# ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA



Órgano oficial de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría

Volumen 89
Suplemento 1, Noviembre 2026

## RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES, CONFERENCIAS MAGISTRALES Y CONFERENCIAS EN SIMPOSIOS

LXXII CONGRESO VENEZOLANO
DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA
**"DRA. LADDY CASANOVA DE ESCALONA"**
VALENCIA, ESTADO CARABOBO
9 AL 13 DE NOVIEMBRE DE 2026

Revista arbitrada e indizada en LATINDEX y LILACS

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

ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

## CONTENIDO

Vol. 89, suplemento 1 Noviembre 2026

# LXXII CONGRESO VENEZOLANO DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA
# "DRA. LADDY CASANOVA DE ESCALONA"

VALENCIA, ESTADO CARABOBO
9 AL 13 DE NOVIEMBRE DE 2026

### RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES PRESENTACIÓN ORAL

T19 ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS EN COMUNIDADES RURALES DE VENEZUELA. FUNDACIÓN PROYECTO MAYÚ ....2

CC2. SÍNDROME COLINÉRGICO POR INTOXICACIÓN CON MALATIÓN EN PEDIATRÍA: RETOS DIAGNÓSTICOS ANTE ANAMNESIS INEXACTA ....2

CC3. CITOPENIAS AUTOINMUNES COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO MASCULINO ....2

T4. RIESGO NUTRICIONAL Y FUERZA DE AGARRE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ONCOLÓGICOS SEGÚN LAS HERRAMIENTAS SCAN Y STRONGKIDS ....3

CC9. SEGA NO ASOCIADO A ESCLEROSIS TUBEROSA: UN DESAFÍO CLÍNICO FRENTE AL PARADIGMA GENÉTICO CONVENCIONAL ....3

CC10. DEL DOLOR ÓSEO INESPECÍFICO A HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS: A PROPÓSITO DE UN CASO .... 3

T26. AFECTACIÓN RENAL DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIÓN POR VIRUS DENGUE ....4

CC24. DE LA URGENCIA QUIRÚRGICA AL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: ENFERMEDAD DE CROHN COMO OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN LA ADOLESCENCIA .... 4

T27. IMPACTO DE NIVELES DE PLOMO SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA .... 4

T29. CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA Y EVOLUCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ....5

T31. INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE BRONQUIOLITIS EN LACTANTES ....5

T33. PRODUCCIÓN DE LECHE HUMANA POSTERIOR A LA INGESTA DE UN SUPLEMENTO CON GALACTOGOGOS NATURALES ....6

T34. REPERCUSIÓN DE LA LESIÓN RENAL AGUDA SOBRE LA EVOLUCIÓN DE RECIÉN NACIDOS CON SEPSIS ....6

T35. UTILIDAD DE SALUD DIGITAL MÓVIL COMO APOYO A LA DECISIÓN DE HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS CON INFECCIÓN URINARIA EN LA EMERGENCIA PEDIÁTRICA HOSPITALARIA ....6

# CONTENIDO


CC36. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO TIPO 2 ¿UNA COMPLICACION FRECUENTE DEL SINDROME NEFROTICO? A PROPOSITO DE UN CASO .....7

CC37. NEFROPATÍA POR IGA Y SU PRESENTACION CLINICA EN LA EDAD PEDIATRICA: A PROPOSITO DE UN CASO .....7

T40. INFLUENCIA DE FACTORES AMBIENTALES Y GENÉTICOS EN LA INCIDENCIA DE UROLITIASIS EN PACIENTES DE LA CONSULTA DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA ..... 7

CC41. SÍNDROME NEFRÓTICO IDIOPÁTICO ATÍPICO CORTICO RESISTENTE, EN PACIENTE SIN PRESENCIA DE EDEMA. UN CASO CLÍNICO ..... 8

CC42. DEFICIENCIA DE BIOTINIDASA COMO SIMULADOR DE ALERGIA ALIMENTARIA Y MALABSORCIÓN: EL IMPACTO CLÍNICO DE LA OMISIÓN DE TAMIZAJE NEONATAL ..... 8

CC43. MANIFESTACIÓN DIGESTIVA ATÍPICA DE UNA VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA LOCALIZADA: A PROPÓSITO DE UN CASO ..... 8

CC47. SÍNDROME DE KLINEFELTER Y SECUENCIA DE MOEBIUS: UNA COMBINACIÓN SINDRÓMICA INUSUAL ..... 9

C53. UN CASO RARO DE PERICARDITIS Y EMPIEMA PLEURAL SECUNDARIO A UN ABSCESO HEPÁTICO A PROPÓSITO DE UN CASO EN EL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO .....9

C54. MÁS ALLÁ DE LA HEMOPTISIS: EL RETO DIAGNÓSTICO DE LA HEMORRAGIA PULMONAR .....9

CC60. ENFERMEDAD DE GAUCHER TIPO 2/3 POR HETEROCIGOSIS COMPUESTA EN LACTANTE CON APRAXIA ÓCULO MOTORA: REPORTE DE UN CASO ..... 10

CC61. PENFIGOIDE AMPOLLOSO EN PEDIATRIA, A PROPÓSITO DE UN CASO EN PREESCOLAR DE 3 AÑOS ..... 10

CC66. HEMATIDROSIS PRIMARIA: FENÓMENO CLÍNICO INFRECUENTE, REPORTE DE CASO CLÍNICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO ..... 10

T68. CONDUCTA EN LA HIPERSENSIBILIDAD AL SUERO ANTIOFÍDICO EN LA EMERGENCIA PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO ..... 10

CC70. ESTABILIZACIÓN Y TRANSPORTE NEONATAL EN UNA COMUNIDAD INDÍGENA DE DIFÍCIL ACCESO: REPORTE DE UN CASO EN KAMARATA, ESTADO BOLÍVAR, VENEZUELA ..... 11

CC73. VENTRICULO IZQUIERDO DE DOBLE SALIDA: A PROPOSITO DE UN CASO ..... 11

T74. DE LA OMISIÓN DIAGNÓSTICA AL RESCATE TERAPÉUTICO: REVERSIÓN DE FALLA CARDIORRENAL SEVERA CON ARNI + iSGLT2 EN PEDIATRIA ..... 11

CC77. CONTROVERSIAS CLINICAS DEL TUMOR DE WILMS VS. NEUROBLASTOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO ..... 12

CC78. TORMENTA ELÉCTRICA REFRACTARIA Y SOSPECHA DE SÍNDROME DE MELAS: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN PEDIATRÍA ..... 12

T80. MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO: CALIDAD DE VIDA Y RESILIENCIA EN ENFERMEDADES RARAS ..... 12

T81. EL MAPA: HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA DE HTA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA RENAL EN UN SERVICIO DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA VENEZOLANO .....13

CC84. FETUS IN FETU EN COEXISTENCIA CON PIGOMELIA. UN CASO CLÍNICO EXCEPCIONAL .....13




# CONTENIDO


T86. SUCCIÓN NO NUTRITIVA COMO MANEJO DEL DOLOR EN LOS RECIÉN NACIDOS SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA .....13

C88. MANEJO INICIAL DEL GRAN QUEMADO PEDIÁTRICO. REPORTE DE UN CASO .....14

CC90. SEPSIS NEONATAL POR CITROBACTER FREUNDII ADQUIRIDA EN UN PACIENTE PREVIAMENTE SANO .....14

T91. HALLAZGOS FISIOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO: ESTUDIO OBSERVACIONAL .....14

CC94. TROMBOSIS ARTERIAL MASIVA SECUNDARIA A SARS-COV-2 EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON MIOCARDIOPATÍA RESTRICTIVA GENÉTICA: REPORTE DE UN CASO .....15

C101. DE LA SOSPECHA INFECCIOSA A LA CERTEZA INMUNOLÓGICA: ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL OLIGOARTICULAR SIMULANDO OSTEOMIELITIS CRÓNICA .....15

CC104. TRISOMÍA 13: LIMITES TERAPÉUTICOS Y CUIDADOS PALIATIVOS NEONATALES. UN ENFOQUE BIOÉTICO A PROPÓSITO DE UN CASO.....15

CC106. ENCEFALITIS DE RASMUSSEN CON EVOLUCIÓN A VARIANTE FULMINANTE EN UN ADOLESCENTE DE 11 AÑOS: REPORTE DE UN CASO. .....16

T115. ROMPECABEZAS DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y NEUROTIPICOS: ESTUDIO COMPARATIVO EN UNA CONSULTA GASTROENTEROLÓGICA.....16

T117. VIRUS EMERGENTES Y DESHIDRATACIÓN: MÁS ALLÁ DEL ROTAVIRUS EN LA GASTROENTERITIS PEDIÁTRICA HOSPITALARIA. .....16

CC122. CUANDO EL ESTRÉS ROMPE LA BARRERA DÉRMICA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE HEMATIDROSIS INFANTIL.....17


## RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES: PRESENTACIONES E-PÓSTER


T1. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESTETE PRECOZ EN LAS MADRES DE LACTANTES QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA .....19

CC1. ABSCESOS HEPÁTICOS PEDIÁTRICOS: REPORTE DE TRES CASOS Y ABORDAJE CLÍNICO .....19

CC5. DE LA FALLA QUIRÚRGICA A LA REHABILITACIÓN MEDIANTE SOPORTE NUTRICIONAL Y BIENESTAR EMOCIONAL .....19

CC8. INFECCIÓN CUTÁNEA POR MYCOBACTERIUM FORTUITUM EN PEDIATRÍA .....19

CC11. MAS ALLÁ DE LOS PATÓGENOS HABITUALES EN VENEZUELA: SEPSIS NEONATAL POR LISTERIA MONOCYTOGENES Y SU DESAFÍO DIAGNÓSTICO .....20

CC12. TUBERCULOSIS PERITONEAL EN PEDIATRÍA: CUANDO LA CLÍNICA SUPERA A LA BIOLOGÍA MOLECULAR ..... 20

CC14. PELIGRO EN MINIATURA DONDE EL TIEMPO ES TEJIDO. INGESTA DE PILA DE BOTÓN. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO .....20

T20. RINITIS ALÉRGICA, ASMA, DERMATITIS ATÓPICA Y SU IMPACTO EN EL SUEÑO EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA.TRÍADA ATÓPICA Y SUEÑO PEDIÁTRICO .....21

C22. VITILIGO NO SEGMENTARIO EN LA EDAD ESCOLAR: REPORTE DE UN CASO .....21

CC25. ANOREXIA NERVIOSA, MÁS ALLÁ DEL PESO. A PROPÓSITO DE UN CASO .....21

## CONTENIDO


T30. INFLUENCIA DEL USO DE PANTALLAS SOBRE EL DESARROLLO DEL LENGUAJE EN NIÑOS ENTRE 12 Y 59 MESES ....21

CC39. EPIGLOTITIS PEDIÁTRICA ATÍPICA POR INFLUENZA A EN LA ERA POSTVACUNAL ....22

T44. FACTORES DE SEGUIMIENTO NEONATAL A LOS 10 DÍAS POST-EGRESO DEL SERVICIO DE MATERNIDAD ....22

CC46. INFILTRACIÓN ORBITAL COMO MANIFESTACIÓN EXTRAMEDULAR DE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA DE CÉLULAS B MADURAS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO ....22

CC49. CUANDO EL DENGUE OCULTA UN SÍNDROME POST-COVID-19, UN CASO CLÍNICO ....23

T55. CONOCIMIENTO, CREENCIAS Y BARRERAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN EN MADRES ENCUESTADAS EN EL AMBULATORIO SAN DIEGO. CARABOBO, AÑO 2025 ....23

T56. TEST M-CHAT PARA DETECCIÓN DE AUTISMO EN PACIENTES DE 18 A 36 MESES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA....23}

T57. USO DE DISPOSITIVO ELECTRÓNICO EN LA CALIDAD DE SUEÑO EN ADOLESCENTES DE UNA UNIDAD EDUCATIVA EN VALENCIA, VENEZUELA ....24

CC58. TUBERCULOSIS PULMONAR CAVITARIA PRIMARIA. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO ....24

CC59. PANSINUSOPATÍA COMPLICADA CON CELULITIS PRESEPTAL Y MENINGITIS BACTERIANA: CASO PEDIÁTRICO CON COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS MEDIATAS ....24

CC62. AGANGLIONOSIS COLÓNICA TOTAL COMO VARIANTE SEVERA DE LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG, RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO ....25

CC63. DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN UN LACTANTE CON ANEMIA GRAVE: HEMORRAGIA DIGESTIVA POR *ANCYLOSTOMIDEO* Y COINFECCIÓN POR *PLASMODIUM VIVAX* ....25

CC64. QUERION DE CELSO SIMULANDO INFECCIÓN POSTRAUMÁTICA EN REGIÓN PARIETOTEMPORAL: IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA MICOLÓGICA ANTE EL FRACASO DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ....25

CC67. MÁS ALLÁ DEL ERITEMA: ERISIPELA FLICTENULAR GRAVE EN LA ADOLESCENCIA ....25

CC71. HIPERTROFIA ADENOTONSILAR SEVERA COMO CAUSA REVERSIBLE DE DISFAGIA EN ENCEFALOPATÍA CRÓNICA PEDIÁTRICA: REPORTE DE UN CASO ....26

CC72. INMUNODEFICIENCIA COMBINADA EXPRESADA EN EPIDERMIOLISIS BULLOSA CONGENITA: DESAFIOS DIAGNOSTICOS EN EL PERIODO NEONATAL A PROPÓSITO DE UN CASO ....26

CC82. PANCREATITIS AGUDA POSTRAUMÁTICA COMPLICADA CON PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO.PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO ....26

T85. FALLA EN EL USO DE CPAP NASAL EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA....27

CC89. INSUFICIENCIA AÓRTICA SECUNDARIA A ENDOCARDITIS POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*. REPORTE DE UN CASO ....27

T93. UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS ÍNDICES HOMA-IR Y QUICKI EN LA DETECCIÓN DE RESISTENCIA A LA INSULINA EN ADOLESCENTES DEPORTISTAS ....27




## CONTENIDO


T95. VALORES ANTROPOMÉTRICOS Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE LA COMUNIDAD INDÍGENA PEMÓN KAMARAKOTO. CANAIMA, VENEZUELA ....28

T98. PERCEPCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE EL TRIAJE PEDIÁTRICO: HOSPITAL DR. PABLO ACOSTA ORTIZ, 2023-2025....28

CC99. SÍNDROME DE MAURIAC: UN GRAN DESAFÍO. REPORTE DE UN CASO ....28

T100. RELACIÓN ENTRE HÁBITOS DE LECTURA, USO DE PANTALLAS Y SUEÑO INFANTIL EN LA CONSULTA PEDIÁTRICA ....29

CC103. MÁS ALLÁ DE LA HIPERPLASIA: TIMOLIPOMA, LA JOYA OCULTA EN EL MEDIASTINO PEDIÁTRICO....29

CC107. INTOXICACIÓN PEDIÁTRICA POR PARA-FENILENDIAMINA: MANEJO EXITOSO DE FALLA MULTIORGÁNICA: A PROPOSITO DE UN CASO ESCOLAR DE 7 AÑOS....29

CC109. MÁS ALLÁ DE LA FIEBRE, COMPRENDIENDO LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI: REPORTE DE UN CASO ....30

T113. NIVEL DE CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE LOS ESQUEMAS DE NUTRICIÓN INFANTIL Y SU RELACIÓN CON EL PERÍMETRO BRAQUIAL COMO INDICADOR DE DESNUTRICIÓN ....30

CC116. ENTRE UNA PRESENTACIÓN INESPECÍFICA Y UN DESENLACE LETAL: MUCORMICOSIS NEONATAL ....30

T119. ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO EN NIÑOS DE 2 A 10 AÑOS EN UNA COMUNIDAD INDÍGENA DESPLAZADA RESIDENTES DEL MUNICIPIO VALENCIA ....31

CC121. ENFERMEDAD DE BEHCET EN PEDIATRÍA: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO ....31

T123. RELACIÓN DE IGA EN LECHE DE MADRES DE LACTANTES CON INFECCIONES RESPIRATORIAS Y GASTROINTESTINALES ....31

CC124. TÉTANOS GENERALIZADO GRAVE EN EL SIGLO XXI: UNA ALERTA SOBRE LA URGENCIA DE LA PREVENCIÓN VACUNAL ....32


### RESÚMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES

**LUNES 9**


HISTORIA DE LA PEDIATRÍA EN VALENCIA ....34

INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN PEDIATRÍA: DE LA INNOVACIÓN A LA PEDIATRÍA 5.0 ....35

ROL DEL PEDIATRA EN DESASTRES ....36

UTILIDAD CLÍNICA DE LA EVALUACIÓN DE CARBAPENEMASAS EN EL ANTIBIOGRAMA DE GRAMNEGATIVOS....37

CIRUGÍA PEDIATRICA EN EMERGENCIAS HUMANITARIAS: GESTIÓN DE DESASTRES....38


**MARTES 10**


NEURODESARROLLO Y SU RELACIÓN CON EL LAVADO NASAL....39

EL BINOMIO CRÍTICO: NUTRICIÓN Y CRECIMIENTO EN PATOLOGÍAS CRÓNICAS ....40

PREVENCIÓN DE CEGUERA EN EL PREMATURO ....41

**MIÉRCOLES 11**

LA BOCA DEL NIÑO: DE LA FUNCIÓN A LO SISTÉMICO....42

PUERICULTURA DE LA TRADICIÓN A LA PRECISIÓN ....43

IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO CON RIESGO DE NEUROTOXICIDAD POR HALOGENADOS: CLAVES PARA LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA....44

ENFERMEDAD DE KAWASAKI: ESTADO DEL ARTE....45

¿COMO EL ADN ESTÁ CAMBIANDO EL ABORDAJE DEL SÍNDROME NEFRÓTICO? ....46

**JUEVES 12**

CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN EL SIGLO XXI: DEL FINAL DEVIDA A UN MODELO INTEGRAL DESDE EL DIAGNÓSTICO ....47

AMBIENTES SEGUROS DE APRENDIZAJE: IMPACTO EN LA FORMACIÓN DEL ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA ....48

ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS Y RIESGO CARDIOMETABÓLICO....49

EL PEDIATRA: CIENCIA PURA, AMOR ABSOLUTO ....50

PROTECCIÓN DEL BINOMIO MEDIANTE LA GESTIÓN DE CALIDAD EN CONTEXTOS DE MORBILIDAD MATERNA GRAVE ....51

**VIERNES 13**

CONSEJOS DEL MIAMI CHILDREN'S HOSPITAL: NICKLAUS CHILDREN'S 2026: ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA ....52

MEDICINA P4/P6: DE LA REACCIÓN A LA PROACCIÓN EN EL CUIDADO DE LA SALUD ....53

EFECTO DEL USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA EN EL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL ADOLESCENTE ....54

VÉRTIGO EN PEDIATRÍA, DEL SÍNTOMA AL DIAGNÓSTICO DE PRECISIÓN....55

HISTORIA DE LA PEDIATRÍA EN VENEZUELA....56

## RESÚMENES DE SIMPOSIOS

**LUNES 9**

ABORDAJE INTEGRAL DE LAS HERIDAS EN PEDIATRIA: MÁS ALLÁ DE LA CURA SIMPLE....58

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ÁSCARIS LUMBRICOIDES. UN DESAFÍO VIGENTE EN LA VENEZUELA DEL SIGLO XXI ....59

NEFROPROTECCIÓN DESDE LA CUNA: PROGRAMACIÓN RENAL EN LOS PRIMEROS 1000 DÍAS DE VIDA Y SU IMPACTO EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA....60

ACTUALIZACIÓN EN ITU Y REFLUJO: ¿QUÉ DICEN LAS GUÍAS MÁS RECIENTES? ....61





MANEJO PRACTICO DE LA INFECCION URINARIA RECURRENTE: ¿ADIOS A LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA PROLONGADA?....62

ACTUALIZACIÓN EN ITU Y CAKUT. ¿CUÁNDO LA OBSERVACIÓN SUPERA LA OBSERVACIÓN QUIRÚRGICA Y FARMACOLÓGICA? ....63

CUANDO REFERIR AL URÓLOGO PEDIATRA ....64

PATOLOGÍA GENITAL MASCULINA: FIMOSIS, HIPOSPADIAS Y CRIPTORQUIDIA, LO QUE EL PEDIATRA DEBE SABER ....65

DERMATITIS ATÓPICA Y ERRORES INNATOS DE LA INMUNIDAD....66

APRENDIENDO A LEER LA PIEL ....67

TRASTORNO DEL DESARROLLO SEXUAL. ABORDAJE POR EL PEDIATRA ....68

RESILENCIA Y MATERNIDAD TEMPRANA: EL APOYO DEL PEDIATRA EN EL PROYECTO DE VIDA ....69

PREVENCION DEL VPH. IMPACTO DE LA VACUNACION....70

**MARTES 10**

¿CUÁNDO Y POR QUÉ EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR DESPUÉS DE UN PROCESO VIRAL?.... 71

INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y EDUCACIÓN MÉDICA: TRANSFORMANDO EL PARADIGMA DE FORMACIÓN CLÍNICA .... 72

UTILIDAD DEL REGISTRO ELECTRÓNICO EN MOMENTO DE DESASTRE .... 73

PLAN DIGITAL FAMILIAR: LO QUE TODA FAMILIA DEBE SABER Y EL PEDIATRA LIDERAR.... 74

CAMBIAR EL DESTINO VISUAL: TERAPIAS ACTUALES EN RETINOPATÍA DEL PREMATURO.... 75

DESAFIOS VISUALES DEL PACIENTE ESCOLAR....76

"LOS SÍ Y LOS NO" EN EL ABORDAJE Y MANEJO DE LA SEPSIS NEONATAL....77

ALGORITMOS PREDICTIVOS PARA LA DETECCIÓN DE SEPSIS TEMPRANA ....78

¿CUÁNDO SOSPECHAR ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO EN UCIN? ....79

BANDERAS ROJAS EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA ¿CUÁNDO REFERIR AL ESPECIALISTA?....80

NO TODO LO QUE DUELE ES HELICOBACTER ....81

EL A-B-C-D-E DE LAS HEPATITIS....82

¿AFECTA LA ANALGESIA PARA EL TRABAJO DE PARTO AL RECIÉN NACIDO?....83

PRÁCTICAS POSITIVAS DURANTE EL PARTO QUE PROMUEVEN LA LACTANCIA ....84

TDAH: MÁS ALLÁ DE LA ETIQUETA, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL....85

ENCEFALITIS VERSUS ENCEFALOMIELITIS ....86

VIRUS, PARÁSITOS Y CEREBRO: ESTADO DEL ARTE....87

EL PACIENTE ATRAPADO CON SÍNDROME DE APLASTAMIENTO....88

LA VIDA SIGUE: REHABILITACIÓN-REINCORPORACIÓN POST TRAUMA....89

SODIO: EL ARTE DE CORREGIR SIN DAÑAR....90

TRASTORNOS DEL CALCIO, MAGNESIO Y FOSFORO: LOS GRANDES OLVIDADOS....91

OPTIMIZACIÓN DEL MEDIO INTERNO: DE LA FISIOLOGÍA A LA FLUIDOTERAPIA DE PRECISIÓN....92

SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAHOS) INFANTIL: UN ENFOQUE SISTÉMICO....93

RINOSINUSITIS Y EPISTAXIS AGUDA: MANEJO TERAPÉUTICO EN CONSULTA PEDIÁTRICA DESDE LA MIRADA OTORRINOLARINGOLÓGICA....94

ESTRATEGIAS DE CRIBADO AUDITIVO NEONATAL: LECCIONES APRENDIDAS Y PROYECCIONES PARA EL FUTURO....95

LA VIA AEREA BAJO ASEDIO: ACTUALIZACION INTEGRAL SOBRE REFLUJO FARINGOLARINGEO PEDIATRICO....96

CRÓNICAS DE UNA INFECCIÓN EVITABLE: TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH....97

DESCIFRANDO LAS TUBULOPATÍAS: CRITERIOS CLÍNICOS FUNDAMENTALES PARA EL DIAGNÓSTICO....98

LEUCOENCEFALITIS NO HEMORRÁGICA POST-INFECCIOSA....99

HIPEREOSINOFILIA PEDIÁTRICA, UMBRAL DIAGNÓSTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO....100

INMUNOTERAPIA ORAL EN ALERGIA ALIMENTARIA: MENOS, ES MÁS....101

**MIÉRCOLES 11**

EJE INTESTINO CEREBRO....102

EL EJE INTESTINO-RIÑÓN: UNA FRONTERA CRÍTICA EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA PEDIÁTRICA....103

LECCIONES APRENDIDAS DE BROTES RECIENTES: SARAMPIÓN, DIFTERIA, POLIO Y TOS FERINA....104

INMUNIZACIÓN EN EL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO: SUPERANDO EL MIED....105

INFECCIONES RESPIRATORIAS EN LOS ALBERGUES....106

EL FUTURO DE LA TERAPIA INHALADA: DE LOS INHALADORES CONVENCIONALES A LA MEDICINA PERSONALIZADA....107

TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO: ESCALONES Y EL CAMBIO DE PARADIGMA (GEMA VS. GINA)....108

FENOTIPOS DE ASMA: YA NO TODOS SON IGUALES. ¿CUÁNDO DEBO REFERIR PARA TERAPIA BIOLÓGICA?....109

HOSPITALES SEGUROS ANTE EVENTOS ADVERSOS....110

NUTRICIÓN EN DESASTRES....111

NEUROIMAGEN EN PEDIATRÍA....112



CONTENIDO

TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PEDIATRÍA: RETO DEL DIAGNÓSTICO NEUROLÓGICO....113

**JUEVES 12**

ARBOVIROSIS EN VENEZUELA....114

FIEBRE HEMORRÁGICA VENEZOLANA (FHV, CI10-A96)....115

VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA EN NIÑOS, EMBARAZADAS Y ADULTOS: ANÁLISIS DEL PROTOCOLO VENEZOLANO 2026....116

CLAVES PARA UNA COMUNICACIÓN EFECTIVAEN LA CONSULTA DE ADOLESCENTES: UN NUEVO PARADIGMA CLÍNICO....117

S.O.S. ADOLESCENTE EN LA CONSULTA DEL PEDIATRA....118

SIN GLUTEN ¿ES LA SOLUCIÓN?....119

ENFOQUE DEL NIÑO CON SANGRADO: ES UNA EMERGENCIA....120

EL ABC DE LAS NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS EN PEDIATRÍA....121

ADENOPATÍAS EN PEDIATRÍA: ¿INFECCIOSAS O MALIGNAS?....122

SALUD MENTAL PEDIÁTRICA POSTSISMOS: SEÑALES DE ALARMA, ORIENTACIÓN Y DERIVACIÓN OPORTUNA....123

RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES: SEÑALES DE ALERTA Y ROL DE LA FAMILIA....124

INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL INFANTIL....125

URGENCIAS ONCOLÓGICAS PEDIÁTRICAS: LO QUE EL PEDIATRA NO DEBE PASAR POR ALTO....126

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA: “PENSAR EN CÁNCER PARA DETECTARLO”....127

RINITIS ALÉRGICA: PUESTA AL DÍA....128

MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO PEDIÁTRICO: ACTUALIZACIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA....129

MANEJO DE LA CRISIS CONVULSIVA Y ESTATUS EPILEPTICO EN URGENCIAS....130

SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO: RECONOCIMIENTO Y RESUCITACIÓN CON FLUIDOS....131

SEMBRANDO PALABRAS, CULTIVEMOS LA LECTURA....132

EPIGENÉTICA, CUIDADO HUMANIZADO Y LECTURA....133

LECTURA TERAPÉUTICA....134

LECTURA DIGITAL:¿ALIADA O ENEMIGA DEL LECTOR DEL SIGLO XXI?....135

IMPACTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES....136

DEFICIENCIA RELATIVA ENERGÉTICA EN EL DEPORTISTA RED-S....137

# CONTENIDO


SALUD ORAL EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON NECESIDADES ESPECIALES ..... 138

MANEJO ODONTOPEDIÁTRICO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL ..... 139

**VIERNES 13**

PIE PLANO INFANTIL, ¿PROBLEMA O PROCESO? ..... 140

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: DIAGNÓSTICO EN MENORES DE DOS AÑOS ..... 141

VIGILANCIA DEL NEURODESARROLLO: HITOS, SIGNOS DE ALARMA Y EL "SABER ESPERAR" .....142

EL ESPASMO EPILÉPTICO INFANTIL: UNA EMERGENCIA EN EL NEURODESARROLLO..... 143

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS EN EL NIÑO CON DOLOR ABDOMINAL AGUDO:
ENFOQUE SISTEMÁTICO ..... 144

ASPECTOS BIOÉTICOS EN DIAGNÓSTICO PRENATAL:
DESAFÍOS CLÍNICOS Y DILEMAS ACTUALES.....145

VALORES QUE SOSTIENEN LA PRÁCTICA PEDIÁTRICA: UNA MIRADA BIOÉTICA ..... 146

ADRENALES: PEQUEÑAS GLÁNDULAS, GRANDES CRISIS ..... 147

DISRUPTORES ENDOCRINOS EN PEDIATRIA, EVIDENCIA VERSUS CREENCIA ..... 148

VIOLENCIA Y MALTRATO INFANTIL EN TIEMPOS DE CRISIS: RIESGOS EMERGENTES PARA
LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD PROLONGADA ..... 149

ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE DESASTRES: RESGUARDANDO SU INTEGRIDAD..... 150



**JUNTA DIRECTIVA CENTRAL 2023-2024**

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

**FUNDADOR DE LA REVISTA**
**Pastor Oropeza (†)**

**COMITÉ EDITORIAL**
**Michelle López**
**Coromoto Macías-Tomei**
**Brenda Hutton**
**Huníades Urbina-Medina**
**Carlos Hernández**
**Rafael J. Santiago P.**

**ADMINISTRADOR**
**Dr. Pedro Ospina**

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



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

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

**Volumen 89 / Suplemento 1 / Noviembre / Año 2026**

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

ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

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

Fecha de revisión: junio 2025
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) (212)263.73.78 / 26.39.
Correo electrónico: avvp.svpp@gmail.com
Página Web: www.svpediatria.org

## Enfoque y alcance:

La Revista Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría (AVPP) es el órgano oficial de divulgación de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (SVPP). Se publica en forma ininterrumpida desde su fundación en marzo de 1939 bajo el auspicio de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría en enero del mismo año.

Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría publica artículos de las siguientes modalidades:

- Editoriales
- Artículos Originales de Investigación (estudios cualitativos y cuantitativos, estudios observacionales, estudios de casos y controles, estudios de cohorte, ensayos clínicos)
- Reporte de Casos
- Trabajos de Revisión
- Guías de Manejo Clínico
- Resúmenes de trabajos libres y conferencias presentados en eventos científicos
- Informes técnicos y temas de interés general para el pediatra
- Consensos sobre temas específicos, producto de reuniones de expertos

## Criterios de autoría

La contribución de cada uno de los autores debe ser especificada según las siguientes recomendaciones del ICMJE (Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas) https://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html:

1. Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del trabajo; o la adquisición, análisis o interpretación de datos para el trabajo
2. Redacción del trabajo o revisión crítica del mismo para aportar contenido intelectual importante
3. Aprobación final de la versión que será publicada
4. Acuerdo de responsabilidad sobre todos los aspectos del trabajo, para garantizar que los aspectos relacionados con la precisión o integridad de cualquier parte del mismo se investiguen y resuelvan adecuadamente.

Además de ser responsable de las partes del trabajo realizadas, un autor debe ser capaz de identificar cuáles coautores son responsables de otras partes específicas del trabajo. Asimismo, los autores deben tener confianza en la integridad de las contribuciones de sus coautores.

**Todos aquellos designados como autores deben cumplir con los cuatro criterios de autoría, y todos los que cumplan los cuatro criterios deben ser identificados como autores**. Quienes no cumplan con los cuatro criterios deben ser mencionados en la sección de **Agradecimientos**.

Ejemplo según el formato CRediT:

Contribuciones: AAAA: Conceptualización, Metodología, Redacción (borrador original). BBBB: Curación de datos, Supervisión. CCCC: Análisis formal, Redacción (revisión y edición). BBBB: Validación, Visualización, Redacción (revisión y edición).

## Proceso de arbitraje

En el proceso de arbitraje se considerarán exclusivamente artículos originales que no hayan sido previamente publicados y que no estén siendo considerados en otras revistas.

El proceso de revisión por pares sigue la modalidad de doble ciego, garantizando que la identidad de los revisores y los autores permanezcan protegidas durante todo el proceso de revisión.

La decisión de aceptación para publicación es de responsabilidad de los editores y basada en las recomendaciones de los revisores.

Una vez que el manuscrito se recibe, al autor responsable de la correspondencia se le notifica la recepción. El comité editorial revisará el manuscrito para determinar si cumple con las normas de publicación de la revista. En el caso de no cumplir con las normas de publicación, será rechazado o devuelto a los autores para su corrección antes de ser enviado para su arbitraje externo. En caso afirmativo se envía al menos dos evaluadores, especializados en el área del trabajo.

Los árbitros podrán recomendar que el artículo sea calificado de la siguiente manera:

- Aceptado sin modificaciones
- Aceptado con modificaciones menores
- Aceptado con modificaciones mayores
- Rechazado

El Editor comunicará la decisión a los autores, según las recomendaciones recibidas de los revisores.

El autor corresponsal es responsable de enviar el manuscrito con las adecuaciones y modificaciones sugeridas que lleven a la posible aceptación, con un lapso máximo de 2 meses.

Una vez aceptado el artículo, los derechos corresponderán a Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. Las opiniones y conceptos emitidos son de responsabilidad de los autores, no reflejando necesariamente la opinión del Cuerpo Editorial.

Las fechas de recepción y aceptación se indican en todos los artículos al momento de ser publicados.

## Código de ética

Conflictos de intereses de autores: Se solicita a los autores que deben declarar cualquier tipo de relación que pueda sesgar su trabajo; por lo tanto, es necesario que manifiesten la existencia de algún vínculo económico: comercial o financiero; relaciones personales, compromisos académicos y afiliaciones institucionales, que puedan afectar a los resultados y las conclusiones de su trabajo.

Cualquier violación de tipo ética relacionada con el manuscrito, será resuelta utilizando los protocolos establecidos por el Comité Internacional de Ética en la Publicación Científica (COPE) [http://publicationethics.org/files/All_Flowcharts_Spanish_0.pdf].



ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

La revista Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría se adhiere a las recomendaciones para los manuscritos publicados en el área biomédica del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE por sus siglas en inglés. Información disponible en:
http://www.icmje.org/icmjerecommendations.

## Política de acceso abierto

AVPP es una revista de acceso abierto, es decir que todo el contenido está disponible de forma gratuita para usuarios e instituciones

Se usa la licencia *Creative Commons Attribution License* (CC BY-NC) [https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/] la cual permite que cualquier usuario pueda leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir, buscar, ligar al texto completo de cualquiera de los artículos o cualquier otro uso lícito, sin necesidad de pedir permiso al autor, a la sociedad o editorial, siempre que sea para uso no comercial y el trabajo original sea citado apropiadamente.

## Derechos de autor

Los autores conservarán sus derechos de autor y garantizarán a la revista el derecho de primera publicación de su obra.

## REQUISITOS GENERALES PARA EL ENVÍO DE MANUSCRITOS:

- Los autores deberán realizar el envío de su trabajo exclusivamente a través del **formulario de recepción oficial** (Google Forms) disponible en el siguiente enlace: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfGZDq36sythWMLUSgsOw_pNPCNBdnp8FXQwpF-pr1nu6w3lQ/viewform?usp=sharing&ouid=110187708047329114429.
- A través de esta plataforma, se solicitarán los datos de contacto, filiación y se habilitará la opción para adjuntar el manuscrito en formato Microsoft Word (.doc o .docx). No se aceptarán envíos por correo electrónico.
- 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 en forma parcial o preliminar e incluir la referencia correspondiente en el nuevo documento.
- Declaración de relaciones financieras, institucionales, académicas u otras que pudieran producir un conflicto de intereses.
- Declaración donde se señale que el manuscrito ha sido leído y aprobado por todos los autores y el acuerdo entre los mismos sobre el orden en que deben aparecer. Esta declaración debe estar firmada por todos los autores
- Debe especificarse si el trabajo ha sido objeto de un reconocimiento en un Congreso u otro evento científico (Ejemplo: Primer Premio Póster en el LXXI Congreso Venezolano de Puericultura y Pediatría, 2025).
- Todas las partes del manuscrito se deben escribir a doble espacio, con fuente Times New Roman de tamaño 12.
- Las referencias se deben citar denro del texto mediante números arábigos consecutivos colocados entre paréntesis, del mismo tamaño y tipo de fuente utilizado en el resto del texto, seguido por un punto. Ej: (1).
- Las páginas deberán ser numeradas, colocándose el número en el margen inferior derecho.

Para la publicación de artículos científicos en la Revista AVPP, se deben cumplir los requisitos establecidos por el **Comité Internacional de Editores de Revistas** (Normas de Vancouver) disponibles en el siguiente enlace: http://www.icmje.org/recommendations/ (actualización de abril 2025).

## ARTÍCULOS ORIGINALES:

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

Como apoyo en la preparación del manuscrito, es recomendable que los autores sigan las pautas establecidas en los recursos disponibles.

**Recursos en Español** - Red EQUATOR
https://www.equator-network.org/library/spanish-resources-recursos-en-espanol/pautas-sobre-redaccion-cientifica/

**Estudios Observacionales** (STROBE)
https://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2015/10/STROBE_Spanish.pdf

**Ensayos Clínicao Aleatorizados** (CONSORT)
http://www.consort-statement.org/Media/Default/Downloads/Translations/Spanish_es/Spanish%20CONSORT%20Checklist.pdf

http://www.consort-statement.org/Media/Default/Downloads/Translations/Spanish_es/Spanish%20CONSORT%20Flow%20Diagram.pdf

**Revisiones Sistemáticas y Metanálisis** (PRISMA)
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9152/09.pdf?sequence=1&isAllowed=y

https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/PRISMA_Spanish.pdf

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482020000100026

**Trabajos de Revisión o Revisiones Narrativas**
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582009000100010

**Reportes de Casos** (CARE)
https://www.care-statement.org/writing-a-case-report

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

**Portada:**

La portada o página frontal del artículo debe contener:

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

**Resumen y palabras clave:**

- La segunda página debe contener un resumen estructurado no mayor de 250 palabras, con las siguientes secciones: introducción, objetivos, métodos, resultados y conclusiones. Debe reflejar con exactitud el contenido del artículo y recalcar aspectos nuevos o importantes del estudio. Se debe anexar resumen en inglés (Abstract) acompañado por palabras clave (Key Words).
- Palabras clave y Key Words: Incluir un mínimo de 3 palabras hasta un número máximo de 6 palabras, que permitan captar los temas principales del artículo utilizando la lista Medical Subject Headings (MESH) del Index Medicus, los Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS) y la clasificación de enfermedades de la OMS, o de los anuarios de epidemiología y estadísticas vitales del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).
    - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals [Internet]. ICMJE; 2025. Disponible en: https://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdfhttps://decs.bvsalud.org/es/
- Extensión del manuscrito: No debe ser mayor de 3000 palabras, excluyendo resumen, abstract, tablas, figuras y referencias).

**Introducción:**

Debe fundamentar el estudio, describir las motivaciones para realizarlo y los interrogantes existentes, y señalar las citas de estudios relacionados. Asimismo, incluirá el problema de la investigación, con un breve marco teórico avalado por los estudios publicados. Al finalizar se formulará el objetivo de la investigación redactado en tiempo verbal pasado, en tercera persona singular o plural según corresponda, sin personalizar (qué se decidió hacer y en qué población). Se sugiere limitar la extensión a un máximo de una página.

**Métodos:** Se deben precisar con detalle los siguientes aspectos:

- Diseño de investigación: tipo de estudio, años y lugar en los cuales se realizó el estudio.
- Selección y descripción de los participantes del estudio, consideraciones éticas (especificar si se solicitó consentimiento informado escrito).

Aspectos éticos-regulatorios. Es imprescindible que los autores describan la aprobación por los Comités de Ética en investigación de las respectivas instituciones, incluyendo el número o código del Acta de aprobación correspondiente. Cuando sea pertinente, debe mencionar que el estudio se adapta a la Declaración de Helsinki vigente (2024). Disponible en: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/.

