aparición de cierto tipo de enfermedades e inclusive algunos investigadores señalan una vida más corta.

Otros estudios señalan los beneficios para aquellos niños y adultos poseedores de mayor capacidad de autocontrol, pero igualmente muchos indican que no todos los adultos poseen las herramientas y el conocimiento para ayudar a sus hijos en la adquisición y desarrollo de autocontrol e inclusive muchos con su aptitud y proceder pueden afectar a aquellos niños que nacen con una gran capacidad innata de desarrollar autocontrol.

El psicólogo infantil Terrie E. Moffitt de la Universidad de Duke y colaboradores realizaron un estudio en un grupo de 1037 niños nacidos entre 1972 y 1973 en Dunedin, New Zealand. Los niños fueron evaluados cada dos años desde los tres a los once años de edad. Ellos evaluarán a los niños en cuanto atención, persistencia e impulsividad en la realización de una serie de actividades variadas según la edad y nivel de desarrollo de cada niño. Finalmente todo el grupo fue reevaluado a la edad de los 32 años de edad y en ese momento apreciaron el estado de salud, estabilidad financiera y records en problemas legales. Este estudio encontró que aquellos niños que presentaron menor capacidad de autocontrol eran adultos con mayor número de problemas en su salud, eran padres poco ilustrativos y enriquecedores para sus hijos, y tenían mayor probabilidad de desarrollar dependencias con drogas o alcohol, también tenían más problemas económicos y un mayor records de problemas legales de diversas índoles.

Buscando aislar los factores y las variables socioeconómicas y el acceso a planes académicos óptimos, de los resultados anteriormente señalados, el grupo de investigadores desarrolló un estudio en 509 parejas de hermanos gemelos nacidos entre los años de 1994 y 1995. Al comparar las parejas de hermanos observaron que aquellos que no tenían una capacidad innata para desarrollar autocontrol antes de los cinco años de edad, al crecer y cumplir los doce años, eran más propensos a consumir cigarrillos precozmente, tener

mayor número de problemas escolares y un menor rendimiento académico.

Al final concluyen que un niño con mayor autocontrol es más probable que sea un adulto mejor, que aquellos niños con una baja capacidad innata de autocontrol pueden mejorar su futura calidad de vida si se les entregan las herramientas y las claves necesarias para que ellos mismos empiecen a auto controlarse. El Dr. Moffitt y sus colaboradores señalan que programas para el desarrollo de autocontrol en las escuelas son efectivos y necesarios para realizar y reforzar estrategias que desarrollen el autocontrol en los niños con problemas en este sentido y que ello puede darle las posibilidades de un futuro mejor.

A mayor autocontrol mayor desarrollo de la inteligencia. A menor inteligencia mayor riesgo de desarrollar desordenes de la personalidad, depresión y varios tipos de enfermedades cardiovasculares entre otras enfermedades.

Son muchas las cosas que en el acontecer diario se puede observar y evaluar de la capacidad de autocontrol que cada niño presenta. Desde el mismo momento del nacimiento hay niños más coléricos e irritables que otros. Niños que se enfurecen con facilidad frente a la realización de la rutina de sus cuidados diarios, a los que les cuesta organizarse frente al pezón materno y toleran menos los cambios de temperatura o los ruidos externos. Con estos niños los padres se sienten desesperados e inseguros. En no pocas ocasiones, el pediatra entra en el juego inacabable del transitar por las diversas fórmulas infantiles, al interpretar toda esta cólera como intolerancia a la lactosa o alergia a la proteína de la leche o la soya, intentando colaborar con la búsqueda de la paz familiar que nunca llega, para terminar etiquetando al niño con el diagnóstico precoz de reflujo gastroesofágico, el que por lo general solo existe como un factor coadyuvante.

Mientras mayor autocontrol adquiere el niño, se independiza con mayor celeridad y adquiere mayor autoconfianza. Los padres que son equilibrados, amorosos, e inteligentes aprenden a señalar rápidamente los límites de esta independencia. Con ello ofrecen al niño, un marco de referencia seguro por el cual aprende rápidamente a transitar y a seguir explorando y aprendiendo.

La NASP (National Association of school psychologist) señala que el auto control es una importante herramienta que todos los niños deben aprender. También señalan que aquellos niños que adquieren autocontrol desde temprano en la vida, se sienten mejor con ellos mismos y con las cosas que ellos son capaces de realizar. En este sentido han establecido un marco de estrategias para desarrollar en los alumnos esta capacidad.

Los padres pueden desde muy pequeños sus hijos estimular todo esto, al impulsar en ellos autocontrol al realizar sus cuidados diarios, el acto de comer, el dormir temprano en la noche y no despertarse, el desarrollo de los juegos y todos el que hacer del niño pequeño.

■ Signos de Alarma en el desarrollo Infantil.

Dr. Pierre Descamps E.

El desarrollo del niño comprende una serie de cambios que se presentan automáticamente en todos los seres humanos. Son predecibles y su presentación se da rítmica y cronológicamente en todos los niños. Todo esto permite vacilar con un pequeño margen de error y con una variabilidad relativamente pequeña a que edad se van a ir presentando los avances y cambios que el niño da en su transitar a la vida adulta.

Los cambios en el componente de la motricidad, el área mental, y la esfera social son múltiples y variados. Para su correcta y exacta evaluación ha sido necesario elaborar un conjunto de herramientas (screening) que permiten determinar con fundamento cuando un niño se aleja del transitar normal hacia la vida adulta.

Todos los screening elaborados se fundamentan en la observación de cientos de niños normales y comparan los avances que en las diferentes áreas del desarrollo motor, mental y social los niños en estudio fueron presentando durante el diseño y elaboración del estudio inicial. Los screening que evalúan en forma general el desarrollo pueden ser poco sensibles para determinar trastornos específicos en algunas áreas, por ejemplo el lenguaje o la audición, para ello se han diseñado métodos para evaluar más específicamente alguna área en particular.

Los métodos más divulgados a nivel mundial son la escala de Denver-Batelle, Denver II, EEDP (escala de evaluación del desarrollo psicomotor de Soledad Rodríguez, y col. Chile) Bayle USA, Muller USA, Griffiths Inglaterra, Haizea -Llevant España, Cat-Clams ELM, Brazelton, entre muchos otros.

Además de los variados y múltiples elementos a evaluar en el niño, una de las razones de la justificación y uso de todas estas herramientas se fundamenta en la gran cantidad de errores diagnósticos por parte de los pediatras y médicos de atención primaria al estar atiborrados y saturados de pacientes en las consultas, lo que no les permite una justa, oportuna y correcta evaluación del desarrollo del niño. Además, el pediatra se ve muy saturado por la gran cantidad de tópicos que debe tratar en la rutina de la consulta, por lo que con frecuencia no hace una exacta evaluación del desarrollo psicomotor del niño, o lo que puede ser peor, emite opiniones desajustadas, generando gran angustia y preocupación en los familiares, además de saturar las consultas especializadas en neurología o rehabilitación, aumentando los costos asistenciales en la realización de pruebas diagnósticas innecesarias.

La cada vez mayor presentación de trastornos generales del desarrollo, muchos de los cuales son diagnosticados en etapas tardías, y el reconocimiento de las bondades de la fisioterapia precoz y la estimulación temprana han colocado

sobre el tapete a nivel mundial la importancia de que el pediatra realice los diagnósticos de manera cada vez más precoz de estos trastornos. La presentación de los diversos trastornos del desarrollo hoy por hoy llegan a ser más elevados que los casos de asma, vistos en una comunidad en particular, por lo que se están convirtiendo en un gran problema de salud pública.