- Información técnica que identifique los métodos y procedimientos.
- Cuando el trabajo incorpore el uso de mediciones antropométricas para la evaluación de los niños o adolescentes deben mencionarse los valores de referencia utilizados y los valores límite (también conocidos como "puntos de corte") para establecer categorías de clasificación y colocar las referencias correspondientes.
- En esta sección del trabajo deben incorporar el tipo de análisis estadístico, mencionando el nombre de la o las pruebas utilizadas y su nivel de significación estadística; así como también el nombre y la versión del programa

**Resultados:**

- Se deben redactar en tiempo verbal pasado y en tercera persona, sin personalizar ("los resultados del presente estudio indican...", en lugar de "nuestros resultados indican…")
- Se deben presentar en una secuencia lógica, dando primero los resultados principales o más importantes.
- Limitar las tablas y figuras (gráficos o fotografías) al número necesario para explicar el argumento del artículo y evaluar los datos en los cuales se apoya. Se sugiere un número máximo de tablas y figuras de seis (6) en total. Las mismas se deben colocar al final del artículo, después de las referencias.
- Para la descripción de los resultados debe elegirse hacerlo en forma de texto, de tabla o de gráfico. No duplicar en el texto la información presentada en las tablas.
- Las tablas o figuras que describen resultados propios no requieren Fuente.
- El título de cada tabla se debe ubicar en la parte superior de la misma y el de las figuras o gráficos en su parte inferior; en ningún caso deben colocarse siglas o abreviaturas.
- Cuando se presenten pruebas estadísticas, la información no se debe limitar a mencionar si una determinada diferencia resultó significativa o no; se requiere colocar el p-valor. Es preferible informar el valor exacto para que los lectores puedan compararlo con otros valores de p (en lugar de $p < 0,05$, $p = 0,03$).

**Discusión:**

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

**Referencias**

- No deben excederse de 60 citas, de las cuales el 50% deben ser de trabajos publicados durante los últimos 5 años
- Las referencias deben aparecer al final del artículo, escritas a doble espacio.
- Enumerarlas en forma consecutiva. Verificar que la referencia coincida correctamente con la cita en el cuerpo del artículo.
- Identificar las referencias en el texto, tablas y figuras con números arábigos, entre paréntesis con igual tamaño de la fuente del texto. Ej (1)
- Las referencias citadas solamente en las tablas o figuras se numerarán siguiendo la primera mención que se haga de esa tabla o figura en el texto.
- Los títulos de las revistas se abreviarán según el estilo del Index Medicus. La lista se puede obtener en el sitio Web: http://www.nlm.nih.gov.
- Abstenerse de colocar referencias que no se hayan consultado.
- La estructura interna de cada referencia debe estar ajustada a las Recomendaciones para la realización, notificación, edición y publicación de trabajos académicos en revistas médicas (Normas de Vancouver). Ver ejemplos a continuación

### Normas y ejemplos de referencias:

**Autores**

Colocar: Apellido (s) seguido de inicial del primer nombre. Los autores deben estar separados por una coma y solo al final del último autor, se coloca un punto. Si el número de autores es mayor de seis, deben colocarse los 6 primeros seguidos de ,et al.

Título del trabajo

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

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

**Articulo de Revista**

- Colocar el nombre abreviado de la Revista según: los Archivos del International Standard Serial
- Los datos de la revista citada deberán ser colocados en el siguiente orden: Titulo abreviado, seguido de un punto y los cuatro dígitos del año de publicación, punto y coma, volumen, número de la revista entre paréntesis (cuando se dispone del mismo) seguido de dos puntos, números de páginas del artículo (utilizar números completos por Ej. 270-278, en lugar de 270-8. Si se trata de las páginas de un suplemento, los números inicial y final de las páginas deben ir precedidos de la letra S mayúscula Ej. de articulo de revista: Nweihed L, Moreno L, Martín A. Influencia de los padres en la prescripción de antibióticos hecha por los pediatras. Arch Venez Puer Ped. 2004; 65 (2):21-27.
- En caso de que el artículo esté disponible en Internet se colocaría seguidamente la fecha de consulta [Citado dia, mes y año]. Disponible en: el URL. Ej:. [citado 12 agosto 2009]. Disponible en: http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm
- Cuando se cita una referencia consultada en la internet y tiene la identificación DOI (Digital Object Identifier) no es necesario colocar la fecha de consulta ni la dirección URL. Ejemplo: De Regil LM, Harding KB, Roche ML. Preconceptional Nutrition Interventions for Adolescent Girls and Adult Women: Global Guidelines and Gaps in Evidence and Policy with Emphasis on Micronutrients. J Nutr.2016; Supplement 1: S1461-S1470. doi: 10.3945/jn.115.223487

**Libros**

- Colocar autores, luego título del libro, edición, lugar de publicación, casa editorial y año de publicación, sin colocar punto entre ambos. Al final el número de páginas del libro, seguido de p.
- Sólo se coloca el país cuando la ciudad no sea una capital. Por ejemplo, si se trata de Madrid, no hace falta colocar España; por el contrario si fuese Valencia: colocar Valencia, España. Cuando se trate de una ciudad de los Estados Unidos de América, esta debe ser seguida por el estado correspondiente (Ej. Ann Arbor, MI). El nombre de la ciudad debe estar en el mismo idioma del resto del texto. Si está en inglés, debe colocarse en este mismo idioma (ejemplo: Geneve y no Ginebra en español).

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



ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

**Capítulo de un libro**

Primero colocar el o los autores del capítulo seguido por el título del mismo, punto y seguido por: En o In (dependiendo del idioma de la referencia): apellido del editor o editores, iniciales seguida por una coma y colocar (editor (s). A continuación los datos del libro: Título, número de la edición, ciudad dos puntos, nombre de la editorial, año de la publicación y al final un punto p punto y las paginas que abarcó el capítulo (Por ejemplo .p. 167-198.).

Ej. de capítulo de un libro:

Baley JE, Goldfarb J. Infecciones Neonatales. En: Klaus MH, Fanaroff AA, (editores). Cuidados del Recién nacido de alto riesgo. 5ª Edición. Mexico: Mc Graw- Hill Interamericana; 2.002. p. 401-433.

**Memorias de un congreso:**

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumors V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

**Conferencia presentada en un congreso**:

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. Euro GP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-191.

**Artículo presentado en congreso**

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

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

**Trabajo aun no publicado**

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

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

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

**Tesis y trabajos de grado**

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

Ej. de trabajo de grado: Fernández F. Morbilidad y mortalidad por Diarrea Aguda: Estudio retrospectivo en pacientes hospitalizados del Hospital JM de Los Ríos. Trabajo Especial de Grado. Caracas. Universidad Central de Venezuela, 1990. 48 pp.

**Ley Pública**

Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. 2007. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N°5.859 Extraordinaria. 10-12-2007

**Mapa**

Pratt B, Flick P, Vynne C, cartographers. Biodiversity hotspots [map]. Washington: Conservation International; 2000.

**Diccionario y Enciclopedias:**

Dorland's illustrated medical dictionary. 29th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000. Filamin; p. 675

## MATERIAL ELECTRÓNICO

**Artículo de revista en Internet:**

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

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

**Monografía en Internet**

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

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

**Otras fuentes electrónicas**

- Página principal de un sitio Web: Cancer-Pain.org [homepage o página principal en Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [actualizado 16 mayo 2002; citado 9 jul 2002]. Disponible en: http://www.cancer-pain.org/.
- Página Web de una Organización, asociación etc.: American Medical Association [página web en Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002: [actualizado 23 ago 2001; citado 12 ago 2002]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.amaassn.org/ama/pub/category/1736.html.

**Fotografías**

Enviar las fotografías a una resolución de 300 DPI en formato PNG. Preferiblemente, deben enviarse en archivos apartes al archivo de Word. Deben ser identificadas con la siguiente información: Figura, número y titulo. Ejemplo: Figura 1. Estudio inmunohistoquímico. (Por favor indicar en el texto la figura que corresponda).



ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

Debido a la connotación legal que puede tener la plena identificación de una persona, especialmente su cara, es necesario cubrir con un cintillo oscuro no transparente los ojos del niño o adolescente. En aquellos casos en que sea imposible hacerlo para no ocultar una lesión facial, deberá anexarse la autorización del representante legal. Si es imposible, el autor asumirá por escrito, ante el Comité Editorial, la responsabilidad del caso y sus consecuencias legales.

**Unidades de medida**

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 5x10-3, M o 0,005 M, etc.

**Abreviaturas**

Deben evitarse las abreviaturas o usarse lo menos posible. Si se van a utilizar, deben ser definidas cuando se mencionen por primera vez. No deben aparecer abreviaturas en el título del artículo y tampoco en los títulos de las tablas y figuras.

## ARTÍCULO DE REVISIÓN

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

La extensión de los artículos de revisión **no debe ser mayor de 4000 palabras**, excluyendo resumen, abstract, tablas, gráficos, figuras y referencias.

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

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

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

## CASO CLÍNICO

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

- Están relacionados con una enfermedad nueva o poco frecuente.
- Muestran alguna aplicación clínica importante.
- Ayudan a aclarar la patogénesis del síndrome o de la enfermedad.
- Muestran una relación no descrita previamente entre dos enfermedades.
- Describen una complicación de algún tratamiento o fármaco.
- Dan ejemplo de un enfoque práctico o novedoso para el diagnóstico y el manejo de una enfermedad.
- Representan aspectos psicosociales o bioéticos 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.

La extensión de los reportes de casos clínicos **no debe ser mayor de 1500 palabras**, excluyendo resumen, abstract, tablas, gráficos, figuras y referencias.

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

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

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

En la discusión se hace un recuento de los hallazgos principales del caso clínico presentado, se destacan sus particularidades o contrastes en relación a estudios publicados previamente. Se debe sustentar el diagnóstico con evidencia clínica y de laboratorio, haciendo mención de las limitaciones de estas evidencias. Se debe discutir cómo se hizo el diagnóstico diferencial y si otros diagnósticos fueron descartados adecuadamente. El caso se compara con otros

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

### CARTAS AL EDITOR

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

### DISCURSOS

Se presentan las palabras pronunciadas por el (la) Presidente de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría en ocasión del Día del Pediatra y en la inauguración del Congreso Venezolano de Puericultura y Pediatría. Así como también las palabras pronunciadas por el recipiendario de la Orden al Mérito “Gustavo H. Machado” y las del Epónimo del Congreso de Pediatría del año respectivo. En todos los casos mencionados, la extensión máxima es de 2000 palabras.

### GUÍAS DE MANEJO CLÍNICO

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

### POLÍTICA SOBRE EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA) Y TECNOLOGÍAS ASISTIDAS

En concordancia con las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), la revista AVPP establece las siguientes directrices para el uso de Inteligencia Artificial (IA) y Modelos de Lenguaje Grande (LLM) en la preparación de manuscritos:

**1. Autoría y Responsabilidad**

- No atribución de autoría: Las herramientas de IA (como ChatGPT, Claude, Gemini, entre otras) no pueden ser listadas como autores ni coautores del trabajo. Estas herramientas no pueden asumir la responsabilidad legal y ética sobre la integridad del contenido.
- Responsabilidad humana: Los autores humanos asumen la responsabilidad total y definitiva por la exactitud, integridad y originalidad del manuscrito, incluyendo aquellas partes generadas o asistidas por IA. Los autores deben verificar cuidadosamente la ausencia de plagio, sesgos y "alucinaciones" (datos o citas falsas).

**2. Declaración de Transparencia** El uso de cualquier tecnología de IA en el proceso de investigación o escritura debe ser declarado explícitamente en el manuscrito:

- Redacción y Edición: Si se utilizó IA para mejorar la gramática o el estilo, debe indicarse en la sección de Agradecimientos.
- Generación de Contenido o Análisis: Si se utilizó IA para generar texto, analizar datos, crear código o realizar búsquedas bibliográficas, debe detallarse en la sección de Materiales y Métodos. Se debe especificar:
  - Nombre de la herramienta y versión.
  - Fabricante/Desarrollador.
  - Propósito específico de su uso (ej. "resumen de textos", "generación de código estadístico").

**3. Privacidad del Paciente (crucial en pediatría)**

- Está estrictamente prohibido introducir datos de identificación personal (PHI) de los pacientes (nombres, fechas, historias clínicas, fotografías no anonimizadas) en herramientas de IA generativa de acceso público, debido al riesgo de violación de la confidencialidad y retención de datos por parte de terceros.

**4. Imágenes y Figuras**

- No se permite el uso de IA generativa para crear o manipular imágenes que representen datos clínicos, resultados experimentales o fotografías de pacientes, ya que esto compromete la integridad de la evidencia científica.
- El uso de IA para crear esquemas conceptuales o ilustraciones no clínicas es aceptable siempre que se declare claramente al pie de la figura.

# RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES PRESENTACIÓN ORAL

# TRABAJOS LIBRES

## PREMIO DE NUTRICIÓN "DRA. MYRIAM PUIG ABULI"

### T19. ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS EN COMUNIDADES RURALES DE VENEZUELA. FUNDACIÓN PROYECTO MAYU, 2024

**Nutritional status of children and adolescents evaluated in rural communities of Venezuela. Proyecto Mayú Foundation, 2024.**

*Yoesmir Contreras-Montañez (ORCID: 0000-0002-0912-1613)*
*Natasha Leite-Nuñez (ORCID: 0009-0001-8706-5805)*
*Óscar D. Omaña-Ávila (ORCID: 0000-0002-4505-215X)*
*Mariaelisa Affinito-Quiaro (ORCID: 0009-0000-9804-2070)*
*Isabela Jiménez-Granado (ORCID: 0009-0006-8390-0865)*
*Andrea Carol Lahoud-El Hachem (ORCID: 0000-0002-8923-4676)*
*Emiliana A. Mena-Latuff (ORCID: 0009-0006-8167-7217)*
*Ana K. Barbosa-Tato (ORCID:0009-0007-1166-0927)*
*Oriana F. Angulo-De Corso(0009-0009-5513-566X)*
*Morella Salazar-Carbajal (ORCID: 0009-0005-2036-8456).*

**RESUMEN**

**Introducción:** La malnutrición infantil, tanto por déficit como por exceso, constituye un importante problema de salud pública en Venezuela. La escasez de datos epidemiológicos en comunidades rurales limita la implementación de políticas públicas efectivas. **Objetivo**: Valorar el estado nutricional y los factores de riesgo asociados de niños y adolescentes en comunidades rurales atendidas por Proyecto Mayu entre febrero y agosto de 2024. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal en 583 pacientes (0-16 años). Se tomaron datos antropométricos (peso y talla) calculando puntajes Z según estándares de la OMS (peso/edad, peso/talla, IMC/edad, talla/edad). Se realizó el análisis descriptivo de frecuencias y mediana, aplicando pruebas de Chi-cuadrado de Pearson y corrección de Bonferroni ($p < 0,05$). **Resultados:** 66,56% presentó peso adecuado para la talla; sin embargo, 20,76% tuvo algún grado de malnutrición. La comunidad de Escagüey mostró simultáneamente la mayor proporción de peso adecuado y malnutrición por exceso (20,2%). Paria evidenció mayor riesgo de desnutrición aguda (19,7%) y déficit nutricional (4,5%). Se evidenció asociación significativa entre La Macanilla y retraso de talla ($p = 0,00347$). **Conclusiones:** El estudio revela una compleja dualidad nutricional en las zonas rurales de Venezuela, con coexistencia de déficits y excesos. Las marcadas diferencias entre comunidades subrayan la influencia de determinantes estructurales y culturales. La alta prevalencia de retraso en talla, especialmente en La Macanilla, evidencia un problema de desnutrición crónica que requiere políticas públicas urgentes y focalizadas para garantizar un desarrollo infantil adecuado.

**Palabras clave:** Evaluación Nutricional; Malnutrición; Desnutrición proteica- energética; Población Rural; Niños; Adolescentes.

### CC2. SÍNDROME COLINÉRGICO POR INTOXICACIÓN CON MALATIÓN EN PEDIATRÍA: RETOS DIAGNÓSTICOS ANTE ANAMNESIS INEXACTA

**Cholinergic syndrome due to malathion poisoning in pediatrics: diagnostic challenges in the face of inaccuracy in the medical history**

*Renzo Vivas (ORCID: 0000-0001-9979-9956)*
*Angela De Freitas (ORCID 0009-0004-8183-3035)*
*Ana Zambrano (ORCID: 0009-0003-9317-0112)*
*Inírida Azavache (ORCID 0009-003-7947-1031)*
*Marianny Alvarado (ORCID 0009-0001-0919-0504)*

**RESUMEN**

La intoxicación por organofosforados es una emergencia pediátrica crítica donde una anamnesis inicial inexacta puede retrasar el tratamiento vital. Escolar masculino de 8 años quién ingresó en estado crítico tras presunta ingesta de cáusticos. Presentó coma profundo (Glasgow 3/15), miosis, sialorrea y bradicardia. Ante la sospecha de síndrome colinérgico por hallazgos físicos, se realiza prueba terapéutica con reto de atropina logró estabilidad hemodinámica, confirmándose 14 horas después la ingesta de malatión®. Su evolución en cuidados intensivos se complicó con hipertensión endocraneana, desnutrición tipo Kwashiorkor, infecciones nosocomiales, síndrome de abstinencia. Tras 45 días de manejo multidisciplinario y soporte ventilatorio, egresó con recuperación neurológica completa. Por lo que se enfatiza que la semiología clínica debe prevalecer sobre relatos iniciales inciertos. Ante carencia de niveles de colinesterasa en entornos de recursos limitados, juicio clínico y la respuesta al antídoto, así como manejo multidisciplinario son pilares diagnósticos esenciales para superar complicaciones multisistémicas y severas.

**Palabras clave:** organofosforados; Malatión; Síndrome Colinérgico; Atropina; acetilcolinesterasa, Intoxicación

### CC3. CITOPENIAS AUTOINMUNES COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO MASCULINO

**Autoimmune cytopenias as the initial manifestation of systemic lupus erythematosus in a male pediatric patient**

*Ana Falcón (ORCID: 0009-0008-9554-5850)*
*Ángela De Freitas (ORCID 0009-0004-8183- 3035)*
*Nicole Maldonado (ORCID: 0009-0006-1647-5862)*
*Francis Crespo (ORCID: 0000-0003-2720-0435)*

**RESUMEN**

El Lupus Eritematoso Sistémico pediátrico (LESp) en varones se asocia a fenotipos agresivo y mayor daño orgánico. Se reporta el caso de un adolescente masculino de 15 años con citopenias inmune de inicio temprano (2 años: trombocitopenia inmune), que evolucionaron a Síndrome de Evans y posterior diagnóstico de LES (criterios EULAR/ACR 2019). Destaca una refractariedad al tratamiento inmunosupresor intensivo (esteroides, micofenolato, múltiples ciclos de Rituximab e Inmunoglobulina). El paciente desarrolló compromiso neuropsiquiátrico grave (deterioro cognitivo y convulsiones) incluso con biomarcadores de actividad negativos, obligando a descartar la coexistencia de patologías desmielinizantes autoinmunes. La tríada de inicio precoz, sexo masculino y resistencia terapéutica sugiere la posibilidad de Error Innato de la Inmunidad (lupus monogénico), indicándose estudios genéticos. Este caso subraya que las citopenias autoinmunes tempranas y refractarias en varones pueden ser la antesala de un LES atípico.

**Palabras clave:** Lupus Eritematoso Sistémico Pediátrico; Síndrome de Evans; Lupus Neuropsiquiátrico; Errores Innatos de la Inmunidad.





### T4. RIESGO NUTRICIONAL Y FUERZA DE AGARRE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ONCOLÓGICOS SEGÚN LAS HERRAMIENTAS SCAN Y STRONGKIDS

**Nutritional risk and handgrip strength in pediatric oncology patients according to SCAN and STRONGkids tools**

*Fiorella Ocando Linares (ORCID: 0009-0008-6380-5873)*
*Iraima Coromoto D'Jesús Ávila (ORCID: 0000-0003-2669-6555)*
*Eberth Daniel Rosales Betancourt (ORCID: 0000-0002-5047-8710)*
*Ricardo José Merchan Almenar (ORCID: 0009-0008-2267-9217)*

**RESUMEN**

El estado nutricional en niños con cáncer se asocia con peores desenlaces clínicos, por lo que su detección temprana es fundamental. El objetivo de este estudio fue evaluar el riesgo nutricional mediante las herramientas SCAN y STRONGkids, y analizar su relación con la fuerza de agarre en pacientes pediátricos oncológicos hospitalizados. Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico en 95 pacientes con una edad media de 9,1 ± 2,6 años. Se aplicó la Valoración Global Subjetiva (VGS) como referencia clínica, junto con los tamizajes SCAN y STRONGkids. La fuerza de agarre se midió mediante dinamometría. Se calcularon sensibilidad, especificidad y valores predictivos, y se emplearon pruebas de Chi-cuadrado y ANOVA, considerando significación estadística $p<0,05$. El 56,9% de los pacientes presentó algún grado de desnutrición. SCAN mostró mayor sensibilidad (92,2%) y especificidad (96,8%) en comparación con STRONGkids (78,1% y 41,9%, respectivamente). Se observó una asociación significativa entre ambas herramientas ($\chi^2$=13,035; p=0,001). La fuerza de agarre se asoció significativamente con el estado nutricional ($p<0,001$), siendo mayor en pacientes bien nutridos. En esta muestra, SCAN demostró mejor rendimiento diagnóstico que STRONGkids para la detección de riesgo nutricional. La fuerza de agarre se comporta como un marcador funcional útil que complementa la evaluación nutricional en pacientes pediátricos oncológicos.

**Palabras clave:** Riesgo nutricional, fuerza muscular, oncología pediátrica, tamizaje nutricional.

### CC9. SEGA NO ASOCIADO A ESCLEROSIS TUBEROSA: UN DESAFÍO CLÍNICO FRENTE AL PARADIGMA GENÉTICO CONVENCIONAL

**SEGA not associated with tuberous sclerosis: a clinical challenge compared to the conventional genetic paradigm**

*José Neves (ORCID: 0009-0002-6344-7486)*
*Augusto Pereira (ORCID: 0000-0003-0735-0997)*
*María Cecilia Gómez (ORCID: 0009-0002-5057-6422)*
*Naudy Corredor (ORCID: 0009-0007-9776-2800)*
*Angélica Gómez (ORCID: 0009 – 0000-1148-2548)*

**RESUMEN**

El caso describe un astrocitoma subependimario de células gigantes (SEGA), glioma grado I (OMS 2021) típicamente asociado al complejo de esclerosis tuberosa (CET), pero que puede presentarse de forma esporádica. Escolar masculino de 9 años ingresó (23/11/2024) por cefalea súbita intensa y vómitos, con hidrocefalia obstructiva secundaria a lesión intraventricular cercana al foramen de Monro; se colocó derivación ventrículoperitoneal. En enero de 2025 se realizó exéresis subtotal; histopatología e inmunohistoquímica confirmaron SEGA grado I. Por sospecha de CET se descartó compromiso extracerebral, y la secuenciación mostró mutación TSC2 (Exón 20, pTrp703Ter) confinada al tumor, compatible con mosaicismo somático. Ante alto riesgo quirúrgico se indicó everolimus, con buena tolerancia y estabilidad morfológica con respuesta parcial metabólica tras 20 ciclos.

**Palabras clave:** astrocitoma subependimario de células gigantes; hidrocefalia obstructiva; esclerosis tuberosa (CET); mosaicismo somático; everolimus

### CC10. DEL DOLOR ÓSEO INESPECÍFICO A HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS: A PROPÓSITO DE UN CASO

**Nonspecific bone pain to Langerhans cell histiocytosis: case report**

*José Neves (ORCID: 0009-0002-6344-7486)*
*Isaac Sequera (ORCID: 0009-0005-3453-3918)*
*Augusto Pererira (ORCID: 0000-0003-0735-0997)*
*Angélica Gómez (ORCID: 0009-0000-1148-2584)*

**RESUMEN**

La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es una neoplasia mieloide rara, de presentación clínica variable, capaz de infiltrar múltiples órganos y dificultar el diagnóstico temprano. Se presenta un preescolar masculino de 6 años con dolor persistente de rodilla izquierda y fiebre desde mayo de 2025, inicialmente manejado de forma ambulatoria; estudios de imagen posteriores evidenciaron lesiones óseas multifocales (D6–D8, S1–S2 y cabeza femoral izquierda) y biopsia sugestiva, confirmándose en enero de 2026 por inmunohistoquímica CD1a+/CD207+. En febrero de 2026, la extensión mostró compromiso hepatoesplénico (órganos de riesgo) y BRAF V600E negativo, clasificándose como HCL multisistémica de alto riesgo e iniciándose quimioterapia LCH-IV con buena tolerancia. El caso resalta el re-

traso diagnóstico y la discordancia clínico-molecular, subrayando la necesidad de sospecha precoz ante dolor óseo persistente y de estudios de extensión oportunos para estratificación y tratamiento.

**Palabras clave:** HCL; dolor óseo; multisistémica; órganos de riesgo; BRAF.

## T26. AFECTACIÓN RENAL DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIÓN POR VIRUS DENGUE

### Renal involvement in pediatric patients with dengue virus infection

*Keila Azareel Rivero Esqueda (ORCID: 0000-0003-4214-2931)*
*Anadetsi Estefanía Domínguez Pérez (ORCID: 0009-0000-9594-1820)*
*Juana Josefina Martínez Soto (ORCID: 0009-0006-8669-0779)*
*Luimar Alexandra Figueroa Davis (ORCID: 0009-0003-9688-3732)*
*Rafael José Navas Gómez (ORCID: 0000-0002-4095-3338)*
*Carolina Del Valle Herrera Pacheco (ORCID: 0009-0007-9668-6770)*
*María Gabriela Zerpa (ORCID: 0009-0003-0398-7752)*

**RESUMEN**

**Introducción**: La afectación renal en pacientes pediátricos con infección por virus dengue representa un desafío clínico creciente. **Objetivo General**: Evaluar la afectación renal de pacientes pediátricos hospitalizados con infección por dengue, en 2 centros de salud de Maracay, estado Aragua. Enero 2024- julio 2025. **Materiales y Métodos**: Investigación en el paradigma positivista, clínico epidemiológica, enfoque cuantitativo, diseño no experimental, analítico, documental, ambispectivo. La muestra fue de 317 pacientes. **Resultados**: La edad promedio fue 9 años. Los adolescentes, con el 41,32 %, fueron el grupo etario más frecuente. Predominó el sexo masculino, (51,74 %), la mediana del peso fue 27 kg y mediana de talla (127,7 cm). La manifestación clínica presente en el 100 % de los pacientes fue la fiebre. El diagnóstico se estableció con la detección del antígeno NS1(52,05 %). Dengue con signos de alarma, se observó en el 81,07% de los casos. LRA en estadio 1(E1) se encontró en los lactantes (22,58%), estadio 2(E2) en preescolares (9.68%), estadio 3 (E3) en adolescentes (2,22%). Se evidenció diversos grados de proteinuria, hematuria y leucocituria. En los pacientes con dengue con shock, la distribución de LRA fue 25% en E1, 6.25% en E2 y 12.5% en E3, respectivamente. **Conclusión**: Existe relación entre la clasificación clínica del dengue y la afectación renal, siendo más frecuente la LRA en pacientes con dengue grave y shock. Esto sugiere que la disfunción renal puede actuar no solo como complicación, sino también como marcador de severidad clínica.

**Palabras clave:** Dengue, Lesión Renal Aguda, Proteinuria, Hematuria.

## CC24. DE LA URGENCIA QUIRÚRGICA AL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: ENFERMEDAD DE CROHN COMO OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN LA ADOLESCENCIA

### From surgical emergency to final diagnosis: Crohn's disease presenting as bowel obstruction in adolescence

*Elimar Matiguan (ORCID: 0009-0002-5264-3799)*
*Rogelis Martínez (ORCID: 0009-0009-1338-2638)*
*Eduardo Alliegro (ORCID: 0000-0001-5254-7380)*
*Lidia Rodríguez (ORCID: 0009-0008-8914-3257)*

**RESUMEN**

La enfermedad de Crohn es una patología inflamatoria intestinal crónica con presentación clínica variable, cuyo diagnóstico en edad pediátrica puede resultar desafiante. Se presenta el caso de un adolescente masculino de 14 años con evolución de dos años con síntomas digestivos inespecíficos, quien ingresa con sintomatología de obstrucción intestinal. Los hallazgos imagenológicos orientaron a un proceso obstructivo, requiriendo manejo quirúrgico. Durante la laparotomía se evidenciaron adherencias extensas, compromiso del íleon terminal y perforación intestinal, realizándose resección intestinal e ileostomía. El estudio histopatológico, junto con marcadores serológicos y hallazgos endoscópicos posteriores, permitió establecer el diagnóstico de enfermedad de Crohn. Este caso denota la relevancia de considerar esta entidad dentro del diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal en adolescentes y destaca el papel fundamental del abordaje multidisciplinario médico-quirúrgico para el diagnóstico y manejo oportuno.

**Palabras clave:** Enfermedad de Crohn, obstrucción intestinal, enfermedad inflamatoria intestina

## T27. IMPACTO DE NIVELES DE PLOMO SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

### Impact of blood lead levels on the nutritional status of pediatric patients with autism spectrum disorder

*Keila Azareel Rivero Esqueda (ORCID: 0000-0003-4214-2931)*
*Anadetsi Estefanía Domínguez Pérez (ORCID: 0009-0000-9594-1820)*
*Juana Josefina Martínez Soto (ORCID: 0009-0006-8669-0779)*
*Luimar Alexandra Figueroa Davis (ORCID: 0009-0003-9688-3732)*
*Rafael José Navas Gómez (ORCID: 0000-0002-4095-3338)*
*Carolina Del Valle Herrera Pacheco (ORCID: 0009-0007-9668-6770)*
*María Gabriela Zerpa (ORCID: 0009-0003-0398-7752)*

**RESUMEN**

**Introducción:** Estudios demuestran relación entre los niveles de plomo en sangre y alteraciones del estado nutricional en niños. **Objetivo:** Evaluar el impacto de niveles de plumbemia sobre el estado nutricional de pacientes pediátricos con trastorno del espectro autista. Hospital Central de Maracay, estado Aragua, Venezuela, abril-agosto de 2025. **Materiales y Métodos**. Investigación con enfoque cuantitativo, diseño no experimental, analítico, correlacional y corte transversal. La muestra fue de tipo no probabilístico intencional, constituida por 101 pacientes pediátricos, que acudieron a la consulta externa del Hospital Central de Maracay. **Resultados**: La mediana (Md) de edad fue (7,45 años); la mayoría escolares (45,54 %), de sexo masculino (81,19 %), con Graffar II y III (57,43 % y 37,62 %), la mayor proporción de nivel de apoyo 1 (63,37 %); procedente en su mayoría del Municipio Girardot (35,64 %). Estado nutricional (IMC/E): en riesgo de desnutrición para preescolares, escolares y adolescentes (14,29 %, 17,39 % y 29,63 % respectivamente). Se demostró media ($\bar{x}$) de plomo en sangre, 3,19 µg/dL en todos los grupos etarios, siendo directamente proporcional a la edad ($p = 0,02$). Al relacionar los niveles de plumbemia con el estado nutricional, se evidenció a mayor nivel de plomo, mayor riesgo de afectación del estado nutricional con valor $p < 0,005$. **Conclusión:** existe una repercusión entre niveles de plumbemia sobre el estado nutricional en los pacientes del estudio.

**Palabras clave:** Niveles de plomo en sangre, plumbemia, pediátricos, trastorno del espectro autista, estado nutricional, desnutrición.

## T29. CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA Y EVOLUCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

### Clinical and epidemiological characterization and progression of lower respiratory infections in pediatric patients

*Keila Azareel Rivero Esqueda (ORCID: 0000-0003-4214-2931), María De Los Ángeles Hernández Calderón (ORCID: 0009-0008-4510-4627), Ramona María Fierro Flores (ORCID: 0009-0002-5096-4767), Osmelys del Valle Arcia Moreno (ORCID: 0009-0005-9745-0829), María Gabriela Minervini Yvanof (ORCID: 0009-0008-4461-2160), Dago Onésimo Cárdenas Maldonado (ORCID: 0009-0007-8055-0676), Silvia Yelimar Mendoza Tovar (ORCID: 0009-0003-3177-5458)*

**RESUMEN**

Introducción: Las infecciones respiratorias bajas representan la primera causa de morbimortalidad infantil, a nivel mundial su frecuencia es 95% de etiología viral. Objetivo: Evaluar las características clínico-epidemiológicas y evolución de infecciones respiratorias bajas en pacientes pediátricos hospitalizados en centro de salud privado, Aragua, enero 2024- julio 2025. Métodos: Estudio enmarcado en el paradigma positivista, diseño no experimental, clínico-epidemiológico, documental, analítico y retrospectivo, se revisaron 361 historias, la muestra correspondió a 239 pacientes con informe positivo de microorganismos aislado por panel respiratorio, PCR RT o serología. Resultados: Se encontró predominio de preescolares (34,7%) y escolares (31,8%). La mayoría del sexo masculino (54.39%). Procedentes del municipio Girardot (82,85%) con Graffar III (66,95%). Los síntomas más frecuentes encontrados fueron: fiebre (92,8%) y tos (89,96%). La etiología más frecuente fue la influenza A en 83,3% a través del método diagnóstico RT PCR. La atelectasia es 3,35% la complicación cínica más frecuente. Las infecciones virales presentan menor promedio de hospitalización (2,25 días) y en infecciones mixtas es mayor los días de estancia (6 días) Conclusión: Las infecciones respiratorias bajas continúan siendo una causa relevante de hospitalización, con predominio de etiología viral, evolución clínica generalmente favorable y baja incidencia de complicaciones graves.

Palabras clave: Infecciones respiratorias bajas, Viral, Pacientes pediátricos, Panel respiratorio, RT-PCR

## T31. INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE BRONQUIOLITIS EN LACTANTES

### Artificial intelligence for the diagnosis of bronchiolitis in infants

*Irma Luisa Agüero Garrido (ORCID 0000-0001-5265-9331)*
*Maribel Rosales Chacón (ORCID: 0009-0006-4779-8824)*
*Maiqui Flores Meneses (ORCID: 0000-0001-6338-7597)*
*Juana Josefina Martínez Soto (ORCID: 0009-0006-8669-0779)*
*Luimar Alexandra Figueroa Davis (ORCID: 0009-0003-9688-3732)*
*María José Aché Tovar (ORCID: 0009-0006-6510-0872)*
*Gilbert Eduardo Aldama Regalado (ORCID: 0009-0005-7259-6987)*
*Mayela Alessandra Lucas Blanco Orta (ORCID: 0009-0002-7438-5479)*
*Rafael José Alejos Agüero (ORCID: 0009-0006-1238-0954)*
*Adriana Patricia Pérez Dávila (ORCID: 0009-0003-7656-8145)*

**RESUMEN**

La bronquiolitis aguda representa una de las principales causas de consulta e ingreso hospitalario en lactantes. El diagnóstico clínico depende ampliamente de la experiencia médica. En este contexto, la inteligencia artificial (IA) emerge como una herramienta prometedora para apoyar la toma de decisiones clínicas. **Objetivo**: Integrar una inteligencia artificial para el diagnóstico de bronquiolitis en lactantes en el servicio de pediatría del Hospital Central de Maracay y el Hospital Lcdo. José María Benítez, Estado Aragua, Venezuela, durante el período de febrero a junio de 2025. **Materiales y métodos**: Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, clínico-diagnóstico, corte transversal, retrospectivo y multicéntrico. La muestra estuvo conformada por 300 pacientes seleccionados mediante muestreo no probabilístico intencional, a partir de 550 historias clínicas revisadas entre 2021 y 2025. Se recopilaron variables sociodemográficas, signos y síntomas reportados por familiares y médicos, y se compararon los diagnósticos emitidos por médicos residentes, especialistas y el sistema de IA. **Resultados**: La IA alcanzó una sensibilidad de 95,2 %, especificidad de 95,5 %, valor predictivo negativo de 96,6 % y un índice Kappa de 0.900, con una concordancia del 90,0 % respecto al diagnóstico especializado. Estos valores superaron el desempeño de los médicos residentes, evidenciando la utilidad clínica del algoritmo. **Conclusión**: La inteligencia artificial constituye una herramienta diagnóstica confiable y complementaria, capaz de fortalecer la precisión clínica en el abordaje de enfermedades respiratorias pediátricas.

**Palabras clave:** bronquiolitis, inteligencia artificial, diagnóstico clínico, aprendizaje automático.

## T33. PRODUCCIÓN DE LECHE HUMANA POSTERIOR A LA INGESTA DE UN SUPLEMENTO CON GALACTOGOGOS NATURALES

### Human milk production following the ingestion of a supplement containing natural galactagogues

*Irma Luisa Agüero Garrido (ORCID: 0000-0001-5265-9331)*
*Luis Edgardo Ojeda-Ojeda (ORCID: 0000-0002-1004-9313)*
*Nirza de la Cruz Noguera-Machado (ORCID: 0000-0002-0811-9124)*
*Juana Josefina Martínez Soto (ORCID: 0009-0006-8669-0779)*
*Luimar Alexandra Figueroa Davis (ORCID: 0009-0003-9688-3732)*
*Rafael José Alejos Agüero (ORCID: 0009-0006-1238-0954)*
*Alejandra María Ascanio Barrios (ORCID: 0009-0006-2394-7928)*
*Adriana Patricia Pérez Dávila (ORCID: 0009-0003-7656-8145)*
*Luisiana Elena Pérez Mendoza (ORCID: 0009-0002-7701-7989)*
*Stella Milena Blanco Ramírez (ORCID: 0009-0001-6091-9305)*

**RESUMEN**

La leche humana es el alimento esencial que todo niño debe recibir de manera exclusiva los primeros seis meses de vida. Su baja producción ocasiona abandono de esta práctica. Existen sustancias naturales, medicamentos y suplementos que incrementan su producción, conocidos como galactogogos. Entre los galactogogos naturales más estudiados se encuentra Trigonella foenumgraecum (Fenogreco) y Moringa oleífera (Moringa) con evidencias clínicas beneficiosas para la lactancia. **Objetivo**: Evaluar la producción de leche humana posterior a la ingesta de un suplemento con galactogogos naturales en madres en periodo de lactancia, Hospital Central de Maracay, captadas entre enero-julio 2025. **Materiales y métodos**: Ensayo clínico controlado aleatorizado, experimental, longitudinal, simple ciego de tres fases. Fase 1: Evaluó conocimiento sobre galactogogos y factores socio epidemiológicos. Fase 2: Posterior a evaluación sensorial, se eligieron tres tipos de suplementos: moringa-fenogreco (n=13), fenogreco (n=11), moringa (n=10) y grupo control (n=12) para un total de 46 madres. Fase 3: Consumo de dos porciones diarias durante 7 días. El volumen de leche se cuantificó mediante bombas de succión eléctricas idénticas al primer y séptimo día del estudio. **Resultados:** Las madres que recibieron el suplemento presentaron un aumento estadísticamente significativo (p=0,006), destacando grupo moringa-fenogreco (15,77 mL), comparado con grupo fenogreco (12 mL) y grupo moringa (11 mL), contraste evidente con el grupo control el cual mostró disminución del volumen promedio (-3,75 mL). El 71,74 % de las madres alcanzaron plenitud mamaria. **Conclusión**: El consumo de suplementos con galactogogos naturales en sinergia puede generar un mayor aumento de volumen de la leche humana.

**Palabras clave:** Galactogogos, lactancia materna, fenogreco, moringa oleifera, alimentos fortificados, leche humana.

## T34. REPERCUSIÓN DE LA LESIÓN RENAL AGUDA SOBRE LA EVOLUCIÓN DE RECIÉN NACIDOS CON SEPSIS

### Impact of Acute Kidney Injury on the Outcome of Neonates with Sepsis

*Juana Josefina Martínez Soto (ORCID: 0009-0006-8669-0779)*
*Raymari Barate Marín (ORCID: 0009-0009-7290-3093)*
*Keila Azareel Rivero Esqueda (ORCID: 0000-0003-4214-2931)*
*Luimar Alexandra Figueroa Davis (ORCID: 0009-0003-9688-3732)*
*José Antonio Carrillo Zamora (ORCID: 0009-0001-1063-7078)*
*Rafael José Navas Gómez (ORCID: 0000-0002-4095-3338)*
*Nahir Del Valle Bastidas Cogollo (ORCID: 0009-0003-3253-6512)*
*Genesis Alejandra Bello Rodríguez (ORCID: 0009-0001-2005-0705)*
*Ixa Dani Jiménez Mireles (ORCID: 0009-0005-0594-9631)*
*Vileidys Erianny Zamora Zamora (ORCID: 0009-0004-8965-3637)*

**RESUMEN**

Introducción. La lesión renal aguda (LRA) es la reducción abrupta de la función renal potencialmente reversible, con una incidencia global en recién nacidos de 29.9%, que eleva las cifras de morbimortalidad. **Objetivo**. Evaluar la repercusión de la Lesión Renal Aguda sobre la evolución de recién nacidos con sepsis en el servicio de Neonatología del Hospital Central de Maracay, marzo-julio de 2025. **Materiales y métodos**. Estudio bajo el paradigma positivista, con enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo analítico, prospectivo. La muestra quedó representada por 125 pacientes. **Resultados**. Se encontró (57.6%) recién nacidos a término, (59.2%) masculinos. La asfixia perinatal (21.25%) (p:0.01) y uso de inotrópicos (47,5%) (p:0,0009), aumentaron el riesgo en 4.8 y 3.18 veces más respectivamente de presentar LRA. A las 24 horas, los 125 pacientes no presentaban alteración de la creatinina sérica. Con LRA a partir de las 72 horas (40%), según KDIGO estadio E1 (13.6%), E2 (16.8%) y E3 (9.6%). Al 5to día E1 (12%), E2 (23.2%) y E3 (16%). De 80 recien nacidos que presentaron lesión renal aguda, 38 (47.5%) fallecieron, con valor p: 0.01, en relación a la sobrevida(Kaplan Meier), los pacientes con LRA presente fallecieron en menor tiempo que LRA ausente, p: 0.01 **Conclusión.** La lesión renal aguda en recién nacidos con sepsis representa una complicación de alta frecuencia con impacto significativo en el pronóstico, elevando la mortalidad intrahospitalaria, siendo un potente marcador de riesgo y no solo una consecuencia

**Palabras clave:** Lesión Renal Aguda, Recién nacido, Edad gestacional, Supervivencia.

## T35. UTILIDAD DE SALUD DIGITAL MÓVIL COMO APOYO A LA DECISIÓN DE HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS CON INFECCIÓN URINARIA EN LA EMERGENCIA PEDIÁTRICA HOSPITALARIA

### Utility of mobile digital health as a decision support for hospitalization in children with urinary tract infection in the pediatric emergency room

*E. Lara (ORCID: 0000-0001-5845-8354)*
*M. Curé (ORCID: 0000-0002-8624-7498)*
*Y. Milano (ORCID: 0009-0003-6680-2815)*
*N. Pulgar (ORCID: 0009-0001-3740-2842)*
*K. Petit (ORCID: 0009-0001-0378-722)*
*J. Herrera (ORCID: 0009-0006-3151-1008)*
*M. Marín (ORCID: 0009-0006-7222-4988)*

**RESUMEN**

La toma de decisiones en infecciones del tracto urinario (ITU) pediátricas presenta variabilidad clínica que puede derivar en ingresos innecesarios o retrasos terapéuticos. Las herramientas de salud móvil (mHealth) surgen como una solución innovadora para estandarizar criterios y optimizar recursos. **Objetivo:** Establecer la utilidad de una aplicación mHealth como apoyo en la decisión de hospitalización de niños con ITU en el Hospital de Niños "Dr. Jorge Lizárraga". **Métodos:** Estudio cuasiexperimental, ambispectivo y longitudinal. Se comparó una fase pre intervención (n=102 pacientes) con una post intervención (n=107 pacientes) mediante el uso de una calculadora de riesgo digital. Se evaluaron variables clínicas, tiempos de decisión y seguridad percibida. **Resultados:** El uso de la mHealth redujo el tiempo de decisión clínica en un 81,1%, disminuyendo la mediana de 60 a 15 minutos (p < 0,001). La hospitalización de lactantes <3 meses aumentó del 5,9% al 37,4% (OR: 9,24), priorizando grupos de alto riesgo. La percepción de "máxima seguridad" en el médico se incrementó del 7,1% al 64,2%. Se halló una alta concordancia (0,892) entre la herramienta y el juicio clínico. **Conclusiones:** La implementación de salud móvil agiliza la toma de decisiones, mejora la identificación de pacientes vulnerables y fortalece la seguridad del profesional, reduciendo la variabilidad asistencial en la emergencia pediátrica.

**Palabras clave:** Pediatría, Infección urinaria, Salud móvil, Toma de decisiones, Hospitalización.

## CC36. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO TIPO 2 ¿UNA COMPLICACION FRECUENTE DEL SINDROME NEFROTICO? A PROPOSITO DE UN CASO

### Type 2 acute myocardial infarction: a frequent complication of nephrotic syndrome? A case report

*Y. Milano (ORCID:0009-0003-6680-2815)*
*E. Lara (ORCID: 0000-0001-5845-83543)*
*M. Curé (ORCID: 0000-0002-8624-7498)*
*A. Franco ()*
*D. Martínez (ORCID: 0009-0008-5863-8177)*
*G. Méndez (ORCID: 0009-0008-4827-7312)*

**RESUMEN**

El paciente con SNCR presenta riesgo de complicaciones cardiovasculares elevados por inflamación sistémica y dislipidemia. El uso de fitoterapia como Equisetum (cola de caballo) puede exacerbar estas complicaciones, generando toxicidad orgánica y metabólica. Caso Clínico: Preescolar de 5 años con SNCR que abandonó tratamiento convencional y mantuvo ingesta crónica de Equisetum. Ingresó con shock hipovolémico, convulsiones y desequilibrio hidroelectrolítico refractario. Presentando miocardiopatía dilatada, con disfunción sistodiastolica infarto agudo de miocardio tipo 2 (Troponina I: 2.01 ng/ml) y necrosis cálcica en mano. Tras manejo multidisciplinario con inotrópicos, necrectomía y optimización metabólica, logró recuperación de la fracción de eyección al 78%. Discusión y Conclusión: Se demuestra la importancia de la vigilancia de terapias alternativas en SNCR pediátrico, resaltando el manejo interdisciplinario ante complicaciones como calcifilaxis e infarto tipo 2. La toxicidad por Equisetum desencadenó eventos cardiovasculares y metabólicos, evidenciando la necesidad de fortalecer supervisión clínica, educación y regulación del uso de plantas medicinales.

**Palabras clave:** Síndrome Nefrótico, Equisetum, Infarto del Miocardio Tipo 2, trastornos hidroelectrolíticos, Pediatría.

## CC37. NEFROPATÍA POR IGA Y SU PRESENTACION CLINICA EN LA EDAD PEDIATRICA: A PROPOSITO DE UN CASO

### IgA nephropathy and its clinical presentation in the pediatric age: A case report

*M. Fonseca (ORCID: 0009-0000-8329-3766)*
*M. Curé (ORCID: 0000-0002-8624-7498)*
*E. Lara (ORCID: 0000-0001-5845-8354)*
*N. Pulgar (ORCID: 0009-0001-3740-2842)*
*Y. Milano (ORCID: 0009-0003-6680-2815)*
*K. Petit (ORCID: 0009-0001-0378-722)*
*M. Cordero (ORCID: 0009-0009 -0353-733)*

**RESUMEN**

La nefropatía por IgA (NIgA) es la glomerulopatía primaria más frecuente en pediatría. Se vincula al eje intestino-riñón, donde antígenos en mucosas estimulan la producción de IgA1 deficiente en galactosa (Gd-IgA1). **Caso Clínico**: Escolar femenina de 8 años con antecedentes de artralgias y cambios cutáneos. Ingresa por hematuria macroscópica, fiebre y síndrome disenteriforme por Salmonella spp. Evolucionó con anasarca, proteinuria nefrótica y deterioro de función renal. Tras resolver la infección, persistió proteinuria significativa. El perfil inmunológico reportó ANA y crioglobulinas positivas. La biopsia renal reveló glomerulonefritis mesangioproliferativa con depósitos de IgA (Oxford: M1, E0, S1, T0, C0), confirmando NIgA. Ante marcadores de mal pronóstico, se administraron pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida oral, logrando remisión completa. **Conclusión**: Las infecciones gastrointestinales pueden actuar como detonante antigénico de la NIgA. La biopsia temprana es crucial para una intervención oportuna en casos con superposición clínica y marcadores inespecíficos.

**Palabras clave:** Nefropatía por IgA, eje intestino-riñón, salmonella spp, hematuria, clasificación de Oxford.

## T40. INFLUENCIA DE FACTORES AMBIENTALES Y GENÉTICOS EN LA INCIDENCIA DE UROLITIASIS EN PACIENTES DE LA CONSULTA DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA

### Influence of environmental and genetic factors on the incidence of urolithiasis in patients at the pediatric nephrology clinic

*Luis Elidio Zambrano Delgado (ORCID: 0009-0005-7160-1924)*
*Kathery M. Quintero (ORCID: 0009-0008-1207-269X)*
*Richard E. Hernández U (ORCID: 0009-0004-9982-6327)*
*Rossana Nathaly Camacho Colmenares (ORCID: 0009-0004-5700-5432)*

**RESUMEN**

**Introducción:** La urolitiasis es una enfermedad caracterizada por la formación de cálculos en el riñón y las vías urinarias. **Objetivo:** Evaluar la influencia de factores ambientales y genéticos en la incidencia de urolitiasis en pacientes pediátricos atendidos en la consulta de nefrología pediátrica del Hospital Central San Cristóbal durante el período febrero-junio 2025. **Métodos**: Estudio observacional analítico, prospectivo y longitudinal. Resultados: El estudio incluyó a 66 pacientes, de los cuales un 30,3% presentaron urolitiasis con una incidencia de 16,13%. Antes del tratamiento, destacaron hipocitraturia 71,2%. Los hábitos dietéticos inadecuados se asociaron con litiasis (p=0,001). No hubo asociación de hipocitraturia con acidosis, hiperuricosuria ni hipercalciuria (p>0,05). Tras citrato de potasio 10,8% se observó alcalinización significativa del pH urinario (p=0,0001). **Conclusión.** La urolitiasis se relacionó principalmente con factores ambientales modificables y una carga de alteraciones metabólicas, con hipocitraturia predominante. El citrato de potasio mostró eficacia bioquímica.

**Palabras clave:** Urolitiasis pediátrica, hipocitraturia, dietética.

## CC41. SÍNDROME NEFRÓTICO IDIOPÁTICO ATÍPICO CORTICO RESISTENTE, EN PACIENTE SIN PRESENCIA DE EDEMA. UN CASO CLÍNICO

**Atypical corticosteroid-resistant idiopathic nephrotic syndrome in a patient without edema. Clinical case presentation**

*Richard E. Hernández U (ORCID: 0009-0004-9982-6327)*
*Kathery M. Quintero (ORCID: 0009-0008-1207-269X)*
*Rossana Nathaly Camacho Colmenares (ORCID: 0009-0004-5700-5432)*

**RESUMEN**

El síndrome nefrótico idiopático (SNI) suele manifestarse con la tétrada clásica (proteinuria, hipoalbuminemia y edema), por lo que su ausencia puede dificultar el diagnóstico. Se presenta el caso de un adolescente de 16 años con dolor abdominal, sin edema, pero con proteinuria masiva (153 mg/m²/h) e hipoalbuminemia (2,6 g/dl), confirmando un SNI atípico. Ante la refractariedad a corticoides, la biopsia renal reveló lesión glomerular mínima con hipercelularidad mesangial, fibrosis intersticial y atrofia tubular, hallazgos explicativos de la evolución tórpida. El cambio terapéutico a micofenolato sódico logró estabilizar la función renal y normalizar los niveles de albúmina. Este caso resalta que, ante presentaciones atípicas, la monitorización exhaustiva y la biopsia renal temprana son indispensables para evitar retrasos diagnósticos, ajustar el tratamiento oportunamente y prevenir el compromiso irreversible de la función renal en pacientes adolescentes.

**Palabras clave:** Proteinuria, edema, biopsia.

## CC42. DEFICIENCIA DE BIOTINIDASA COMO SIMULADOR DE ALERGIA ALIMENTARIA Y MALABSORCIÓN: EL IMPACTO CLÍNICO DE LA OMISIÓN DE TAMIZAJE NEONATAL

**Biotinidase deficiency as a simulator of food allergy and malabsorption: the clinical impact of missing newborn screening**

*Keyla González (ORCID: 0009-0000-8684-1828)*
*Dayana Fajardo (ORCID: 0009-0007-7881-1574)*
*Osmary Duran (ORCID: 0009-4315-8846)*
*Nina Colina (ORCID: 0000-0002-4052-5376)*
*Nazareth Mosquera (ORCID: 0009-0006-1094-9713)*

**RESUMEN**

La deficiencia de biotinidasa es un error innato del metabolismo que ante la omisión del tamizaje neonatal, puede mimetizar patologías comunes. Se reporta el caso de una lactante de 14 meses con desnutrición crónica grave y fallo de medro refractario, inicialmente abordada como alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV). Tras la persistencia de un síndrome malabsortivo y la aparición de tubulopatía transitoria (hiperuricosuria), la cuantificación de actividad enzimática en suero confirmó una deficiencia parcial de biotinidasa. El caso ilustra cómo la sintomatología gastrointestinal solapó el defecto metabólico, derivando en intervenciones innecesarias y deterioro clínico evitable. La resolución del cuadro tras la administración de biotina libre (10 mg/día) subraya la importancia de incluir esta entidad en el diferencial de malabsorción refractaria y reafirma la obligatoriedad del tamizaje neonatal como pilar preventivo para garantizar un neurodesarrollo óptimo y evitar secuelas permanentes.

**Palabras clave:** Deficiencia de Biotinidasa, Malabsorción, Desnutrición, Tamizaje Neonatal, Alergia Alimentaria.

## CC43. MANIFESTACIÓN DIGESTIVA ATÍPICA DE UNA VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA LOCALIZADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

**Atypical digestive manifestation of a localized leukocytoclastic vasculitis: a case report**

*Keyla González (ORCID: 0009-0000-8684-1828)*
*Dayana Fajardo (ORCID: 0009-0007-7881-1574)*
*Osmary Duran (ORCID: 0009-4315-8846)*
*Nina Colina (ORCID: 0000-0002-4052-5376)*
*Nazareth Mosquera (ORCID: 0009-0006-1094-9713)*

**RESUMEN**

La vasculitis leucocitoclástica (VLC) es una inflamación inmunomediada de pequeños vasos que, aunque típicamente cutánea, puede afectar de forma inusual la mucosa gastrointestinal por hipersensibilidad a fármacos. Se presenta el caso de un paciente masculino de 10 años con disfagia, odinofagia y dolor torácico tras el uso crónico de AINE y colchicina. La endoscopia reveló úlceras esofágicas friables y la histopatología confirmó VLC con necrosis fibrinoide. Este caso es relevante por su localización esofágica atípica en pediatría, donde suele confundirse con esofagitis infecciosa. La remisión total de los síntomas y de los hallazgos histológicos tras retirar los medicamentos subraya la necesidad de mantener una alta sospecha clínica de toxicidad medicamentosa ante cuadros ulcerativos graves en el tracto digestivo superior, permitiendo un diagnóstico preciso y evitando tratamientos innecesarios.

**Palabras clave:** Vasculitis leucocitoclástica, Colchicina, AINE, Esofagitis, Pediatría.





## CC47. SÍNDROME DE KLINEFELTER Y SECUENCIA DE MOEBIUS: UNA COMBINACIÓN SINDRÓMICA INUSUAL

**Klinefelter syndrome and Moebius sequence: an unusual syndromic association**

*Yoesmir Contreras (ORCID: 0000-0002-0912-1613)*
*María Corina Tovar, (ORCID: 0009-0008-6769-4816)*
*Yolanda Sánchez (ORCID: 0000-0002-9428-1872)*
*Isabel Fernández (ORCID: 0000-0003-4268-2639)*

**RESUMEN**

La secuencia de Moebius es un trastorno neurológico congénito infrecuente, no progresivo, caracterizado por parálisis bilateral de los nervios craneales VI y VII, que ocasiona diplejía facial e imposibilidad para la abducción ocular horizontal desde el nacimiento. Su etiología es heterogénea y se ha relacionado principalmente con fenómenos de disrupción vascular embrionaria durante el desarrollo del rombencéfalo. Por su parte, el síndrome de Klinefelter constituye la aneuploidía de cromosomas sexuales más frecuente en varones, habitualmente con cariotipo 47, XXY. La coexistencia de ambas entidades es excepcional y corresponde al segundo caso reportado a nivel mundial. Se presenta un recién nacido masculino de 37 semanas con restricción del crecimiento fetal, asfixia perinatal severa, facies inexpresiva, supraversión ocular persistente, microcefalia, micrognatia y pie equinovaro bilateral. La resonancia magnética cerebral confirmó agenesia bilateral de los nervios abducens y el cariotipo reveló 47, XXY. La identificación precoz permitió un abordaje multidisciplinario oportuno y resalta la importancia del reconocimiento temprano de asociaciones sindrómicas inusuales.

**Palabras clave:** Síndrome de Moebius, Parálisis Facial, Síndrome de Klinefelter, Genética

## C53. UN CASO RARO DE PERICARDITIS Y EMPIEMA PLEURAL SECUNDARIO A UN ABSCESO HEPÁTICO A PROPÓSITO DE UN CASO EN EL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

**A rare case of pericarditis and pleural empyema secondary to a liver abscess regarding a case at the Central Hospital of San Cristóbal**

*María Fernanda Rodríguez (ORCID: 0009-0000-3255-7856)*
*Yessica Vanesa Mujica Carreño (ORCID: 0009-0001-6052-1102)*
*Ana Victoria Bolívar (ORCID: 0009-0006-4824-4778)*

**RESUMEN**

La pericarditis aguda bacteriana es una entidad muy rara. Generalmente se asocia con una infección subyacente o un sistema inmunitario comprometido. La pericarditis purulenta primaria en un individuo previamente sano es muy improbable; por lo tanto, es probable que tenga un diagnóstico tardío y malos resultados. Se presenta el caso de un paciente preescolar inmunocompetente con pericarditis bacteriana primaria causada por Streptococcus constellatus, un miembro de la flora oral comensal. El paciente presentó choque séptico y taponamiento cardíaco, y se complicó aún más con pericarditis constrictiva, que se trató con éxito mediante pericardiectomía. La pericarditis bacteriana es una enfermedad fulminante con una alta tasa de mortalidad y complicaciones. El reconocimiento rápido y el tratamiento oportuno son necesarios para lograr una recuperación completa.

**Palabras clave:** pericarditis; Streptococcus constellatus; pericardiocentesis; taponamiento cardíaco; pericardiectomía

## C54. MÁS ALLÁ DE LA HEMOPTISIS: EL RETO DIAGNÓSTICO DE LA HEMORRAGIA PULMONAR

**Beyond hemoptysis: the diagnostic challenge of pulmonary hemorrhage**

*Xioris E Rabel A (ORCID 0009 0009 2953 8430)*
*Elvira Alejandra López C (ORCID 0000-0002-7374-6781)*
*José Levy (ORCID 0000-0003-2666-2144)*

**RESUMEN**

La hemoptisis en pediatría es un evento poco frecuente pero potencialmente mortal, cuyo diagnóstico etiológico representa un reto clínico, especialmente en ausencia de antecedentes orientadores. Se presenta un caso de escolar femenina de 9 años, previamente sana, con episodios iniciales de hemoptisis autolimitada que evolucionan rápidamente a hemoptisis amenazante, asociada a desaturación y requerimiento de soporte ventilatorio. La tomografía computarizada con protocolo angiográfico evidenció opacidades en vidrio esmerilado y una imagen endoluminal sugestiva de obstrucción bronquial. La fibrobroncoscopia confirmó la presencia de un cuerpo extraño en bronquio intermedio, asociado a lesión mucosa y sangrado activo. Este caso destaca un aspecto crítico en la práctica pediátrica: la aspiración de cuerpo extraño puede manifestarse como hemoptisis grave incluso en escolares y en ausencia de un antecedente claro de aspiración. Asimismo, resalta el valor de la angio-TAC y la broncoscopia como herramientas diagnósticas complementarias en escenarios de compromiso vital. Se propone un enfoque diagnóstico sistemático basado en la estabilidad clínica y los hallazgos imagenológicos, enfatizando la necesidad de considerar etiologías mecánicas en el diagnóstico diferencial de hemoptisis amenazante.

**Palabras clave:** hemoptisis, hemorragia pulmonar, cuerpo extraño, broncoscopia, pediatría

## CC60. ENFERMEDAD DE GAUCHER TIPO 2/3 POR HETEROCIGOSIS COMPUESTA EN LACTANTE CON APRAXIA ÓCULO MOTORA: REPORTE DE UN CASO

**Gaucher disease type 2/3 due to compound heterozygosity in an infant with oculomotor apraxia: a case report**

*María Eugenia Gutiérrez Guerrero (ORCID: 0900-0006-0370-0768)*
*Mary Carmen Maldonado Jiménez (ORCID:0009-0001-0823-0017)*

**RESUMEN**

**Introducción:** La Enfermedad de Gaucher (EG) es un error innato del metabolismo poco frecuente. Sus variantes neuronopáticas (Tipo 2 y 3) presentan una elevada morbimortalidad y un desafío diagnóstico temprano en pediatría. **Caso Clínico**: Lactante femenina de 14 meses con sospecha de endogamia remota. Inicia a los 8 meses con apraxia óculo motora y retraso del desarrollo. La TC de cráneo mostró acentuación generalizada de surcos y la fibroendoscopia reveló laringomalacia con reflujo laringofaríngeo. El exoma completo confirmó heterocigosis compuesta en el gen GBA1 (variantes p. Leu483Pro y p. Lys237Glu), estableciendo el diagnóstico de EG tipo 2/3. **Discusión y Justificación:** La relevancia de este reporte radica en la rareza del fenotipo y la importancia de la apraxia de la mirada como signo centinela. La identificación de variantes genéticas específicas permitió una correlación genotipo-fenotipo precisa, fundamental para el asesoramiento genético familiar ante el riesgo de recurrencia del 25%.

**Palabras clave:** Enfermedad de Gaucher, Gen GBA1, Apraxia Óculo Motora, Heterocigosis Compuesta, Pediatría.

## CC61. PENFIGOIDE AMPOLLOSO EN PEDIATRIA, A PROPÓSITO DE UN CASO EN PREESCOLAR DE 3 AÑOS

**Bullous pemphigoid in pediatrics, a report of a case in a 3-year-old preschooler**

*Diana Stefania Calderón Algarra (ORCID: 0009-0008-3734-3281)*
*Andrea De Los Ángeles Lozada Santamaria (ORCID: 0009-0009-2358-7549)*
*Yadiana Desiree Palencia Herrera (ORCID: 0009-0005-7324-1280)*
*Ana Karina Godoy Becerra (ORCID: 0009-0001-0419-5373)*
*Elyuvis Marian Nadal Ojeda (ORCID: 0009-0005-3554-5136)*
*Roberto José Fajardo Hernández (ORCID: 0009-0005-5357-2779)*

**RESUMEN**

El penfigoide ampolloso es una enfermedad ampollosa autoinmune rara en pediatría que tiene un componente inmunológico determinado por la presencia de anticuerpos frente a proteínas de las hemidesmosomas de los queratinocitos basales (antígenos BP180 y BP230), autoanticuerpos IgG circulantes contra el colágeno tipo VII y un componente inflamatorio determinado por la acción de polimorfonucleares (neutrófilos, eosinófilos), liberando enzimas proteolíticas que dañan la unión dermo-epidérmica. Tiene una prevalencia en menores de 18 años de 4,9 casos por millón de habitantes. Se presenta el caso de un preescolar de 3 años con sintomatología de 3 meses de evolución caracterizada por múltiples ampollas tensas de contenido seroso y algunas de contenido purulento, exulceración y costras; quien recibe tratamiento con metilprednisolona, clindamicina, corticoesteroide tópico desonida 0,1% e inmunoglobulina indicada por servicio de inmunología, con evolución clínica satisfactoria. Se realizó biopsia de piel donde se evidencian hallazgos histopatológicos que confirmaron dicho diagnóstico.

**Palabras clave:** penfigoide ampolloso, autoinmune, corticoesteroide, antígeno BP180, antígeno BP230, inmunoglobulinas.

## CC66. HEMATIDROSIS PRIMARIA: FENÓMENO CLÍNICO INFRECUENTE, REPORTE DE CASO CLÍNICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO

**Primary hematidrosis: an uncommon clinical phenomenon. A case report in a pediatric patient**

*Angela M. Molina P. (ORCID: 0000-0001-7659-3947)*
*Laura C. Granella R. (ORCID: 0009-0006-6946-8631)*
*María M. Castillo V. (ORCID: 0009-0000-3766-2268)*
*Milagros J. Estopiñán F. (0009-0001-7122-4293)*
*José F. Gutiérrez V. (0009-0008-7679-4704)*
*Sandra C. Vivas T. (0000-0001-5231-1749)*

**RESUMEN**

La hematidrosis es una entidad extremadamente rara (menor a 150 casos a nivel mundial) caracterizada por sudor hemático a través de piel intacta, desencadenada por una activación simpática ante estrés extremo. Se presenta caso de escolar de 10 años, quien presentó secreción hemática precedida de sudoración y síntomas autonómicos y sensoriales localizados en oídos, rostro, abdomen y extremidades. Exámenes de laboratorio con perfil de coagulación normal, detección de hemoglobina humana en el sudor positiva, biopsia cutánea evidencia eritrocitos extravasados a ductos ecrinos, planteando el diagnóstico definitivo de hematidrosis primaria. Presentó mejoría al tratamiento con betabloqueantes y ansiolíticos. Este caso aporta evidencia valiosa a la escasa casuística latinoamericana de esta enfermedad. Además, documenta el excepcional hallazgo histopatológico de eritrocitos extravasados directamente en la luz del ducto ecrino. Finalmente, introduce el uso pionero de la inmunofluorescencia indirecta (IFI) como método no invasivo para detectar hemoglobina oculta en el sudor.

**Palabras clave:** hematidrosis, sudor, sangre, estrés, ansiedad

## T68. CONDUCTA EN LA HIPERSENSIBILIDAD AL SUERO ANTIOFÍDICO EN LA EMERGENCIA PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

**Management of antivenom hypersensitivity in the pediatric emergency department of a University Hospital**

*Mariana Anyerlin Cadenas Albornoz (ORCID: 0000-0002-4325-0830)*
*Roxana Antonielis Bencomo Quintero (ORCID: 0009-0001-7202-1949)*
*Ray David Molina Linares (ORCID: 0000-0002-4325-0830)*
*Yusbely Carolina Suárez Briceño (ORCID: 0009-0008-7801-6869)*
*Rafael José Santiago Peña (ORCID: 0000-0002-6732-569X)*
*Andreina Josefa La Corte (ORCID: 0009-0008-6428-6307)*





**RESUMEN**

**Introducción:** La administración parenteral de antivenenos específicos es un elemento esencial del tratamiento para prevenir o revertir la mayoría de los efectos nocivos de las mordeduras de serpientes venenosas, sin embargo, el uso de los mismos puede causar varias reacciones adversas, por lo que debe administrarse con precaución. **Objetivo:** Describir las características demográficas, el tipo de ofidios causante, el suero antiofídico administrado, las reacciones de hipersensibilidad y el manejo médico de dichas reacciones en los pacientes con accidente ofídico en la emergencia pediátrica del Hospital Universitario de Valera "Dr. Pedro Emilio Carrillo", desde octubre 2024 a abril 2025. **Métodos:** Estudio documental, no experimental, transversal y ambispectivo. **Resultados:** Se evidenció que el 60,86 % eran femeninas, con predominio de los escolares con 30,43 % y la procedencia rural con 67,39 %. El género de ofidios más común fue el bothrópico con 95,65 % con administración de suero polivalente antibothrópico en 97,82 %. La reacción de hipersensibilidad más frecuente fue la presencia de habones en 8,69 %. La detección parcial del suero antiofídico se hizo en todos los pacientes, seguido de la utilización de hidrocortisona en 50 %. **Conclusión:** Hubo predominio del sexo femenino, de los escolares y de la zona rural. El género de ofidios más frecuente fue el bothrópico con administración de suero específico, relacionándose con mayor presencia de hipersensibilidad y de éstas, los habones fueron los más comunes. La terapéutica común fue la detención parcial de la administración del suero y la utilización en monoterapia de hidrocortisona y clorfeniramina.

**Palabras clave:** Hipersensibilidad, suero antiofídico, hidrocortisona, habones.

## CC70. ESTABILIZACIÓN Y TRANSPORTE NEONATAL EN UNA COMUNIDAD INDÍGENA DE DIFÍCIL ACCESO: REPORTE DE UN CASO EN KAMARATA, ESTADO BOLÍVAR, VENEZUELA

**Neonatal stabilization and transport in a hard-to-reach indigenous community: a case report in Kamarata, Bolívar State, Venezuela**

*Andrés Sánchez (ORCID: 0009-0005-1503-7898)*
*Marcelo Norrito (ORCID: 0009-0002-8955-6584)*
*Lidia Rodríguez (ORCID: 0009-0008-8914-3257)*

**RESUMEN**

El manejo del recién nacido pretérmino en zonas de difícil acceso, representa un desafío crítico de salud pública y exige implementar estrategias de "medicina de escasez". Se presenta caso de neonato masculino de 30 semanas (1.400 gr) nacido en Kamarata (Edo. Bolívar, Venezuela), con síndrome de distrés respiratorio (SDR). Ante la ausencia de CPAP estándar, se diseñó sistema de soporte respiratorio adaptado: cánula nasal artesanal integrada a concentrador de oxígeno, como sistema de presión positiva continua, logrando reclutamiento alveolar compensando déficit de surfactante. Complementando el soporte con Mamá Canguro para termorregulación y nutrición enteral precoz con leche materna. Tras 19 horas de estabilidad fue trasladado vía aérea, egresando exitosamente al mes de UTIN. Se resalta cómo la pericia clínica y adaptación de recursos salvan vidas en entornos vulnerables. Finalmente, se concluye la necesidad de establecer guías de estabilización y transporte neonatal rural para reducir la mortalidad en poblaciones indígenas.

**Palabras clave:** cánula, síndrome de distrés respiratorio, recién nacido pretérmino, medicina rural, Venezuela.

## CC73. VENTRICULO IZQUIERDO DE DOBLE SALIDA: A PROPOSITO DE UN CASO

**Double-outlet left ventricle: a case report**

*Adriana Josefina Moy Quijada (ORCID 0000-0002-7750-2186)*
*Gabriela Josefina Rodríguez Martínez (ORCID 0009-0009-7156-3218)*
*Andrea de los Ángeles Serrano Rincones (ORCID: 0009-0009-3087-9400)*
*Arelis de Jesús Vásquez Campos (ORCID: 0009-0007-4489-0462)*
*Mercedes Adriana Bolívar García (ORCID: 0009-0006-1843-7069)*
*Ruth María Méndez Acosta (ORCID: 0009-0009-0212-9469)*

**RESUMEN**

El ventrículo izquierdo con doble salida es una malformación cardíaca infrecuente perteneciente a los defectos conotruncales, considerada un enigma embriológico. Neonato quien a las horas de vida presenta cianosis ungueal, bucal, exacerbada con el llanto y lactancia materna. Al examen físico presentó desaturación pre y postductal, pulsos centrales y periféricos disminuidos con amplitud aumentada, Soplo mesosistólico III/IV. Radiografía de tórax mostró cardiomegalia global, pedículo vascular ancho a predominio del arco aórtico, patrón vascular pulmonar disminuido. Electrocardiográficamente, crecimiento de aurícula derecha, crecimiento biventricular, eje cardíaco a la extrema derecha con sobrecarga de volumen en Importancia Ventrículo Derecho (VD). Ecocardiografía 2D se estableció el diagnostico de: DSVI con CIV subaórtica, Estenosis Valvular Pulmonar (EP), malposición de grandes arterias: aorta anterior y a la derecha respecto a la pulmonar, variante reportada en solo 1% de los casos, CIA OS y DAP, hallazgos más distintivos y menos documentados en la literatura consultada.

**Palabras clave:** Cardiopatía, Cianosis, Ventrículo izquierdo, Defectos conotruncales.

## T74. DE LA OMISIÓN DIAGNÓSTICA AL RESCATE TERAPÉUTICO: REVERSIÓN DE FALLA CARDIORRENAL SEVERA CON ARNI + iSGLT2 EN PEDIATRIA

**From diagnostic omission to therapeutic rescue: reversal of severe cardiorenal failure with ARNI + iSGLT2 in pediatrics**

*Eudymar Dariela Liendo-García (ORCID: 0009-0002-1317-0693)*
*María Victoria Crespo-Rodríguez (ORCID: 0009-0003)*

*Luisa María García-Peñalver (ORCID: 0009-0000-5758-5802)*
*Federico Borges-Rodríguez (ORCID: 0000-0002-3040-3260)*
*Fabiola Carolina Castillo-Márquez (ORCID: 0009-0005-2680-0609)*
*Valentina del Carmen Medina- Valentin (ORCID: 0009-0009-4829-518X)*

**RESUMEN**

La omisión de estudios de imagen en el control pediátrico permite la progresión silente de uropatías hacia estadios terminales irreversibles. Se describe adolescente quien debuta con síndrome cardiorrenal avanzado secundario a uropatía obstructiva no diagnosticada, evolucionando hacia enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis. Durante su hospitalización presentó insuficiencia cardíaca refractaria al manejo convencional, con respuesta parcial al bloqueo neurohormonal estándar. La adición de un inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) al tratamiento con antagonistas del receptor de la neprilisina y de la angiotensina (ARNI) permitió una rápida mejoría clínica y funcional, evidenciando recuperación significativa de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en corto tiempo. Se resalta el impacto del diagnóstico oportuno mediante estudios de imagen y se plantea el potencial beneficio de la terapia dual ARNI–iSGLT2 como estrategia de rescate en escenarios pediátricos de alta complejidad en hemodiálisis.

**Palabras clave:** Uropatía Obstructiva, Enfermedad Renal Crónica, Hemodiálisis, Síndrome Cardiorrenal, Inhibidores del Cotransportador Sodio-Glucosa Tipo 2, Sacubitrilo-Valsartán.

## CC77. CONTROVERSIAS CLINICAS DEL TUMOR DE WILMS VS. NEUROBLASTOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Clinical controversies of Wilms tumor vs. Neuroblastoma. Regarding a case**

*Naydeveli José Coa Aponte (ORCID:*
*Rubí Quero (ORCID:*
*Manuel Camacho (ORCID:*
*Frangelis Serrano (ORCID:*

**RESUMEN**

El tumor de Wilms o Nefroblastoma es el segundo cáncer intraabdominal más común de la infancia y la quinta neoplasia maligna más frecuente en la edad pediátrica. Representa aproximadamente el 6% de todos los cánceres pediátricos y es el tumor renal más frecuente (más del 95% del total de tumores renales pediátricos) (1). El diagnóstico diferencial del tumor de Wilms incluye el neuroblastoma por presentarse como masa abdominal y generan modificación en el sistema renal o en las glándulas suprarrenales; es infrecuente evidenciar nefroblastomas con presencia de elevación de la tensión arterial posterior a una nefrectomía o manifestar sintomatologías, sin embargo, existen lesiones tumorales con comportamientos ambiguos tanto clínico como anatomopatológico, por lo que puede ser lesiones mutable (atípico) o simplemente modificables, comportándose como lo desconocido. La confusión diagnóstica es relevante porque el tratamiento quirúrgico difiere significativamente entre ambos tumores

**Palabras clave**: Tumor de Wilms, neuroblastoma, clínica

## CC78. TORMENTA ELÉCTRICA REFRACTARIA Y SOSPECHA DE SÍNDROME DE MELAS: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN PEDIATRÍA

**Polymorphic ventricular tachycardia and electrical storm associated with suspected melas syndrome in a pediatric patient: a case report**

*Emilse A. Vidal Cabrera (ORCID:*
*Frangelis del Carmen Serrano Mejias (ORCID:*

**RESUMEN**

La taquicardia ventricular (TV) polimórfica en pediatría representa una emergencia de alta mortalidad, frecuentemente asociada a canalopatías o enfermedades multisistémicas. Se presenta el caso de una adolescente de 10 años con TV polimórfica del tracto de salida del ventrículo izquierdo, refractaria a múltiples antiarrítmicos (amiodarona, procainamida, lidocaína) y desfibrilación. El manejo requirió una estrategia multidisciplinaria que incluyó bloqueo del ganglio estrellado izquierdo y terapia con quinidina como fármaco de rescate. Dada la evolución clínica y los hallazgos de neuroimagen (lesiones en globos pálidos), se estableció la sospecha de una citopatía mitocondrial (Síndrome de MELAS) asociada a miocarditis clínica. A pesar de la modulación autonómica y la estabilización eléctrica transitoria, la paciente presentó una recurrencia de tormenta eléctrica refractaria, falleciendo en marzo de 2026. El caso resalta la complejidad diagnóstica de las arritmias malignas y la importancia de considerar antiarrítmicos de clase IA y soporte autonómico en escenarios de tormenta eléctrica de origen metabólico.

**Palabras clave:** Taquicardia Ventricular, Síndrome de MELAS, Bloqueo del Ganglio Estrellado, Tormenta Eléctrica, Pediatría.

## T80. MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO: CALIDAD DE VIDA Y RESILIENCIA EN ENFERMEDADES RARAS

**Beyond diagnosis: quality of life and resilience in rare diseases**

*Laura Granella R (ORCID: 0009-0006-6946-8631)*
*María M Castillo (ORCID: 0009-0000-3766-2268)*
*Milagros Estopiñán (ORCID: 0009-0000-7461-1224)*
*María A Rosas (ORCID: 0009-0007-9764-0264)*
*Arturo L Franco M (ORCID: 0009-0001-7122-4293)*

**RESUMEN**

**Introducción:** Las Enfermedades Raras (ER) son un problema prioritario y creciente en salud pública representando un desafío significativo para la medicina moderna por su baja prevalencia y la falta de tratamientos efectivos. Se estudió la situación actual y resiliencia de los pacientes con ER. El verdadero desafío consiste en adecuarse a la cotidianidad y mantener la identidad del paciente. **Objetivo.** Evaluar si las familias de niños con ER logran transformar una realidad, incertidumbre y vulnerabilidad, en un proceso de aprendizaje y fortalecimiento. **Metodología:** Se realizó un estudio mixto (cuali-cuantitativo), descriptivo y transversal. Con diseño de casos múltiples con revisión de historias clínicas y encuestas, para analizar la evolución clínica y factores psicosociales de 17 pacientes con ER, durante el periodo 2012 al 2026. **Resultados:** Predominó el sexo femenino (58,82 %; 10/17), edad de diagnóstico temprano (52,94 % lactantes o menos); con buena adaptabilidad. Solo 11,76 % tuvo ayuda institucional. El 100 % del tutor fue la madre, con un 52,94 % educación superior; el 88,24 % fueron Graffar III y IV. En los pre-escolares el 83,33 % asisten a Jardin de infancia, un 50 % con apoyo; 83,33 % logró socializar. El 81,82 % de escolares y adolescentes asisten a escuelas regulares, sin embargo 72,72 % no contaban con personal capacitado; solo 18,18 % tuvo ayuda institucional; el 81,82 % estaban orgullosos de sus logros. El 100 % con evolución clínica satisfactoria. **Conclusiones:** Existe una alta resiliencia familiar con carga sostenida, con ausencia de los entes gubernamentales que brinden apoyos institucionales

**Palabras clave:** Enfermedades raras, Resiliencia, Trayectorias terapéuticas

## T81. EL MAPA: HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA DE HTA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA RENAL EN UN SERVICIO DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA VENEZOLANO

**ABPM: a diagnostic tool for hypertension in patients with renal pathology in a Venezuelan pediatric nephrology service**

*N. Pulgar (ORCID: 0009-0001-3740-2842)*
*E. Lara (ORCID: 0000-0001-5845-8354)*
*M. Cure (ORCID: 0000-0002-8624-7498)*
*C. Soto (ORCID: 0000-0003-4884-9532)*
*Y. Milano (ORCID: 0009-0003-6680-2815)*
*K. Petit (ORCID: 0009-0001-0378-722)*
*M. Fonseca (ORCID: 0009-0000-8329-3766)*
*A. Franco (ORCID 0009-0008-5863-8177)*
*A. González (ORCID 0000-0002-8624-7498)*
*M. Corrales (ORCID: 0009-0002-7477-1353).*

**RESUMEN**

La hipertensión arterial (HTA) en pediatría es un factor de riesgo crítico para la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC). El monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) permite identificar alteraciones del ritmo circadiano no detectables en la consulta casual. **Objetivo:** Determinar la utilidad de el MAPA como herramienta diagnóstica de HTA en pacientes con patología renal del Hospital de Niños “Dr. Jorge Lizárraga”, Valencia. Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo (marzo 2025 – marzo 2026) en 98 pacientes de 5 a 14 años. Se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas, estadios de ERC y hallazgos ecocardiográficos. **Resultados:** Predominó el sexo masculino (52%) y el grupo escolar (37,8%). La principal patología de base fue CAKUT (27,5%). El 59,2% de los pacientes presentó un patrón non-dipper, destacando en el 82,3% de los casos con SNCR. Se halló una asociación significativa entre el estadio avanzado de ERC y la presencia de HTA (p = 0,002), así como entre la HTA y la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) (p < 0,001), presente en el 50% de los hipertensos. **Conclusiones:** El deterioro renal es directamente proporcional al descontrol tensional. El MAPA se consolida como el estándar de oro al detectar alteraciones precoces del ritmo circadiano y cargas tensionales elevadas, permitiendo una estratificación de riesgo cardiovascular oportuna en nefrología pediátrica.