El pediatra se enfrenta a tres grandes problemas: El gran volumen de pacientes y por añadidura el limitado tiempo que debe dedicar a estos. El tiempo que hay que ocupar en la realización de una prueba de cribado (Denver II 10 a 20 minutos). La formación académica impartida en los centros universitarios muy concentrada en la enseñanza del diagnóstico de patologías neurológicas firmemente establecidas con severas expresiones de bloqueo neurológico (parálisis cerebral infantil, entre otras) y poco entrenamiento en las sutilezas del desarrollo.

La búsqueda de señales únicas en el niño que indiquen que el desarrollo anda mal no existen. Es la observación de una serie de sutilezas las que marcan la pauta de que algo puede no estar bien, es por ello que se han establecido algunos signos de alerta que aunque no indican que el niño padece un trastorno del desarrollo mayor, si pueden señalar que ese niño necesita un seguimiento especial y una eventual realización de una prueba de cribado. La familiarización con estos signos de alarma permiten al pediatra la observación de ellos mientras se dedica a todos los otros aspectos de la consulta pediátrica.

Los signos de alarma se alejan cada vez más de la simple apreciación del tono muscular del niño. No niegan la importancia del tono muscular en la evaluación neurológica integral, pero centrarse solamente en este, para etiquetar a un niño con problemas del desarrollo, implica un gran margen de error por lo muy influenciado que este se encuentra por variados factores intrínsecos y extrínsecos (temperamento, frío, calor, hambre, fiebre, llanto, cólera, etc.) y su significado en una patología se hace muy evidente en la medida de que esta es más severa, como es el caso de la parálisis cerebral infantil o las distrofias musculares.

Los signos de alarma buscan familiarizar al pediatra con la postura, la aptitud mental, la tolerancia a los estímulos externos, y las nuevas habilidades que se van presentando en el niño, como son el uso de la destreza fina y el lenguaje. Es tal la importancia de la búsqueda de signos de alarma que la prueba de cribado de Haizea- Llevant introduce este elemento como una guía rápida a ser utilizada por el pediatra.

J U E V E S 6

Afecciones mamarias en niñas y adolescentes.

Dra. Elsa Bestalia Sánchez de La Cruz.

Ginecóloga Infanto Juvenil.

Las mamas son consideradas glándulas sebáceas modificadas de origen ectodérmico (1); es el único órgano que no está totalmente formado al momento de nacer; se establece que alcanzan su desarrollo total mucho tiempo después. Algunos autores sostienen incluso que esto se da después del primer embarazo.

En nuestro país la segunda causa de muerte en nuestras mujeres la ocasiona el cáncer de mama. Esto debe motivar a todos los médicos y personal de salud a conocer el desarrollo de las mamas y sus afecciones, para ofrecer prevención, tratamiento efectivo y de alguna forma evitar las lesiones malignas y así disminuir la incidencia de muertes por cáncer mamario.

La edad promedio de aparición del botón mamario es a los 9 años, aunque es normal que surja a partir de los 8 años. El tiempo máximo de espera es hasta los 13 años. Marshall y Tanner describieron los cambios de a pubertad en 192 adolescentes británicas en 1969, estableciendo etapas del desarrollo puberal basadas en el grado de desarrollo mamario y en la cantidad de vello púbico y axilar, en secuencia de aparición durante el desarrollo puberal. Las etapas de Tanner definen el desarrollo mamario (1)

El estadio III-IV del desarrollo mamario descrito por Tanner ocurre entre los 12 y 13 años de edad, momento en el cual simultáneamente ocurre la menarquia. El estadio V del desarrollo mamario es concluido 2 a 3 años después de la menarquia. Una tercera parte de la glándula está constituida por tejido adiposo. La relación glándula/grasa es de gran importancia en la definición de hipo hipermastia.

Telarquia prematura

La telarquia prematura se define como el crecimiento del tejido mamario sin maduración del pezón, en ausencia de otros signos de pubertad antes de los 8 años. Se cree que es debida al incremento de la sensibilidad del botón mamario a los estrógenos producidos por folículos de Graaf quísticos o luteinizados en jóvenes prepuberales (2). Su principal causa es la influencia hormonal exógena, bien por la ingestión de alimentos contaminados con hormonas, bien por lactancia materna; también se ha descrito la alteración de la función de la glándula suprarrenal como rara etiología de esta entidad. La telarquia prematura es generalmente bilateral, aunque su comienzo puede ser unilateral. No es necesario tratamiento y la biopsia de la mama está formalmente contraindicada.

Telarquia precoz

Se define como el desarrollo mamario antes de los 8 años de edad, acompañado de otro signo puberal, motivo por el

cual el diagnóstico a confirmar debe ser una pubertad precoz. Su frecuencia es de 0,6% en la población general. Entre 4 632 pacientes que asistieron al SGIJ-HJMR, se encontró una incidencia del 1,48% en pubertad precoz; más elevada que en la población general quizás por ser este hospital de referencia nacional. (3, 4,5)

Es frecuente encontrar en el examen físico, además del crecimiento mamario bilateral, maduración del pezón y aceleración del crecimiento. En este hospital, de un total de 4 632 niñas atendidas en el SGIJ, entre 1994 y 1998, 372 pacientes (8,03%) consultaron por telarquia, por lo que esta entidad constituye el tercer motivo de consulta a dicho servicio.

Anomalías congénitas

Algunas niñas nacen con anomalías en sus mamas, las cuales son consideradas congénitas, entre las que se encuentran: amastia, atelia, politelia, perlas córneas y polimastia.

Amastia

Es la ausencia completa del botón mamario es rara y generalmente unilateral; se acompaña de anomalías del hemitórax de ese lado, sobre todo de atrofia del músculo pectoral. Se presenta en el síndrome de Poland. Puede acompañarse de otras anomalías como sindactilia.

Atelia

Es la ausencia del pezón, es rarísima; en cambio, las anomalías congénitas de forma de detención del desarrollo normal suelen ser frecuentes: pezón plano, pezón umbilicado, pezón hendido o fisurado.

Politelia

La persistencia de la cresta mamaria conduce a un crecimiento adicional del tejido mamario en cualquier lugar a lo largo de la línea mamaria. Los pezones supernumerarios, politelia, son de presentación común en ambos sexos, entre 1% y 5% de la población.

Perlas córneas

Las perlas córneas son pequeñas dilataciones de conductos con contenido lácteo, ubicadas en el pezón, que sólo ameritan observación.

Polimastia

Las mamas supernumerarias, polimastia, son menos comunes y pueden alcanzar en algunas un desarrollo similar a la glándula mamaria normal en cualquier sitio de la línea mamaria.

MODIFICACIONES DE LA RESPUESTA FISIOLÓGICA

Hipertrofia neonatal

Es independiente del sexo y se atribuye a la estimulación hormonal del feto in útero durante las etapas finales de la ges-

tación y frecuentemente se acompaña de una secreción similar al calostro. Estos nódulos involucionan espontáneamente después de varias semanas, si no reciben lactancia materna; de lo contrario, involucionan luego de la suspensión de la lactancia materna.

Ingurgitación dolorosa en la pubertad

Es cuando las pacientes se quejan, a veces, de congestión dolorosa de las pequeñas yemas o botones mamarios durante los primeros meses del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Es necesario en estos casos tranquilizar a la familia y a la adolescente mediante una clara explicación de la causa de estos trastornos. No es necesario ningún tipo de tratamiento.