**Palabras clave**: Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial, Hipertensión Arterial, Enfermedad Renal Crónica, Pediatría, Ritmo Circadiano.

## CC84. FETUS IN FETU EN COEXISTENCIA CON PIGOMELIA. UN CASO CLÍNICO EXCEPCIONAL

**Fetus in fetu coexisting with pygomelia. An exceptional clinical case**

*María Paula Villegas Fernández (ORCID: 0009-0000-1079-9176)*
*Rodolfo Jesús Rodríguez Ruiz (ORCID: 0009-0000-2566-1233)*
*Ray David Molina Linares (ORCID: 0000-0002-4325-0830)*
*Rafael José Santiago Peña (ORCID:0000-0002-6732-569X)*

**RESUMEN**

La combinación de Fetus in fetu (FIF) con Pigomelia representa un desafío diagnóstico y quirúrgico de primer nivel, pues ambos fenómenos son rarezas embriológicas por sí solos. Existen menos de 200 casos de FIF reportados a nivel mundial; la variante con Pigomelia es aún más escasa. A continuación, se presenta un caso clínico de recién nacido femenino con malformación congénita FIF en coexistencia con pigomelia. La exploración detallada reveló la presencia de miembro inferior aberrante con salida en región sacro-coccígea izquierda, fémur, tibia y peroné hipoplásicos, rudimentarios, sin evidencia de rótula, con deformidad en área de diáfisis, finalizando en un pie que muestra aumento de tejidos blandos con poli-sindactilia, asimismo esbozo genital/anal medial en gemelo parásito, sin evidencia de conexión de víscera hueca con gemelo receptor. Este caso subraya la importancia de un enfoque multidisciplinario por la rareza de la Pigomelia asociada a FIF, lo que obligó a un exhaustivo análisis para evitar confusión con teratomas sacrococcígeos, garantizando una resección quirúrgica precisa que preservó la funcionalidad neurológica del paciente.

**Palabras clave:** Fetus-in-Fetu, Pigomelia, gemelo parásito, anomalía congénita.

## T86. SUCCIÓN NO NUTRITIVA COMO MANEJO DEL DOLOR EN LOS RECIÉN NACIDOS SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

**Non-nutritive sucking as pain management in newborns undergoing invasive procedures in the neonatal unit**

*Joanna Desireé Nucete de Rosales (ORCID: 0009-0002-8002-0951)*
*Ysis Del Valle Delgado Chacón (ORCID 0009-0003-2128-388X)*

*Ana Beatriz Chacón Martínez (ORCID: 0009-0006-7947-3637)*
*Leidy Mar González González (ORCID: 0009-0002-6409-592*

**RESUMEN**

**Introducción:** En la actualidad se han realizado investigaciones donde manifiestan que los recién nacidos ya tienen las estructuras anatómicas, fisiológicas y bioquímicas necesarias para experimentar dolor incluso antes de nacer, de aquí la importancia de la aplicación de medidas no farmacológicas durante procedimientos de rutina, para tratar de disminuir el dolor. **Objetivo:** Evaluar la eficacia de la succión no nutritiva (SNN) como estrategia de manejo del dolor en los recién nacidos, sometidos a procedimientos invasivos en la Unidad de Neonatología del Hospital Central de San Cristóbal marzo - junio 2024. **Métodos:** Se realizó una investigación experimental, relacional de casos y controles, prospectivo y transversal. Con un total de muestra de 70 pacientes, de los cuales 46 corresponden a grupo casos a los que se les aplicó SNN y 24 al grupo control que se aplicó ningún procedimiento. Aplicando la escala NIPS para determinar el nivel del dolor, los datos fueron analizados en el programa SPSS versión 22, se compararon los dos grupos de estudio, con cálculo a través de la prueba Chi cuadrado de Pearson con p significativa ≤ 0,05. **Resultados:** Al valorar el nivel de intensidad del dolor tomando en cuento la Escala de NIPS se observaron diferencias entre ambos grupos, durante el procedimiento invasivo fueron estadísticamente significativas, obteniéndose que, para el grupo casos donde se aplicó succión no nutritiva, la intensidad del dolor fue menor (p <0,05). **Conclusiones:** La succión no nutritiva es eficaz para manejar el dolor en recién nacidos expuestos a procedimientos invasivos.

**Palabras clave:** succión no nutritiva, neonato, procedimientos invasivos.

## C88. MANEJO INICIAL DEL GRAN QUEMADO PEDIÁTRICO. REPORTE DE UN CASO

**Initial management of the pediatric major burn patient. A case report**

*María de los Angeles Mujica Delgado (ORCID: 0000-0003-3302-7536)*
*Francisco Javier Arteaga Sánchez (ORCID: 0009-0000-6084-2312)*
*Feysimar Argelia Escalona Regalado (ORCID: 0009-0005-0886-9768)*
*María Fernanda Pacheco Graterol (ORCID: 0009-0008-7269-8467)*

**RESUMEN**

El quemado grave pediátrico amerita un manejo complejo y multidisciplinario, para evitar las complicaciones que contribuyen a la mortalidad temprana, las cuales emergen en las primeras 72 hrs. La infección de las lesiones, la sepsis y la disfunción orgánica, hacen parte de las complicaciones que llevan a la muerte, o a incapacidades físicas funcionales, estéticas y psicológicas que interfieren en todos los aspectos de la vida del niño y del grupo familiar. Se describe el caso clínico de escolar masculino de 8 años de edad, quien posterior a contacto por fuego directo presenta quemaduras profundas en 70% de su superficie corporal. Durante su hospitalización permaneció en condiciones críticas inestables, ameritando un manejo continuo, actualizado y personalizado de la fisiopatología de esta enfermedad con alta mortalidad y con secuelas múltiples. Educar será siempre la mejor arma para prevenir este tipo de accidentes no intencionales.

**Palabras clave:** Gran quemado, mortalidad infantil, educación, accidentes.

## CC90. SEPSIS NEONATAL POR CITROBACTER FREUNDII ADQUIRIDA EN UN PACIENTE PREVIAMENTE SANO

**Neonatal sepsis caused by citrobacter freundii acquired in a previously healthy patient**

*Adriana Josefina Moy Quijada (ORCID: 0000-0002-7750-2186)*
*Ruth María Méndez Acosta (ORCID: 0009-0009-0212-9469)*
*Arelis de Jesús Vásquez Campos (ORCID: 0009-0007-4489-0462)*
*Andrea de los Ángeles Serrano Rincones (ORCID: 0009-0009-3087-9400)*
*Fabiola Alejandra Rodríguez Márquez (ORCID: 0009-0004-0724-7871)*
*Andrés Eloy Gutiérrez Morillo (ORCID: 0009-0004-5855-5823)*

**RESUMEN**

El complejo Citrobacter freundii ha emergido como un patógeno de relevancia clínica en oposición a su relación con el entorno hospitalario, debido a su potencial neuroinvasivo y a la complejidad de sus mecanismos de resistencia. Se presenta el caso de neonato sin factores de riesgo clásicos, que debutó con sepsis neonatal tardía de foco urinario adquirida en la comunidad. El cuadro clínico se caracterizó por fiebre y paraclínicos que mostraron una respuesta inflamatoria sistémica grave. Debido a la expresión de betalactamasas tipo AmpC inducibles, el esquema empírico inicial con ampicilina y cefotaxime fue insuficiente, lográndose la remisión completa tras la administración de meropenem. Este caso resalta la virulencia de C. freundii en neonatos previamente sanos y el desafío que supone su resistencia antimicrobiana intrínseca, enfatizando la necesidad de vigilancia neurológica y manejo terapéutico adecuado.

**Palabras clave:** Sepsis neonatal; infecciones urinarias, Citrobacter.

## T91. HALLAZGOS FISIOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO: ESTUDIO OBSERVACIONAL

**Physiological and pathological findings in newborn skin: an observational study**

*Adriana Josefina Moy Quijada (ORCID: 0000-0002- 7750-2186)*
*Mercedes Adriana Bolívar García (ORCID: 0009-0006-1843-7069)*
*Arelis de Jesús Vásquez Campos (ORCID: 0009-0007-4489-0462)*
*Andrea de los Ángeles Serrano Rincones (ORCID: 0009-0009-3087-9400)*
*Ruth María Méndez Acosta (ORCID: 0009-0009-0212-9469)*
*Andrés Eloy Gutiérrez Morillo (ORCID: 0009-0004-5855-5823)*
*Fabiola Alejandra Rodríguez Márquez (ORCID: 0009-0004-0724-7871)*

**RESUMEN**

**Introducción:** La piel neonatal es una barrera inmadura cuya integridad es vital para la supervivencia. Los cambios dermatológicos en esta etapa son frecuentes y varían desde hallazgos fisiológicos hasta patológicos graves, influenciados por factores perinatales y ambientales. **Objetivo:** Evaluar el perfil clínico de los hallazgos fisiológicos y patológicos cutáneos en neonatos, con base en su localización, permanencia y determinantes demográficos, con el fin de enfatizar la vulnerabilidad de la piel del recién nacido. **Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal. La información fue recopilada en un formulario de registro elaborado por los investigadores, la muestra estuvo conformada por 167 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Los datos tuvieron un análisis univariado expresando resultados en frecuencias absolutas y porcentajes. **Resultados:** Predominó el sexo masculino (56,29 %), neonatos a término (95,21 %), y enfermos (54,49 %). Los hallazgos clínicos más frecuentes fueron ictericia (24,55 %), milium sebáceo (20,95 %) y flebitis (13,17 %). La región cefálica fue la más afectada (41,92 %). El 95,45 % de lesiones fueron transitorias. **Conclusiones:** La mayoría de los hallazgos cutáneos neonatales son benignos y transitorios, con la ictericia multifactorial como principal hallazgo. Sin embargo, la presencia de flebitis señala áreas críticas para mejorar el cuidado de la piel del neonato. La disertación y el reconocimiento clínico de hallazgos dermatológicos en recién nacidos evitan diagnósticos erróneos e intervenciones terapéuticas innecesarias. Es imperativo fortalecer la educación a cuidadores y optimizar los protocolos de vigilancia en la primera semana de vida.

**Palabras clave:** Neonatos, Lesión, Piel, Dermatología.

## CC94. TROMBOSIS ARTERIAL MASIVA SECUNDARIA A SARS-COV-2 EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON MIOCARDIOPATÍA RESTRICTIVA GENÉTICA: REPORTE DE UN CASO

**Massive arterial thrombosis secondary to SARS-CoV-2 in a pediatric patient with genetic restrictive cardiomyopathy: A case report**

*Andrea de los Angeles Lozada Santamaria (ORCID:0009-0009-2358-7549)*
*Ana Cristina Arias Ron (ORCID:0009-0002-8932-5487)*
*Geraldine Marianna Valero Peralta (ORCID:0009-0003-5008-461)*
*Alberto José Cabaña Mejía (ORCID: 0009-0002-8872-8858)*
*Noemar Daniela Gil Marquez (ORCID: 009-0000-9373-5855)*

**RESUMEN**

La miocardiopatía restrictiva (MCR) pediátrica, particularmente la asociada a mutaciones en el gen MYH7, genera un sustrato anatómico de estasis sanguínea por dilatación biatrial severa. Se reporta el caso de un adolescente de 10 años con MCR genética y síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico (SIM-P) por SARS-CoV-2, quien desarrolló isquemia crítica de miembros inferiores (Rutherford IIb). Al ingreso, presentó elevación marcada de Dímero D (2.280 ng/mL) e IgM positiva para SARS-CoV-2. Estudios de imagen revelaron trombosis obstructiva de arterias femorales y poplíteas. Fue sometido a trombectomía quirúrgica de emergencia, confirmándose histopatológicamente trombos organizados con infiltrado inflamatorio compatible con inmunotrombosis. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, con restitución total del flujo vascular a los 15 días. Este caso demuestra la sinergia letal entre la vulnerabilidad genética y la endotelitis por SIM-P, subrayando que la intervención quirúrgica precoz es determinante para la supervivencia y preservación de la extremidad.

**Palabras clave:** Trombosis arterial, SIM-P, SARS-CoV-2, miocardiopatía restrictiva, MYH7.

## C101. DE LA SOSPECHA INFECCIOSA A LA CERTEZA INMUNOLÓGICA: ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL OLIGOARTICULAR SIMULANDO OSTEOMIELITIS CRÓNICA

**From infectious suspicion to immunological certainty: oligoarticular juvenile idiopathic arthritis mimicking chronic osteomyelitis**

*Ángela José De Freitas-Linares (ORCID 0009-0004-8183-3035)*
*Ana Zolvic Zambrano-Guerra (ORCID: 0009-0003-9317-0112)*
*Francis Crespo Serrano (ORCID: 0000-0003-2720-0435)*
*Marlinka Moya (ORCID: 0000-0002-4085-3652)*

**RESUMEN**

Preescolar de 6 años referida por sospecha de osteomielitis crónica en rodilla izquierda, con una evolución de 18 meses caracterizada por monoartritis, tratada inicialmente como artritis séptica por *Streptococcus viridans* según aislamientos microbiológicos. Ante la progresión a compromiso oligoarticular asimétrico y evolución tórpida, se reevaluó el caso mediante una evaluación semiológica detallada y solicitud de paraclínicos. El hallazgo de anticuerpos antinucleares (ANA) positivos permitieron diagnosticar Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) oligoarticular. La resonancia magnética (RM) permitió identificar daño por inflamación crónica (erosiones, hipertrofia sinovial, derrame articular) y descartar colecciones infecciosas. Este caso ilustra el desafío diagnóstico que representa la AIJ al simular infecciones osteoarticulares, subrayando que una anamnesis meticulosa y el examen físico son herramientas irremplazables para evitar tratamientos antimicrobianos prolongados y procedimientos invasivos innecesarios. Su publicación se justifica por la relevancia de la sospecha clínica temprana para prevenir la discapacidad física a largo plazo en pacientes pediátricos.

**Palabras clave:** Artritis Idiopática Juvenil, AIJ, Osteomielitis, ANA, anticuerpos antinucleares

## CC104. TRISOMÍA 13: LIMITES TERAPÉUTICOS Y CUIDADOS PALIATIVOS NEONATALES. UN ENFOQUE BIOÉTICO A PROPÓSITO DE UN CASO

**Trisomy 13: Therapeutic Limits and Neonatal Palliative Care. Bioethical approach. Case report**

*Yajaira Coromoto Pérez Medina (ORCID: 0009-0008-7316-8740)*
*Dago Onésimo Cárdenas Maldonado (ORCID: 0009-0007-8055-0676)*
*María Gabriela Zerpa (ORCID: 0009-0003-0398-7752)*
*Kelly Anabel Gómez Longa (ORCID: 0009-0003-8981-2872)*

**RESUMEN**
La trisomía 13 o síndrome de Patau es una cromosomopatía severa y de alta letalidad, caracterizada por múltiples malformaciones congénitas. Este artículo presenta el caso clínico de un recién nacido masculino a término que exhibió una presentación fenotípica compleja que trascendió la clásica tríada, abarcando complicaciones multisistémicas severas. Durante su evolución intrahospitalaria, el paciente desarrolló disfunciones a nivel hematoinfeccioso, respiratorio, cardiovascular, neurológico, metabólico renal, y quirúrgico, requiriendo un abordaje multidisciplinario de alta complejidad. Se detallan exhaustivamente los hallazgos clínicos, genéticos prenatales y la evolución tórpida del neonato. Asimismo, se analizan los límites y desafíos terapéuticos frente a la variabilidad fenotípica de este síndrome, enfatizando la importancia de individualizar el manejo clínico y la necesidad de priorizar apoyo familiar y el confort en pacientes con pronóstico letal.
**Palabras clave:** trisomía 13, síndrome de Patau, complicaciones multisistémicas, límites terapéuticos.

## CC106. ENCEFALITIS DE RASMUSSEN CON EVOLUCIÓN A VARIANTE FULMINANTE EN UN ADOLESCENTE DE 11 AÑOS: REPORTE DE UN CASO.

**Rasmussen's encephalitis with evolution to a fulminant variant in an 11-year-old adolescent: a case report.**

*Yadiana Desiré Palencia Herrera (ORCID: 0009-0005-7324-1280)*
*Andrea de Los Angeles Lozada Santamaria (ORCID: 0009-0009-2358-7549)*
*Alberto José Cabaña Mejía (ORCID: 0009-0002-8872-8858)*
*Olmo David Ojeda Herrera (ORCID: 0009-0005-8562-4553)*

**RESUMEN**
La Encefalitis de Rasmussen (ER) es una enfermedad neuroinflamatoria rara y progresiva que afecta a un solo hemisferio cerebral, principalmente en niños. Su origen es inmunopatológico, donde los linfocitos T CD8+ atacan directamente al tejido neuronal, provocando inflamación crónica, muerte celular y, eventualmente, atrofia cerebral severa. Se presenta el caso de un adolescente de 11 años de edad con evolución clínica caracterizada por cefalea, fiebre y crisis convulsivas tónico clónicas que progresaron a mioclonías parciales en el hemicuerpo derecho y clínica de hipertensión intracraneal, con hallazgo de neuroimagen tipo resonancia magnética que reveló edema cerebral unilateral masivo. A pesar del uso de múltiples fármacos anticonvulsivos, esteroides e inmunoglobulina humana y medidas anti edema cerebral no se obtuvo mejoría clínica, el paciente falleció por sepsis y falla multiorgánica antes de poder considerar opciones quirúrgicas.
**Palabras clave:** Encefalitis de Rasmussen, linfocitos T, crisis convulsivas parciales, mioclonías, edema cerebral unilateral.

## T115. ROMPECABEZAS DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y NEUROTIPICOS: ESTUDIO COMPARATIVO EN UNA CONSULTA GASTROENTEROLÓGICA

**Puzzle of risk factors in patients with autism spectrum disorder and neurotypics: a comparative study in a gastroenterological consultation**

*López K (ORCID: 0000-0001-8244-4307), Navarro D (ORCID: 0000-0001-8999-7182), Ballesteros S (ORCID: 0009-0008-7964-148X), Ramírez K, Sanabria D (ORCID: 0009-005-0619-8956), Maury D (ORCID: 0009-009-3496-3333)*

**RESUMEN**
**Introducción:** en Trastorno del espectro autista (TEA) se observan factores de riesgo con interrelación genes y ambiente. **Objetivo:** identificar factores de riesgo prenatales, neonatales, postnatales y ambientales en niños TEA y neurotípicos. **Método:** se aplicó encuesta transversal en línea tipo Google forms (agosto-diciembre 2025) a madres con niños TEA (grupo casos) y neurotípicos (grupo control), previo consentimiento informado. Comparación de factores de riesgo seleccionados. **Resultados:** 200 niños; Grupo casos 99(49,50%) vs Grupo control 101(50,50%), edad promedio 10.30±5.30 vs 6,70±4,80 (rango:3-21 años), p<0.001. Predominio sexo masculino sobre femenino, en TEA de 6.6:1 y controles 1,6:1. **Factores prenatales:** edad materna y paterna de procreación p=0.002 y p=0.578 y edad gestacional, p=0.046 entre los grupos. Antecedentes familiares con TEA 26,26% vs 6,93%, OR=4,78, p=0.001. Factores neonatales-postnatales: parto por cesárea, casos 79,80% vs control 41,58%, p<0.001), OR=5.54. No diferencias en la frecuencia de prematuridad (p=0.871) ni necesidad de hospitalización al nacer (p=0.763) o exposición meconial (p=0.542) entre ambos grupos. Se observó en los niños TEA peso en los extremos (bajo peso o alto) con respecto al peso adecuado p=0.011, OR=2.53 con respecto a controles. Factores ambientales prenatales: asociación significativa con uso de plásticos p=0,009, OR=3,81 y amalgamas dentales maternas p=0.048, OR=1.75. La ingesta de pescado y los accidentes con termómetros de mercurio sin diferencias significativas p=0.345 y p=0.744, respectivamente. **Conclusiones.** La mayoría de los factores de riesgo investigados se presentan con más frecuencia en niños TEA en comparación con niños neurotípicos, su identificación temprana permitirá crear estrategias preventivas en aquellos factores modificables.
**Palabras clave:** trastorno del espectro autista, epigenética, niños neurotípicos, exposición a mercurio, exposición a plásticos, factores de riesgo prenatales y postnatales.

## T117. VIRUS EMERGENTES Y DESHIDRATACIÓN: MÁS ALLÁ DEL ROTAVIRUS EN LA GASTROENTERITIS PEDIÁTRICA HOSPITALARIA.

**Emerging viruses and dehydration: beyond rotavirus in hospitalized pediatric gastroenteritis**

*Esmeralda Vizzi (ORCID 0000-0001-6865-1617)*
*Karolina López (ORCID: 0000-0001-8244-4307)*
*Dianora Navarro (ORCID 0000-0001-8999-7182)*
*Angela De Freitas-Linares (ORCID 0009-0004-8183-3035)*
*Laura Peña (ORCID: 0009-0003-7279-5674)*
*Rita E Rosales (ORCID 0000-0002-8436-042X)*
*Idamelis Rodríguez (ORCID 0000-0002-7467-0926)*
*David Inaty (ORCID 0009-0001-7158-9858)*
*Sandra Neri (ORCID: 0009-0002-8246-3043)*
*Osmary Durán (ORCID: 0009-0006-4315-8846)*

**RESUMEN**
**Introducción:** Estudios recientes sugieren que algunos virus gastrointestinales que han ocupado el nicho epidemiológico del rotavirus producen cuadros de deshidratación y requieren atención hospitalaria. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de virus gastrointestinales en niños con gastroenteritis y su relación con el estado de deshidratación, estado socioeconómico y hospitalización. **Métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo y transversal (2023-2025) en 104 niños (1-197 meses). Se recolectaron datos sociodemográficos, clínicos y muestras fecales para identificación viral mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR). **Resultados:** El rotavirus (RV) afectó el 35,6% (n=37), enterovirus (EV) 21,2% (n=22), adenovirus (AdV) 19,2% (n=20) y calicivirus el 4,8% (n=5). Otros agentes hallados: cosavirus (2,8%), astrovirus (0,9%) y klassevirus (1%). La mediana de edad: 13 meses; los más afectados tenían <24 meses (RV 78,4%; EV 68,2%). Predominó el estrato socioeconómico Graffar IV (67,5%). La tasa de hospitalización fue: AdV 15%, RV 8,1% y EV 4,5%. El riesgo de hospitalización por AdV frente a RV, fue RR= 1.85 (IC:95%,0.42-8.16, p=0.41), RV frente a EV, RR=0.56 (IC:95%,0.06-5.11, p>0.59). La correlación de Spearman fue moderada-débil entre Graffar IV y necesidad de hospitalización (rs=0.43, IC 95%: 0.16 - 0.96, p >0.35), y fuerte entre hospitalización y agente causal, rs=0.81 p<0.027 al considerar RV, EV y AdV. **Conclusiones:** Se evidencia una transición epidemiológica hacia otros virus gastrointestinales igualando la severidad clínica del RV. El predominio de RV y la emergencia de otros virus subrayan la necesidad de fortalecer
**Palabras clave:** gastroenteritis; virus gastrointestinales; rotavirus; enterovirus; adenovirus; reacción en cadena de la polimerasa, vigilancia molecular; Venezuela.

## CC122. CUANDO EL ESTRÉS ROMPE LA BARRERA DÉRMICA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE HEMATIDROSIS INFANTIL

**When stress breaks the skin barrier: A Case Report of Childhood Hematidrosis**

*Victoria Eugenia Salaverria Chacin (ORCID: 0009-0003-3527-3551)*
*José Alejandro Figueroa Salazar (ORCID:0009-0001-9323-1718)*
*Karolina López Barrera (ORCID: 0000-0001-8244-4307)*
*Geinymar de las Nieves Farfán Rendón (ORCID: 0009 0000 6719 2885)*

**RESUMEN**
La hematidrosis (hemohidrosis o hematohidrosis) es una patología poco frecuente, caracterizada por episodios recurrentes y autolimitados de secreción espontánea de una mezcla de sangre y sudor a través de una superficie cutánea y/o mucosa íntegra; pudiendo acompañarse de síntomas prodrómicos, sin compromiso hemodinámico, generalmente asociados a estresores. El diagnóstico es de exclusión, concluyendo un fenómeno patológico independiente, y no un síntoma de otra enfermedad, con aparición más frecuente en la edad pediátrica. Se expone el caso de un paciente adolescente femenino quien posterior a exposición a estresores (separación familiar) presenta episodios de sangrado cutáneo en ambas palmas, miembros inferiores y región facial de 15 días de evolución, por lo que se estudia sudoración hemática para descarte de patología ficticia verificando presencia de componentes sanguíneos en la secreción. Se presenta el caso con la finalidad de fortalecer el entendimiento clínico sobre una entidad rodeada de misticismo y facilitar identificaciones tempranas.
**Palabras clave:** Hematidrosis, hemohidrosis, hematohidrosis, hemorragia cutánea

# RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES: PRESENTACIONES E-PÓSTER



## Trabajos Libres

### T1. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESTETE PRECOZ EN LAS MADRES DE LACTANTES QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA

**Risk factors associated with early weaning in mothers of infants admitted to the pediatric service**

*Joanna Desireé Nucete de Rosales (ORCID: 0009-0002-8002-0951)*
*Danielys Alejandra Morillo Arévalo (ORCID: 0009-0003-3625-4504)*
*Masiel Andreina Coromoto Mogollón García U (ORCID: 0009-0003-5149-6528)*
*Andrea Stefania Pernia Molina (ORCID: 0009-0004-5700-5432)*

**RESUMEN**

**Introducción:** A pesar de los beneficios de la lactancia materna se han generado grandes mitos que han puesto en riesgo esta práctica, ocasionando el destete precoz. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociado al destete precoz de lactancia materna en las madres de lactantes que ingresan al servicio de pediatría del Hospital Central de San Cristóbal mayo-junio 2025. **Metodología:** descriptivo, prospectivo, caso-control. Resultados: 80,76 % presento destete precoz, los factores de riesgo: edad materna (26- 35 años) (OR 2,121; IC 95 % 0,456-9,336; p 0,042), ama de casa (OR 2,125; IC 95 % 0,480-9,335; p 0,024); consumo de alcohol (OR 1,393; IC 95 % 1,030 -1,881; p 0,017); uso de chupón en el primer mes (OR 1,364; IC 95 % 1,060-1,753; p 0,021) antecedentes de destete precoz (OR 2,211; IC95 % 1,201-4,066; p 0,000)**. Conclusión:** a pesar del énfasis de la Organización Mundial de la Salud por la lactancia materna todavía existe una alta tasa de destete precoz.

**Palabras clave:** lactancia materna, destete precoz

### CC1. ABSCESOS HEPÁTICOS PEDIÁTRICOS: REPORTE DE TRES CASOS Y ABORDAJE CLÍNICO

**Pediatric hepatic abscesses: report of three cases and clinical approach**

*Nicole Maldonado (ORCID: 0009-0006-1647-5862)*
*Ana Falcón (ORCID: 0009-0008-9554-5850)*
*Renzo Vivas (ORCID: 0000-0001-9979-9956)*
*Alexis González (ORCID: 0009-0008-5424-0535)*

**RESUMEN**

Los abscesos hepáticos en pediatría son una afección poco frecuente pero potencialmente grave, de etiología diversa, incluyendo infecciones parasitarias (amebianas y por Ascaris lumbricoides) y bacterianas (piógenas). La desnutrición se presenta como un factor contribuyente clave en el desarrollo y complicaciones de esta patología, ya que compromete la respuesta inmunológica y favorece la invasión de patógenos. En esta serie de casos, se observa cómo la desnutrición severa agravó el pronóstico de una preescolar de 5 años con absceso amebiano, mientras que en el segundo caso, un escolar de 6 años con absceso piógeno secundario a un foco periodontal también presentó desnutrición grave. El tercer caso, un preescolar de 2 años con abscesos múltiples secundarios a infestación por Ascaris lumbricoides, mostró anemia y desnutrición leve. Estos casos destacan la importancia del diagnóstico temprano, manejo multidisciplinario, soporte nutricional intensivo y tratamiento oportuno para reducir la morbimortalidad y mejorar el pronóstico.

**Palabras clave:** absceso hepático, pediatría, desnutrición, manejo multidisciplinario, diagnóstico temprano

### CC5. DE LA FALLA QUIRÚRGICA A LA REHABILITACIÓN MEDIANTE SOPORTE NUTRICIONAL Y BIENESTAR EMOCIONAL

**From surgical failure to rehabilitation through nutritional support and emotional well-being**

*Angela De Freitas-Linares (ORCID 0009-0004-8183-3035)*
*Laura Villabona (ORCID: 0009-0000-5790-2054)*
*Lysber Guerra (ORCID: 0009-0000-3526-3546)*
*Inesan Martinez (ORCID: 0000-0002-4101)*

**RESUMEN**

Se presenta adolescente de 16 años masculino, previamente eutrófico, con antecedente de peritonitis por apendicitis aguda, evolucionando con múltiples complicaciones por adherencias y formación de una hernia interna a través de una brecha mesentérica. Esto causó isquemia masiva y resección de 250 cm de yeyuno-íleon, derivando en síndrome de intestino corto. Desarrolló desnutrición grave marasmática debido a una latencia de 40 días para iniciar soporte nutricional especializado. Tras 118 días de estancia en emergencia, cursando con falla multiorgánica y depresión reactiva, se instauró un abordaje integral combinando soporte nutricional intensivo y humanización asistencial (luz natural y paseos al exterior). Esta intervención logró, en solo 19 días, una ganancia ponderal de 300 g/día, resolución del cuadro depresivo y cierre de la herida quirúrgica por segunda intención. Se concluye que la intervención nutricional precoz y la optimización del entorno emocional son pilares inseparables para el éxito terapéutico en el paciente quirúrgico complejo.

**Palabras clave:** Síndrome del Intestino Corto; Isquemia Intestinal; Desnutrición; Humanización de la Atención en Pediatría.

### CC8. INFECCIÓN CUTÁNEA POR MYCOBACTERIUM FORTUITUM EN PEDIATRÍA

**Mycobacterium fortuitum cutaneous infection in pediatrics**

*Roceudy Blanco (ORCID: 0009-0005-5484-334X)*
*Veruska Jauregui (ORCID: 0009-0002-2439-8765)*
*Marisela Bruzual (ORCID: 0009-0002-7519-9459)*
*Manuela Mérida (ORCID: 0009-0000-8373-1463)*
*Elvia González (ORCID: 0009-0000-4142-8255)*

**RESUMEN**

La infección cutánea por *Mycobacterium fortuitum*, un bacilo acidorresistente ambiental de crecimiento rápido

representa un desafío clínico por su similitud con infecciones bacterianas comunes y la resistencia intrínseca de este patógeno a la terapia antimicrobiana empírica convencional. Se manifiesta como úlceras, nódulos o abscesos de evolución tórpida. El diagnóstico definitivo requiere el aislamiento del microorganismo mediante cultivo. Se presenta el caso de una preescolar femenina de 5 años, con infección de piel en miembro inferior izquierdo que, tras el fracaso terapéutico con cefadroxilo y clindamicina oral, fue ingresada en un centro de salud de su localidad para recibir clindamicina intravenosa y curas locales, persistiendo la evolución tórpida, trasladándose nuestro centro de salud, donde recibe antibioticoterapia de amplio espectro. Sin embargo, ante la refractariedad al tratamiento se realizó desbridamiento y cultivo de tejido. El aislamiento de M. fortuitum, permitió instaurar terapia antimicrobiana dirigida, logrando la mejoría clínica.

**Palabras clave:** Mycobacterium fortuitum, Micobacterias atípicas, Infecciones cutáneas:

## CC11. MAS ALLÁ DE LOS PATÓGENOS HABITUALES EN VENEZUELA: SEPSIS NEONATAL POR LISTERIA MONOCYTOGENES Y SU DESAFÍO DIAGNÓSTICO

**Beyond the usual pathogens in Venezuela: Neonatal Sepsis from Listeria and Its Diagnostic Challenge**

*Aracelys Valera (ORCID: 0009-0009-6868-6479)*
*María Fernanda Espinoza (ORCID: 0009-0009-5216-2486)*

**RESUMEN**

La infección por Listeria monocytogenes es una infección grave causada por un bacilo grampositivo que aunque presenta una incidencia menor con respecto a otros patógenos entéricos, se posiciona como una de las causas más graves de morbimortalidad neonatal a nivel mundial. La relevancia de la presente discusión de caso radica la necesidad de evidenciar las limitaciones diagnosticas actuales en el manejo de las infecciones sistémicas en neonatos. Se describe el caso de un paciente el cual fue abordado inicialmente de forma integral incluyendo la realización de PCR multiplex para meningitis bacteriana, donde se obtuvo resultado positivo para Listeria monocytogenes. Posteriormente el paciente fue referido y manejado en conjunto con un equipo multidisciplinario en la emergencia pediátrica del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”, periodo 2.026, presentando una evolución clínica satisfactoria.

**Palabras clave:** Listeria monocytogenes, listeriosis, sepsis neonatal, meningoencefalitis, PCR multiplex bacteriano

## CC12. TUBERCULOSIS PERITONEAL EN PEDIATRÍA: CUANDO LA CLÍNICA SUPERA A LA BIOLOGÍA MOLECULAR

**Pediatric peritoneal tuberculosis: when clinical judgment surpasses molecular biology**

*María Victoria Crespo Rodríguez (ORCID: 0009-0003-3804-2185)*
*Eudymar Dariela Liendo-García (ORCID: 0009-0002-1317-0693)*
*Luisa María García-Peñalver (ORCID: 0009-0000-57585802)*
*Alexis de Jesús González Hernandez (ORCID: 0009-0008-5424-0532)*
*Luis Eleazar Ascanio Abreu (ORCID: 0009-0000-7168-5528)*
*Valentina del Carmen Medina-Valentin (ORCID: 0009-0009-4829-518X)*

**RESUMEN**

La Tuberculosis Peritoneal (TBP) en pediatría es un reto diagnóstico por su naturaleza paucibacilar (baja carga bacteriana) y síntomas inespecíficos. Se presenta el caso de adolescente de 13 años con fiebre y ascitis. Ante un nexo epidemiológico y un resultado de 20 mm en el Derivado Proteico Purificado (PPD), se realizó paracentesis. Aunque la prueba molecular Xpert Mycobacterium tuberculosis/Rifampicina (Xpert MTB/RIF) fue negativa, el análisis del líquido ascítico confirmó un exudado linfocitario según los Criterios de Light, con un Gradiente de Albúmina Suero-Ascitis (GASA) menor a 1,1 g/dL y niveles elevados de la enzima Adenosina Desaminasa (ADA) en 45,8 U/L. La evolución favorable tras el Tratamiento Antifímico (TAF) subraya la necesidad de integrar la sospecha clínica y marcadores bioquímicos convencionales cuando las pruebas biológicas de alta tecnología presentan sensibilidad limitada.

**Palabras clave:** Tuberculosis Extrapulmonar, Tuberculosis Peritoneal, Pediatría, Ascitis, Xpert MTB/RIF.

## CC14. PELIGRO EN MINIATURA DONDE EL TIEMPO ES TEJIDO. INGESTA DE PILA DE BOTÓN. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

**A miniature danger where time is tissue. Ingestionn of a button battery. Presentation of a clinical case**

*Wilson Ramon Figueroa Llorente (ORCID: 0009-0002-8325-792X)*
*Joanna Desireé Nucete de Rosales (ORCID: 0009-0002-8002-0951)*

**RESUMEN**

La introducción de cuerpos extraños (CE), tanto orgánicos como inorgánicos, en orificios corporales es común en niños. La ingesta accidental es el mecanismo más frecuente. La necesidad de tratamiento depende de los síntomas, la localización y las características del CE (como pilas de botón u objetos afilados), siendo la extracción endoscópica el tratamiento más común. Se presenta caso clínico de escolar masculino de 9 años, con clínica de odinofagia tras ingerir pila de botón. Se realizó radiografía que evidencia un CE en la región cervical. Se realiza extracción por endoscopia, encontrando esofagitis Zargar IIIA. Después de manejo médico, fue egresado, reingresando tras 9 días con hematemesis y síncope. Se realizó un control endoscópico evidenciando úlcera esofágica. Los síntomas de la ingesta de CE son variados, y la pila de botón es la más común y requiere extracción urgente. Se pueden usar miel y sucralfato temporalmente, sin retrasar la endoscopia.

**Palabras clave:** cuerpo extraño, endoscopia, pila de botón, escolar





## T20. RINITIS ALÉRGICA, ASMA, DERMATITIS ATÓPICA Y SU IMPACTO EN EL SUEÑO EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA.TRÍADA ATÓPICA Y SUEÑO PEDIÁTRICO

**Allergic rhinitis, asthma, atopic dermatitis and their impact on sleep in the pediatric population. Atopic triad and pediatric sleep**

*Ornella A. Franco R. (ORCID 0009-0006-4709-8588)*
*Valentín Sainz, María Eugenia García (ORCID: 0009-0003-6386-026)*
*Arnaldo Capriles*

**RESUMEN**

**Introducción**: La prevalencia de enfermedades alérgicas pediátricas (asma, rinitis alérgica y dermatitis atópica) ha aumentado globalmente, afectando significativamente la calidad de vida del paciente pediátrico. Los trastornos del sueño (TS), frecuentemente subdiagnosticados, han sido controversiales en su relación con estas afecciones. El objetivo de este estudio fue determinar la relación y prevalencia del Trastorno Global del Sueño (TGS) en una población pediátrica con asma, y/o rinitis alérgica, y/o dermatitis atópica. **Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo, transversal y correlacional en 86 pacientes pediátricos (4 y 17 años) con diagnóstico de rinitis alérgica (n= 26), asma (n= 30) o dermatitis atópica (n= 30) en consultas externas y Servicios de Emergencia Pediátrica del CMDLT (Caracas). Se excluyeron pacientes con alergias de otra categoría y aquellos en tratamiento con antihistamínicos o antileucotrienos. El TGS se diagnosticó mediante la escala Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC) con una puntuación ≥ 39. Se utilizó la prueba de proporciones para evaluar la significancia estadística. **Resultados:** 38,37 % de los pacientes alérgicos encuestados (33 de 86) presentaron TGS, un hallazgo que fue estadísticamente significativo (p= 0,003). Las afecciones con mayor correlación fueron el asma y la dermatitis atópica (ambas con 40 % de TGS en sus respectivos grupos). Los problemas más frecuentes fueron en el inicio y mantenimiento del sueño (40 %) y la transición sueño-vigilia (37 %). **Conclusión:** Existe una asociación significativa entre la presencia de enfermedades alérgicas comunes y la alta prevalencia de TGS en pacientes pediátricos. Es fundamental integrar el cribado de TS en la evaluación pediátrica del paciente alérgico para un manejo integral.

**Palabras clave:** Asma, Rinitis alérgica, Dermatitis atópica, Trastorno Global del Sueño, Escala de Trastornos del Sueño de Bruni

## C22. VITILIGO NO SEGMENTARIO EN LA EDAD ESCOLAR: REPORTE DE UN CASO

**Non-segmental vitiligo in school-age children: a case report**

*Lucía I Jiménez C (ORCID: 0009-0000-0229-7870)*
*Verónica V Delfs P (ORCID: 0009-0001-4331-104X)*
*Sergio A Estraño V (ORCID: 0009-0008-6781-112X)*
*Yuraima Gracia (ORCID: 0009-0006-6509-0176)*

**RESUMEN**

El presente reporte describe el caso de un escolar masculino de 10 años con vitiligo no segmentario (VNS) de evolución insidiosa, iniciado a los 7 años. Clínicamente, presenta máculas acrómicas simétricas en la región palpebral y miembros inferiores, confirmadas mediante luz de Wood. La evaluación paraclínica descartó comorbilidades autoinmunes frecuentes, como tiroidopatías, lo cual representa un factor pronóstico favorable en este momento. Este caso ilustra la importancia del diagnóstico temprano y la clasificación precisa en una etapa crítica del desarrollo. Dada la visibilidad de las lesiones palpebrales, el reporte subraya la necesidad de un abordaje multidisciplinario que considere la estabilidad clínica y el bienestar psicológico ante la vulnerabilidad psicosocial en el entorno escolar. Además, resalta la importancia del seguimiento longitudinal, ya que la autoinmunidad puede manifestarse posteriormente.