Asimetría

Durante el desarrollo normal de las glándulas mamarias, la yema o botón mamario comienza a menudo su crecimiento en un lado antes que en el otro. Otras veces, a medida que crecen las mamas, una responde mejor a las hormonas circulantes y por lo tanto aumenta más rápidamente que la otra; sin embargo, al transcurrir el tiempo desaparecerá generalmente este desarrollo desigual y las mamas al culminar su crecimiento presentan un tamaño normal sin asimetría importante. En nuestra experiencia, rara vez las dos glándulas mamarias son exactamente iguales. Si transcurridos dos años de la menarquia persiste asimetría importante de las mamas, se debe plantear su corrección quirúrgica.

Mediciones de las mamas

Para seguir cuantitativamente el desarrollo de las mamas, Capraro⁶ ha descrito una técnica que consiste en medir la mama con una cinta métrica, del radio de las tres a las nueve y del radio de las doce a las seis, según la clásica comparación con la esfera del reloj. La multiplicación de estas dos mediciones produce la llamada unidad mamaria y se compara en ambas mamas, a medida que la niña crece y así poder determinar el volumen exacto del desarrollo que alcanza cada mama. Se puede afirmar que el crecimiento mamario ha terminado cuando las medidas de una joven mayor de 17 años de edad han permanecido estables por un período de 6 meses.

Existen variadas afecciones de las mamas relacionadas con su tamaño, entre las más comunes están la hipoplasia, la hipertrofia virginal y la atrofia.

Hipoplasia

Es el poco desarrollo de tejido mamario que se evidencia por mamas muy pequeñas. Generalmente es debido a bajos niveles de estradiol circulante, con insuficiente estímulo al tejido mamario. Se acompaña generalmente de ausencias menstruales por más de 3 meses o amenorrea, síntoma éste que generalmente constituye el motivo de consulta.

Entre las causas más frecuentes de hipoplasia tenemos la disfunción ovárica con anovulación crónica y producción de

andrógenos.

Entre las causas congénitas tenemos: a) hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) no tratada; además, se evidencia androgenización que incluye ambigüedad de genitales externos; b) disgenesias gonadales, generalmente se acompañan de estigmas típicos como percentil de talla menor de 10, baja implantación del cabello, cuello corto y alado; c) insensibilidad periférica a los andrógenos; los pacientes, genéticamente 45XY, tienen ausencia total o parcial de receptores a los andrógenos en piel y sus hormonas masculinas se aromatizan formando estrona.

En la variedad de ausencia completa de receptores o síndrome de Morris, el paciente se feminiza con mamas bien formadas con pezones pálidos. En la variedad de ausencia incompleta de receptores IPA (insensibilidad periférica a los andrógenos), es necesario indicar terapia hormonal de reemplazo, para lograr la feminización y desarrollo completo de las mamas.

Hipertrofia virginal

Es una enfermedad de etiología desconocida, caracterizada por un crecimiento masivo de las glándulas mamarias, casi siempre en la época de la pubertad. En ocasiones las mamas son gigantes, alcanzan volúmenes grotescos y deformes.

La hipertrofia juvenil o hipertrofia mamaria virginal es generalmente bilateral, pero puede limitarse a una mama o a una zona localizada de ella.

El tratamiento de esta afección es mediante una mamoplastia reductora; pero una operación practicada en una época precoz, antes de la estabilización de las hormonas puberales, puede traer un nuevo crecimiento mamario del tejido remanente. Existen excepciones cuando coincide esta patología con síntomas de dolor o deformaciones de columna; o cuando presentan además tumores que ameritan su resolución quirúrgica. Se ha informado sobre resultados preliminares con el uso de Medroxiprogesterona para prevenir nuevos crecimientos del tejido mamario antes y después de la mamoplastia reductora. (7)

Atrofia

Es la disminución del tamaño de la mama, incluso hasta no palparse. Hay pacientes jóvenes que desarrollan atrofia de las mamas después de tratamientos para adelgazar y pérdida de peso rápida y cuantiosa. En el examen impresiona el aspecto senil de la piel.

Galactorrea

Se manifiesta por secreción líquida, láctea, clara, a través del pezón. La supresión de la función hipofisiaria con esteroides puede estimular el desarrollo de las mamas y la producción de leche

LESIONES INFLAMATORIAS O TRAUMÁTICAS

Mastitis

Puede aparecer en cualquier edad. El diagnóstico es su-

gerido por la presencia de una tumefacción de crecimiento rápido, sensible, caliente, eritematosa y en el caso de absceso, fluctuación. En las niñas la masa inflamatoria cubre toda la mama, pero en las adolescentes generalmente es localizada.

Los abscesos mamarios se presentan más frecuentemente en las mujeres lactando y en las niñas adolescentes, presumiblemente porque la obstrucción ductal se relaciona con una intensa estimulación hormonal.

Tumores inflamatorios no infecciosos

Pueden derivar de traumatismos. Las glándulas mamarias de las niñas son expuestas en forma constante a traumas durante juegos y/o actividades deportivas. Después de la contusión aparece una masa firme, sensible y mal definida. Los hematomas resultan de traumas más intensos, aparecen más definidos y se acompañan de equimosis de la piel.

La necrosis grasa

Es una lesión mamaria relativamente común e indolora; el traumatismo se considera su causa más común. Se presenta un nódulo circunscrito y firme, varios meses después del daño, y frecuentemente las pacientes no son capaces de relacionarlo con éste. Una biopsia escisional es necesaria para confirmar el diagnóstico, particularmente si la historia del traumatismo es vaga.

LESIONES DEL PEZÓN Y AREOLA

Eczema

Tal como sucede con la dermatosis de las diversas regiones del cuerpo, el eczema de la mama es el más común. En la areola y el pezón, desbordando sobre la piel periareolar, se aprecia un fondo congestivo y eritematoso cubierto por escamas y fisuras, entre las que mana una secreción serosa. Los bordes de la lesión, imprecisos al comienzo, tienden a hacerse bien netos y posteriormente se contaminan por estreptococos o estafilococos. El interrogatorio orienta hacia el diagnóstico de eczema en personas alérgicas que tienen prurito a nivel del pezón. El tratamiento se debe realizar con una limpieza completa de la región con jabón antiséptico, indicación de un antihistamínico, ya que en los eczemas hay un gran componente alérgico, y cura oclusiva con crema de esteroides cubierta de polietileno. En caso de contaminación microbiana, se debe añadir antibiótico.

Escabiosis

Frecuentemente la paciente consulta al médico por un prurito localizado en sus pezones cubiertos de costras y generalmente tienen lesiones de escabiosis en otras partes del cuerpo.

Pezones prolapsados

Sobresalen de la circunferencia de la mama y generalmente le dan una apariencia de tubo, por lo que también se

conocen como mamas tubulares. Su etiología principalmente se atribuye a un anillo fibroso en la base de la mama que le impide su crecimiento en extensión. Su tratamiento es quirúrgico.