**Palabras clave:** Vitiligo, Pediatría, Autoinmunidad, Diagnóstico Precoz, Calidad de Vida.

## CC25. ANOREXIA NERVIOSA, MÁS ALLÁ DEL PESO. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Anorexia nervosa beyon weight. Case report**

*Vileidys Erianny Zamora Zamora (ORCID: 0009-0004-8965-3637)*
*Dulce María Vargas Bolívar (ORCID: 0009-0006-9871-2146)*
*Lisette Corina Palma Pinto (ORCID: 0009-0002-0435-1468)*
*Mariangel Anais Agatón Mijares (ORCID: 0009-0008-0554-8899)*
*Keila Azareel Rivero Esqueda (ORCID: 0000-0003-4214-2931)*
*Ramona María Fierro Flores (ORCID: 0009-0002-5096-4767).*

**RESUMEN**

La anorexia nerviosa es un trastorno psiquiátrico caracterizado por una restricción de la ingesta calórica, pérdida de peso autoinducida y mantenida por el paciente, con una percepción distorsionada de la imagen corporal, que se acompaña de miedo intenso a la ganancia ponderal. El presente artículo hace referencia a una adolescente media de 14 años, con diagnóstico reciente de anorexia nerviosa de tipo restrictiva, en estado de emaciación severa, quien presenta complicaciones cardiovasculares y endocrinas, siendo estas las principales causas de morbimortalidad en estos pacientes. Se resumen los principales hallazgos clínicos, de laboratorio y tratamiento. Asimismo, se realiza revisión de principales conceptos y complicaciones actuales sobre la anorexia nerviosa y su relación con alteraciones endocrinas.

**Palabras clave:** Anorexia Nerviosa, trastornos de la conducta alimentaria, estado nutricional; hipogonadismo hipogonadotropo

## T30. INFLUENCIA DEL USO DE PANTALLAS SOBRE EL DESARROLLO DEL LENGUAJE EN NIÑOS ENTRE 12 Y 59 MESES

**Influence of screen use on language development in children between 12 and 59 meses**

*Irma Luisa Agüero Garrido (ORCID: 0000-0001-5265-9331)*
*Vanessa Paola Gomes Fernandes (ORCID: 0009-0003-6828-6711)*
*Juana Josefina Martínez Soto (ORCID: 0009-0006-8669-0779)*
*Luimar Alexandra Figueroa Davis (ORCID: 0009-0003-9688-3732)*
*Keila Azareel Rivero Esqueda (ORCID: 0000-0003-4214-2931)*
*Adriana Patricia Mejía Montañez (ORCID: 0009-0007-3469-0088)*

**RESUMEN**

**Introducción:** El uso de pantallas disminuye las interacciones humanas y resulta en menos oportunidades para el desarrollo del lenguaje del niño. **Objetivo:** Evaluar la influencia del uso de pantallas sobre el desarrollo del lenguaje en niños entre 12 y 59 meses, ingresados en el Hospital Central de Maracay, Venezuela, marzo-julio 2025. **Métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo-analítico, de diseño no experimental y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 50 niños nacidos a término, sin antecedentes de condiciones neurológicas o nutricionales graves. Se aplicó un instrumento estructurado en tres secciones: características sociodemográficas, patrón de uso de pantallas, y evaluación del lenguaje mediante la lista de cotejo de hitos de la Escala Abreviada de Desarrollo 3. El análisis estadístico se realizó en SPSS v25. **Resultados:** El 100 % de los niños usaba televisión y 88 % smartphone, con inicio promedio de exposición a los 11,69 meses. El contenido fue mayormente de entretenimiento (98 %) y el uso frecuente en solitario (40 %). El 38 % presentó riesgo de alteración del lenguaje y 4 % sospecha de problema. La única variable con asociación significativa fue el tipo de pantalla más utilizada, (p=0,010), siendo el smartphone el dispositivo más vinculado al riesgo lingüístico. **Conclusiones:** El uso temprano y frecuente de pantallas, especialmente de dispositivos móviles, se asocia con mayor riesgo de alteraciones en el desarrollo del lenguaje. Se recomienda fortalecer la supervisión parental, limitar el tiempo de exposición y promover contenidos educativos compartidos.

**Palabras clave:** desarrollo del lenguaje, pantallas electrónicas, primera infancia, televisión, smartphone, Escala Abreviada de Desarrollo 3

## CC39. EPIGLOTITIS PEDIÁTRICA ATÍPICA POR INFLUENZA A EN LA ERA POSTVACUNAL

**Atypical pediatric epiglottitis associated with influenza a in the post-vaccination era**

*Valentina del Carmen Medina-Valentin (ORCID: 0009-0009-4829-518X)*
*Luisa María García-Peñalver (ORCID: 0009-0000-5758-5802)*
*Fabiola Carolina Castillo-Márquez (ORCID: 0009-0005-2680-0609)*
*Alexis de Jesús González Hernández (ORCID: 0009-0008-5424-0532)*

**RESUMEN**

La epiglotitis, tradicionalmente asociada a *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib), ha experimentado un cambio epidemiológico significativo en la era postvacunal, con la emergencia de etiologías atípicas, particularmente en pacientes con esquemas de inmunización completos. Se describe paciente preescolar con infección confirmada por influenza A que presentó compromiso de la vía aérea superior con hallazgos clínicos y radiológicos mixtos, incluyendo estrechamiento subglótico tipo "punta de lápiz" y engrosamiento supraglótico sin signo de pulgar definido. Este patrón sugiere compromiso simultáneo de laringotraqueitis y epiglotitis, una presentación poco frecuente y escasamente reportada. La evolución clínica fue favorable con manejo conservador, terapia antiviral, esteroides y cobertura antibiótica de amplio espectro. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar etiologías virales en pacientes pediátricos con esquemas de vacunación completos contra Hib, y subrayan el valor del reconocimiento oportuno de patrones clínico-radiológicos atípicos para optimizar el manejo y prevenir complicaciones graves.

**Palabras clave:** Epiglotitis; Influenza A; Laringo-traqueitis; Estridor.

## T44. FACTORES DE SEGUIMIENTO NEONATAL A LOS 10 DÍAS POST-EGRESO DEL SERVICIO DE MATERNIDAD

**Neonatal follow-up factors 10 days post-discharge from the Maternity Service**

*Alicia del Carmen Pimentel (ORCID: 0009-0000-0596-2063),*
*Leidy Mar González González (ORCID: 0009-0002- 6409-5929)*

**RESUMEN**

**Introducción:** La etapa inicial de la vida constituye el periodo de mayor vulnerabilidad biológica, la Organización Mundial de la Salud, advierte que cerca del 50 % de los fallecimientos ocurren precisamente durante el primer mes. **Objetivo:** Determinar los factores de seguimiento neonatal a los 10 días post-egreso del servicio de maternidad en Hospital Central de San Cristóbal em marzo 2026. Metodología: analítico, prospectivo, transversal. **Resultados:** El nivel de seguimiento fue inadecuado en un 45,6 %. Los factores asociados fueron: estrato III (p-valor 0,018), administración de acetaminofén posterior a la vacuna (p 0,009), no llevar al paciente a su primer control pediátrico (p-valor 0,001), no realizar prueba de talón (p-valor 0,001). **Conclusión:** el seguimiento neonatal a los 10 días en la población estudiada es predominantemente inadecuado, viéndose comprometido por barreras económicas y geográficas que superan la preparación teórica de las madres

**Palabras clave:** cuidado neonatal, tamizaje, signo de alarma

## CC46. INFILTRACIÓN ORBITAL COMO MANIFESTACIÓN EXTRAMEDULAR DE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA DE CÉLULAS B MADURAS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

**Orbital infiltration as an extramedullary manifestation of mature B-cell acute lymphoblastic leukemia. A case report**

*Alicia del Carmen Pimentel (ORCID: 0009-0000-0596-2063)*
*Leidy Mar González González (ORCID: 0009-0002-6409-5929)*
*Isamar Emperatriz Jiménez Crespo (ORCID: 0009-0008-1973-2574)*





**RESUMEN**

La leucemia es una neoplasia hematológica caracterizada por la proliferación clonal de glóbulos blancos en la médula ósea, la sangre periférica y diversos órganos. Aunque la recaída de la LLA ocurre principalmente en la médula ósea, también puede afectar sitios extramedulares, como el sistema nervioso central o los testículos. Sin embargo, la infiltración orbitaria es una manifestación rara y se ha informado solo esporádicamente.

**Palabras clave:** Leucemia Linfoide Aguda, Infiltración orbitaria, Manifestación extramedular

## CC49. CUANDO EL DENGUE OCULTA UN SÍNDROME POST-COVID-19, UN CASO CLÍNICO

**When dengue fever masks a Post-COVID-19 Syndrome, a clinical case**

*José Nexis Vivas Niño (ORCID: 0009-0004-8525-0347)*
*Rossana Nathaly Camacho Colmenares (ORCID: 0009-0004-5700-5432)*
*Lisseth Yorleny Villamizar Rodríguez (ORCID: 0009-0009-5148-4053)*

**RESUMEN**

Este reporte clínico describe a una paciente de 11 años ingresada por fiebre, dolor abdominal y crisis convulsivas. Aunque inicialmente se sospechó de dengue, los estudios confirmaron encefalitis por SARS-CoV-2 y síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico grave. Es crucial notar que las manifestaciones clínicas de COVID-19 son generalmente menos severas en niños que en adultos, pero algunos niños requieren hospitalización y cuidados intensivos. Esta entidad predomina en niños mayores y adolescentes sin diferencias por sexo. La paciente enfrentó una falla multiorgánica crítica con choque séptico, coagulopatía de consumo y lesión renal aguda, además de una coinfección por hemoparásitos como Anaplasma y Babesia. Tras un manejo intensivo con ventilación mecánica, inmunoglobulinas y esteroides, la menor logró una recuperación satisfactoria tras 16 días de hospitalización.

**Palabras clave:** encefalitis, choque, esteroides.

## T55. CONOCIMIENTO, CREENCIAS Y BARRERAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN EN MADRES ENCUESTADAS EN EL AMBULATORIO SAN DIEGO. CARABOBO, AÑO 2025

**Knowledge, beliefs, and barriers to adherence to the immunization schedule among mothers surveyed at the San Diego outpatient clinic. Carabobo, year 2025**

*Orlando Montes (ORCID: 0009-0000-8645-0405)*
*Gianina Moreno (ORCID: 0009-0006-3684-9307)*
*Iván Moreno (ORCID: 0009-0007-2789-1121)*
*Mariana Materán (ORCID: 0009-0001-2398-8280)*
*Andrea Naranjo (ORCID: 0099-0009-8374-8754)*

**RESUMEN**

**Introducción:** La tasa de vacunación en Venezuela y el resto del mundo ha experimentado un descenso significativo en los últimos años, que podría estar asociado a factores socioculturales, políticos, y/o de comunicación que generen indecisión ante el cumplimiento del esquema. **Objetivo:** Evaluar el conocimiento, obstáculos y creencias con respecto al esquema de Inmunización por parte de las madres y gestantes atendidas en un ambulatorio urbano del municipio "San Diego" en el periodo comprendido entre abril y agosto de 2025 **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo-observacional de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 50 mujeres que acudieron a consulta de niño sano. La recolección de datos se hizo mediante aplicación de un cuestionario dirigido a madres y gestantes, representándose los resultados en frecuencia absoluta y relativa. **Resultados:** El 52 % se encontraron en el rango de 22-35 años. El 32 % son casadas. El 56 % poseía educación universitaria y 34 % bachillerato. 52 % presentaron II gestas. 68 % son multíparas. El 70 % se identifican como católicas. El 56 % presentó un conocimiento medio. 60 % afirmaron necesidad de acudir a instituciones de salud privadas. **Conclusión:** Las madres demostraron comprensión de los beneficios de vacunar, con vacíos de información en aspectos programáticos. La principal barrera fue la necesidad de acudir a centros privados. Los aspectos culturales reflejaron alta responsabilidad social y defensa de autonomía familiar en la decisión de vacunar. Se encontraron vulnerabilidades en la confianza institucional y fuentes de información.

**Palabras clave:** Inmunización, Vacunación, Madres, Conocimiento, Esquema de Inmunización

## T56. TEST M-CHAT PARA DETECCIÓN DE AUTISMO EN PACIENTES DE 18 A 36 MESES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA

**M-CHAT test for autism detection in patients aged 18 to 36 months attending the pediatric emergency service**

*José Nexis Vivas Niño (ORCID: 0009-0004-8525-0347)*
*Milangela Andrea Barrera Santos (ORCID: 0009-0009-3108-2268)*
*Lisseth Yorleny Villamizar Rodríguez (ORCID: 0009-0009-5148-4053)*

**RESUMEN**

**Introducción:** El desarrollo y crecimiento infantil son dos factores que van ligados y ambos están afectados por factores genéticos y ambientales, por lo que existen escalas para evaluar el neurodesarrollo, sin embargo, pueden pasar desapercibidas alteraciones por lo que existen otros instrumentos como el M-CHAT que se relacionan con identificación de la neurodiversidad como el autismo. **Objetivo:** Evaluar la prueba M-CHAT para la detección de sospecha de TEA en pacientes con edades entre 18 y 36 meses que acuden al Servicio de la Emergencia Pediátrica del Hospital Central de San Cristóbal durante el periodo de marzo a junio de 2025 **Métodos:** observacional, prospectivo, transversal. **Resultados:** Se incluyeron 101 pacientes, con predominio del sexo de masculinos 67,3 %, siendo el mayor porcentaje la edad comprendida entre 30-36 meses, y tomando en cuenta la escala de Graffar el mayor porcentaje ubicado en estrato II con el 67,3 %; en cuanto a los resultados del test M-CHAT el 93 % obtuvieron una probabilidad baja

de TEA, mientras que el 7 % presenta una probabilidad moderada de TEA y los antecedentes prenatales y obstétricos de los niños con sospecha de TEA fue control prenatal adecuado, siendo a término y el 57 % correspondió a parto vaginal. **Conclusión:** Los hallazgos coinciden con estudios internacionales en cuanto a la validez y aplicabilidad del M-CHAT, reforzando su potencial para disminuir la edad promedio de detección del TEA y permitir una intervención temprana que mejore el pronóstico y la inclusión social de los niños afectados

**Palabras clave:** autismo, neurodesarrollo, M-CHAT

## T57. USO DE DISPOSITIVO ELECTRÓNICO EN LA CALIDAD DE SUEÑO EN ADOLESCENTES DE UNA UNIDAD EDUCATIVA EN VALENCIA, VENEZUELA

**Use of electronic device on sleep quality in adolescents of an educational unit in Valencia, Venezuela**

*Estefany Mirena (ORCID: 0009-0008-0188-5994)*
*Alejandra Moreno (ORCID: 0009-0006-5673-4451)*
*Bryan Mujica (ORCID: 0009-0008-0631-4293)*
*Javier Ortega (ORCID: 0009-0004-1912-7279)*
*Mariana Materan (ORCID: 0009-0001-2398-8280)*

**RESUMEN**

**Introducción:** El uso cada vez mayor de celulares entre los adolescentes venezolanos ha generado una profunda preocupación sobre los efectos a largo plazo en su bienestar físico, por lo que, su uso descontrolado puede acarrear efectos adversos. **Objetivo:** Analizar las repercusiones en el sueño por el uso de dispositivos electrónicos en adolescentes de 4to y 5to año de bachillerato de la U. E. “Monseñor Arocha” en el año escolar 2025 -2026. **Métodos:** se realizó un estudio de tipo descriptivo y de alcance correlacional. Con un diseño corte transversal y prospectivo. La muestra, fue de tipo no probabilística deliberada y de voluntarios, conformada por un total de 141 jóvenes que cumplieron con los criterios de inclusión. La recolección de los datos, la cual se realizó mediante la técnica de la encuesta y como instrumento se utilizó un formato de tipo mixto, una ficha de registro, dos cuestionarios y el método de estratificación de Graffar. Los resultados se presentaron en distribuciones de frecuencias y tabla de contingencia. **Resultados:** Se registró un promedio de 15,24 años ± 0,06, el sexo más frecuente fue el femenino (56,74%), el 4to año fue más predominante (52,48%). Un 70,21% no tenía control parental; el tiempo de exposición diaria era el mayor de 2 horas (75,89%) y de la finalidad de utilización los fines recreativos (73,05%). De la calidad del sueño predominaron aquellos adolescentes con problemas moderados de sueño (74,47%). De las repercusiones referidas con cierta frecuencia durante el último mes se tienen a menudo: el olvido cosas con más facilidad (29,79%). **Conclusión:** Los resultados revelan la imperiosa necesidad de implementar estrategias orientadas a fomentar hábitos saludables ante el uso de pantallas.

**Palabras clave:** Dispositivo electrónico, Calidad de sueño, Adolescentes

## CC58. TUBERCULOSIS PULMONAR CAVITARIA PRIMARIA. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

**Primary cavitary pulmonary tuberculosis. Presentation of a clinical case**

*Lisseth Villamizar, Ana Navas (ORCID: 0009-00048759-0249)*

**RESUMEN**

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad infectocontagiosa causada por Mycobacterium tuberculosis, que en pediatría se caracteriza por ser frecuentemente paucibacilar, dificultando la confirmación microbiológica. Su diagnóstico se fundamenta, por lo general, en la tríada de clínica sugestiva, hallazgos radiológicos consistentes y el nexo epidemiológico. El tratamiento se basa en un esquema antituberculoso tetraconjugado. Se trata de escolar femenina de 11 años con antecedente de contacto familiar y profilaxis previa, quien presento fiebre, tos y dificultad respiratoria, complicándose con derrame pleural bilateral que amerito toracotomía mínima, se realizaron múltiples pruebas diagnósticas, que resultaron negativas, sin embargo, la presencia de imagen cavitaria más nexo epidemiológico, se planteó iniciar tratamiento antituberculoso, ante dolor torácico, se precisó valoración cardiológica que evidencio proceso inflamatorio pericárdico, asociando colchicina. La importancia del enfoque multidisciplinario (neumólogo infantil, infectologo, cirugía de tórax, pediatra) favorece el diagnóstico precoz, eficaz, evitando complicaciones.

**Palabras clave:** tuberculosis, cavitada y paucibacilar.

## CC59. PANSINUSOPATÍA COMPLICADA CON CELULITIS PRESEPTAL Y MENINGITIS BACTERIANA: CASO PEDIÁTRICO CON COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS MEDIATAS

**Complicated pansinusopathy with preseptal cellulitis and bacterial meningitis: a pediatric case with late neurological complications**

*María de los Ángeles Herrera Herrera (ORCID: 0009-0001-3621-8103)*
*Bárbara de los Ángeles Meignen Guevara (ORCID: 0009-0004-5282-2660)*
*Alejandra del Carmen Arzurut Ojeda (ORCID: 0009-0002-4090-3485)*

**RESUMEN**

La pansinusitis es una patología frecuente en pediatría que consiste en la inflamación simultánea de todos los senos paranasales. Aunque su etiología suele ser viral o bacteriana y su curso generalmente autolimitado, entre el 4 % y el 11 % de los casos derivan en complicaciones intra o extracraneales. Se presenta el caso de un paciente con pansinusopatía complicada con celulitis preseptal y meningitis bacteriana, quien manifestó crisis de epilepsia focal durante su evolución. Los estudios de resonancia magnética (RM) revelaron áreas de isquemia cerebral, identificadas como complicaciones mediatas del proceso infeccioso meníngeo. El abordaje multidisciplinario en la unidad de cuidados intermedios del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde” (marzo 2026) permitió una resolución satisfactoria del cuadro clínico.

**Palabras clave:** Pansinusopatia, celulitis preseptal, meningitis bacteriana, isquemia cerebral, resonancia magnética.





## CC62. AGANGLIONOSIS COLÓNICA TOTAL COMO VARIANTE SEVERA DE LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG, RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Total colonic aganglionosis as a severe variant of Hirschsprung disease, diagnostic and therapeutic challenge. A case report**

*Ana Karina Godoy Becerra (ORCID: 0009-0001-0419-5373)*
*Carlos Daniel Sánchez Castellano (ORCID:0009-0007-4402-2497)*
*Diana Stefania Calderón Algarra (ORCID: 0009-0008-3734-3281)*
*Luisa Fernanda Ortiz De Almeida (ORCID: 0009-0000-6374-470X)*
*Frangelly Estephania Vanegas Núñez (ORCID: 0009-0009-7842-5782)*
*Anelsi Rivero (ORCID: 0009-0001-5081-2379)*

**RESUMEN**

**Introducción:** La enfermedad de Hirschsprung es una anomalía congénita caracterizada por la ausencia de células ganglionares. La aganglionosis colónica total (TCA) es una variante poco frecuente (2-13%) con alta morbimortalidad. **Caso Clínico:** Lactante menor masculino de 3 meses con retraso en expulsión de meconio (7 días) y distensión abdominal progresiva. Ingresó por obstrucción intestinal neonatal, inicialmente sospechado como íleo metabólico. Tras la persistencia de síntomas, se realizó laparotomía y biopsias escalonadas que reportaron ausencia de plexos nerviosos desde la reflexión peritoneal hasta el íleon terminal. Se realizó ileostomía en asa; sin embargo, el paciente presentó una evolución tórpida con falla multiorgánica, falleciendo durante su estancia. **Conclusión:** La TCA es un desafío diagnóstico extremo. La identificación temprana y la confirmación histopatológica son vitales para el manejo, aunque el pronóstico sigue siendo reservado por el fallo intestinal asociado.

**Palabras clave:** enfermedad de Hirschsprung, aganglionosis, obstrucción intestinal, meconio.

## CC63. DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN UN LACTANTE CON ANEMIA GRAVE: HEMORRAGIA DIGESTIVA POR *ANCYLOSTOMIDEO* Y COINFECCIÓN POR *PLASMODIUM VIVAX*

**Diagnostic challenge in an infant with severe anemia: gastrointestinal bleeding due to Anchylostomideo and Plasmodium vivax co-infection**

*Henesi-Dahiana Sánchez-Maco (ORCID: 0009-0000-2406-5456)*
*María-Teresa Artis-Gutiérrez (ORCID: 0000-0001-6398-4500)*
*Marianny-Gabriela Carrasco-Suárez (ORCID: 0009-0003-9813-6132)*

**RESUMEN**

La anemia severa en pediatría por coinfección parasitaria representa un desafío diagnóstico crítico en zonas endémicas. El sangrado gastrointestinal alto por uncinarias o *Ancylostomideos*, mediado por la secreción de péptidos anticoagulantes, se ve exacerbado por la hemólisis y supresión eritropoyética de la malaria, anulando los mecanismos compensatorios de la médula ósea. Se presenta el caso de una lactante mayor femenina de 19 meses, con cuadro de melena persistente y anemia severa. El abordaje integral reveló hemorragia digestiva superior (HDS) por *Ancylostomideo* y presencia concomitante de infección por *Plasmodium vivax*. El diagnóstico sindrómico, el tratamiento oportuno con albendazol y antipalúdicos permitieron la resolución de la melena, la recuperación clínica y paraclínica. **Conclusión:** la importancia radica en considerar la etiología dual en el manejo de la anemia severa en zonas endémicas.

**Palabras clave:** anemia severa, *Ancylostomideo, Plasmodium vivax*, melena.

## CC64. QUERION DE CELSO SIMULANDO INFECCIÓN POSTRAUMÁTICA EN REGIÓN PARIETOTEMPORAL: IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA MICOLÓGICA ANTE EL FRACASO DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

**Kerion of Celso simulating post-traumatic infection in the parietotemporal region: importance of mycological suspicion in the face of antibiotic treatment failure**

*Marianny-Gabriela Carrasco-Suárez (ORCID: 0009-0003-9813-6132)*
*Henesi-Dahiana Sánchez-Maco (ORCID: 0009-0000-2406-5456)*
*Carmelys Yoselyn Marcano Rojas (ORCID: 0009-0002-2039-9023)*
*Jorge Leonardo Amundaray Pérez (ORCID: 0009-0008-6635-9004)*

**RESUMEN**

Escolar masculino de 7 años, con una lesión supurativa en región parietotemporal derecha, inicialmente manejada como absceso piógeno posterior a traumatismo craneal. Ante la falla terapéutica con antibióticos de amplio espectro y una estancia hospitalaria prolongada, el examen directo con hidróxido de potasio (KOH) confirmó querion de Celso con coinfección bacteriana. La relevancia de este reporte radica en el sesgo de anclaje derivado del antecedente traumático, que retrasó el diagnóstico micológico. Epidemiológicamente, la tiña en cuero cabelludo es la micosis pediátrica más común; sin embargo, su variante inflamatoria suele diagnosticarse erróneamente como piodermitis, incrementando el riesgo de alopecia cicatricial permanente. **Conclusión:** se debe realizar diagnóstico diferencial de lesiones inflamatorias y supurativas del cuero cabelludo refractarias a antibióticos, resaltando al KOH como prueba diagnóstica costo-efectiva esencial para la salud pública y la práctica pediátrica.

**Palabras clave:** querion de Celso, traumatismo craneal, KOH, absceso piógeno, micosis.

## CC67. MÁS ALLÁ DEL ERITEMA: ERISIPELA FLICTENULAR GRAVE EN LA ADOLESCENCIA

**Beyond erythema: severe bullous erysipelas in adolescence**

*Luis Eleazar Ascanio Abreu (ORCID: 0009-0000-7168-5528)*
*Eudymar Dariela Liendo–García (ORCID: 0009-0002-1317-0693)*
*María Victoria Crespo Rodríguez (ORCID: 0009-0003-3804-2185)*
*Valentina del Carmen Medina Valentin (ORCID: 0009-0009-4829-518X)*

**RESUMEN**

La erisipela flictenular constituye una infección cutánea rara y más agresiva en pediatría, caracterizada por la presencia de ampollas sobre placas eritematosas bien

delimitadas. Se describe el caso de una adolescente de 14 años previamente sana, con erisipela del miembro inferior izquierdo refractaria a manejo ambulatorio con Clindamicina y Trimetroprim/Sulfametoxazol con progresión a flictenas extensas, edema y limitación funcional. Durante la hospitalización, se instauró tratamiento con Vancomicina y Ceftriaxona, y se identificó tromboflebitis superficial mediante Eco Doppler. La paciente presentó resolución clínica completa tras 21 días, con normalización de reactantes de fase aguda. Se resalta la importancia de un enfoque multidisciplinario, vigilancia de complicaciones vasculares y escalamiento antibiótico oportuno en erisipela flictenular pediátrica grave, aportando evidencia relevante por su rareza y complejidad terapéutica.

**Palabras clave**: erisipela flictenular, infección cutánea grave, complicaciones vasculares, tromboflebitis.

## CC71. HIPERTROFIA ADENOTONSILAR SEVERA COMO CAUSA REVERSIBLE DE DISFAGIA EN ENCEFALOPATÍA CRÓNICA PEDIÁTRICA: REPORTE DE UN CASO

### Severe adenotonsillar hypertrophy as a reversible cause of dysphagia in pediatric chronic encephalopathy: a case report

*Lyzú Trujillo ORCID: 0009-0006-9150-3640, Isabella Neri ORCID:0009-0003-6136-8677. Frannolly Caba ORCID: 0009-0004-8840-5869, Zulay J. Lugo Zambrano ORCID: 009-0009-9593-3885.*

**RESUMEN**

Paciente masculino de 8 años con encefalopatía crónica no progresiva secundaria a meningoencefalitis neonatal por herpes simple tipo 1, con microcefalia, epilepsia y tetraparesia espástica, referido para gastrostomía percutánea por deterioro nutricional y disfagia persistente. La evaluación otorrinolaringológica evidenció hipertrofia adenotonsilar grado IV (Brodsky), ocupación del 80% de la rinofaringe y limitación mecánica faringolaríngea confirmada por nasofibrolaringoscopia. El estudio de nasofibrodeglutoscopia demostró disfagia moderada con alto riesgo de aspiración. Se priorizó adenotonsilectomía con turbinoplastia inferior, difiriendo la gastrostomía. A los ocho meses, bajo seguimiento multidisciplinario con terapia deglutoria y soporte nutricional, el paciente evolucionó favorablemente: desde un peso de 10,5 kg y talla de 101,2 cm previos a la cirugía, alcanzó 16 kg y 120,1 cm (P50-P90 en curvas para parálisis cerebral), con normalización hematológica y mejoría deglutoria, evitando la gastrostomía. Este caso subraya la importancia de identificar factores obstructivos periféricos reversibles en patología neurológica para modificar favorablemente su evolución clínica.

Palabras clave: hipertrofia adenotonsilar, disfagia, encefalopatía crónica, adenotonsilectomía, nutrición, obstrucción de vía aérea superior.

## CC72. INMUNODEFICIENCIA COMBINADA EXPRESADA EN EPIDERMIOLISIS BULLOSA CONGENITA: DESAFIOS DIAGNOSTICOS EN EL PERIODO NEONATAL A PROPÓSITO DE UN CASO

### Combined immunodeficiency expressed as congenital epidermolysis bullosa: diagnostic challenges in the neonatal period. A case report

*Daylen Lucila Rodríguez Flores (ORCID: 0009-0002-2987-330X), Vanessa Lissette Bastardo Romero (ORCID: 0009-0006-1272-7428), Andreina Torrealba (ORCID:0009-0002-4713-4404), Frangelis Serrano*

**RESUMEN**

La epidermólisis bullosa (EB) es una genodermatosis con cuatro subtipos principales indistinguibles clínicamente al nacer, caracterizada por fragilidad cutánea extrema que genera ampollas generalizadas potencialmente letales. En ente trabajo se trata de RN femenino referida a los 14 días de vida, se observaron eritema descamativo con erosiones sangrantes en pabellones auriculares, mucosa oral con quiste hemático palatino, extremidades, sospechándose EB. La biopsia cutánea, confirmó ampollas subepidérmicas con infiltrado linfocítico-neutrofílico-eritrocitario y fibrosis papilar dérmica tras 19 días. Recibió manejo multidisciplinario se enfatizó prevención de sobreinfección y se aplicó inmunomodulación (corticoesteroides sistémicos e inmunoglobulina), analgesia (AINES), y nutrición (parenteral inicial progresando a enteral para cubrir requerimientos calóricos). Sin cura etiológica, se priorizó confort neonatal, orientación genética familiar y tipificación molecular pendiente para pronóstico. El diagnóstico precoz reduce la morbimortalidad por infecciones, desnutrición, optimizando calidad de vida y previniendo cronificación.

**Palabras clave:** epidermólisis bullosa, diagnóstico precoz, recién nacido

## CC82. PANCREATITIS AGUDA POSTRAUMÁTICA COMPLICADA CON PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO.PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

### Acute post-traumatic pancreatitis complicated by pancreatic pseudocyst. Presentation of a clinical case

*Lilian Raquel Sánchez Navas (ORCID: 0009-0009-8438-8973)*
*Wilson Ramon Figueroa Llorente (ORCID: 0009-0002-8325-792X)*
*Joanna Desireé Nucete de Rosales (ORCID: 0009-0002-8002-0951)*

**RESUMEN**

La pancreatitis se define como una inflamación aguda y reversible del páncreas, diagnosticada por dolor abdominal y elevación de amilasa y lipasa. El diagnóstico se confirma con al menos dos de: dolor sugestivo, enzimas tres veces superiores a lo normal o hallazgos radiográficos. Aunque la incidencia en niños está aumentando, la pancreatitis postraumática es infrecuente (8-20% de los casos) y se asocia a traumatismos abdominales contusos, como accidentes de tráfico, caídas, o impacto con el manillar de bicicletas. A pesar de su baja frecuencia, la pancreatitis postraumática presenta alta morbilidad y desafíos diagnósticos debido a síntomas inespecíficos. La detección temprana con biomarcadores y estudios de imagen es crucial para prevenir complicaciones graves como pseudoquistes. Se presenta el caso de niño de 11 años con pancreatitis aguda postraumática complicada con pseudoquiste. Se realizó cistogastrostomía endoscópica con drenaje y colocación de prótesis. Tras mejoría clínica, fue dado de alta con seguimiento ambulatorio.

**Palabras clave:** Traumatismo, pancreatitis, pseudoquiste pancreático, niños, postraumática, cistogastrostomía.

## T85. FALLA EN EL USO DE CPAP NASAL EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

### Failure in the use of nasal CPAP in a neonatal unit

*Rodolfo Jesús Rodríguez Ruiz (ORCID: 0009-0000-2566-1233)*
*Diego Javier Rosales González (ORCID: 0000-0002-6108-6480)*
*Isael David Gelvez Rubio (ORCID: 0009-0009-4022-1637)*
*Ray David Molina Linares (ORCID: 0000-0002-4325-0830)*
*Rafael José Santiago Peña (ORCID: 0000-0002-6732-569X)*

**RESUMEN**

**Introducción:** La presión positiva continua de la vía aérea (CPAP) constituye una alternativa de soporte ventilatorio no invasivo, siendo su objetivo principal mantener una presión mayor a la atmosférica durante la espiración, en un paciente que respira de manera espontánea y en recién nacidos que experimentan dificultad respiratoria por múltiples causas. **Objetivo:** Describir las variables asociadas a la falla en la presión positiva continua de la vía aérea en la unidad de cuidados intensivos neonatal del Hospital Universitario "Dr. Pedro Emilio Carrillo", diciembre de 2020 a mayo de 2021. Métodos: estudio descriptivo, observacional, longitudinal, retrospectivo, documental, aplicado en 91 neonatos en los que se administró CPAP nasal. **Resultados:** Hubo predominio del sexo femenino en 50,5 %. El porcentaje de éxito de la administración de CPAP fue de 65,9 %, y la fracción donde fracasó fue de 34,1 %. Se constató la presencia de sepsis neonatal precoz en 22 %. El deterioro clínico se observó en el 29,6 % con tiraje intercostal y retracción xifoidea en 22 %. La complicación más frecuente fue la distención abdominal en 51,6 %. **Conclusiones:** Los neonatos pertenecientes a la edad gestacional de 34 a 37 semanas fueron los más frecuentes. Se retiró de manera exitosa el CPAP en la mayoría de los pacientes estudiados, la patología más frecuente que determinó la falla de CPAP fue la sepsis neonatal precoz. Durante el estudio de los recién nacidos cuya administración de CPAP nasal falló, clínicamente se mostraron superiores: el tiraje intercostal y la retracción xifoidea.

**Palabras clave:** CPAP, neonato, sepsis neonatal.

## CC89. INSUFICIENCIA AÓRTICA SECUNDARIA A ENDOCARDITIS POR *Staphylococcus aureus*. REPORTE DE UN CASO

### Aortic Insufficiency Secondary to *Staphylococcus aureus* Endocarditis: A Case Report

*María de los Angeles Mujica Delgado (ORCID: 0000-0003-3302-7536)*
*Feysimar Argelia Escalona Regalado (ORCID: 0009-0005-0886-9768)*
*Francisco Javier Arteaga Sánchez (ORCID: 0009-0000-6084-2312)*
*María Fernanda Pacheco Graterol (ORCID: 0009-0008-7269-8467)*

**RESUMEN**

La endocarditis infecciosa describe una infección del tejido endocárdico, caracterizada por la presencia de vegetación en una válvula cardíaca nativa o protésica, de etiología comúnmente bacteriana, destacando al *Staphylococcus aureus* como principal agente causal, agresivo y secuelar. Se describe el caso clínico de preescolar masculino de 5 años, previamente sano, con diagnóstico inicial de piomiositis de cadera y glúteo derecho postraumática. Durante su hospitalización el paciente tuvo una evolución tórpida hacia un shock séptico y afectación cardíaca, manifestada inicialmente como pericarditis, que posteriormente se confirmó el diagnóstico de endocarditis e insuficiencia aórtica. Tras seis semanas de tratamiento antibiótico, se logró remisión del cuadro infeccioso, con seguimiento de lesión valvular, destacando la agresividad de esta patología y la importancia de un diagnóstico y tratamiento oportuno.

**Palabras clave:** Endocarditis infecciosa, Staphylococcus aureus, Insuficiencia aórtica, Piomiositis.

## T93. UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS ÍNDICES HOMA-IR Y QUICKI EN LA DETECCIÓN DE RESISTENCIA A LA INSULINA EN ADOLESCENTES DEPORTISTAS

### Diagnostic utility of HOMA-IR and QUICKI indices for detecting insulin resistance in adolescent athletes

*KRuth Salas (ORCID 0000-0002-1398-3363)*
*María Cecilia Pinto (ORCID 0009-0009-1583-0035)*
*Digna Pinto (ORCID 0000-0001-5545-2184)*
*Huniades Urbina-Medina (ORCID 0000-0002-7267-5619)*

**RESUMEN**

El estudio analiza la utilidad diagnóstica de los índices HOMA-IR y QUICKI para detectar resistencia a la insulina (RI) en adolescentes deportistas atendidos en una unidad endocrina en Valencia, Venezuela, entre octubre 2025 y marzo 2026. Se realizó un estudio transversal con 35 adolescentes de alto rendimiento (10-16 años), mayormente masculinos. Se evaluaron variables antropométricas (peso, talla, IMC), glicemia e insulina en ayunas, y se calcularon los índices HOMA-IR y QUICKI. **Resultados:** El 65,7% tenía normopeso, el 22,8% sobrepeso y el 5,7% obesidad. Se observó una correlación positiva moderada entre el IMC y HOMA-IR (r=0,442; p=0,0079) y negativa con QUICKI (r=-0,472; p=0,0042). El 28,6% presentó HOMA-IR elevado y el 25,7% QUICKI bajo, ambos compatibles con RI. El análisis por Z-score permitió identificar un subgrupo con mayor riesgo metabólico. El modelo de regresión logística clasificó el riesgo metabólico en bajo (77,1%), intermedio (8,6%) y alto (14,3%). **Conclusiones:** Los índices HOMA-IR y QUICKI son herramientas accesibles y efectivas para el tamizaje metabólico temprano en adolescentes deportistas. La actividad física de alta compe-

tencia no elimina el riesgo de RI, especialmente en presencia de IMC elevado o antecedentes familiares. Se recomienda el uso combinado de ambos índices para la detección precoz de alteraciones metabólicas. Además, se destaca la importancia de incorporar la evaluación metabólica sistemática en el control del adolescente deportista y realizar estudios con muestras más amplias para precisar el valor predictivo de estos índices en esta población.
**Palabras clave:** glicemia, insulina, resistencia a la Insulina (RI), Índice HOMA-IR, QUICKI, deporte de alto rendimiento

## T95. VALORES ANTROPOMÉTRICOS Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE LA COMUNIDAD INDÍGENA PEMÓN KAMARAKOTO CANAIMA, VENEZUELA

### Anthropometric values and nutritional status of children from the Pemón Kamarakoto indigenous community Canaima, Venezuela

*Alberto José Cabaña Mejía (ORCID: 0009-0002-8872-8858)*
*Joselic Alejandra Tamayo Campos (ORCID: 0009-0003-0860-1820)*
*Viviana Materan Ramírez (ORCID: 0009-0000-4388-4553)*
*María Mercedes Rivera Borges (ORCID: 0009-0000-9627-2809)*

**RESUMEN**

La desnutrición constituye un grave problema se salud pública, debido a su alto índice de morbi-mortalidad. Su incidencia en la población infantil es alta, ocasionando entre otros, retraso tanto en el crecimiento, como en el desarrollo físico y mental de los niños. Afecta en su mayoría a las comunidades menos protegidas, como son las poblaciones indígenas. La población Pemón constituye uno de estos grupos más vulnerables, debido al deterioro de las condiciones sociosanitarias y deficiencias en el acceso a servicios básicos, salud, alimentación y educación. **Objetivo:** Evaluar el estado nutricional según indicadores de evaluación antropométrica de los niños que asistieron a la consulta pediátrica en el ambulatorio rural tipo II de la comunidad Pemón Kamarakoto en Canaima, Venezuela durante cinco días en el mes de febrero 2025. **Metodología:** Se realizó un estudio, descriptivo, prospectivo y transversal, la muestra estuvo conformada por 200 niños con edades entre 1 mes y 15 años, con un IC de 95% se realizó evaluación clínica y antropométrica según tablas percentiladas de la OMS. **Resultados:** 74,5% de los pacientes fueron clasificados como eutróficos, un 2% con desnutrición aguda, 8% con desnutrición crónica, 7,5% con talla baja y 6% con sobrepeso. **Conclusiones:** El estado nutricional según valores antropométricos de los niños en la comunidad evaluada es satisfactorio, no evidenciándose prevalencias significativas de desnutrición con un porcentaje de sobrepeso en ascenso, siendo los escolares los más afectados nutricionalmente, se recomienda el diseño de estrategias, que permitan mejorar aún más la calidad de vida de esta comunidad.

**Palabras clave:** Estado nutricional, indicadores antropométricos, eutrófico, sobrepeso, Pemón Kamarakoto.

## T98. PERCEPCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE EL TRIAJE PEDIÁTRICO: HOSPITAL DR. PABLO ACOSTA ORTIZ, 2023-2025

### Healthcare personnel's perception of pediatric triage: Dr. Pablo Acosta Ortiz Hospital, 2023-2025

*Marielys Giménez (ORCID: 0009-0002-2609-5629), Yenny Solórzano (ORCID: 0009-0003-4478-5970), Zunilde Contreras (ORCID: 0009-0000-4846-2552), Keller Jaspe (ORCID: 0009-0000-3366-8224)*

**RESUMEN**

El triaje constituye el eje organizativo y ético de las emergencias pediátricas, fundamentado en la garantía del derecho constitucional a la salud y la protección integral de la infancia (1,3). En el Hospital Dr. Pablo Acosta Ortiz, la saturación del servicio genera una brecha crítica entre la norma y la praxis asistencial cotidiana (7). Objetivos: Analizar la percepción del personal sanitario sobre la priorización de los niveles de atención y los sistemas de triaje pediátrico en el periodo 2023-2025. Métodos: Investigación aplicada y prospectiva bajo el paradigma sociocrítico con enfoque cualitativo, empleando el método fenomenológico. Se seleccionaron 6 informantes clave (médicos, enfermeros y personal de admisión/portería) mediante muestreo intencional. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas y la validez se obtuvo por triangulación de fuentes y categorización teórica. Resultados: El análisis cualitativo consolidó los factores internos y externos del servicio. Se identificaron como fortalezas el personal altamente calificado y un entorno físico con diseño amigable para la infancia; no obstante, emergieron como debilidades la falta de uniformidad en los criterios de priorización, la capacitación insuficiente del personal rotativo, fallas de comunicación interna y la carencia de protocolos estándar. La sobrecarga asistencial crónica y las limitaciones presupuestarias representan las principales amenazas externas. Conclusiones: La percepción de los actores de salud refleja un sistema vulnerable que requiere una transformación inmediata. Es imperativo estandarizar los flujos de atención mediante la unificación de criterios organizativos adaptados a la realidad institucional para salvaguardar la seguridad del paciente pediátrico.

Palabras clave: Triaje, Personal de Salud, Investigación Cualitativa, Servicios de Urgencia Médica.

## CC99. SÍNDROME DE MAURIAC: UN GRAN DESAFÍO. REPORTE DE UN CASO

### Mauriac's syndrome: A great challenge. Case report

*María González (ORCID: 0009-0008-4953-179X)*
*Keyla González (ORCID: 0009-0000-8684-1828)*
*Néstor Villegas (ORCID: 0009-0009-0003-2774-1538)*
*Nazareth Mosquera (ORCID: 0009-0006-1094-9713)*
*Nina Colina (ORCID: 0000-0002-4052-5376)*
*Vanesa Alas*

**RESUMEN**

Entidad de baja prevalencia que muy a menudo es subdiagnosticada en niños y adolescentes, y que representa una complicación metabólica dado por un colapso de este, ante un déficit insulínico crónico en la Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1). Descrita por Pierre Mauriac (médico francés) en 1930 quien al observar ciertas complicaciones que consideraría raras en niños y adolescentes con diagnóstico de DM1 decide realizar una investigación describiendo un síndrome tríada caracterizado por: rasgos Cunshingoide, hepatomegalia, retraso del crecimiento o retraso puberal; es por esto que determina esta presentación clínica como el Síndrome de Mauriac (SM) y es allí donde pasa a ser comprendida como una entidad asociada al mal control. Actualmente se considera que tras la modernización de las terapias con insulina de acción prolongada y el enfoque dietético, su evidencia es un marcador directo de las deficiencias en el seguimiento tanto de la educación terapéutica del paciente crónico en conjunto de su entorno familiar y el seguimiento sanitario. La importancia de este síndrome radica en que constituye la causa más frecuente de disfunción hepática en niños y adolescentes con DM1 y en su reversibilidad al contar con un tratamiento óptimo.

**Palabras clave:** Hepatopatía glucogénica, Enfermedad celíaca, Diabetes mellitus tipo 1, Síndrome de Mauriac.

## T100. RELACIÓN ENTRE HÁBITOS DE LECTURA, USO DE PANTALLAS Y SUEÑO INFANTIL EN LA CONSULTA PEDIÁTRICA

### Relationship between reading habits, screen use and sleep in children attending pediatric clinics

*Concepción Leone (ORCID 0009-0001-4158-4714)*
*María Cecilia Pinto (ORCID: 0009-0009-1583-0035)*
*Mariela Polo (ORCID: 0009-0003-4126-3253)*
*Stywens Esaa Rangel (ORCID: 0009-0009-4108-0813)*
*Geraldine Macías Borges (ORCID: 0009-0009-4108-0813)*

**RESUMEN**

El sueño adecuado en la infancia es esencial para el crecimiento, el desarrollo cognitivo y el bienestar emocional. **Objetivo:** analizar la relación entre hábitos de lectura, uso de pantallas y sueño en niños atendidos en consulta pediátrica. **Metodología:** estudio observacional, transversal y analítico realizado en consultas pediátricas públicas y privadas durante marzo-abril de 2026, Valencia Estado Carabobo. Se aplicaron 259 encuestas a padres o representantes legales. Se analizaron variables sociodemográficas, lectura compartida, hábito lector, uso de pantallas y sueño mediante frecuencias, porcentajes, intervalos de confianza del 95 % y prueba Z para comparación de proporciones. **Resultados:** se observó una alta frecuencia de uso de pantallas, especialmente en la rutina nocturna. Aunque la mayoría de los representantes había leído alguna vez con el niño, el hábito lector infantil se encontró poco consolidado. La ausencia de hábito lector se asoció con mayor presencia de pantallas en la habitación y con mayor frecuencia de sueño corto; asimismo, una mayor exposición a pantallas también se relacionó con sueño corto. No se identificó una asociación clara con la categoría general de problemas de sueño. Conclusiones: en esta muestra, el uso de pantallas fue elevado y el hábito lector infantil estuvo poco consolidado. Los hallazgos sugieren que la promoción de la lectura compartida y la regulación del uso de pantallas antes de dormir podrían incorporarse a las estrategias de higiene del sueño en la consulta pediátrica.

**Palabras clave:** sueño, niño, lectura, tiempo de pantalla, atención pediátrica.

## CC103. MÁS ALLÁ DE LA HIPERPLASIA: TIMOLIPOMA, LA JOYA OCULTA EN EL MEDIASTINO PEDIÁTRICO

### Beyond hyperplasia: Thymolipoma, the hidden jewel in the pediatric mediastinum

*Alicia del Carmen Pimentel (ORCID: 0009-0000-0596-2063)*
*Isamar Emperatriz Jiménez Crespo (ORCID: 0009-0008-1973-2574)*
*Leidy Mar González González (ORCID: 0009-0002-6409-5929)*

**RESUMEN**

Los tumores mediastinales representan apenas el 3% de las cirugías torácicas en pediatría, siendo el timolipoma una variante benigna sumamente inusual caracterizada por tejido adiposo y componentes tímicos que, en este caso de una paciente de 3 años, alcanzó un peso de 480 g y un volumen de 332 cc. A pesar de su naturaleza no maligna, su crecimiento silente puede desplazar estructuras vitales como el corazón o colapsar segmentos pulmonares, simulando frecuentemente patologías cardiopulmonares o infecciones persistentes, como ocurrió inicialmente con la sospecha de Chlamydophila pneumoniae en esta preescolar. Es imperativo realizar un diagnóstico diferencial con timomas, linfomas y teratomas, apoyándose en la tomografía computarizada que permite identificar la densidad grasa característica, aunque la exéresis completa sigue siendo el estándar de oro para descartar variantes agresivas. La resolución definitiva mediante cirugía garantiza un excelente pronóstico al eliminar el efecto de masa y prevenir complicaciones mecánicas o recurrencias, confirmando que la persistencia de síntomas respiratorios atípicos debe motivar siempre un estudio de imagen profundo.

**Palabras clave:** mediastino, pronostico, tumor.

## CC107. INTOXICACIÓN PEDIÁTRICA POR PARA-FENILENDIAMINA: MANEJO EXITOSO DE FALLA MULTIORGÁNICA: A PROPOSITO DE UN CASO ESCOLAR DE 7 AÑOS

### Pediatric Para-phenylenediamine Poisoning: Successful Management of Multiorgan Failure: A Case Report of a 7-Year-Old School-Age Child

*Paola Alessandra Alen Lentino (ORCID 0009-0007-3800-6618)*
*Antonella Victoria Rivas Trejo (ORCID 0009-0007-1860-1727)*
*Ana Carolina Hernandez (ORCID 0009-0006-5309-740X)*
*Andrea De Los Angeles Lozada Santamaria (ORCID 0009-0009-2358-7549)*
*Roberto José Fajardo Hernandez (ORCID 0009-0005-5357-2779)*
*Alberto José Cabaña Mejía (ORCID: 0009-0002-8872-8858)*

**RESUMEN**
La intoxicación por para-fenilendiamina (PPD), compuesto presente en tintes y "henna negra", representa una emergencia pediátrica con una mortalidad de hasta el 60%. En países en desarrollo, su bajo costo y nula regulación la han convertido en una amenaza crítica para la salud pública, Es caracterizada por una tríada de angioedema, rabdomiólisis y lesión renal aguda. Debido a la ausencia de un antídoto específico, el diagnóstico temprano es vital para la supervivencia. Se presenta el caso de una escolar de 7 años de edad con sintomatología de una hora de evolución caracterizada edema de glotis, sialorrea y micciones colúricas posterior a la ingesta de PPD. Ante el compromiso inminente de la vía aérea por el edema glótico severo, se realizó una traqueostomía de emergencia para asegurar la ventilación. Se realizo exanguinotransfusión parcial (600 mL), uso de esteroides sistémicos e hiperhidratación. A diferencia de muchos casos fatales reportados, la paciente de este estudio sobrevivió a una miocarditis tóxica severa con una fracción de eyección (FE) del 44%.
**Palabras clave:** Para-fenilendiamina (PPD), intoxicación pediátrica, angioedema, rabdomiólisis, lesión renal aguda, miocarditis tóxica, traqueostomía, miocarditis.

## CC109. MÁS ALLÁ DE LA FIEBRE, COMPRENDIENDO LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI: REPORTE DE UN CASO

**Beyond fever, understanding Kawasaki Syndrome: A Case Report**

*Antonio Michele Fiore García (ORCID: 0009-0002-6995-5190)*
*Sergio Alejandro Estraño Valera (ORCID: 0009-0008-6781-112X)*
*Yuraima Mauricia García Ruiz (ORCID: 0009-0006-6509-0176)*
*Joselic Alejandra Tamayo Campos (ORCID: 0009-0003-0860-1820)*

**RESUMEN**
La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis sistémica aguda de medianos y pequeños vasos, principalmente afecta niños menores de 5 años. Es la principal causa de cardiopatía adquirida en la infancia en países desarrollados. El diagnóstico es clínico, basado en fiebre persistente y criterios mucocutáneos. Se presenta caso de un preescolar masculino de 5 años, con 18 días de fiebre intermitente (39°C). Los síntomas iniciales incluyeron eritema palmar doloroso, lengua aframbuesada y descamación periungueal. El ecocardiograma reveló dilatación de las arterias coronarias, los laboratorios mostraron una anemia leve normocítica normocrómica, leucocitosis, neutrofilia (83%) y trombocitosis (519.000plt/mm3). La dilatación coronaria fue el hallazgo patognomónico. El caso subraya la relevancia de identificar y tratar tempranamente esta enfermedad. La identificación precoz de los signos mucocutáneos y la ecocardiografía oportuna son determinantes. En Venezuela, fortalecer la sospecha clínica y el tratamiento estándar (IGIV y Aspirina) es una prioridad para evitar complicaciones a largo plazo.
**Palabras clave:** Enfermedad de Kawasaki, Aneurisma Coronario, Vasculitis, Pediatría, Venezuela

## T113. NIVEL DE CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE LOS ESQUEMAS DE NUTRICIÓN INFANTIL Y SU RELACIÓN CON EL PERÍMETRO BRAQUIAL COMO INDICADOR DE DESNUTRICIÓN

**Maternal knowledge level regarding infant nutrition schemes and its relationship with mid-upper arm circumference as an indicator of malnutrition**

*Manosalva A (ORCID: 0009-0001-3216-8903), M. Melendre G (ORCID: 0009-0006-3624-499X), O. Montero G (0009-0002-3395-564X), C. Pausin O (ORCID: 0009-0001-3686-8974), A. Denis (ORCID: 0009-0000-8171-3819)*

**RESUMEN**
El conocimiento de las madres sobre nutrición representa un factor clave en la prevención de la desnutrición infantil. Objetivo general: Evaluar el conocimiento sobre el esquema nutricional que poseen las madres de menores de 5 años y su relación con el perímetro braquial como indicador de desnutrición, en pacientes atendidos en el Centro Clínico Pediátrico Los Guayos entre julio y agosto del año 2025. Metodología: Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y de alcance correlacional, con diseño de campo, corte transversal y prospectivo. La muestra fue de 65 madres y sus hijos menores de 5 años, de selección no probabilística deliberada. Resultados: La edad promedio de las madres fue de 27,65 años, siendo el 49,23% bachilleres y el 49,23% de estrato socioeconómico IV. El nivel de conocimiento predominante fue regular (50,77%). Los menores, predominantemente lactantes (73,85%) con alta prevalencia de lactancia materna exclusiva (70,77%), mostraron un estado nutricional normal (PB normal: 75,38%), a pesar de que el 64,62% acudió por patologías agudas. El análisis estadístico no encontró asociación significativa entre el nivel de conocimiento y el estado nutricional categórico (P>0,05), pero sí una correlación directa y significativa de grado sustancial entre el puntaje de conocimiento y el PB (rxy=0,49; P=0,0000) Conclusión: Se demostró una correlación moderada, indicando que el conocimiento materno actúa como factor protector, asociándose proporcionalmente con un mejor perímetro braquial. No obstante, el conocimiento prevalente fue regular a pesar de la alta escolaridad, evidenciando una marcada disociación entre la formación académica general y la alfabetización sanitaria.
**Palabras clave:** Conocimiento Materno, Esquemas de Nutrición Infantil, Perímetro Braquial, Desnutrición

## CC116. ENTRE UNA PRESENTACIÓN INESPECÍFICA Y UN DESENLACE LETAL: MUCORMICOSIS NEONATAL

**Between nonspecific presentation and a lethal outcome: neonatal mucormycosis**

*María José Fernandino Tomasini (ORCID: 0009-0005-2392-493X)*
*Edimar Magdalena Rodríguez González (ORCID: 0009-0007-8080-9764)*
*María Alejandra Mederico Arredondo (ORCID: 0009-0000-5964-3076)*

**RESUMEN**
La mucormicosis es una infección fúngica invasiva poco frecuente, de rápida progresión y alta mortalidad. Asociada principalmente a prematuridad y exposición nosocomial, aunque puede presentarse en ausencia de factores de riesgo evidentes. Se presenta el caso de neonato femenino sin antecedentes perinatales de relevancia, que debuta al 4to día de vida con lesiones pseudomembranosas orofaríngeas, sospechosas de difteria. Con deterioro clínico progresivo y aislamientos bacterianos, de tipo gram negativo, manejándose con múltiples esquemas antibióticos; tras mejoría parcial y egreso hospitalario; reingresa con fiebre, necrosis en región perinasal y compromiso sistémico severo; falleciendo con 85 dias de vida. Con diagnóstico definitivo por estudio anatomopatológico postmortem, que evidenció hifas anchas, pauciseptadas, ramificadas en ángulo recto, compatibles con mucormicosis. Este caso resalta la importancia de considerar la mucormicosis dentro de los diagnósticos de lesiones orofaríngeas pseudomembranosas, especialmente ante falla al tratamiento antibiótico. El reconocimiento precoz y el inicio oportuno de tratamiento antifúngico son determinantes para el pronóstico.
**Palabras clave:** Mucormicosis, mucorales, neonatal, recién nacido, rinocerebral

## T119. ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO EN NIÑOS DE 2 A 10 AÑOS EN UNA COMUNIDAD INDÍGENA DESPLAZADA RESIDENTES DEL MUNICIPIO VALENCIA

**Anthropometric nutritional status in children aged 2 to 10 years in a displaced indigenous community residing in the Municipality of Valencia**

*Antonio Michele Fiore García (ORCID: 0009-0002-6995-5190)*
*José Rafael Franceschi Ramos (ORCID: 0009-0002-6196-456)*
*Andrea Carolina Garcés Barreto (ORCID: 0009-0006-6553-5198)*
*Alfred Daniel García Morales (ORCID: 0009-0002-5484-6311)*
*Yuraima Mauricia García Ruiz (ORCID: 0009-0006-6509-0176)*
*Mariana Materan Ramírez (ORCID: 0009-0001-2398-8280)*

**RESUMEN**
En comunidades indígenas desplazadas, la exposición a nuevos patrones alimentarios y la inserción en un entorno urbano genera limitaciones para la conservación de sus costumbres alimentarias. **Objetivo general:** Evaluar el estado nutricional antropométrico en niños de 2 a 10 años en la comunidad indígena del sector Parque Valencia de la parroquia Rafael Urdaneta del Municipio Valencia en el estado Carabobo. **Metodología:** se trata de una investigación de tipo observacional – descriptiva; con un diseño de campo y transversal. La muestra fue de tipo no probabilística, deliberadas y de voluntarios, quedando conformada por 39 niños y niñas de 2 a 10 años que cumplieron con los criterios de inclusión. Se empleó la observación directa y una ficha de registro. Los resultados se presentaron en distribuciones de frecuencias. **Resultados:** Un 53,85% no estaba escolarizado. Predominaron los Yukpa (71,79%). Del indicador Peso/Talla predominaron aquellos infantes de bajo peso (76,92%). La anemia representó un 71,79%. De los núcleos familiares fueron más frecuentes aquellos con 5 y 6 miembros (41,02%); Del estrato socioeconómico predominó la pobreza relativa (69,23%). La fuente de ingreso más frecuente fue trabajo formal (53,85%). Predominaron grupos familiares que comían entre 2 y 3 veces por día (76,92%). Un 76,92% no sembraba hortalizas; 51,28% no consumían harinas; 71,79% no consumía embutidos y otro 66,67% no consumían enlatados. **Conclusión:** Se hacen evidente los determinantes sociales, culturales y alimentarios que condicionan de manera profunda el estado nutricional de los niños indígenas.
**Palabras clave:** Estado Nutricional Antropométrico, Comunidad Indígena Desplazada, alimentación, factores culturales.

## CC121. ENFERMEDAD DE BEHCET EN PEDIATRÍA: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Paediatrics Behçet's disease: diagnostic and therapeutic challenge. A case report.**

*Victoria Eugenia Salaverria Chacin (ORCID: 0009-0003-3527-3551)*
*Maria de los Angeles Ramirez Arzolay (ORCID: 0009-0000-6955-9839)*
*Francis Isamarg Crespo Serrano (ORCID: 0009-0000-6955-9839)*
*Lourdes Morillo (ORCID: 0000-0002-1750-4227)*
*Andrés Felipe Avila Curiel (ORCID: 0000-0002-4360-3544)*

**RESUMEN**
La Enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis sistémica idiopática de vaso variable, poco frecuente en pediatría. Caracterizada por una tríada clásica de aftosis oral, genital y uveítis, aunque su presentación es altamente heterogénea debido a la afectación de múltiples órganos. Su etiología es multifactorial, involucrando predisposición genética y detonantes ambientales que activan mecanismos de autoinmunidad. El diagnóstico es exclusivamente clínico, apoyado en los criterios internacionales PEDBD (Pediatric Behçet's Disease), dada la ausencia de pruebas diagnósticas específicas. El manejo temprano mediante la supresión de la respuesta inflamatoria es crítico para prevenir secuelas irreversibles. Se expone el caso de una adolescente femenino con enfermedad de aproximadamente dos años caracterizada por fiebre intermitente, aftosis oral recurrente, úlceras genitales, uveítis y lesiones cutáneas, posterior a descarte infeccioso y evaluación multidisciplinaria se concluye EB, iniciando terapéutica esteroidea. Se presenta con el fin de revisar los desafíos diagnósticos en esta etapa del desarrollo.
**Palabras clave:** Enfermedad de Behcet, Úlceras orales, Úlceras genitales, Uveítis.

## T123. RELACIÓN DE IGA EN LECHE DE MADRES DE LACTANTES CON INFECCIONES RESPIRATORIAS Y GASTROINTESTINALES

**Ratio of IgA in breastmilk from mothers of infants with respiratory and gastrointestinal infections**

*Irma Luisa Agüero Garrido (ORCID: 0000-0001-5265-9331)*
*Maiqui Flores Meneses (ORCID: 0000-0001-6338-7597)*
*Luimar Alexandra Figueroa Davis (ORCID: 0009-0003-9688-3732)*
*Victoria Jeronica Gamero Rodríguez (ORCID: 0009-0007-2371-4427)*
*Stefany Valeria García Benítez (ORCID: 0009-0007-7076-526X)*
*Félix Daniel Ramírez Acosta (ORCID: 0009-0002-7957-4412)*
*José Andrés Rojas Fernández (ORCID: 0009-0005-3349-1488)*
*Rafael José Alejos Agüero (ORCID: 0009-0006-1238-0954)*
*Adriana Patricia Pérez Dávila (ORCID: 0009-0003-7656-8145)*
*Fabianna Lina Mancini Berlingeri (ORCID: 0009-0006-6048-9110).*

**RESUMEN**

**Introducción:** La inmunoglobulina A es el principal anticuerpo otorgado a los lactantes a través de la leche humana, promoviendo el desarrollo del sistema inmunológico, confiriendo protección. **Objetivo general:** Relacionar los niveles de inmunoglobulina A en leche humana de madres de lactantes menores de un año con infecciones respiratorias y gastrointestinales, Hospital Central de Maracay, 2025. **Métodos:** enfoque cuantitativo, tipo clínico-epidemiológico, correlacional, de corte transversal. La muestra 46 madres lactantes y sus hijos menores de un año. Se determino niveles de IgA en leche huaman mediante técnica inmunoenzimática. **Resultados:** La edad promedio materna fue de 25,41 años y la de los lactantes de 130,41 días. Predominó el sexo masculino (60,87%). Las infecciones más frecuentes fueron enterocolitis (32,61%) y bronquiolitis (30,43%). Los niveles de IgA mostraron alta variabilidad (media: 78,70 mg/dL; DE ±74,9), con predominio de valores disminuidos (47,83%). Se encontró asociación significativa entre niveles elevados de IgA y enterocolitis (p=0,015), mientras que los niveles disminuidos se relacionaron con bronquiolitis. No se hallaron diferencias significativas según edad materna ni sexo del lactante. **Conclusión:** La leche humana presenta variabilidad inmunológica relevante, con implicaciones clínicas en la protección frente a infecciones respiratorias y gastrointestinales. Los niveles de IgA podrían actuar como biomarcadores inmunitarios en el contexto pediátrico.

**Palabras clave:** IgA, leche materna, lactancia materna, bronquiolitis, enterocolitis.

## CC124. TÉTANOS GENERALIZADO GRAVE EN EL SIGLO XXI: UNA ALERTA SOBRE LA URGENCIA DE LA PREVENCIÓN VACUNAL

### Severe generalized tetanus in the 21st Century: an alert regarding the urgency of preventive vaccination

*Renzo Vivas (ORCID: 0000-0001-9979-9956)*
*Angela De Freitas (ORCID 0009-0004-8183-3035)*
*Ana Zambrano (ORCID: 0009-0003-9317-0112)*
*Julimar Parada (ORCID 0000-0002-3458-6391)*

**RESUMEN**

El tétanos enfermedad toxiinfecciosa aguda, inmunoprevenible y potencialmente fatal, causada por la tetanoespasmina producida por Clostridium tetani, aun presente en pediatría por esquemas de vacunación incompletos. Se presenta caso de adolescente masculino de 13 años, no inmunizado, que tras sufrir fractura expuesta de antebrazo izquierdo complicada con síndrome compartimental y fasciotomía, inició al cuarto día con espasmos generalizados, trismo y opistótonos. Ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica en condiciones inestables. El manejo incluyó inmunoglobulina antitetánica, vacunación activa, sedo analgesia profunda prolongada, bloqueo neuromuscular y terapia miorrelajante múltiple. La disautonomía simpática requirió sulfato de magnesio y soporte vasopresor. Su evolución se agravó por múltiples infecciones nosocomiales. Tras 45 días de abordaje multidisciplinario egresó a sala de hospitalización con recuperación neurológica (Glasgow 15/15pts) y continuó rehabilitación por secuelas motoras. Este caso demuestra que la sospecha clínica temprana, el control neuromuscular agresivo y el manejo multidisciplinario son determinantes para la supervivencia.

**Palabras clave:** Tétanos; Clostridium tetani; Síndrome Compartimental; Disautonomía; Cuidados Intensivos Pediátricos; Infección hospitalaria.

# RESÚMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES

# HISTORIA DE LA PEDIATRÍA EN VALENCIA
## History of Pediatrics in Valencia

*Laddy Casanova de Escalona*
*ORCID: 0000-001-8447-2790*
*Pediatra Infectólogo*

En los siglos XV-XVI, en América Latina quienes atendían la salud infantil solo trataban algunos síntomas, con prácticas mágico-religiosas, empíricas-arcaicas, ejercida por santos y piaches, que eran curanderos, yerbateros, chamanes, barberos, etc., la Medicina solo ayudaba a bien morir, mientras en otras latitudes se hacía prevención, curación y tratamiento, a nivel universitario. El primer hospital en Valencia se fundó en 1541, pero el primer Centro de Atención Infantil la "Clínica de los Niños Pobres", se creó en 1890; atendido por: Rafael Guerra, Alejo Zuloaga, Luis Pérez-Carreño, Manuel Quintana y Luis Cotton (donde atendían adultos y niños). En 1921, el Dr. Jesús Arcay creó la Sociedad Caridad y Concordia cuyo objetivo fue recuperar la "Clínica para Niños Pobres". En 1931 se suman: Atilano Vizcarrondo, Rafael Bellera, Jesús Arcay, Emiliano Azcunes, Manuel Iturriza, Lisandro Lecuna, entre otros, quienes trabajaron como médicos de beneficencia, del Asilo de Huérfanos, e Higiene Infantil. En 1936 se construyó el Hospital Maternidad y Niños, constaba de: Retén, Aislamiento, Pre y Postnatal, Cirugía y Clínica infantil, atendidos por Francisco Romero, Carlos Sanda y Antonio Escobar (Cirujanos) y por Miguel Franco y Jorge Lizarraga (pediatras). En 1952 se inaugura el Hospital de Niños de Valencia, iniciando la Residencia Asistencial Programada de Pediatría, dirigida por Jorge Lizarraga, Carlos Cossé, Luis Guada, Alí del Valle, Miguel Franco, Luis Izaguirre, Gabriel Suarez y Otto Malpica. Con la reapertura de la Universidad de Carabobo en 1958, estudiantes de pregrado inician las pasantías clínicas de Pediatría en 1961, cuyos profesores fueron: Rita Urbina, Luis Rodriguez, Efraín Graffe, Francisco Rada, Gustavo Arcay, Luis Moy, Oscar Perdomo y Héctor Borges, con el apoyo de los asistenciales, antes mencionados.

En 1985 se inician Posgrados Universitarios (UC) de Pediatría en el Hospital Jorge Lizarraga, en 1986 en el Hospital Central (Maracay) y Ángel Larrade (Valencia) y en el año 2016: Hospital Prince Lara, (Puerto Cabello), marcando un hito en la vida universitaria y asistencial formando los pediatras que dan continuidad a la formación del relevo generacional, dirigida por pediatras de mi generación, algunos aquí presentes y continuada por egresados de esos postgrados.

**Palabras clave:** Pediatría, Valencia, Hospital de Niños, Universidad de Carabobo





# INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN PEDIATRÍA: DE LA INNOVACIÓN A LA PEDIATRÍA 5.0
## Artificial intelligence in Pediatrics: From Innovation to Pediatrics 5.0

*Elvia Irene Badell Madrid*
*ORCID:0000-0002-8448-7340*
*Pediatra-Puericulor. Especialista en Lactancia Humana*

La práctica pediátrica experimenta una transición paradigmática hacia la Pedicina 5.0, impulsada por la integración de la Inteligencia Artificial (IA) como eje transformador del modelo conceptual de las 7P (predictiva, preventiva, personalizada, precisa, participativa, periférica y poliprofesional). Se sintetiza la evolución histórica de los paradigmas médicos y analiza el impacto clínico, cuantitativo y humanista de la IA en el fortalecimiento del binomio médico-paciente. A través de una revisión evolutiva, se contrasta el modelo clínico observacional (Pediatria 1.0) y la estandarización de la medicina basada en evidencia (Pediatria 2.0) , con la emergencia de la precisión molecular ómica (Pediatria 3.0) y el Big Data ubicuo (Pediatria 4.0). Actualmente, el Deep Learning sustenta hitos clínicos reproducibles en el área diagnóstica y predictiva : una precisión del 90% en la detección de neumonía pediátrica mediante redes neuronales transferibles (frente al 80% de la lectura radiológica convencional), la anticipación de sepsis grave en unidades de cuidados intensivos hasta 8 horas antes de su manifestación clínica , y la predicción de episodios de hipoglucemia en pacientes con diabetes tipo 1 con 30 minutos de antelación. Asimismo, la telemedicina y los algoritmos periféricos aplicados a smartphones expanden el cribado de ictericia neonatal y la auscultación digital con precisiones superiores al 85%. Lejos de deshumanizar la disciplina, la automatización de la carga administrativa del historial clínico electrónico otorga el "regalo del tiempo", permitiendo la transición hacia el "Pediatra Aumentado por IA". La IA no actúa como un sustituto de la praxis médica, sino como una herramienta de precisión que optimiza la seguridad diagnóstica, mitiga la variabilidad interobservador y libera tiempo crítico para rescatar la empatía clínica profunda y la contención emocional del paciente pediátrico y su familia.

**Palabras clave:** Inteligencia Artificial; Medicina de Precisión; Pediatría; Empatía; Relación Médico-Paciente

# ROL DEL PEDIATRA EN DESASTRES

## Rol of the Pediatricians in disasters

*Huníades Urbina-Medina*
*MD,PhD, ORCID: 0000-0002-7267-5619*
*Pediatra-Puericultor, Intensivista Pediátrico. Entrenamiento en Manejo de desastres por causas naturales, de guerra y terrorismo: Focalizado en la niñez y su familia.Profesor Asistente de la Universidad Central de Venezuela*

La pediatría en desastres es una disciplina médica crucial porque los niños constituyen el grupo poblacional más vulnerable ante cualquier emergencia de gran magnitud, desastre natural o crisis humanitaria. Debido a sus características anatómicas, fisiológicas y psicológicas, los menores de edad requieren una planificación, triaje y manejo clínico totalmente diferenciados de los adultos. Por ello, la Gestión de Riesgo (GR) exige un enfoque técnico que integre las necesidades infantiles. El Ciclo de Gestión del Riesgo se divide en tres etapas: Antes (Mitigación/Preparación): Involucra educar a la población y capacitar a los equipos de primera línea. Se promueve el armado de mochilas tácticas y la memorización de datos por parte de los niños. Durante (Respuesta Inmediata): El pediatra debe usar el Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP), evaluando apariencia, respiración y circulación en entornos caóticos. Prioriza estabilizar traumas, quemaduras y deshidratación, la cual es la principal causa de muerte pos desastre. Después (Recuperación): Se enfoca en la continuidad de cuidados de salud y la salud mental. Busca mitigar el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) mediante primeros auxilios psicológicos y el restablecimiento rápido de las rutinas escolares. Las directrices operacionales para albergues enfatizan mantener unida a la unidad familiar como ancla de confianza. Las donaciones deben ser reguladas. Se debe priorizar estrictamente la lactancia materna. Está contraindicado el suministro masivo de fórmulas infantiles o teteros en la comunidad debido a riesgos de contaminación hídrica. Tampoco se deben enviar medicamentos variados sin clasificar, ropa usada no apta o alimentos caseros.

Finalmente, se desmitifica la inmunización masiva inmediata. Esta práctica es contraproducente a corto plazo porque no eleva la inmunidad de inmediato y desvía recursos humanos y logísticos críticos de necesidades vitales urgentes como el agua potable y el saneamiento. El protocolo correcto exige reincorporar a los niños a los sistemas de salud de rutina para retomar sus esquemas en entornos controlados..

**Palabras clave:** Desastres, catástrofes, triangulo evaluación pediátrica, estrés postraumático, vacunación





# UTILIDAD CLÍNICA DE LA EVALUACIÓN DE CARBAPENEMASAS EN EL ANTIBIOGRAMA DE GRAMNEGATIVOS

## Clinical utility of carbapenemase assessment in the gramnegative bacteria antibiogram.

*Elio Jesús Nuñez Tamayo*
*ORCID: 0000-0002-9416-0640*
*Médico Microbiólogo*

La resistencia en microorganismos gramnegativos es cada vez mayor y las opciones terapéuticas cada vez menores. Informar si el aislamiento produce carbapenemasa y cuál es el tipo (p. ej., KPC, NDM, OXA-48-like) es clínicamente crítico porque cambia el tratamiento, activas medidas de contención y sostiene la vigilancia/alerta regional. El documento M100 del CLSI explica detalladamente cuales son los procesos a tener en cuenta en el laboratorio para identificar, investigar, estudiar, reportar e interpretar esos mecanismos que cada vez son mas complejos. Las betalactamasas son las enzimas que utilizan estos microbios para hidrolizar el anillo betalactámico de los betalactámicos y dentro de ellas las más temidas son las carbapenemasas que se manifiestan de diferentes formas, en KPC, NDM, IMP, y otras. Todos los indicios de carbapenemasas deben ser investigados y reportados aun en aquellos grupos de bacterias que podrían tener una sensibilidad disminuida a este grupo de antibióticos, hechos que nos recomienda Whonet Argentina. El estudio de la resistencia bacteriana en Venezuela es limitado, ya sea por los altos costos, el desinterés del laboratorio, el desconocimiento y la falta de preparación[on profesional e interés en hacerlo y esto debe cambiar. Los aislamientos de Enterobacterales no susceptibles/resistentes a ≥1 carbapenémico deben someterse a prueba de carbapenemasa e idealmente tipificarse (p. ej., KPC, NDM, OXA-48-like), y el resultado debe comunicarse de forma urgente a clínicos, stewardship e IPC para guiar terapia y contención. La Betalactamasa más frecuente aislada en nuestro medio es la CTX-M y la carbapenemasa más detectada en Acinetobacter es OXA 23.

**Palabras clave:** Resistencia; carbapenémicos; Betalactamasa; gramnegativos; imipenem

# INCORPORADO

## CIRUGÍA PEDIATRICA EN EMERGENCIAS HUMANITARIAS: GESTIÓN DE DESASTRES

### Pediatric Surgery in Humanitarian Emergencies: Disaster Management

*Eduardo José Alliegro Méndez.*
*ORCID: 0000-0001-5254-7380*
*Cirujano Pediatra*

El Cirujano Pediatra tiene un rol indispensable en equipos multidisciplinarios de respuesta ante desastres naturales, con especial énfasis en terremotos ya que los niños representan entre el 25% y el 30% de los afectados, enfrentándose a una vulnerabilidad anatómica y fisiológica única que los diferencia de los adultos. Basándose en la evidencia epidemiológica e histórica, se destaca que las fracturas y lesiones musculoesqueléticas constituyen el 30,6% de los traumatismos, afectando principalmente a las extremidades, mientras que las lesiones por aplastamiento alcanzan el 20,4%, por lo que el cirujano pediatra en esta situación se encargará del triaje especializado, identificando a pacientes que requieren intervenciones quirúrgicas oportunas como fasciotomías de emergencia para el manejo del síndrome compartimental y desbridamientos extensos, para el manejo complejo de heridas. Asimismo, se destaca la importancia de la cirugía de control de daños y el modelo de manejo clínico-quirúrgico, donde pediatras, intensivistas y cirujanos pediatras unen esfuerzos para aplicar una reanimación hemostática temprana y disminución de la mortalidad, sobre todo en el caso de lesiones vasculares o en traumatismos toracoabdominales. Finalmente, se subraya que menos de la mitad de los hospitales cuentan con planes de emergencia orientados a la infancia, por lo que se propone la articulación y compromisos institucionales críticos para crear protocolos de respuesta quirúrgico-pediátrica, mediante la articulación de la Sociedad de Puericultura y Pediatría, los órganos del Estado encargados de la gestión de riesgos y manejo de desastres y la Sociedad de Cirugía Pediátrica. En segundo lugar, fomentar la capacitación continua del personal de respuesta mediante la simulación y finalmente establecer redes regionales de reserva e inventario pediátrico. Asimismo, se destaca la importancia de crear centros especializados en el manejo de trauma pediátrico, lo que impacta en la reducción significativa de la mortalidad.

**Palabras clave:** cirugía pediátrica, síndrome de aplastamiento en pediatría, lesiones pediátricas relacionadas con terremoto.





## NEURODESARROLLO Y SU RELACIÓN CON EL LAVADO NASAL

### Neurodevelopment and its relationship with nasal irrigation

*Julio César Márquez Silva*
*ORCID: 0000-0003-2213-2592*
*Pediatra-Puericultor. Especialista en Neurodesarrollo*

La higiene ocular y nasal se define como el conjunto de buenos hábitos destinados a la limpieza, cuidado y correcto funcionamiento de la esfera ocular y la mucosa nasal. Su práctica oportuna y habitual en los niños es un pilar fundamental para garantizar una adecuada estimulación sensorial directa y asociativa, impactando directamente en su desarrollo cognitivo. Higiene Ocular y Ergonomía Visual: La limpieza elimina secreciones y sustancias irritantes. Junto con la ergonomía visual, previene síntomas de fatiga, dolor ocular, visión borrosa, dolores de cabeza y resequedad. La funcionalidad de la conjuntiva es indispensable para mantener una visión clara y proteger el ojo. Higiene Nasal: Consiste en remover el exceso de moco, polvo y alérgenos para mejorar la respiración y el aclaramiento mucociliar. Esto previene infecciones y humecta la mucosa, facilitando que las partículas del olor lleguen al bulbo olfatorio. Impacto en el Neurodesarrollo: La conjuntiva y la mucosa olfativa brindan una conexión sensorial clave. La estimulación de la mucosa nasal se relaciona de forma indirecta con la creación de engramas básicos para la memoria. Además, influye de manera integrativa en los recuerdos, el gusto, el instinto y la personalidad del infante. Métodos Clave: Se concluye que las respuestas asociativas del niño con su entorno dependen de la visión y la olfacción primordiales. Para preservarlas, se deben instaurar hábitos de limpieza cotidianos utilizando soluciones con pH adecuado y productos farmacéuticos avanzados que aseguren la esterilidad y salubridad de ambas mucosas.

**Palabras clave:** higiene, conjuntiva, mucosas, sensorialidad, engramas, ergonomía

# EL BINOMIO CRÍTICO: NUTRICIÓN Y CRECIMIENTO EN PATOLOGÍAS CRÓNICAS

## The Critical Binomial: Nutrition and Growth in chronic pathologies

*Coromoto Macías-Tomei*
*(ORCID: 0000-0002-1060-3679)*
*Pediatra. Nutrición, Crecimiento y Desarrollo*

**Introducción:** El monitoreo del crecimiento, maduración y estado nutricional en niños y adolescentes constituye una "biopsia funcional no invasiva". En las patologías crónicas, la desviación de los percentiles suele preceder a la falla orgánica evidente, por lo que su detección temprana es crucial para prevenir secuelas irreversibles sobre la talla final, la autoestima y la funcionalidad del futuro adulto. **Objetivo:** Analizar señales de alerta antropométricas y nutrición de precisión (2024-2026) en cuatro patologías crónicas pediátricas: enfermedad celíaca (EC), fibrosis quística (FQ), enfermedad renal crónica (ERC) y cardiopatías congénitas (CC). **Desarrollo:** Cada entidad presenta un patrón de afectación específico: EC asociada con déficit ponderal precoz, retraso de talla y edad ósea; FQ con alteración del IMC o del peso-talla e hipermetabolismo; ERC con caída de la velocidad de crecimiento, resistencia a hormona del crecimiento y osteodistrofia; CC con déficit selectivo de peso por hiperflujo o curvas en meseta por hipoxia tisular. Las estrategias de nutrición de precisión superan el soporte estándar mediante biomarcadores y seguimiento longitudinal: en FQ, la valoración combinada de peso, talla, IMC y composición corporal, junto con vigilancia de micronutrientes y función nutricional global. En ERC, KDIGO 2024 incorpora el uso de cistatina C para estimar mejor la función renal en desnutridos con déficit de masa muscular, donde la creatinina puede ser menos fiable. En EC, biomarcadores como i-FABP y zonulina se han propuesto como indicadores no invasivos de lesión intestinal, además de la serología habitual y la evaluación antropométrica. **Conclusiones:** La transición desde un soporte nutricional genérico hacia una intervención guiada por respuestas individuales y marcadores biológicos permite optimizar de forma personalizada el crecimiento y la maduración del niño con enfermedad crónica. Este enfoque exige integrar antropometría, composición corporal, biomarcadores y seguimiento clínico para anticipar deterioro y ajustar intervenciones antes de que aparezcan complicaciones estructurales o funcionales.