MASTOPATÍAS

Papilomatosis juvenil

Se presenta como un tumor multilobulado, bien circunscrito. Se manifiesta en mujeres jóvenes de 12 a 25 años de edad. El diagnóstico preoperatorio más frecuente es el de fibroadenoma. Al examen macroscópico del tumor se ve un área localizada, pero no encapsulada de numerosos quistes pequeños de 1 a 3 mm, conglomerados en racimo, de color que varía del pardo al violáceo. Los quistes son el hallazgo dominante al microscopio en conjunto con hiperplasia ductal. El epitelio de muchos quistes puede exhibir metaplasia apocrina plana o papilar; este cambio también está presente en varios grados de hiperplasia ductal. (8,9)

TUMORES BENIGNOS

Fibroadenoma (FAD)

Es el tumor más común de las jóvenes y comprende de 60% a 95% de todos los extirpados en varias series. Se presenta más frecuentemente en jóvenes adolescentes y se ha visto en pacientes dos años antes de la menarquía (10,11) Los fibroadenomas son tumores de consistencia firme, muy móviles, de superficie suave o lobulada y se diferencian muy bien del resto del parénquima mamario. Se definen como FAD gigante cuando su diámetro es igual o mayor de 5 cm. Su extirpación depende de la localización, tamaño o multiplicidad del tumor. Estas lesiones tienen una fina pseudocápsula y conviene extirparlas con un margen de tejido sano a su alrededor. Solitarios, grandes, de consistencia discretamente firme, forma redondeada u oval, con superficie suave. Ellos son móviles y encapsulados, pero su consistencia se puede confundir con la hipertrofia virginal unilateral muy densa y con el cistosarcoma filodes.

Cistosarcoma filodes

Es un tumor estrechamente relacionado con el fibroadenoma y se distingue por su apariencia histológica, cuya característica es la gran celularidad del estroma fibroso y la presencia de variación en la forma y tamaño de los núcleos, así como también un aumento en el número de las mitosis. (10) El cistosarcoma filodes es generalmente benigno en las jóvenes adolescentes. (11)

Malignos

Sólo 33 casos bien documentados de cáncer de la mama en niña han sido informados en la literatura inglesa. (12) Las edades límites fueron de los 3 a los 18 años. El signo más frecuente fue una masa subareolar fija y dura. En niñas prepuberales, una amplia escisión local es terapia suficiente y adecuada.

Referencias bibliográficas

1. Marshall WA, Tanner JM. Puberty. En: Falkner F, Tanner IM, editores. Human Growth. A Comprehensive treatise. 2ª ed. New York and London: Plenum Press; 1986. p.180-8.
2. Altchek A. Premature thelarche. *Pediatr Clin North Am* 1972;19:543.
3. Sánchez de La Cruz B. Pubertad precoz. Caracas: Ateproca; 2000. p. 47-60 (vol II).
4. Sánchez de La Cruz B. Atención ginecológica a niñas y adolescentes. Caracas: Ateproca; 2000. p. 105-16 (vol II).
5. Nathanson IT. Studies on the etiology of human breast diseases: Urinary excretion of follicle-stimulating hormone estrogens and
6. Capraro, V.J. and Gallego, M.B.: Breast disorders in adolescents *Pediatr. Ann* 4:82, 1975.
7. Sperling R L, Gold JJ. Use of an anti-estrogen after a reduction mammoplasty to prevent recurrence of virginal hypertrophy of the breast. *Plast Reconstr Surg* 1973; 52:1.286.
8. Bower R, Bell MJ, Termberg LM. Management of breast lesion in children and adolescents. *J Pediatr Surg* 1976;11:337. 310 *Ginecología Infantojuvenil*
9. Uriburu JV, Mosto A. Displasia selectiva en la mama. Buenos Aires: López Libreros; 1977. p. 528-36 (tomo I).
10. Treves N, Sunderland DA. Cystosarcoma phyllodes of the breast: a malignant and benign tumor. *Cancer* 1954; 4:1.286.
11. Amerson, J.R.: Cystosarcoma phyllodes in adolescent females. *Ann Surg* 1970; 171:849.
12. Sheashone JH. Breast in largements in infants and children. *Pediatr Ann* 1975; 4:542.

Manejo Integral de la lisis tumoral**Dra Filomena Moschella**

El síndrome de lisis tumoral se considera una urgencia oncológica metabólica. Para lo cual vamos a responder algunas interrogantes: ¿Qué es? ¿Mecanismo de producción de lisis tumoral? ¿Factores de riesgo?

Manifestaciones clínicas, prevención y tratamiento.

Que es el síndrome lisis tumoral?: Se considera una complicación metabólica de lisis tumoral que puede ocurrir de forma espontánea o posterior al inicio del tratamiento antineoplásico.

Mecanismo de producción de la lisis tumoral: cuando ocurre la destrucción celular se liberan productos intracelulares a la circulación en forma de una descarga aguda, siendo esta hiperuricosuria, hipocalcemia, hiperfosfatemia e hipercalemia. Siendo estos los elementos fundamentales del síndrome lisis tumoral (SLT).

Hiperuricosuria → se deriva del catabolismo de los purinas – hipoxantina → xantinas y producto final ácido úrico.

Hiperfosfatemia – las células neoplásicas tienen en alto contenido de fosfato siendo los linfoblastos tienen 4 veces el contenido de fosfatos de las células normales.

Hipocalcemia: se deriva de la precipitación de fósforos

de calcio.

Niveles bajos 1,25 dihidroxi-vit-D₃

Niveles bajos de calcio por aumento de hormona paratiroidea, existe una disminución de la reabsorción de fosfato a nivel proximal, el aumento de la excreción de fosfato que aumenta el riesgo de precipitación.

Factores de riesgos: Tenemos aquellos:

- 1) Tumores con elevada tasa de proliferación
- 2) Sensibilidad a la quimioterapia
- 3) Alta carga tumoral
- 4) Leucocitos elevados en caso de leucemias
- 5) LDH (Lactato deshidrogenasa) elevada.
- 6) Presencia de deshidratación.
- 7) Densidad urinaria con PH ácido.

Paciente con riesgo de SLT:

- Diferentes de tipo de tumor: tenemos linfomas no Hodgkin (B-lymphoma, Linfoblasto indiferenciado). Leucemias agudas, crónicas, meduloblastoma, neuroblastomas, tumores.
- Extensión de la enfermedad
Tumores retroperitoneales o intraabdominales, masa mediastínicas.
LDH elevada mayor de 1500 u/L
Recuentos elevados de glóbulos blancos mayores de 100.000
- Dependientes de la función renal
Disfunción renal persistente oliguria
Insuficiencia renal aguda.

Manifestaciones clínicas de acuerdo a la alteración metabólica tenemos:

Hiperuricosuria → náuseas, vómitos, diarrea, anemia, dolor articular, letargia

Hipercalemia → parálisis, debilidad, parálisis facial, síntomas gastrointestinales, arritmias, falla cardíaca.

Hiperfosfatemia → precipitación renal relacionada con hipocalcemia

Hipocalcemia → tetania latente: signos de Trousseau y Chvostek, tetania manifiesta: espasmo carpopedal, laringo espasmo, convulsiones, ECG prolongación del QT

IRA > oliguria, anemia, sobrecarga hídrica, edema e hipertensión.

Prevención y tratamiento.

Control de hiperuricosuria, alcalinización urinaria, monitorizar balance hídrico, monitoreo bioquímico, tratamiento de la hipercalemia y manejo de la insuficiencia renal

Para el manejo de la hiperuricemia tenemos alopurinol (inhibe el paso de la hipoxantina y xantinas al ácido úrico, es decir evitando su formación) 1 300 mg x 2 veces al día vía oral y el rasburicase (actual en la destrucción del ácido úrico formando alantoina) 0,15 a 0,20 mg/kg/ dosis en 50 ml solución fisiológica en 30 minutos.

La alcalinización urinaria se hace con bicarbonato de

sodio al 5% a 120 mEq/m²sc / día endovenoso manteniendo ph urinario 6,5 y < de 7,5 y se debe suspender cuando la hiperuricemia se corrige y/o el fosforo esta elevado.

El balance hídrico lo controlamos con el peso diario, registros de líquidos, mantener flujo urinario 5 ml/kg/hora en caso de retención urinaria, edema, ascitis, oliguria, iniciar dopamina a bajas dosis, evitar sobrecarga hídrica, para lo cual se indica furosemida (0.5 a 1mgs/kg cada 6 horas si el balance hídrico es positivo.

EL monitoreo bioquímico: electrólitos, urea, creatinina, acu rico, calcio, fosforo cada 8 horas en las primeras 72 horas del tratamiento.

Tratamiento de Hiperkalemia se maneja con detener aporte de potasio de la dieta y líquidos o administrando Kayaxalate 0,25mgs/kgs/día cada 6 horas vía oral o glucosa 1 g/ kg endovenoso con insulina a 0,25 u/kg ev considerar la diálisis y dieta pobre en fosfatos. Hidróxido de aluminio 150 mgs/kg día cada 4 a 6 horas con una diuresis > 3 cc /kg/hora.

Manejo de la insuficiencia renal puede ser por diálisis peritoneal, hemodiálisis y hemofiltración

Las indicaciones de sialisis serian: hiperkalemia, hiperuricosuria hiperfosfatemia, hipocalcemia sintomática, uremia o creatinina elevada, balance hídrico positivo.

El conclusión es una patología que debemos manejar en forma integral con los oncólogos pediatras, pediatras, nefrólogos a fin de evitar darnos renales permanentes.

■ Mi niña me sangró por los genitales, ¿a quién acudo?

Dr. Alfredo Caraballo Mata

La presencia de sangrado genital en la niña genera alarma y angustia en los padres y familiares, lo cual motiva la búsqueda de la consulta médica para determinar la condición que lo provoca. Sobre esta base, debemos tener presente, en principio, la existencia de situaciones fisiológicas y patológicas que resultan en genitorragia, la mayoría de las oportunidades, afortunadamente, de resolución simple, toda vez que se realiza la aproximación diagnóstica oportuna; no obstante, en ciertas ocasiones, el problema que la genera puede acarrear graves consecuencias para la futura vida sexual y reproductiva, así como el compromiso de la vida de la niña.

Como genitorragia se considera en la edad infantil, la presencia de sangrado genital, independientemente de la magnitud y duración, ante la ausencia de desarrollo de cambios puberales, que puede tener su origen en la vulva, vagina o útero y ocurrir como consecuencia de:

- Traumatismos (accidental/abuso sexual)
- Vulvovaginitis (inespecífica/específica)
- Trastornos endocrinológicos (crisis genital de la recién nacida, menarquía precoz, hipotiroidismo)

- Dermatitis: liquen escleroso
- Tumores en vulva, vagina o útero (benignos/malignos)
- Prolapso de la mucosa uretral
- Discrasia sanguínea
- Preparaciones hormonales exógenas

De manera que, dada la variedad de causas que puede originarla, se requiere una historia clínica y exploración física minuciosa; sin dejar de tener presente que, en el área perineal, también tenemos la desembocadura de los tractos urinario y digestivo, los cuales, igualmente, pueden encontrarse afectados por una entidad nosológica que se acompaña por sangrado.

No todos los problemas enumerados previamente van a ser considerados en un momento determinado, pues, con respecto a la edad de la niña, tendremos presentes diferentes posibilidades.

Como condiciones fisiológicas tendremos en la recién nacida el sangrado que acompaña la crisis genital secundaria a la privación hormonal materna, que ocurre generalmente la primera semana de vida; todo sangrado que se presente más allá debe considerarse patológico y requiere prontitud en el diagnóstico. Con poca frecuencia, se ha documentado situaciones asociadas con una respuesta aumentada del endometrio a niveles bajos de estrógenos con gonadotropinas en rango prepuberal, que conduce a sangrados genitales cíclicos transitorios, conocidos como menarquía prematura, lo cual puede ocurrir antes de la edad escolar sin llegar a desencadenar una pubertad precoz.

El sangrado patológico en la recién nacida puede estar determinado por crecimientos tumorales malignos, los tumores mesodérmicos mixtos, esto debe tenerse presente, en todo sangrado genital que ocurra en la recién nacida más allá de las dos primeras semanas de vida. Otro crecimiento tumoral a considerar, tiene origen vascular, los hemangiomas capilares ubicados en vulva o vagina. También, el sangrado puede ser el resultado de traumatismos que pueden ocurrir al tomar la temperatura y equivocar la vía o las lesiones de la mucosa vulvar o del himen como consecuencia de la manipulación digital.

En las siguientes edades, tenemos los procesos inflamatorios/infecciosos (vulvovaginitis por Shigella, Salmonella, Streptococcus pyogenes o Staphylococcus aureus; cuerpos extraños, oxiuriasis) y los traumatismos como principales situaciones asociadas con genitorragia. No obstante, siempre debemos tener presente la posibilidad del origen tumoral del sangrado, sobre todo ante la ausencia de lesión vulvar identificable, por el mal pronóstico que conlleva el rabdomiosarcoma botroide, principal tumor maligno del tracto genital femenino en la edad pediátrica.

De manera que, probablemente, es el pediatra quien inicialmente puede ser consultado ante la presencia de genitorragia, por lo tanto, debe estar preparado para orientar la situación y decidir la referencia oportuna al ginecólogo infantil.

Evaluación del paciente pediátrico con trombocitopenia persistente

Dra. Marisol Costa

Pediatra Hematólogo

Servicio de Hematología y Unidad de trasplante de médula ósea Pediátrico

Hospital Dr. Enrique Tejera Valencia.

Definición de trombocitopenia: Contaje de plaquetas igual o inferior a 100.000/mm³ (VN 140.000-450.000/mm³).(1)

La causa más común de trombocitopenia aguda son las infecciones, principalmente virales. Sin embargo, la persistencia de trombocitopenia más allá del tiempo habitual o esperado obliga a investigar otras causas menos frecuentes, aisladas o asociadas a la patología inicial.(2)

Manifestaciones clínicas y correlación con contaje de plaquetas:

- 1) Contaje de plaquetas entre 50.000 a 100.000/mm³: generalmente asintomática
- 2) Contaje de plaquetas entre 30.000 a 50.000/mm³: equimosis o sangrado fácil con traumas leves
- 3) Contaje de plaquetas <30.000/mm³: Petequias y/o equimosis espontáneas, riesgo sangrado espontáneo.

Mecanismos fisiopatológicos de trombocitopenia:

- 1) Alteración de producción plaquetaria por daño directo a los megacariocitos (Ej. Virus, enf. autoinmunes, infiltración neoplásica).
- 2) Destrucción de plaquetas circulantes: inmunológico (autoinmune, aloinmune, drogas, virus), microangiopatía, hipoxia y acidosis.
- 3) Redistribución del pool plaquetario circulante (secuestro esplénico y/o hepático,).

Clasificación etiopatológica de las Trombocitopenias:

*Según origen:

- a. Central: alteración cuantitativa y/o cualitativa de producción plaquetaria a nivel de médula ósea debida a infiltración medular neoplásica o fallo en producción medular afectando línea hematopoyética megacariocítica sola o combinada.
- b. Periférica: destrucción o redistribución de las plaquetas circulantes en sangre periférica.