**Palabras clave:** Nutrición de precisión; Biomarcadores, Enfermedad celíaca, Fibrosis quística, Enfermedad renal crónica, Cardiopatías congénitas.





# PREVENCIÓN DE CEGUERA EN EL PREMATURO

## Prevention of blindness in premature infants

*Edwin Martínez Zerpa.*
*ORCID: 0009-0009-7952-183X*
*Oftalmólogo. Especialista en Neuro-oftalmología*

La retinopatía del prematuro (ROP) es una afección neurovasoproliferativa evitable y un marcador esencial de la calidad en la atención perinatal. A nivel mundial, genera ceguera en 63.000 infantes; en América Latina, ocasiona el 50% de los casos de ceguera infantil, afectando a más de 31.500 niños. Su patogénesis comprende dos fases: una inhibición vascular inicial debida al cese brusco de factores como VEGF e IGF-1, seguida de una neovascularización anormal agresiva asociada a la hipoxia tisular y mayor demanda metabólica. El riesgo se concentra en recién nacidos de menos de 1.500 gramos o menores de 35 semanas de gestación. La prevención primaria recae en el equipo neonatal por un manejo riguroso del oxígeno: saturaciones deseadas entre 89% y 94% (con alarmas en 88% y 95%), administrado mezclado, tibio y humidificado, junto a nutrición óptima, retardo del pinzamiento de cordón y control de infecciones. Como prevención secundaria, el tamizaje obligatorio debe efectuarse hacia la cuarta semana de vida mediante oftalmoscopia indirecta para mapear zonas retinianas y estadios. Para cuadros severos o con enfermedad plus, las terapias de elección son la fotocoagulación láser y las inyecciones intravítreas de antiangiogénicos (Bevacizumab). En el plano regional, organizaciones como la OPS y la Sociedad Panamericana de ROP (SPROP) han impulsado guías clínicas y normativas legales. En contraste, Venezuela carece de legislación obligatoria, guías oficiales o estadísticas actualizadas, estimándose que unos 125 prematuros quedan ciegos al año sin intervención médica oportuna (10.000 años de ceguera acumulados). Pese a este déficit, el Grupo ROP Venezuela ha sostenido programas en 12 estados. En el Estado Lara, por ejemplo, en el transcurso de 20 años se han evaluado 6.249 pacientes, 18.747 consultas y 262 niños tratados. Se requiere consolidar un grupo colaborativo nacional que evite la pérdida visual prevenible por ROP.

**Palabras clave:** retinopatía, prematuros, oxígeno, prevención, tamizaje.

# LA BOCA DEL NIÑO: DE LA FUNCIÓN A LO SISTÉMICO

## THE CHILD'S MOUTH: FROM FUNCTION TO SYSTEMIC

*Adriana Materán R.*
*(ORCID: 0009-0004-2771-8546)*
*Odontopediatra*

La cavidad bucal no debe considerarse un órgano aislado, es parte de un sistémico crucial para el desarrollo integral del niño, las funciones estomatognáticas, así como el neurodesarrollo y la colonización microbiana durante los primeros años de vida, impactan directamente en la homeostasis y la salud general del niño. Desde el nacimiento, la cavidad oral es colonizada progresivamente por más de 700 especies microbianas. El parto vaginal y la leche materna permite la formación del ecosistema bucal pioneras, con múltiples funciones metabólicas que modulan el sistema inmunitario que intervienen en los diferentes sistemas principalmente en el intestinal y respiratorio que van cambiando durante el crecimiento. Las funciones primarias como la succión y deglución durante la lactancia generan impulsos propioceptivos masivos a través de la red neuronal, modulando el tronco encefálico, el cual guía activamente el modelado craneofacial, manteniendo vías áreas permeables y fortalecimiento muscular para la masticación.

La primera fase de la digestión está dada por la masticación función compleja, cíclica que incrementa el flujo sanguíneo cerebral hasta un 25%, optimizando la atención ejecutiva, promoviendo la plasticidad cerebral y a su vez equilibra, de manera bidireccional la microbiota ya que la masticación prepara los alimentos para una mejor biodisponibilidad y absorción de los nutrientes, también desempeña un rol metabólico clave mediante el eje nitrato-nitrito-óxido nítrico. Cualquier alteración que rompa la sincronía y efectividad de la tríada funcional (masticación simétrica, respiración nasal y deglución fisiológica), forzando compensaciones musculares y limitando la estimulación del sistema nervioso central, la perdida del equilibrio funcional y ecológico bucal a largo plazo, trayendo como consecuencia problemas bucodentales que actúa como un foco inflamatorio crónico que sobrecarga la inmunidad general del niño. Es indispensable promover el manejo integral e interdisciplinario entre pediatras y odontopediatría para detectar precozmente estas alteraciones y garantizar un desarrollo infantil óptimo.

**Palabras clave:** Odontopediatría, Microbiota bucal, neurodesarrollo, masticación, Crecimiento craneofacial.





# PUERICULTURA DE LA TRADICIÓN A LA PRECISIÓN

## CHILDCARE FROM TRADITION TO PRECISION

*Mercedes Ramírez de Materan*
*ORCID: 0000-0003-4899-6911*
*Pediatra-Puericultor*

La Puericultura, es la ciencia que promueve el desarrollo integral, la salud física, mental y social de niños y adolescentes sanos; mantiene su objetivo central de promover la salud, prevenir enfermedades y orientar a las familias. Históricamente, se ha fundamentado en un modelo universal, periódico y anticipatorio. Sus pilares básicos como la vacunación, lactancia materna, alimentación saludable y seguridad son irrenunciables. La Pediatría actual evoluciona hacia modelos de mayor precisión; esta transición responde a que un mismo paquete preventivo no rinde igual para todos los niños, el riesgo individual está condicionado por la interacción entre biología, ambiente, familia y determinantes sociales. Este nuevo enfoque desplaza la atención del evento agudo hacia la anticipación de trayectorias vulnerables. La salud infantil de precisión no se limita exclusivamente a la genómica; integra también la analítica de riesgo y reconoce a los determinantes sociales, como biomarcadores. Operativamente, el modelo propone pasar del dato aislado como un percentil de crecimiento único, a la lectura de tendencias y velocidades longitudinales, estratificando el riesgo para asignar intervenciones graduadas y personalizadas. Sus aplicaciones más avanzadas ya muestran resultados en enfermedades raras, unidades de cuidados críticos y oncología pediátrica. Este avance conlleva riesgos tales como la confianza ciega en algoritmos, el aumento de la medicalización y el potencial incremento de las inequidades en salud. Por ello, el uso de datos genómicos y herramientas predictivas exige gobernanza, transparencia y el consentimiento adecuado. Para América Latina, la agenda exige primero fortalecer la calidad de la medición y la continuidad de los controles clásicos, sumando a esto una adopción selectiva de herramientas de precisión. En conclusión, la tecnología debe apoyar la consulta sin sustituir el juicio clínico. El interés superior del niño prevalece sobre la fascinación tecnológica, garantizando que la Puericultura del futuro sea estratificada y precisa, pero fundamentalmente humana, preventiva y equitativa.

**Palabras clave:** Puericultura, pediatría, precisión, transición.

# IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO CON RIESGO DE NEUROTOXICIDAD POR HALOGENADOS: CLAVES PARA LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA

## Identification of children at risk of halogenated-induced neurotoxicity: Keys for preoperative evaluation.

*Carlos Alberto Lanz-Martínez*
*(ORCID: 0000-0003-4455-4403)*
*Médico Anestesiólogo*

La consulta pediátrica perioperatoria constituye la primera línea de defensa activa para prevenir lesiones neurológicas catastróficas por sevoflurano en niños con la variante mitocondrial m.11232T>C en el gen MT-ND4. Esta susceptibilidad farmacogenética, identificada inicialmente en el Estado Carabobo a inicios de la década de 2000 caracterizada por retraso extremo en el despertar y posterior necrosis estriatal bilateral de ganglios basales fue identificada molecularmente(1). Los análisis genéticos en una cohorte de siete pacientes revelaron la mutación homoplásmica m.11232T>C en el Complejo I de la cadena respiratoria. En ensayos de respirometría in vitro, las células portadoras expuestas a concentraciones clínicas de sevoflurano sufrieron una reducción del 90% en el consumo de oxígeno mitocondrial, provocando una asfixia energética celular inmediata. Por el contrario, el propofol demostró mantener estable la respiración celular, lo que valida la seguridad de la anestesia total intravenosa (TIVA). Debido al cuello de botella de la secuenciación genética, el pediatra debe liderar el tamizaje. Dado que el cribado por ascendencia geográfica es inútil dentro de Venezuela al ser universal, la evaluación preoperatoria local debe enfocarse rigurosamente en rastrear de forma minuciosa la línea materna, buscando banderas rojas como antecedentes familiares de despertar retrasado, estupor prolongado o déficits motores postoperatorios inexplicados. Ante cualquier sospecha, se recomienda la evitación absoluta de sevoflurano y la prescripción formal de TIVA guiada por electroencefalografía procesada (BIS/SedLine) como escudo protector universal.

**Palabras clave:** Consulta pediátrica preoperatoria, sevoflurano, variante m.11232T>C, anestesia total intravenosa (TIVA), neurotoxicidad mitocondrial.

1 Sanz-Pons J, Aladrén-Herrer C, Ortigoza-Escobar JD, López-Gallardo E, Martín-Navarro A, Lanz-Martínez CA, et al. Effects of a mitochondrial genetic variant on sevoflurane hypersensitivity. Anesthesiology. 9 de marzo de 2026. doi:10.1097/ALN.0000000000006029





# ENFERMEDAD DE KAWASAKI: ESTADO DEL ARTE

## Kawasaki disease: State of the art

*Roque Aouad T.*
*ORCID: 0000-0001-8945-6095*
*Pediatra Infectólogo*

La Enfermedad de Kawasaki (EK) no es solo un cuadro febril de la infancia; es una condición que marca el futuro cardiovascular del individuo, de hecho, actualmente es la primera causa de cardiopatía adquirida y una causa oculta de infartos en adultos jóvenes. Entendemos hoy que su fisiopatología nace de una predisposición genética (mediada por genes como ITPKC, CASP3 y FCGR2A) que, al interactuar con un detonante ambiental, desata una respuesta inmune aberrante sostenida y deletérea. En la práctica clínica diaria, la máxima es innegociable: una fiebre de 5 días o más sin foco documentable y sostenible es sospecha obligatoria de EK y debe ser nuestro primer diagnóstico diferencial. Apoyarse en la biotipología de EK tanto en el periodo diagnostico como terapéutico, recordar sus presentaciones: Hepatobiliar, Banda Neutrofílica, Nodo Linfático Cervical y Edad Temprana, aligera la carga. El reto es distinguir las formas incompletas de las clásicas, diferenciando este cuadro de otras opciones diagnosticas, dilatando el inicio terapéutico. El tiempo, nuestro mayor aliado, contamos con una “Ventana de Oro” de 10 días: la administración de Inmunoglobulina Intravenosa (IGIV) a 2g/kg, esta acción logra desplomar el riesgo de aneurismas coronarios de un 25% a menos de un 5%. Sin embargo, la vigilancia en las 36 horas post-IGIV es crítica; si la fiebre persiste, estamos ante un caso refractario de alto riesgo que requiere escalar inmediatamente el tratamiento. El peligro fatal es el desarrollo de aneurismas gigantes (diámetro ≥ 8 mm), los cuales no regresan y pueden causar oclusión vascular o muerte súbita. Finalmente, el alta hospitalaria no es el fin. Estos pacientes requieren estratificación y control cardiovascular de por vida mediante seguimiento ecocardiográfico, uso de aspirina y el apoyo de una red multidisciplinaria.

**Palabras clave:** vasculitis; biotipos; muerte súbita

# ¿COMO EL ADN ESTÁ CAMBIANDO EL ABORDAJE DEL SÍNDROME NEFRÓTICO?

## ¿How is DNA changing the approach to nephrotic syndrome?

*Elsa J. Lara*
*ORCID: 0000-0001-5845-8354*
*Pediatra-Nefrólogo*

El abordaje del Síndrome Nefrótico experimenta un cambio de paradigma impulsado por la genética y la epigenética. Las formas monogénicas estructurales representan el 30% de los casos resistentes a esteroides. Su diagnóstico temprano es crucial para evitar inmunosupresores inútiles y altamente tóxicos. El 70% restante comparte un genoma idéntico, pero puede expresar la enfermedad debido a fallas en la regulación molecular mediadas por la epigenética, disciplina que actúa como puente entre los estímulos ambientales y el daño podocitario a través de tres pilares: metilación del ADN, modificaciones de histonas y control de la traducción por ARNs no codificantes. El podocito requiere un equilibrio entre enzimas "escritoras" (DNMT, HAT), "borradoras" (HDAC) y "lectoras" (proteínas BET). Su desbalance destruye la homeostasis glomerular mediante dos vías: la hipermetilación del ADN por DNMT, que apaga los promotores de la nefrina/podocina y del receptor de glucocorticoides (NR3C1), induciendo resistencia a la prednisona; y la hipoacetilación de histonas por HDAC1/2, que condensa la cromatina, destruye el citoesqueleto de actina y guía a la glomeruloesclerosis focal y segmentaria. Bajo la teoría de los "dos golpes", agresiones uterinas como hipoxia o cortisol generan marcas de programación fetal que debilitan al riñón, el cual colapsa ante un segundo golpe postnatal inflamatorio que desregula los loci NLRP3 y SOCS3, liberando IL-13 y activando el eje patológico de Angptl4.Frente a esto, se consolida soluciones disruptivas. La biopsia líquida en orina mediante secuenciación que aísla podocitos descamados para mapear perfiles de metilación y microARNs (como miR-191 o miR-23b-3p), permitiendo predecir la corticorresistencia y monitorear la terapia en tiempo real de forma no invasiva. El nuevo algoritmo clínico integra estrategias de reversibilidad desde la nutriepigenómica postnatal hasta el uso de fármacos (Apabetalona). La meta es reescribir de manera precisa las marcas patológicas, devolviéndole al podocito la memoria de su estructura fundamental.

**Palabras clave:** Sindrome nefrótico, ADN; epigenética; corticorresistencia





# CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN EL SIGLO XXI: DEL FINAL DEVIDA A UN MODELO INTEGRAL DESDE EL DIAGNÓSTICO

## Pediatric Palliative Care in the 21st Century: From End-of-Life Care to a Comprehensive Model Starting at Diagnosis

*Patricia Bonilla Sierra.*
*ORCID: 0000-0003-4782-523X*
*Médico Anestesiólogo.*
*Especilista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos*

Se propone una reflexión crítica sobre la necesidad de transformar la comprensión tradicional de los cuidados paliativos pediátricos. Históricamente, estos han sido asociados de manera errónea con la terminalidad, la suspensión de tratamientos o el fracaso terapéutico. Sin embargo, la evidencia actual demuestra que constituyen un componente esencial de la atención integral de niños, niñas y adolescentes con enfermedades amenazantes o limitantes para la vida. La presentación enfatiza que los cuidados paliativos pediátricos deben iniciarse desde el diagnóstico, en paralelo con los tratamientos curativos o modificadores de enfermedad, y no únicamente en la etapa final de vida. Su objetivo central es aliviar el sufrimiento físico, emocional, social y espiritual del niño, así como acompañar activamente a la familia en la toma de decisiones, la adaptación a la enfermedad, la planificación del cuidado y el proceso de duelo cuando este sea necesario.

Se abordan los principales grupos de pacientes que pueden beneficiarse de este enfoque, incluyendo niños con cáncer, enfermedades neurológicas progresivas, cardiopatía complejas, enfermedades genéticas, metabólicas, respiratorias o renales avanzadas, condiciones neonatales graves y dependencia tecnológica. Asimismo, se proponen criterios prácticos de derivación temprana, como síntomas complejos, hospitalizaciones repetidas, incertidumbre pronóstica, alta carga familiar y necesidad de decisiones clínicas difíciles. La conferencia también analiza la realidad latinoamericana, caracterizada por acceso desigual, escasez de equipos especializados, limitada formación profesional, ausencia de políticas específicas y barreras para la atención domiciliaria y comunitaria. Frente a ello, se plantea un modelo flexible e integral que articule hospital, domicilio, comunidad y teleorientación, con distintos niveles de atención: enfoque paliativo primario, cuidado compartido y equipos especializados. Finalmente, la charla invita a los pediatras a asumir un rol activo en la identificación temprana del sufrimiento, la comunicación compasiva y la defensa de una atención centrada en la dignidad, la calidad de vida y el acompañamiento sin abandono.

**Palabras clave:** Cuidados paliativos; pediatría; calidad de vida.

# AMBIENTES SEGUROS DE APRENDIZAJE: IMPACTO EN LA FORMACIÓN DEL ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

## Safe learning environments: impact in pediatricians training

*Maria Alejandra Pulido Febres.*
*ORCID: 0000-0002-4427-9862*
*Médico Psiquiatra*

Introducción: Los ambientes de aprendizaje durante la formación médica de postgrado son determinantes de la calidad educativa y del bienestar integral de los médicos residentes. La evidencia reciente sugiere que los modelos tradicionales de educación médica pueden asociarse con una elevada carga de factores estresores que impactan negativamente la salud física y mental, el desempeño profesional y la permanencia en los programas de formación. Objetivo: Analizar las características de los ambientes de formación médica y su relación con el desgaste ocupacional, la seguridad psicológica, el maltrato y el acoso laboral en residentes de pediatría, destacando la necesidad de estrategias institucionales orientadas a la prevención y promoción del bienestar. Desarrollo: Los ambientes de formación médica se caracterizan por sobrecarga académica, reducción de las horas de descanso y sueño, alta competitividad, estructuras jerárquicas rígidas, reconocimiento insuficiente y escasos espacios de apoyo emocional. Estas condiciones favorecen el desarrollo de alteraciones que afectan el bienestar integral, incluyendo desgaste ocupacional, depresión, estrés postraumático, ideación suicida y abuso de sustancias. Asimismo, la presencia de violencia, discriminación y acoso laboral intensifican el impacto sobre la salud mental y la satisfacción profesional. El desgaste ocupacional o burnout se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal. En contraste, los ambientes psicológicamente seguros promueven la confianza, la comunicación abierta, la retroalimentación efectiva, el aprendizaje colaborativo y la expresión libre de opiniones y errores. Conclusiones: Existe evidencia de que las características estructurales y culturales de los ambientes tradicionales de formación médica de postgrado pueden afectar significativamente el bienestar físico y psicológico de los residentes. Resulta necesario implementar estrategias de psicoeducación dirigidas a todos los actores involucrados en el proceso formativo para prevenir, identificar, atender y proteger frente a factores de riesgo psicosocial. Estas acciones son fundamentales para promover ambientes de aprendizaje seguros, saludables y respetuosos.

**Palabras clave:** Educación médica; Médicos residentes; Ambiente educacional; Desgaste ocupacional; Seguridad psicológica; Acoso laboral





# ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS Y RIESGO CARDIOMETABÓLICO

## Ultra-processed foods and cardiometabolic risk

*Livia Machado*
*ORCID: 0000-0001-7458-8917*
*Pediatra Nutrólogo*

El consumo elevado de alimentos ultraprocesados (AUP) se asocia con mayor riesgo cardiometabólico, mientras que los patrones alimentarios saludables basados en alimentos mínimamente procesados reducen significativamente este riesgo. El incremento de las enfermedades cardiometabólicas (ECM) en la población, cada vez a menor edad y más severidad, presentan un causal epidemiológico en el consumo de AUP, afectando la población más vulnerable como la infantojuvenil. Los AUP (definidos por la clasificación NOVA como formulaciones industriales con ingredientes extraídos de alimentos enteros, aditivos y poco o ningún alimento completo) están asociados con múltiples desenlaces adversos. Un metaanálisis de 45 análisis agrupados encontró evidencia convincente: el mayor consumo de AUP se asocia con mayor riesgo de mortalidad cardiovascular y diabetes tipo 2,  afectando inclusive el desarrollo conductual y cognitivo de la población infantil. Datos NHANES 1999-2018 demuestran por cada 10% de energía proveniente de AUP se asocia con mayor índice de masa corporal, presión arterial diastólica, mayor prevalencia de síndrome cardiorenometabólico, diabetes y mayor riesgo de mortalidad por todas las causas. Estas asociaciones persisten incluso después de ajustar la calidad nutricional, sugiriendo que los efectos adversos no se explican únicamente por el perfil de nutrientes, sino también por los aditivos que contienen, afectando epigenéticamente al tejido adiposo. El bajo costo, la palatabilidad, fácil acceso, la promoción de su consumo en redes sociales, entre otros; son factores que incrementan el uso AUP en la población. Los mecanismos propuestos incluyen perfiles nutricionales deteriorados, alta densidad energética, texturas blandas, estructuras alimentarias alteradas, bajo contenido de fitoquímicos, contaminantes tóxicos, disruptores endocrinos y aditivos dañinos. Análisis de mediación identifican biomarcadores de inflamación y disfunción hepática, endotelial y renal como vías fisiopatológicas.La identificación temprana y oportuna de estos factores de riesgo en la población infantil, puede revertir el incremento de la ECM, sobre todo cuando se diagnostica precozmente.

**Palabras clave:** Alimentos ultra procesados; riesgo cardiometabólico; sindrome cardiorrenometabólico; factores de riesgo

# INCORPORADO

## EL PEDIATRA: CIENCIA PURA, AMOR ABSOLUTO
## The pediatrician: pure science, absolute love

*Marco Sorgi Venturoni.*
*ORCID:*
*Médico Cirujano. Academia Nacional de Medicina*

La presente conferencia magistral le propone el médico que tomó la decisión de ser "especialista en Pediatría y Puericultura" que él mismo se vea desde una dimensión que trasciende la actualización clínica: la de su identidad como agente fundamental en la construcción del ser humano. Partiendo del sustento neurobiológico que establece que los primeros mil días de vida determinan el ochenta por ciento de la arquitectura cerebral del adulto, esta conferencia sitúa al pediatra en el centro de la ventana más crítica y más irrepetible de toda la existencia humana. Ninguna otra especialidad médica opera sobre ese territorio con la misma profundidad, continuidad y alcance formativo. El pediatra no interviene sobre lo que ya se rompió; llega antes, cuando todavía todo está abierto, cuando el potencial del niño no tiene aún límites definidos.

La conferencia aborda, asimismo, la realidad del médico que ejerce en contextos de adversidad sostenida, reconociendo el esfuerzo extraordinario que representa mantener estándares de excelencia y vocación de actualización permanente en un entorno de recursos limitados. Desde una perspectiva de desarrollo humano y liderazgo médico, se propone un reencuentro del especialista con el sentido profundo de su práctica: la comprensión de que cada consulta, cada diagnóstico oportuno, cada vínculo construido con el binomio madre-padre-hijo, constituye un acto de impacto generacional que el tiempo multiplica en silencio. El pediatra que se reconoce en esa dimensión no solo ejerce mejor la medicina, la ejerce con la plenitud que su rol exige y que sus pacientes merecen. La conferencia culmina con un llamado al reconocimiento propio: una invitación a que el especialista en Pediatría y Puericultura vuelva a verse con la claridad y la gratitud que merece quien ha elegido custodiar el origen de la humanidad. Porque atender la infancia no es solo una especialidad médica. Es la forma más antigua y más necesaria de creer en el futuro.

"Cada niño viene con el mensaje de que
Dios aún no está desalentado del hombre"
(Rabindranath Tagore, Stray Birds, 1916)

**Palabras clave:** Pediatría; Desarrollo infantil temprano; Vocación médica; Identidad profesional; Medicina humanista





## PROTECCIÓN DEL BINOMIO MADRE-HIJO MEDIANTE LA GESTIÓN DE CALIDAD EN CONTEXTOS DE MORBILIDAD MATERNA GRAVE
## Protection of the mother-child pair through quality management in contexts of severe maternal morbidity

*Sergio Osorio Morales.*
*ORCID: 0009-0008-3058-9510*
*Médico Especialista en Cirugía General. Magíster Scientiarum en Administración delSector Salud, mención Administración de Hospitales.*
*Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia*

Introducción: La morbilidad materna grave (MMG) es un indicador crítico de calidad hospitalaria que impacta directamente al binomio madre-hijo. Identificar fallas operativas y barreras de acceso es fundamental para optimizar la resolución médica. Objetivo: Diseñar un plan de calidad gerencial para disminuir la MMG en el Municipio Maracaibo, Estado Zulia, con aplicabilidad estadal. Metodología: Investigación mixta, proyectista, descriptiva, de campo y transversal (julio, 2025). Población: 515 pacientes con MMG (enero-agosto, 2025). Datos analizados mediante registros de vigilancia, matriz DOFA, análisis del entorno y estadística descriptiva en SPSS v23. Se diseñó el Flujograma del Sistema de Asistencia Materna (Osorio y Guerra, 2025) para un análisis integral. Resultados: De 9.567 nacidos vivos en 2024, se registraron 515 casos de MMG, para una prevalencia de 53,8 x 1.000 nacidos vivos. Edad promedio: 27,20±5,65 años (70,0% entre 20-34 años). El 49,0% eran II y III gestas. El 53,2% no realizó un control prenatal efectivo (39,1% ausente; 14,1% deficiente). Principales causas: trastornos hipertensivos (56,3%), hemorragias (35,1%) y sepsis (7,6%). Predominaron el Retraso Tipo I (40,0%) y Tipo III (30,0%). Aunque el 56,3% requería Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), solo ingresó el 11,6%, quedando un 32,1% excluido de cuidados críticos. Propuesta: El plan operativo regula procesos mediante un Manual de Calidad, asignación de responsabilidades a especialistas y residentes (LUZ/UCS), y un plan de procura con la Secretaría de Salud y Autoridad Única. Las inconformidades se corrigen de inmediato y los procesos se evalúan con el Método Galán y auditorías semestrales. Conclusión: El estudio sistemático de la MMG es útil para formular planes de calidad sustentados en auditorías, control de procura y flujogramas estandarizados, contribuyendo de forma sostenible a la disminución de la morbimortalidad materna y el bienestar del binomio madre-hijo en el Municipio Maracaibo-estado Zulia.

**Palabras clave:** Morbilidad Materna Grave; Plan de Calidad; Flujograma de Asistencia Materna; Entorno Sanitario; Método Galán; Auditoría en Salud; Gestión Hospitalaria.

# CONSEJOS DEL MIAMI CHILDREN'S HOSPITAL: NICKLAUS CHILDREN'S 2026: ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA

## Tips from Miami Children's: Nicklaus Children's 2026: Update on Pediatrics and Primary Care

*Amadeo Leyba Ferrer.*
*ORCID: 0009-0009-0399-3726*
*Pediatra-Puericultor*

El presente documento ofrece un resumen condensado y estructurado de la conferencia dictada por el auror, abordando temas críticos en salud del viajero, endocrinología, gastroenterología, cardiología neonatal, anestesiología, dermatología e inmunización. Salud del Viajero Pediátrico: Destaca la alta incidencia de influenza (~1% por mes de viaje) en niños no inmunes, superando a vacunas como la de Fiebre Amarilla. En profilaxis antipalúdica, la Cloroquina presenta resistencia generalizada, limitándose su uso a zonas específicas de Centroamérica y el Caribe. Para la diarrea del viajero, la Azitromicina es el tratamiento de primera línea; las quinolonas no están aprobadas en menores de 18 años y el subsalicilato de bismuto está contraindicado. Baja Estatura: Explora el impacto multiparamétrico (genético, hormonal, nutricional y ambiental) en el crecimiento. Se analizan la variante genética FBN1 en Perú, las características del Retraso Constitucional (edad ósea retrasada) frente a la Talla Baja Familiar (edad ósea concordante), y la Deficiencia de Hormona del Crecimiento. Se desmitifica que el ejercicio intenso aumente la talla adulta final. Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII): Compara Enfermedad de Crohn (transmural, salteada) y Colitis Ulcerosa (mucosa, continua). Prioriza la Entero-RM y la ecografía intestinal para evitar exposición a radiación. Urgencias Cardiología Neonatal: Enfatiza el cribado con saturación de $O_2$ en las 4 extremidades (>96%), la palpación de pulsos femorales para detectar Coartación Aórtica y la búsqueda de cianosis en Tetralogía de Fallot. Anestesia y Genética: Advierte sobre reportes de muertes por necrosis neuronal relacionadas con Sevoflurano en niños venezolanos con mutaciones genéticas en los ganglios basales. Dermatología (Hemangiomas y Melanoma): Aborda el pronóstico del melanoma pediátrico, los criterios para tratar Hemangiomas Infantiles con Propranolol (en fase proliferativa temprana) y las implicaciones del síndrome PHACES. Inmunizaciones y Tecnología: Recuerda mantener los esquemas de vacunación avalados por la AAP y utilizar la Inteligencia Artificial como herramienta complementaria, sin sustituir el criterio médico.

**Palabras clave:** Atención primaria pediátrica; Medicina del viajero; Trastornos del crecimiento; Gastroenterología pediátrica; Cardiología neonatal; Dermatología pediátrica.





# MEDICINA P4/P6: DE LA REACCIÓN A LA PROACCIÓN EN EL CUIDADO DE LA SALUD

## P4/P6 MEDICINE: FROM REACTION TO PROACTION IN HEALTH CARE

*Mario J. Patiño Torres*
*Decano de la Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela*
*ORCID: 0000-0002-2267-1222*

En primer lugar, se expone el concepto y la evolución de la Medicina P4 y P6, destacando la transición desde el modelo médico tradicional, reactivo y centrado en la enfermedad, hacia un enfoque proactivo sustentado en la predicción, la prevención, la personalización y la participación del paciente. En segundo lugar, se desarrollan los pilares de la Medicina P4: predictiva, preventiva, personalizada y participativa. La medicina predictiva se apoya en biomarcadores, genómica y Bigdata para anticipar riesgos; la preventiva promueve intervenciones tempranas; la personalizada adapta la atención a las características de cada individuo; y la participativa reconoce al paciente como actor corresponsable en el cuidado de su salud. En tercer lugar, la presentación aborda la expansión hacia la Medicina P6 mediante la incorporación de los componentes poblacional y planificada. Esta ampliación integra los determinantes sociales, la salud pública y la gestión estratégica de recursos, con el propósito de aumentar la eficiencia, la equidad y el impacto sanitario colectivo. En cuarto lugar, se analiza el paso de la reacción a la proacción como transformación del abordaje clínico. Se contrastan las limitaciones del modelo reactivo con las ventajas del modelo proactivo, incluyendo mejores resultados clínicos, reducción de hospitalizaciones, mayor adherencia terapéutica e incorporación de innovación tecnológica, inteligencia artificial y monitorización remota.

En quinto lugar, se examinan las barreras para la implementación de este paradigma en países de ingresos medios y bajos, especialmente en América Latina. Se señalan limitaciones de infraestructura, alfabetización digital, acceso desigual a tecnologías y debilidades regulatorias, que pueden profundizar inequidades si no se acompañan de políticas públicas inclusivas. La conferencia concluye que el futuro de la medicina P4/P6 dependerá de la reestructuración de la educación médica, del fortalecimiento de marcos legales para proteger los datos y de la voluntad política para garantizar acceso equitativo a la innovación.

**Palabras Clave:** Medicina predictiva, preventiva, personalizada y participativa; Modelo de atención proactiva; Equidad en salud; Determinantes sociales de la salud.

# EFECTO DEL USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA EN EL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL ADOLESCENTE

## The effect of using generative artificial intelligence on adolescent critical thinking

*Enriqueta Sileo*
*(ORCID:0002-06950571)*
*Pediatra-Medicina del Adolescente*

El uso de la Inteligencia Artificial Generativa (IAG) en adolescentes constituye un campo de estudio emergente que genera fascinación y preocupación. Comprender su impacto requiere analizar cómo la IAG interactúa con el desarrollo cerebral adolescente y en consecuencia, con la formación del pensamiento crítico: capacidad para mantener una práctica dialógica de argumentación, anticipar objeciones y contraargumentos. Esta habilidad se construye progresivamente mediante el diálogo entre pares, remitiendo a la necesidad de un argumento que genere controversia ("roce") y promueva la deliberación. La adolescencia (10–19 años; neurociencia hasta ~32 años) es una etapa crítica de vulnerabilidad y oportunidad, donde se consolidan procesos de razonamiento y se definen marcos éticos adultos. Ocurren cambios neurocognitivos (pensamiento abstracto, Piaget) y neurobiológicos brecha temporal (asincronía occipito-frontal, poda neuronal, mielinización). El ecosistema digital, especialmente la IAG y algoritmos personalizados, actúa como "lubricante cognitivo" que reduce la fricción necesaria para el crecimiento del pensamiento crítico. Mientras el cerebro crítico usa la vía lenta (corteza prefrontal; combustible: glucosa) y requiere esfuerzo, fricción y tolerancia a la frustración, el cerebro digital usa la vía rápida (sistema límbico; combustible: dopamina) con gratificación inmediata, generando dependencia y deuda cognitiva. El uso indiscriminado de IAG puede interferir en la construcción del pensamiento crítico: solo 22% realiza análisis propio; 30% usa IAG para tomar decisiones (Salmerón Ruiz, 2025; Correal RT, 2025). Los algoritmos funcionan como "cámara de eco", reducen la curiosidad y la tolerancia a opiniones opuestas, y favorecen información breve (≈15 s) que no se transforma en conocimiento. Adolescentes con >3 h/día en apps de "scroll infinito" tienen 27% más riesgo de síntomas depresivos; los algoritmos activan dopamina similar a juegos de azar, generando incapacidad biológica de autocontrol.

**Palabras clave:** inteligencia artificial generativa; adolescencia; pensamiento crítico; desarrollo cerebral; algoritmos; deuda cognitiva.





# VÉRTIGO EN PEDIATRÍA, DEL SÍNTOMA AL DIAGNÓSTICO DE PRECISIÓN

## Vertigo in pediatrics: from symptoms to accurate diagnosis

*Ligia Acosta Boett*
*ORCID: 0000-0002-3938-4860*
*Pediatra-Otorrinolaringólogo*

El vértigo en la edad pediátrica representa un desafío diagnóstico significativo, frecuentemente subestimado o malinterpretado debido a la dificultad del paciente para verbalizar su sintomatología. Es un trastorno que se presenta con una prevalencia de un 5%- 18% en la infancia, considerándose de gran relevancia su adecuada precisión diagnóstica, ya que puede ser el único síntoma de un amplio espectro de enfermedades que incluyen desde tumores del sistema nervioso central (SNC), expresión de enfermedad sistémica hasta trastornos localizados en la periferia vestibular (oído interno). Afortunadamente, la mayoría de los trastornos vestibulares en la infancia tienen un curso benigno y pronóstico favorable, gracias a la plasticidad neural en la infancia, que favorece una mejor tolerancia al vértigo, con síntomas no tan prolongados y una relativa resolución espontánea. El paciente pediátrico presenta todo un desarrollo evolutivo de su sistema vestibular con características particulares en cada una de sus etapas, fundamental a considerar, para comprender las manifestaciones clínicas como expresión del trastorno del sistema vestibular en niños.

El abordaje del vértigo infantil se fundamenta en un análisis semiológico riguroso, donde la anamnesis dirigida, enfocada en definir los síntomas de la disfunción del sistema vestibular (mareos, vértigo, inestabilidad, ataxia), su duración, desencadenantes y síntomas asociados neurovegetativos o cocleares, constituye el pilar fundamental. El vértigo infantil crea una profunda ansiedad en el niño, los padres y los profesionales de la salud con el consiguiente incremento en las peticiones de pruebas funcionales y de imagen, que con frecuencia son innecesarias para un abordaje terapéutico apropiado. El conocimiento de la patología vestibular en el niño fomenta la derivación oportuna al especialista y optimizar el manejo terapéutico, mejorando así la calidad de vida del paciente pediátrico mediante una práctica clínica basada en la precisión neurofisiológica.

**Palabras clave:** vértigo infantil, diagnóstico, síntoma, pediatría.

# HISTORIA DE LA PEDIATRÍA EN VENEZUELA
## History of Pediatrics in Venezuela

*Nelson Orta Sibú*
*(ORCID: 0000-0003-3725-498X)*
*Pediatra Nefrólogo- Comisión Nacional de Historia de la Pediatría SVPP*

Documentar la historia de las especialidades médicas y la de sus instituciones constituye un elemento fundamental para el desarrollo cultural y científico de las naciones. Exponer su evolución permite comprender realidades de cada época, valorar contribuciones de sus protagonistas y garantizar la transmisión de conocimientos a las generaciones futuras. Con sus raíces ancestrales la Pediatría comenzó a consolidarse como disciplina durante el siglo XVIII, cuando algunos médicos orientaron su práctica al estudio de las enfermedades de la infancia. En el siglo XIX se fortaleció progresivamente hasta alcanzar reconocimiento como especialidad. En América Latina la pediatría experimentó importante desarrollo durante la primera mitad del siglo XX, y en Venezuela está estrechamente vinculado a instituciones pioneras como el Hospital de los Niños Pobres, Hospital Vargas y el Hospital Municipal de Niños. Sin embargo, gran parte de la información disponible se refiere al Distrito Capital, con escasa documentación en otras regiones. Con la creación de la Comisión Nacional de Historia de la Pediatría surgió la iniciativa de elaborar una obra que recopilara la trayectoria histórica de la pediatría venezolana global. En 2025, esta propuesta se transformó en un proyecto que reunió a más de 100 colaboradores: pediatras, especialistas de otras áreas, historiadores y cronistas. Tras catorce meses de intenso trabajo sistemático, sustentado en fuentes documentales y testimoniales, se produjo un libro digital de aproximadamente 300 páginas y 28 capítulos. De estos, 24 están dedicados a las entidades federales y cuatro a aspectos institucionales emblemáticos de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría.

La obra “Historia de la Pediatría en Venezuela: Desde sus inicios hasta 2025” constituye un importante legado académico y científico nacional, al documentar la evolución de la especialidad en el país y preservar la memoria histórica para las futuras generaciones.

**Palabras clave:** Pediatría, Historia de la Medicina, Venezuela



# RESÚMENES DE SIMPOSIOS

# ABORDAJE INTEGRAL DE LAS HERIDAS EN PEDIATRIA: MÁS ALLÁ DE LA CURA SIMPLE

## Comprehensive approach to wounds in pediatrics: beyond the simple cure

*María Gandica*
*(ORCID: 0009-0004-1107-0087)*
*Cirujano Pediatra*

El manejo de heridas en pediatría es uno de los procedimientos más frecuentes y, paradójicamente, uno de los más subestimados. La piel en los niños es biológicamente distinta y merece un abordaje cuidadoso. Se debe hacer la transición de una mentalidad pasiva, centrada sólo en limpiar y cubrir, hacia una mentalidad activa, fundamentada en la biología de la cicatrización. La evolución de una herida puede interrumpirse por diversos factores. La evidencia actual plantea que la povidona yodada, la clorhexidina y el agua oxigenada sobre el lecho abierto (no infectado) dañan los fibroblastos y el tejido de granulación. La solución fisiológica, o incluso el agua potable, son la primera elección para la limpieza de rutina en una herida no infectada, reservando el uso de antisépticos citotóxicos para casos infectados y por tiempo limitado. El esquema TIMERS ofrece una estructura de manejo en seis dimensiones: tejido, infección, humedad, bordes, reparación y factores sociales. Dentro de esas dimensiones, la toma correcta de muestra de secreción merece atención especial: la técnica de Levine, sobre tejido viable y previamente limpio, es significativamente más precisa que el hisopado superficial convencional y evita el error más frecuente, cultivar colonizadores en lugar de patógenos reales. La nutrición como factor social ocupa un lugar central como terapia, no como complemento, considerando que en Venezuela más del 15% de los niños menores de cinco años padece desnutrición aguda, es importante rescatar el trabajo en equipo donde el cirujano pediatra lidera la estrategia reconstructiva y local, pero el pediatra vigila que las condiciones nutricionales y asegura confort y analgesia. En el Hospital de Niños José Manuel de los Ríos, en Caracas se evidenciaron 22 pacientes pediátricos con heridas quirúrgicas complejas, tratados de forma avanzada con terapia de presión negativa, alcanzaron una cicatrización promedio de 12 días con sólo dos complicaciones, resultados equivalentes a los reportados en la literatura internacional. La conclusión es sencilla: la calidad del manejo de una herida no depende sólo del equipamiento, sino del conocimiento con el que se aplica.