*Infecciones:

- Virales: Dengue, EBV, CMV, Hepatitis A-B-C, HIV, Herpes virus, influenza.
- Bacterianas: Salmonelosis, brucelosis, sépsis, endocarditis.
- Micosis sistémicas.
- Parasitarias: leishmaniasis, toxoplasmosis.

*Enfermedades o trastornos Inmunológicos:

- Trombocitopenia Autoinmune: Púrpura trombocitopenica inmune (PTI), LES y otras colagenopatías.
- Trombocitopenia Aloinmune: Neonatal, post-transfusión de plaquetas.
- Trombocitopenias inmunes misceláneas: Drogas, infecciones, neoplasias.

*Aumento de destrucción intravascular:

- CID, SHU, PTT, Hipoxia
- Prótesis valvulares, Catéteres o bypass cardiopulmonar
- Cardiopatías congénitas o adquiridas.
- Síndrome de Kasabach Merritt

*Hiperesplenismo:

- Anemia Drepanocítica
- Cirrosis hepática con esplenomegalia
- Mielofibrosis
- Enfermedades de depósito (Enf. Gaucher, Niemann-Pick, Histiocitosis)

*Enfermedades hematológicas:

- Infiltración medular neoplásica (Leucemias, linfomas, otras neoplasias)
- Aplasia medular
- Síndrome mielodisplásico hipoplásico o hiperplásico.
- Anemia megaloblástica
- Mielofibrosis congénita o adquirida
- Osteopetrosis
- Púrpura amegacariocítica.
- Síndrome hemofagocítico.
- Síndrome TAR (Trombocitopenia con ausencia de radio)
- Síndrome de Wiskott Aldrich (Trombocitopenia, inmunodeficiencia y rash cutáneo)
- Síndrome de Bernard Soulier (Plaquetas gigantes)
- Anomalia de May-Hegglin

*Drogas:

- Cefalosporinas, Ciprofloxacina, Fluconazol, Penicilinas (Ampicilina, Piperacilina), Rifampicina, Sulfas, Vancomicina, Anfotericina B, Ganciclovir, Linezolid.
- Acido Valproico, Diazepam, Difenilhidantoina, Carbamazepina, Levetiracetam.
- Pantoprazol, Ranitidina, Cimetidina.
- Allopurinol, Heparina.

*Neonatología:

Síndrome de asfixia perinatal, Hipertensión pulmonar persistente, Post-exanguinotransfusión, sépsis (bacterianas, virales o micóticas), drogas, Fototerapia.(3)

Orientación diagnóstica:

- Edad
- Sexo
- Antecedentes patológicos familiares
- Patologías de base: infección, hipoxia, cardiopatías, malformaciones vasculares, afectación renal, infeccio-

nes recurrentes, eczema.

- Examen físico: lesiones de piel (Eczema), hepato y/o esplenomegalia, adenopatías, hemangiomas, malformaciones congénitas.
- Drogas y/o tratamientos asociados (transfusiones, radio o quimioterapia)

Tratamiento:

- Manejo en equipo médico multidisciplinario (Pediatra, Hematólogo, Infectólogo, Intensivista, Inmunólogo, Cirujano, Nefrólogo, Cardiólogo, Genetista).
- Tratar la enfermedad o patología de base.
- Transfusión de plaquetas
- Inmunosupresores
- Esplenectomía
- Suspender drogas o tóxicos sospechosos
- Plasmaferesis (PTT, SHU)

Bibliografía:

- 1.- Marcia L, Buck. Drug-induced thrombocytopenia: pediatric cases from the medical literature. *Pediatr Pharm.*2010;16(11).
- 2.- Wazny LD, Ariano RE. Evaluation and management of drug-induced thrombocytopenia in the acutely ill patient. *Pharmacotherapy.* 2000 Mar;20(3):292-307.
- 3.- Nathan,D. and Oski, F. (1998).*Hematology of Infancy and Childhood.*Philadelphia:Saunders.

¿Se pueden utilizar anticonceptivos orales durante la adolescencia temprana?

Dr. José Eduardo Landaeta Echarry.

Ginecólogo Infanto Juvenil.- Instituto Docente de Urología, Universidad de Carabobo- Valencia.

Introducción.

Para nadie hoy día es un secreto que las y los adolescentes, representan un grupo de altísimo riesgo reproductivo, principalmente por ser una etapa de la vida en donde cada vez de manera más temprana se presentan cambios biológicos relacionados con el proceso de maduración sexual (pubertad), con la adquisición de la capacidad reproductiva asociado al inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales generalmente no planificadas y sin protección; esto, aunado a la poca percepción al asumir riesgos traerá como consecuencia en estas jóvenes un incremento en el riesgo de embarazarse. (1,2)

Definición de adolescencia temprana.

Se define este como el período de la adolescencia que se extiende desde los 10 a los 13 años de edad y que suele presentar por las siguientes características tanto biológicas como psicológicas. (3).

Características biológicas.

- Aparición de caracteres sexuales secundarios.
 - Aparición de la menarca.
 - Posibilidad de reproducirse al adquirir capacidad de ovulación.
 - Modificación y moldeamiento de la grasa corporal.
 - Crecimiento en talla, pico de masa ósea.
 - Inicio de actividad sexual. (Prácticas masturbatorias).
- Características Psicológicas.
- Caída del modelo idealizado parental.
 - Surgimiento y consolidación en relación de pares (mediador).
 - Nuevas emociones como descarga pulsional.
 - Inicio del pensamiento abstracto.

Requisitos para el uso de anticonceptivos orales durante la adolescencia:

- a) Aceptabilidad.
- b) Practicabilidad
- c) Disponibilidad.
- d) Privacidad.
- e) Eficacia.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL.

Tomando en consideración el balance necesario riesgo / beneficio, el anticonceptivo oral hormonal (ACOH) es el que ofrece mayor seguridad anticonceptiva y menores efectos indeseados a corto y mediano plazo; al no excluir la posibilidad de contagio de ITS con su uso; se recomienda emplear en adolescentes el concepto de doble anticoncepción, es decir asociar al ACOH un método de barrera como por ejemplo el condón. (4,5)

ANTICONCEPCIÓN: MÉTODOS RECOMENDADOS

(*) Tabla N° 1.

Método	Hormonales	DIU	De Barrera	Químicos	MELA	Naturales
Recomendado	SI	SI	SI	NO	NO	NO
Eficacia	99%	99%	96%	85%	98%(+)	65%

(*) Consenso Sociedad Española de Pediatría y atención Primaria.

(+) Cumpliendo requisitos..

De acuerdo a la percepción del uso de ACOH en las adolescentes estos pueden ser:

- a) Recomendables: ACOH y preservativos.
- b) Aceptables: Inyectables combinados (régimen mensual).
- c) Poco aceptables: implantes, DIU.
- d) Inaceptables: espermicidas, diafragmas. Inyectables de depósito.
- e) De emergencia: Píldora postcoital.

VENTAJAS QUE DEBE OFRECER DEL USO DE ACOH EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA.

- Debe ofrecer alta eficacia anticonceptiva. (relacionada con uso correcto)

- Deben ofrecer adecuado control y regularización del ciclo menstrual en la postmenarquia. (por lo general abundantes en estas edades).
- Debe reducir significativamente la dismenorrea.
- Debe prevenir o disminuir la anemia por déficit de hierro.
- No debe ofrecer períodos de descanso favoreciendo el cumplimiento y el olvido entre las tomas. (toma continua.- régimen de 28
- Pocos efectos adversos dependientes de los componentes de la formulación combinada (estrógenos / progestágenos).
- Al interrumpirse debe restablecer la fertilidad femenina.
- Debe respetar el pico de masa ósea o conservar la masa ósea.

EL PEDIATRA COMO CONSEJERO EN ANTICONCEPCIÓN.

Es imprescindible que el proveedor o consejero esté capacitado en todos aquellos aspectos relacionados con anticoncepción en los y las adolescentes bajo el marco de la atención primaria en salud y con un criterio holístico que permitirá la caída de ciertos paradigmas sociales con respecto a la atención hoy día de las adolescentes. Me permito finalmente citar un trabajo publicado en el Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology 21(3):129-134 Jun, 2008. Titulado: (6)

Anticoncepción de Emergencia: Los Residentes de Pediatría,

¿Asesoran a las Adolescentes sobre su Uso y la Prescriben?

Obteniéndose como resultado que aproximadamente la mitad de los residentes no brindó asesoramiento sobre las píldoras anticonceptivas de emergencia a las adolescentes en las consultas sobre anticoncepción perdiéndose muchas oportunidades para evitar embarazos no deseados.

Esto permite concluir, la necesidad en la capacitación del médico pediatra como médico de atención primaria en lo relacionado a salud sexual y reproductiva; lo que permitirá una asesoría o consejería anticonceptiva y de otros aspectos afines, en los profesionales relacionados con la salud de nuestras adolescentes.

Referencias bibliográficas.

- 1.- José E Landaeta E. Enfermedades ginecológicas en las adolescentes de hoy, necesidad de una atención especializada. Editorial. Revista SALUS. Online. 2012; 15 (2): 10-11.
- 2.- Friedman HL. Reproductive health in adolescence. World Health Stat Q. 1994; 47(1):31-5.
- 3.- Tolaymat LL, Kaunitz AM. Long-acting contraceptives in adolescents. Curr Opin Obstet Gynecol. 2007 Oct;19(5):453-60.
- 4.- Pérez García I; Pérez EF. Métodos de anticoncepción en adolescentes. Rev. Ped. Atenc Primaria. 2005; 7 (1): 81-87.
- 5.- Hopkins K, Grossman D, White K, Amastae J, Potter JE. Reproductive health preventive screening among clinic vs. Over-the-counter oral contraceptive users. Contraception. 2012

Apr 19. [Epub ahead of prin.

- 6.- Pérez Canto, JE; Rodríguez Valverde KJC. Anticoncepción de Emergencia: Los Residentes de Pediatría ¿Asesoran a las Adolescentes sobre su Uso y la Prescriben?. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology 21(3):129-134 2008. Titulado: (8).

Bronquiolitis, mal de pequeños que afecta en grande.

Doctor Jesús Eduardo Meza B

Pediatra Neumólogo. Prof. Titular FCS UC

Virus Sincicial Respiratorio (VSR), es el patógeno más común en los lactantes y niños de corta edad, causando en los primeros, cuadros de Bronquiolitis y Neumonías (1), actualmente se conoce que el Meta Pneumo Virus (MPV) y el Human Rino Virus (HRV) pueden igualmente ser los responsables por cuadros severos de infecciones respiratorias en la infancia; sin embargo múltiples estudios establecen que a la edad de tres años, todos los niños a nivel mundial, han padecido al menos tres infecciones respiratorias por el VSR. Se ha tratado de explicar cuál es el mecanismo Fisiopatológico que ocurre ante la infección por este virus en las vías aéreas del niño, y, no se ha logrado una explicación única al respecto. Se han implicado a las diferentes proteínas que elabora el virus dentro de las células del epitelio del tracto respiratorio, y cada vez es mayor el número de alteraciones encontradas, producto del efecto de esas proteínas sobre el epitelio del tracto respiratorio, donde se desencadenará una “Tormenta de Citoquinas” como menciona Walter Holzman, al investigar sobre las consecuencias de la infección por VSR en el Epitelio Bronquial del niño; en especial todas las citoquinas Pro inflamatorias: FNT α , IL1,2,4,5,10,13, Rantes, Macrófago Inflamatoria proteína 1-2 (MIP) además, altera los receptores celulares, perturba las vías de señalización, conduciendo a la apoptosis de las células epiteliales, trastorna igualmente la funcionalidad de los Linfocitos T y B, Macrófagos, Natural Killer o Células asesinas, (NK) Células dendríticas, conduciendo por diferentes mecanismos a la No producción de anti cuerpos neutralizantes del tipo IgG ni IgM, y por otra parte, a través de las Proteínas No estructurales (NS 1– NS 2) impiden la elaboración de Interferones α , β y γ al igual que los Delta interferones, imposibilitando al ser humano para elaborar una respuesta inmunológica adecuada desde el punto de vista de Inmunidad mediada por células. Hace pocos años, se pensó que el VSR pudiese ser utilizado como vector en el trasplante de genes, para la curación de algunas enfermedades tipo Fibrosis Quística del páncreas, porque se desconocía que pudiera, en casos de infecciones graves, invadir otros tejidos u órganos diferentes al pulmonar. A finales del 2011, Farina Rezae, publica en Am.J. Resp. Cell Mol. Biol un muy interesante artículo Titulado: Respiratory Syncytial Virus Infection in Human Bone Marrow Stromal Cells, donde de-

muestran, que las células del estroma de la médula ósea, es invadida, en recién nacidos y lactantes con Infecciones severas, por este virus, al igual que Hígado y Corazón, con el agravante de que el Virus se ubica en nichos dentro del estroma de la médula ósea, ocasionando alteraciones o cambios estructurales y funcionales en la población celular, y estas modificaciones realizadas por ese patógeno, pueden conducir a una inadecuada función Hematopoyética.

Luego del fracaso de la vacuna inactivada contra el VSR en 1966, donde se ocasionó lesiones severas pulmonares a varios niños que la recibieron, en los últimos años, se investiga en múltiples áreas relacionadas con el virus, tratando de elaborar una verdadera vacuna que permita por parte del niño que la reciba, desarrollar respuestas Inmunológicas capaces de impedir la Infección por VSR, la cual hoy sabemos, que si bien se ha estudiado como una afección de niños, en muchos países se tiene como una causa de morbimortalidad en adultos mayores

BIBLIOGRAFÍA

- Respiratory Syncytial Virus Infection Reduces β 2-Adrenergic Responses in Human Airway Smooth Muscle Am. J. Respir. Cell Mol. Biol. 2006; 35: 559-564
- A Mechanistic Advance in Understanding RSV Pathogenesis, but Still a Long Way from Therapy Am. J. Respir. Cell Mol. Biol. 2007; 37: 375-377.
- Potential Role of Soluble TRAIL in Epithelial Injury in Children with Severe RSV Infection Am. J. Respir. Cell Mol. Biol. 2010; 42: 697-705.
- Respiratory Syncytial Virus Induces Oxidative Stress by Modulating Antioxidant Enzymes Am. J. Respir. Cell Mol. Biol. 2009; 41: 348-357
- Intrinsic Phenotypic Differences of Asthmatic Epithelium and Its Inflammatory Responses to Respiratory Syncytial Virus and Air Pollution Am. J. Respir. Cell Mol. Biol. 2011; 45: 1090-1100
- Structural basis for immunization with postfusion respiratory syncytial virus fusion F glycoprotein (RSV F) to elicit high neutralizing antibody titers PNAS 2011 108 (23) 9619-
- Protective T cell immunity against respiratory syncytial virus is efficiently induced by recombinant BCG PNAS 2008 105 (52) 20822-20827;
- Pre-exposure to CpG protects against the delayed effects of neonatal RSV infection
- J. Virol. published ahead of print 18 July 2012



Consumo de alcohol y otras drogas.

Dra. Darda Ramírez Rangel.

La etapa adolescencia-juventud requiere una serie de condiciones para que sea posible resolver los proyectos que faciliten su paso a la adultez. Estos requerimientos no solo deben dar respuesta al crecimiento biológico, psicológico y social, sino también crear ámbitos adecuados para el desarrollo de los adolescentes.

El ámbito donde crecen los adolescentes de

Latinoamérica no es el adecuado. La coyuntura histórica social y la conducción desacertada de los dirigentes políticos no permiten la existencia de una ecología apropiada para el desarrollo en salud, ya que desde hace muchos años, las sociedades latinoamericanas ven postergado su crecimiento; además, la inestabilidad política, la falta de continuidad de los gobiernos y de actualización del sistema educativo a los avances de la ciencia y de la técnica, crean condiciones desfavorables, donde la frustración y marginación educativa (laboral), crean las condiciones necesarias para la aparición de conductas marginales (farmacodependencia, violencia, delincuencia) en las poblaciones juveniles.

Nuestro país no escapa a esta dura realidad, aunado a esto la dinámica familiar ha cambiado radicalmente, por el deterioro del poder adquisitivo del venezolano ambos padres trabajan, la atención necesaria a sus hijos e hijas no es la más indicada, y muchas veces crecen sin la supervisión adecuada, trayendo como consecuencias repercusiones en el rendimiento escolar, en la conducta. En la práctica diaria se evidencia que un alto porcentaje de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes entre 10 y 19 años se encuentran en riesgo familiar, en la mayoría de los casos el núcleo donde se desarrollan es disfuncional, ya sea porque los padres y las madres no les prestan la atención necesaria a sus hijos e hijas, tengan problemas económicos, exista separación conyugal o alguno de ellos tenga antecedentes de adicción.

Además se debe añadir que el modelo educativo, se estancó, no supo montarse en el autobús de internet, de la interactividad, y el estancamiento trae consecuencias, la deserción escolar, nuestros niños niñas y adolescentes no están motivados por el aula tradicional y sienten más interés por el cibercafé y la navegación en internet, se dice que un reducido 30% de los niños navegadores lo hacen para investigar y/o estudiar.

Según datos que maneja la Fundación Pro defensa del Derecho a la Educación en Venezuela, entre millón y medio hasta casi dos millones de estudiantes desertan de las escuelas cada año. Representando al menos 21% de los siete millones 400 mil niños, niñas, adolescentes y jóvenes matriculados en las cifras del Ministerio de Educación. De esos que abandonan las aulas, 18% escoge el camino de la delincuencia y el otro 82 % se convierte en niños, niñas y adolescentes que se insertan en el campo laboral, se inician sexualmente y se embarazan precozmente.

Todas estas niñas, niños y adolescentes se transforman en población de alto riesgo, conociendo a profundidad la forma como se generan estas poblaciones, permite comprender porque la oferta de drogas en Latinoamérica cuenta con poblaciones de ser factibles de ser contaminadas. Si a esto se le suman los modelos consumistas que transmiten los medios de comunicación, la falta de futuro y el poco entrenamiento para tolerar la frustración, se tendrán las condiciones para que aparezcan y se desarrollen la patología de la drogodependencia.

Es necesario tomar conciencia de que el problema de drogas (lícitas e ilícitas) es un problema serio y en crecimiento,

pues incluso sociedades tan desarrolladas como las de América del Norte y Europa están inmersas en esta realidad. Es difícil medir la población involucrada en la utilización de Drogas.

Venezuela se encuentra en el primer lugar de Latinoamérica con mayor consumo de alcohol per cápita: entre 60 y 70 litros por año. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los niños y niñas están comenzando a ingerir bebidas alcohólicas desde los 10 años, mientras antes la edad de inicio se balanceaba entre 14 y 17 años.

En Venezuela, las estadísticas actuales son alarmantes. En el último informe presentado por la Oficina Nacional Antidroga (ONA), las bebidas alcohólicas ocupan el primer lugar entre las drogas de inicio de mayor consumo en el país, con un 45,99%. Desde los 11 o 12 años de edad, se rompe la brecha entre el cuento que parece ficción y lo que sucede en los baños, en el patio, en las gradas de la cancha deportiva o en los matines. Esta es la edad en la que muchos adolescentes consumen drogas por primera vez en Venezuela. Las sustancias trampolines siguen siendo el cigarrillo, el alcohol (consideradas drogas, pero legales) y la marihuana. No se trata solo de un inicio temprano, sino del aumento de la frecuencia y de las dosis, de las mezclas, del salto cada vez más corto de una droga a otra.

Ha evolucionado tanto este mercado en los últimos años, que el país se incorpora a la tendencia mundial. Las drogas de diseño alertan expertos, están penetrando en el público joven. El uso de nuevos estupefacientes ha crecido dramática y silenciosamente entre las y los adolescentes venezolanos, quienes no solo han comenzado a utilizar una supermarihuana cinco veces más potente que la tradicional, sino a ingerir de forma simultánea distintas sustancias, lo que dificulta su tratamiento, alertan especialistas en la materia. La supermarihuana es más pequeña, pero tiene mayor número de hojas y más concentración de 8 y 9 tetrahidrocannabinol, que es el componente psicoactivo más importante que tiene la marihuana, al cual se le atribuye la mayor parte de los efectos que produce la sustancia.

También se evidencia en los jóvenes el consumo de drogas de diseño como el Éxtasis, la pastilla Tiburón, y chimó en los liceos, mientras que las muchachas están recurriendo a la alcohorexia, desorden alimentario combinado con el alcohol para bajar de peso.

En un problema tan complejo como el descrito, el personal sanitario en general y el Pediatra en particular serán unos engranajes más en el entramado de acciones y actuaciones para tratar de paliarlo. Pero la función de este último puede ser determinante al estar en una situación privilegiada, dada su relación con la familia y el niño desde el nacimiento, para hacer prevención primaria individual a lo largo de la infancia y comienzo de la adolescencia. Pero quizás la actividad más importante que pueda desarrollar sea como impulsor en familias y maestros, de actitudes preventivas y además, como

motivador en la sociedad, denunciando y dando señales de alerta ante el preocupante consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en edades tan tempranas de la vida, con el fin último de que los adolescentes lleguen a la juventud con hábitos de vida saludables.

Bibliografía.

1. Dulanto Gutiérrez. El Adolescente. Asociación Mexicana de Pediatría, A.C. 1era Ed. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 2000, p. 1260-1264.
2. Castells, P, Silber, T. Guía práctica de la salud y psicología del adolescente. Editorial Planeta. 1998, p. 271-289.
3. Castellano Barca, G, Hidalgo Vicario, M, Redondo R, A. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. Ed. Ergon 2004, p. 194-206.
4. <http://www.ona.gob.ve/Boletin/Boletin7/Boletin.php>
5. <http://www.consumoddrogas.net/masbuscados/adolescentes-drogas.php>
6. http://www.eluniversal.com/2010/11/17/ten_art_cerebros-jovenes-son_2108053.shtml
7. <http://neurons.wordpress.com/2008/05/12/learning-the-brain-%E2%80%93frances-jensen-second-part/>