**Palabras clave:** heridas, pediatría, cicatrización, terapia de presión negativa.





# OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ÁSCARIS LUMBRICOIDES. UN DESAFÍO VIGENTE EN LA VENEZUELA DEL SIGLO XXI

## Intestinal obstruction due to Ascaris lumbricoids. A current challenge in the Venezuela´s XXI century

*Johanny Freites*
*(ORCID: 0009-0001-0375-4858)*
*Cirujano Pediatra*

La ascaridiasis, provocada por el nematodo *Ascaris lumbricoides*, es la geohelmintiasis más prevalente a nivel global, afectando a una población estimada de entre 800 y 1.000 millones de personas, lo que equivale aproximadamente al 24% de la población mundial. La infección se adquiere por la vía fecal-oral mediante la ingestión de tierra, agua o alimentos contaminados con huevos embrionados. Una vez ingeridos, los huevos eclosionan en el intestino delgado, liberando larvas que atraviesan la mucosa y migran por el torrente sanguíneo hacia el hígado y luego a los pulmones. En los pulmones, las larvas rompen los capilares alveolares, ascienden por el árbol bronquial y son deglutidas para regresar al intestino delgado, donde maduran hasta convertirse en adultos. **Complicaciones Graves en la Infancia**: Obstrucción Intestinal Mecánica; Complicaciones Hepatobiliares y Pancreáticas: colangitis, colecistitis aguda, pancreatitis y abscesos hepáticos múltiples; Síndrome de Löffler; Desnutrición crónica. **Diagnóstico y Estrategias Terapéuticas**: Radiografía de Abdomen: patrón en “miga de pan” o “remolino”; Ecografía Abdominal: Permite identificar los parásitos como estructuras tubulares con el signo de la “doble línea” o “riel de ferrocarril”. El **manejo conservador** tiene éxito en el **50-85% de los casos** no complicados, utilizando ayuno, hidratación y succión nasogástrica. **Tratamiento farmacológico:** Piperazina: Es el fármaco de elección en la fase obstructiva porque produce parálisis flácida en los helmintos, permitiendo que sean expulsados por el peristaltismo normal; Benzimidazoles (Albendazol/Mebendazol): **Actúan provocando parálisis espástica y muerte del parásito. Su uso en cuadros de obstrucción masiva está contraindicado inicialmente, ya que** pueden agravar la compactación del bolo y precipitar la perforación o necrosis intestinal. **Intervención quirúrgica** (laparotomía) es obligatoria ante signos de peritonitis, perforación o fracaso del tratamiento médico. Las técnicas varían desde el ordeñamiento manual (milking) hacia el colon y enterotomía.

**Palabras clave:** ascaridiasis; estrategias terapéuticas en ascaridiasis; helmintiasis

# NEFROPROTECCIÓN DESDE LA CUNA: PROGRAMACIÓN RENAL EN LOS PRIMEROS 1000 DÍAS DE VIDA Y SU IMPACTO EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

## Nephroprotection from the Crib: Renal Programming in the First 1,000 Days of Life and Its Impact on Chronic Kidney Disease

*Claudia Moy*
*(ORCID: 0009-0008-1023-2653)*
*Pediatra-Nefrólogo*

**Introducción:** La nefrología pediátrica moderna experimenta un cambio de paradigma, migrando de un enfoque reactivo hacia una estrategia proactiva basada en la nefroprotección temprana. Los primeros 1000 días de vida representan una ventana crítica de susceptibilidad y plasticidad biológica donde se define la reserva funcional renal para la vida adulta. La nefrogénesis humana concluye estrictamente entre las semanas 34 y 36 de gestación. Eventos como la prematurez y la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) interrumpen este proceso de forma abrupta, resultando en una dotación nefrónica congénitamente reducida. Bajo la Hipótesis de Brenner, este déficit induce hipertrofia compensatoria e hiperfiltración glomerular adaptativa. A largo plazo, este mecanismo perpetúa la glomeruloesclerosis, la hipertensión arterial temprana y acelera la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Evidencia reciente (2025–2026) demuestra que el estrés extrauterino prematuro y la exposición a fármacos nefrotóxicos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) desencadenan alteraciones epigenéticas y metilación anómala del ADN y consolidando la denominada Nefropatía de la Prematuridad. Frente a esto, la lactancia humana exclusiva surge como una intervención terapéutica nefrológica potente, gracias a su baja carga de solutos y su capacidad para modular la hemodinámica renal y mitigar el catch-up adiposo metabólicamente nocivo.

**Conclusión:** La nefroprotección eficaz exige optimizar el manejo en la UCIN, priorizar la nutrición con leche humana e implementar algoritmos estrictos de seguimiento post-alta (monitoreo de presión arterial, aclaramiento de creatinina y microalbuminuria). Intervenir en esta ventana crítica es indispensable para modificar la trayectoria epidemiológica global de la ERC.

**Palabras clave:** Nefroprotección; Primeros 1000 días de vida; Hipótesis de Brenner; Leche humana; Nefropatía de la Prematuridad





# ACTUALIZACIÓN EN ITU Y REFLUJO: ¿QUÉ DICEN LAS GUÍAS MÁS RECIENTES?

## Update on UTI and reflux: what do the latest guidelines say?

*Juana Martínez Soto.*
*ORCID: 0009-0006-8669-0779*
*Nefrólogo Pediatra*

Las infecciones del tracto urinario (ITUs) representan un problema de salud, con elevada prevalencia en la población pediátrica. En niños, con reflujo vesico-ureteral (RVU), pueden significar la generación de cicatrices renales que terminen en menoscabo de la función, predisponiéndoles a enfermedad renal crónica (ERC). Las guías más recientes del Indian Society of Pediatric Nephrology (ISPN), European Association of Urology/European Society of Paediatric Urology (EAU/ESPU), American Academy of Pediatrics (AAP), Consensos suizos (2024, 2025-2026) coinciden en un cambio de paradigma, el objetivo ya no es la detección anatómica sistemática del RVU, sino la identificación del parénquima renal en riesgo y la nefroprotección personalizada. En el diagnóstico, se redefinen los criterios de precisión. El umbral microbiológico para cateterismo vesical se ajusta para optimizar la sensibilidad en lactantes. Asimismo, no se recomienda el tratamiento de la bacteriuria asintomática. En los estudios de imagen, la cistografía miccional (CUMS) queda reservada para ecografías anormales, gammagrafiia con DMSA con cicatrices o ITUs febriles recurrentes, minimizando la radiación. La gammagrafía renal con DMSA es fundamental como filtro inicial. Sí el DMSA es normal, el riesgo de RVU clínicamente significativo es mínimo y se evita la CUMS. Respecto a la profilaxis antibiótica continua (PAC) aunque reduce las recurrencias en un porcentaje significativo, no evita nuevas cicatrices renales y fomenta resistencia bacteriana. La PAC se restringe a subgrupos específicos de alto riesgo: RVU alto grado (IV-V), recurrencias, Disfunción Vesicointestinal (DVI) y no previene el riesgo de ITU´s irruptivas. Los niños con RVU y DVI tienen mayor riesgo de lesión renal. Las guías recientes reflejan un cambio hacia la personalización del manejo basado en riesgo real de daño renal y recurrencia infecciosa. El pediatra debe abandonar la cistografía miccional tras la primera ITU febril. El diagnóstico y tratamiento de la DVI representa un elemento clave para la evolución del paciente.

**Palabras clave:** Infección Urinaria, reflujo vésico-ureteral, disfunción vésico-intestinal, profilaxis antibiótica continua, paciente pediátrico.

# MANEJO PRACTICO DE LA INFECCION URINARIA RECURRENTE: ¿ADIOS A LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA PROLONGADA?

## Practical Management of Recurrent Urinary Tract Infection: ¿Goodbye to Prolonged Antibiotic Prophylaxis?

*Lourdes J. Morillo Gimón*
*ORCID: 0000-0002-1750-4227*
*Infectólogo pediatra.*

En las últimas décadas la indicación de profilaxis antimicrobiana prolongada en Infección del Tracto Urinario (ITU) recurrente en pediatría, ha experimentado un cambio importante, debido al incremento de la resistencia bacteriana y una mejor compresión del microbioma y del eje intestino riñón. Históricamente el estudio RIVUR (Retrospective Investigation of Vesicoureteral Reflux and Urinary Tract Infection) concluye que el uso profiláctico de trimetropin sulfametoxazol se asoció con un riesgo reducido de recurrencias, pero no de cicatrices renales. Posterior a este estudio y a otros más recientes, se empezó a limitar la profilaxis a pacientes con factores de riesgo como Reflujo Vesico Ureteral (RVU) grado III- V, anomalías genitourinarias, disfunción vesico intestinal asociado a infección urinaria recurrente, pacientes con catéter doble JJ y malformaciones urológicas. Es importante resaltar que no se debe indicar profilaxis ante una primera infección urinaria no complicada ni en ITU recurrente sin malformaciones estructurales. Los antibioticos de elección para profilaxis son nitrofurantoina y trimetropin sulfametozaxol, siempre tomando en consideración patrones de resistencia locales y el grupo etario. Si existe contraindicación por edad se realizan consideraciones particulares. La exposición continua a cefalosporinas de I generación a dosis bajas o aminopenicilinas duplica la colonización por bacterias productoras de bectalatamasas de espectro extendido (BLEE). La presión selectiva de la profilaxis antibiótica altera la microbiota intestinal del lactante y luego su inmunidad, por lo que se debe limitar su uso y duración. El tratamiento oportuno del estreñimiento, la disfunción vesico-intestinal, hidratación adecuada y las medidas de higiene son parte de la prevención de las recurrencias.

**Palabras clave**: infección urinaria recurrente ,profilaxis antibiótica, resistencia bacteriana, microbiota intestinal .





# ACTUALIZACIÓN EN ITU Y CAKUT. ¿CUANDO LA OBSERVACIÓN SUPERA AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y FARMACOLÓGICO?

## Update on UTIs and CAKUT: When Does Observation Outweigh Surgical and Pharmacological Management?

*Patricia Zibaoui*
*Nefrólogo Pediatra*

Las Infecciones del tracto urinario (ITU) puede ser el primer signo de una posible anormalidad congénita del tracto urinario, denominada CAKUT (acrónimo en inglés de congenital anomalies of kidney and urinary tract). A nivel mundial el CAKUT representa la primera causa de enfermedad renal crónica en la infancia. En el CAKUT podemos encontrar alteraciones renales como agenesia, displasia o hipoplasia renal, o de vías urinarias, tales como hidronefrosis o dilatación del tracto urinario, reflujo vesicoureteral (RVU), valvas de uretra posterior, megauréter, duplicidad del sistema colector, anormalidades vesicales o uretrales. Pero surge la pregunta, ¿luego del primer episodio de infección urinaria y establecer el diagnóstico de CAKUT, se debe instaurar profilaxis antimicrobiana continua (PAC) y resolución quirúrgica precoz en los casos detectados con anomalías? En los momentos actuales, el manejo está siendo mas conservador ya que disponemos de herramientas que nos permite una observación controlada y estricta de estos pacientes, como lo son la ecografía (en sus diversas ) así como la gammagrafía renal, MAG-3 o DTPA en casos de dilatación del tracto urinario, que nos permite además de obtener función renal diferencial, el patrón de salida de orina, determinando si hay obstrucción o no; y el DMSA, que además de proporcionar función renal diferencial, nos permite detectar la presencia o no de cicatrices renales. El manejo actual de la PAC se reserva solo para los casos de RVU de alto grado (IV y V), en lactantes menores de 1 año con reflujo de menor grado e ITU, ITU recurrentes que no mejoran a pesar de controlar otros factores asociados. La resolución quirúrgica temprana se reserva para los casos donde hay compromiso de la función renal (< 40 %), el RVU IV-V° y patrón de obstrucción.

**Palabras clave:** infecciones del tracto urinario; anomalías renales congénitas; proxilaxis antimicrobiana contínua

# CUANDO REFERIR AL URÓLOGO PEDIATRA
## When to refer to a Pediatric Urologist

*Wendy Serrano Puebla*
*(ORCID: 0009-0005-9730-9729)*
*Urólogo Pediatra – Cirujano Pediatra*

Cuando el pediatra conoce los antecedentes antenatales urológicos de un recién nacido, por ej. Dilatación del tracto urinario, anomalías congénitas renal y del tracto urinario en ingles (CAKUT), incluyendo oligoamnios, malformaciones anorectales, mielodisplasias en sus diferentes formas, más aún si tiene antecedente antenatal de derivaciones vesicoamnióticas o cierre de mielodisplasia en el período fetal, son razones suficientes para que durante el nacimiento, el pediatra determine si se trata realmente de uropatías graves o complicaciones como: dilatación renal moderada-severa (uni-bilateral), sospeche obstrucción del tracto urinario de salida, especialmente con retención de azoados posterior a las 48 horas del nacimiento y actuar en consecuencia. Las infecciones del tracto urinario especialmente en los lactantes pueden acarrear la formación de cicatrices renales si no son estudiados de la forma correcta. Patologías emergentes como genitales ambiguos, que requieren de la orientación pediátrica con respecto al posible género; deben sugerir la asignación unisex del nombre del recién nacido hasta tanto no sea evaluado por lo menos con ultrasonido pélvico y haber solicitado preliminarmente cariotipo sanguíneo. Pacientes con mielodisplasia y malformación anorrectal deberían ser evaluados especialmente antes de la corrección quirúrgica y sobre todo postquirúrgicamente por todas las complicaciones del tracto urinario inferior (disfunción neurogénica) que derivan en lesión renal aguda o crónica que pudiera evitarse. Y en las MAR inclusive por el daño anatómico uretral con secuelas a veces permanentes. El escroto agudo, otra emergencia que puede observarse en cualquier grupo etario y operado a tiempo puede ser la diferencia entre perder o no una gónada. A diferencia de la orquialgia crónica, frecuentemente observada en procesos infecciosos como orquiepididimitis, varicocele, microcalcificaciones testiculares entre otras. Las uropatías congénitas o adquiridas como pueden evitar consecuencias, con el buen criterio pediátrico en su referencia.

**Palabras clave:** anomalías congénitas del tracto urinario; genitales ambiguos; escroto agudo





# PATOLOGÍA GENITAL MASCULINA: FIMOSIS, HIPOSPADIAS Y CRIPTORQUIDIA, LO QUE EL PEDIATRA DEBE SABER
## Male genital pathology: phimosis, hypospadias, and cryptorchidism, what the pediatrician needs to know

*Florangélica González Fernández*
*Urología Pediátrica*

La fimosis o estrechez prepucial es un motivo de consulta frecuente por los padres en la Atención Primaria de Salud (APS) y también de derivación por otros profesionales involucrados en la supervisión de salud de niños. En esta conferencia se abordan las diferencias entre una fimosis fisiológica y patológica, cómo reconocer una balanitis xerótica obliterante y se presenta la evidencia actualizada respecto al manejo de la fimosis. La fimosis es la imposibilidad de retraer el prepucio sobre el glande debido a un anillo estrecho en la piel del prepucio. Al nacer, el prepucio puede retraerse en el 4% de los niños y en aproximadamente el 42% de los recién nacidos no puede visualizarse el glande. Los corticoides tópicos son una alternativa efectiva y segura para el tratamiento de la fimosis en niños, por lo tanto se sugiere considerar como la primera línea de tratamiento, en caso de falla se referirá para cirugía. La patología testicular y escrotal está muy presente en la práctica diaria del pediatra y ocupa una parte importante del quehacer cotidiano del cirujano pediátrico. La exploración física, así como la anamnesis y, en algunos casos, la ecografía escrotal, permitirán hacer un diagnóstico certero de la mayor parte de la patología escrotal. El manejo adecuado y precoz de la criptorquidia (antes de los 18 meses) será crucial en la evolución gonadal, desde el punto de vista de: desarrollo del teste, riesgo de torsión y probabilidad de desarrollo de tumores. Los hipospadias son malformaciones en el cierre de la uretra. Su identificación y tratamiento debe hacerse desde el nacimiento y tienen que ser atendidas por urólogos pediatras. Al pediatra le corresponde identificar su presencia, asesorar a los padres y remitir oportunamente a los pacientes para su tratamiento quirúrgico. En esta revisión se da respuesta a diferentes preguntas frecuentes con respecto a los hipospadias. La más importante es que requiere ser corregida entre los 3 y 18 meses de vida, según el tipo de hipospadias.

**Palabras clave:** Hipospadias, criptorquidia, fimosis, balanitis, cirugía urológica

# DERMATITIS ATÓPICA Y ERRORES INNATOS DE LA INMUNIDAD

## Atopic dematitis and immunological inborn errors

*Luis González Aveledo*
*Dermatólogo Pediatra*

La Dermatitis Atópica (DA) es una manifestación frecuente en la infancia con una incidencia mundial en aumento. Su presentación clínica varía desde eczema en mejillas hasta la variante inversa en codos, pero cuando es severa o refractaria, puede señalar un Error Innato de la Inmunidad (EII). Esta relación se debe a la desregulación inmunitaria, principalmente por la disfunción de células T reguladoras (Treg) y defectos en la barrera epitelial. Trastornos como los síndromes de Netherton (SPINK5), DOCK8 e Hiper-IgE (STAT3) presentan la atopia grave como un signo diagnóstico temprano. En Venezuela, investigaciones del Instituto de Inmunología "Dr. Nicolás E. Bianco C" revelaron que el 43,1% de los pacientes con sospecha de EII presentan anomalías funcionales en sus defensas. En este contexto, es fundamental la labor del Prof. César Pérez Maldonado de la Universidad de Los Andes (ULA), presidente de IDP Venezuela, ya que su trabajo prioriza la detección temprana mediante signos de alerta como infecciones recurrentes (otitis, neumonías) y la falta de una relación adecuada entre peso y talla. Además, impulsa el uso de laboratorios en la ULA para realizar exámenes de despistaje inicial (contaje de linfocitos y niveles de inmunoglobulina), facilitando la referencia de pacientes a especialistas. Finalmente, los avances moleculares permiten el uso de terapias dirigidas como el dupilumab. Este anticuerpo monoclonal ha demostrado alta eficacia y seguridad en el manejo de fenotipos atópicos complejos asociados a diversos EII, mejorando drásticamente la calidad de vida de los pacientes pediátricos y adultos.





# APRENDIENDO A LEER LA PIEL

## Learning to read the skin

*Myriam Raquel González-Oviedo*
*(ORCID: 0000-0002-0847-2278)*
*Dermatólogo Pediatra*

La piel del niño constituye una fuente privilegiada de información sobre su estado de salud; sin embargo, no siempre sabemos interpretarla. Un alto porcentaje de consultas están relacionadas con alteraciones cutáneas y, con frecuencia su exploración se limita a la lesión o motivo principal de consulta, asumiendo que se trata de procesos banales o autolimitados.Tras décadas de ejercicio clínico, la piel continúa sorprendiéndome. La diferencia no radica en “ver mucho”, sino en aprender a interpretar lo observado de manera distinta, viendo el detalle sin olvidar al niño como un todo. Presento algunos pacientes en quienes la piel aportó datos relevantes, inicialmente desapercibidos o interpretados de forma incompleta. Al ampliar la mirada-evaluación integral, reevaluación clínica, interpretación de hallazgos y con la colaboración de otros especialistas— se realizaron los diagnósticos correctos. Más que casos excepcionales, son ejemplos de situaciones que cualquier médico puede encontrar en su práctica diaria. Estos casos invitan a reflexionar y a usar la semiología clínica como herramienta fundamental del razonamiento médico: ¿hasta dónde debe extenderse la exploración cutánea de un niño?, ¿qué detalles pueden pasar inadvertidos cuando damos por sentado un diagnóstico frecuente?, ¿cuándo conviene detenerse, describir con precisión, reevaluar y compartir con otros profesionales? El objetivo principal es resaltar la importancia de observar con detenimiento, describir con precisión, interrogar con método, diagnosticar con prudencia y realizar seguimiento. Destaco el valor del trabajo multidisciplinario, discusión y registro fotográfico de casos, segundas opiniones y el mantener una actitud de aprendizaje continuo. Un hallazgo cutáneo puede modificar el enfoque diagnóstico e incluso replantear estrategias terapéuticas. La piel expresa lo que ocurren en otros órganos y sistemas, incluyendo la psiquis. La semiología dermatológica continúa siendo herramienta esencial en pediatría, aun en una era de extraordinarios avances tecnológicos.

**Palabras clave:** Dermatología pediátrica; Razonamiento clínico; Manifestaciones cutáneas; Evaluación integral del paciente

# TRASTORNO DEL DESARROLLO SEXUAL. ABORDAJE POR EL PEDIATRA

## Disorders of sex development. The pediatrician's approach

*Priscila Rodríguez Le Maitre.*
*ORCID: 0009-0001-1354-079X*
*Ginecología Infantojuvenil*

El abordaje del Trastorno del Desarrollo Sexual (TDS) representa uno de los desafíos diagnósticos y éticos más complejos en la práctica pediátrica. Históricamente, el manejo se centraba en la corrección anatómica temprana; sin embargo, el paradigma actual exige un enfoque multidisciplinario, centrado en el paciente y fundamentado en el respeto a la diversidad biológica y la autonomía progresiva. Esta conferencia tiene como objetivo proporcionar al pediatra las herramientas necesarias para la estabilización inicial, la correcta selección de estudios de imagen y hormonales, y la coordinación efectiva con endocrinología, urología y psiquiatría. Se enfatizará la importancia de la función del pediatra en la consulta en diferentes etapas, así como en la comunicación empática con la familia, para proporcionar información clara sin estigmatizar, y preparándolos para un proceso de acompañamiento a largo plazo. El rol del pediatra es fundamental en las diferentes edades como primer punto de contacto. Su labor principal no es establecer un diagnóstico definitivo inmediato, sino identificar los signos al examen físico que hacen sospechar del TDS (hipertrofia del clítoris, fusión labial, masa palpable en labios, micropene, criptorquidia, hipospadia, entre otros), evitar la asignación temprana del sexo y realizar una valoración clínica estructurada que permita identificar situaciones que pongan en riesgo la vida del recién nacido, especialmente la hiperplasia suprarrenal congénita perdedora de sal. Posteriormente, durante la consulta de seguimiento que se extiende más allá del periodo neonatal, debe enfocarse en la evaluación de la morfología del tracto reproductivo, el monitoreo del desarrollo puberal y la preservación de la salud sexual y reproductiva a largo plazo. En conclusión, el manejo del TDS requiere un equipo especializado y multidisciplinario que garantice un seguimiento continuo, donde el pediatra actúa como el eje coordinador, asegurando que cada decisión sea tomada consensuadamente en beneficio del bienestar integral y el desarrollo psicosocial del paciente.

**Palabras clave:** Trastorno del desarrollo sexual; diferenciación sexual; pediatría; ginecología infantojuvenil





# RESILENCIA Y MATERNIDAD TEMPRANA: EL APOYO DEL PEDIATRA EN EL PROYECTO DE VIDA

## Resilience and Early Motherhood: The Pediatrician Support in Life Planning

*María Mercedes Pérez Alonso.*
*ORCID: 0000-0002-7144-9724*
*Ginecólogo Infanto-Juvenil*

Cuando una madre adolescente acude con su bebé a la consulta pediátrica, se presenta una oportunidad de oro, pudiendo el o la pediatra convertirse en un valioso apoyo para su proyecto de vida y como agente clave para el bienestar y el futuro del binomio madre-hijo(a).

En la consulta, el pediatra puede detectar riesgos como la violencia de género, negligencia y maltrato al bebé y problemas de salud mental de la adolescente-madre que se enfrenta a una transición abrupta y con grandes dudas y temores. El pediatra puede establecer vínculos con la adolescente, su pareja y el entorno familiar, así mismo puede manejar redes apoyo para madre adolescentes que pueden estar en su comunidad, en el hospital o en servicios especializados de algunas organizaciones no gubernamentales que atienden estos casos. Brindar herramientas para el cuidado del bebé y fortalecer la lactancia materna, trabajar específicamente para facilitar la reanudación de los estudios, la posibilidad de conciliar un trabajo con la maternidad, la planificación responsable de nuevos embarazos y el fortalecimiento de la autoestima materna, son otras actividades que el pediatra puede desarrollar en está consulta tan especial como necesaria. El pediatra debe actuar sin prejuicios y con buena actitud de escucha, respetando la confidencialidad .y autonomía de la adolescente. No olvidar el enfoque multidisciplinario y derivar a las consultas que se consideren pertinentes como por ejemplo salud mental, trabajo social o educación, garantizando un manejo integral. El pediatra aprovecha cada consulta como oportunidad para educación continua, evitando "oportunidades perdidas"; de salud, y asegura que la adolescente mantenga su desarrollo personal mientras cumple su rol materno.

**Palabras clave:** madre adolescente; resiliencia; proyecto de vida

# PREVENCION DEL VPH. IMPACTO DE LA VACUNACION
## HPV prevention. Impact of vaccination

*José Luis Natera*
*ORCID: 0009-0001-8324-1824*
*Ginecólogo Infanto-Juvenil*

El virus del papiloma humano (VPH) representa la infección de transmisión sexual más prevalente a nivel global. La estrategia más eficaz contra el VPH es la vacunación sistemática y oportuna, idealmente antes del inicio de la actividad sexual. La evidencia clínica es contundente: la vacunación contra el VPH ha demostrado una eficacia cercana al 100% en la prevención de lesiones precancerosas (NIC 2/3) y verrugas genitales asociadas a los genotipos incluidos en la vacuna. Más allá de la protección individual, la implementación de esquemas de vacunación en adolescentes ha logrado una inmunidad de rebaño significativa, reduciendo drásticamente la circulación viral en la comunidad. En países con coberturas altas, se ha observado una disminución drástica en la prevalencia de los tipos oncogénicos (16 y 18), lo cual es el preludio indispensable para la futura erradicación del cáncer de cuello uterino y otros carcinomas anogenitales y orofaríngeos. La consulta pediátrica es el espacio idóneo para normalizar esta vacuna como parte del esquema de inmunización rutinaria. El éxito reside en presentar la vacuna como un estándar de cuidado, igual que otras vacunas aplicadas en edad pediátrica. Desmitificar que la vacuna fomenta el inicio precoz de la actividad sexual. Al contrario, debe enfatizarse que su beneficio máximo se obtiene cuando se administra previo a cualquier exposición. Aplicación a partir de los 9 años en niñas y niños  para iniciar y completar el esquema, minimizando las oportunidades perdidas, ha demostrado ser la mejor estrategia para disminuir los casos de patologías oncológicas en países con cultura de vacunación para el VPH, dejando claro la efectividad y seguridad que tiene en la edad pediátrica, específicamente. No es vacunar contra una infección de transmisión sexual, es vacunar contra el cáncer.

**Palabras clave:** VPH, vacunación, prevención, cáncer, pediatría





# ¿CUÁNDO Y POR QUÉ EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR DESPUÉS DE UN PROCESO VIRAL?
## When and why cardiovascular evaluation after a viral process?

*Rossiny Salgueiro*
*(ORCID: 0009-0005-6020-486X)*
*Cardiólogo-Pediatra*

Existen numerosos virus cardiotropicos, se han descrito alrededor de 35 virus detectados por pruebas de PCR o hibridación en situ, de los cuales el parvovirus B19 y el herpesvirus tipo 6 son los más frecuentes y estos pueden presentar falla cardiaca hasta en 41% de los casos, en los últimos años tanto el SARS COV 2 como el virus de la influenza se han descrito como causantes de alteración cardiovascular. Las alteraciones que dichos virus pueden producir en la esfera cardiovascular van desde formas leves pasando por disfunción ventricular, alteraciones de las arterias coronarias, pericarditis, taquicardias sinusales, arritmias malignas hasta shock cardiogénico. Cabe destacar la presentación prodrómica en estos casos dado por fiebre, mialgia y malestar (días antes del inicio de los síntomas de disfunción cardiaca) síntomas respiratorios y gastrointestinales. Es importante destacar que dicha afectación se da en individuos genéticamente susceptibles y las principales alteraciones cardiovasculares se presentan posterior al 7mo. día de haber iniciados los síntomas. En paciente pediátricos se pueden encontrar signos de alarma que obligan a evaluación cardiovascular de forma inmediata como lo son: dolor torácico, disnea, palpitaciones, sincope, intolerancia al ejercicio, taquicardia inexplicada, signos de insuficiencia cardiaca, soplo o roce pericárdico. En estos pacientes se debe indicar una valoración cardiovascular de forma urgente que incluya electrocardiograma, ecocardiograma trans torácico y troponinas.  Si los resultados no son concluyentes pero existe alta sospecha de alteración cardiovascular se debe escalar a realización de holter de 24 horas para descartar arritmias y resonancia magnética cardiaca para descartar la presencia de miocarditis. En cuanto al tratamiento todo depende de los síntomas presentados por el paciente, y en el agente etiológico. Pensar en uso de inmunoglobulina o tratamiento antirretroviral de forma precoz según sea el caso.

**Palabras clave:** Miocarditis, pericarditis, virus

# INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y EDUCACIÓN MÉDICA: TRANSFORMANDO EL PARADIGMA DE LA FORMACIÓN CLÍNICA

## Artificial Intelligence and Medical Education: Transforming the Clinical Training Paradigm

*Carlos E. Hernández Rivero*
*ORCID: 0000-0002-8448-7340*
*Pediatra-Puericultor*

La práctica médica afronta una crisis cognitiva por la duplicación de información cada 73 días y un 79% de burnout clínico. Ante un modelo educativo estático desde 1910, la Inteligencia Artificial (IA) es una necesidad imperativa para mitigar errores diagnósticos y reducir la brecha científica. Se requiere analizar la transición hacia un nuevo paradigma formativo mediante la adopción estratégica de la IA, evaluando su potencial pedagógico y delimitando los riesgos de dependencia tecnológica. Se examina el ecosistema educativo a través de cinco ejes : la necesidad clínica de la IA , el cambio hacia el aprendizaje adaptativo , el debate sobre el deskilling cognitivo , la educación de precisión y el diseño del modelo Human-in-the-loop. Se contrasta analíticamente la IA como "Asistente" (automatización pasiva) frente a la IA como "Tutor Socrático" (inductor de fricción cognitiva constructiva y esfuerzo productivo). La tutoría socrática acelera la adquisición de competencias técnicas al obligar al estudiante a resolver problemas por sí mismo. La colaboración estratégica (Médico Centauro) minimiza la atrofia intelectual y controla el sesgo algorítmico, implementando un "escudo clínico de 5 capas" (veracidad, explicabilidad, sesgos, trazabilidad y liderazgo) para garantizar que la última palabra sea siempre humana. Finalmente, prohibir la IA en el aula condena al estudiante a la obsolescencia. Una educación médica de precisión basada en el andamiaje tecnológico no mecaniza la disciplina; al delegar la burocracia rutinaria, rescata la conexión humana, permitiendo al médico devolver la mirada empática a los ojos del paciente.

**Palabras clave:** Educación Médica, Inteligencia Artificial, Aprendizaje, Mentores





# UTILIDAD DEL REGISTRO ELECTRÓNICO EN MOMENTO DE DESASTRE

## Usefulness of electronic registry in times of disaster

*Elvia Irene Badell Madrid*
*ORCID:0000-0002-8448-7340*
*Pediatra-Puericultor. Especialista en Lactancia Humana.*

A raíz de la contingencia derivada del reciente doblete sísmico en Venezuela, las plataformas Sis-médico en la nube y AYUDAUCV.UMIASALUD.COM fueron dispuestas de forma gratuita como herramientas de telemedicina para brindar teleconsultas, mitigar la saturación de las emergencias hospitalarias y facilitar la labor asistencial durante la crisis.

Sin embargo, el despliegue práctico en Sismedico arrojó resultados francamente deficientes debido a marcadas barreras operativas por parte del cuerpo médico. Se evidenciaron fallas elementales de alfabetización digital: olvido persistente de credenciales de acceso, sobreescritura de registros clínicos previos en lugar de generar nuevas historias, formulación deficiente de indicaciones farmacológicas y el empleo de un registro informal semejante a la mensajería instantánea (estilo WhatsApp) en lugar de una adecuada documentación clínica estructurada. Había fallas de conectividad de los pacientes en la zona cero. Esta experiencia expone con crudeza el analfabetismo funcional y la brecha de competencias digitales imperante en el gremio en materia de Medicina 2.0 y salud digital. El fracaso operativo subraya que la sola gratuidad o disponibilidad técnica de una solución eHealth resulta estéril en contextos de emergencia si los profesionales carecen de adiestramiento previo, protocolos estandarizados de telemedicina y una cultura sólida de gestión de registros médicos electrónicos.

**Palabras clave:** historia médica electrónica, telemedicina, pediatría.

# PLAN DIGITAL FAMILIAR: LO QUE TODA FAMILIA DEBE SABER Y EL PEDIATRA LIDERAR

## Family Digital Plan: what every family should know and the pediatrician should lead

*María Auxiliadora Cardozo V.*
*(ORCID: 0009-0000-4743-9457)*
*Pediatra-Puericultora*

Los medios digitales —televisión, internet, redes sociales y videojuegos conforman hoy un ecosistema omnipresente, inmersivo y mercantilizado que impacta directamente la salud infantil. Su gestión en el hogar ya no puede reducirse al conteo unidimensional del "tiempo de pantalla". Basado en el modelo socio ecológico, la experiencia digital de la infancia es moldeada por círculos de cuidado interconectados: las características del niño, el estrés del cuidador, el diseño algorítmico y las estructuras comunitarias. Los diseños comerciales centrados en el engagement (reproducción automática, scrolls infinitos y recompensas intermitentes) fomentan el uso prolongado, menoscaban la autonomía y provocan un "efecto desplazamiento" que sustituye actividades vitales como el sueño, el movimiento físico y la interacción tridimensional. Por el contrario, los diseños orientados al desarrollo favorecen el aprendizaje y el pensamiento crítico en los niños. Ante esta realidad, los profesionales de la salud infantil deben liderar la alfabetización digital familiar mediante herramientas formales de cribado. La anamnesis clínica en la revisión del niño sano debe integrar la estrategia de las "5 C" (Chicos, Contenido, Calma, Complementar y Comunicación) para diagnosticar la dinámica tecnológica en el hogar y detectar patrones nocivos, como el uso de pantallas como "chupete emocional" o la tecno interferencia relacional. El tratamiento final consiste en la prescripción médica personalizada de un Plan Digital Familiar, utilizando plataformas validadas por la Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Asociación Española de Pediatría (AEP). Este protocolo formal permite consensuar límites por edad, establecer zonas libres de dispositivos (comedor y dormitorios) y promover la visualización conjunta. Prescribir un plan digital es un acto de puericultura del siglo XXI indispensable para resguardar el neurodesarrollo y la salud integral de los niños y adolescentes.

**Palabras clave:** Ecosistema digital, Plan digital familiar, Puericultura, Algoritmos, Salud infantil.





# CAMBIAR EL DESTINO VISUAL: TERAPIAS ACTUALES EN RETINOPATÍA DEL PREMATURO

## Changing visual destiny: current therapies in prematurity retinopathy

*María Alejandra Rodríguez Arismendi*
*ORCID: 0009-0001-5744-0440*
*Pediatra Oftalmólogo*

El objetivo de esta discusión es refrescar las opciones de tratamiento disponibles para evitar la ceguera por Retinopatía del Prematuro (ROP) y dar un vistazo hacia las nuevas terapias en prevención y limitación del daño. Mientras la sobrevida del prematuro aumenta en el mundo, también hay más riesgo de ROP que amenaza la visión. Es necesario recordar que se trata de una enfermedad vasoproliferativa en etapas del desarrollo vascular de la retina, que los parámetros de inclusión para el tamizaje de ROP en Venezuela son EG ≤35sem, PAN ≤1750gr, o indicación por el neonatólogo. También se debe recordar que hasta el 80% de la información llega por la vía visual. Es la primera causa de riesgo de ceguera infantil a nivel mundial y la primera causa de ceguera infantil en Latinoamérica. Las herramientas con las que se cuenta van desde vigilar la saturación de oxígeno y la tromobocitopenia como marcador biológico predictivo de ROP. Tratamientos a base de Propanolol sistémico o tópico, dexametasona tópica y la administración de lípidos, son prometedores evitando que la ROP llegue a estadios donde necesite tratamiento por el oftalmólogo; sin embargo, existen controversias. Aún, a pesar de los años y de intensos estudios de su fisiopatología, no existe una forma eficaz de prevenir la ROP más allá del control de oxigeno y metabólico del paciente, y una vez manifestada, seguimos utilizando agentes biológicos antiVEGF y láser para limitar el daño y prevenir la ceguera y la discapacidad visual. Se debe conocer los efectos positivos y negativos de los tratamientos administrados. Sus secuelas, como la retina avascular persistente, que deben ser tratadas oportunamente para evitar complicaciones en la adolescencia y edad adulta. Compartir conocimientos, trabajo y la dedicación, para crear una vínculo neonatólogo-oftalmólogo que garantice que los niños puedan ver el mundo.

**Palabras clave:** ROP, propanolol, dexametasona, lípidos, antiVEGF, láser.

# DESAFIOS VISUALES DEL PACIENTE ESCOLAR

## Visual challenges of the school-age patient

*Angela Catari.*
*ORCID: 0009-0006-7066-4496*
*Oftalmología pediátrica y estrabismo*

El sistema visual es responsable de recoger aproximadamente el 80% de la información del entorno y es trasmitida al cerebro para su procesamiento. El desarrollo neurovisual depende del afinamiento, crecimiento y progresión que ocurre después del nacimiento y será determinante para el desarrollo motor y cognitivo del niño. Conocerlo y evaluarlo oftalmológicamente, para entender su funcionalismo, permite corregir posibles patologías o plantear tratamientos y así obtener máximas capacidades visuales en actividades de exigencia ocular como la lectura, deporte, o cualquier otra práctica. Una agudeza visual 20/20 no es suficiente, la visión va más allá, no solo es enfocar, es procesar, interpretar y responder, ahí empieza la verdadera visión. Es necesario el cumplimiento de los hitos del desarrollo visual, y detectar tempranamente alteraciones que pueden generar ambliopía, con causas prevenibles comúnmente como los estados refractivos patológicos, entre ellos la miopía, siendo este uno de los desafíos que más deben combatir los niños de esta generación, sobre todo por el abuso en el uso de pantallas electrónicas. La visión como desafío, es un proceso multisensorial que debe procesar la información recibida, le corresponde al escolar enfrentarse a una pizarra en un salón de clases, reconocer y discriminar letras, con adecuados movimientos oculares para leer y escribir; conjugar la visión central y periférica, estereopsis y la coordinación ojo-mano o pie para ejecutar respuestas motoras rápidas y precisas; interpretar partituras musicales, observar a un director de orquesta desde lejos o cerca y a su vez, tocar un instrumento musical. Si estos procesos no se desarrollan adecuadamente pueden provocar bajo rendimiento escolar, déficit de la función audiovisual, daño a la inteligencia, al aprendizaje, habilidades motoras, socialización y empatía, las cuales son necesidades exigentes durante la escolaridad o la práctica de actividades extracurriculares. La visión es una condición para aprender, trabajar y participar en la sociedad, de la cual todos somos responsables.

**Palabras clave**: escolares; visión; neurodesarrollo; aprendizaje; miopía; actividades de exigencia ocular





# "LOS SÍ Y LOS NO" EN EL ABORDAJE Y MANEJO DE LA SEPSIS NEONATAL

## "Do´s and don'ts" in the approach and management of neonatal sepsis

*Adriana Josefina Moy Quijada*
*(ORCID 0000-0002-7750-2186)*
*Pediatra Neonatólogo*

La sepsis neonatal es una causa crítica de morbimortalidad global, afectando severamente a prematuros y neonatos de muy bajo peso. Aunque la profilaxis intraparto redujo la incidencia por *S. agalactiae, E. coli* es hoy en día el principal patógeno en prematuros, con una resistencia a la ampicilina de hasta el 75%. El sobrediagnóstico y el uso indiscriminado de antibióticos favorecen la resistencia antimicrobiana, las infecciones fúngicas y la enterocolitis necrotizante (ECN). Para mitigar esto, podemos dividir el manejo en: **Evaluación de riesgo y Diagnóstico:** En recién nacidos mayores de 34 semanas, el uso de herramientas multivariantes (calculadora de Kaiser) reduce el uso de antibióticos entre un 48% y 60%. Se debe priorizar el monitoreo clínico seriado por 36-48 horas. No se deben usar biomarcadores aislados (PCR o leucocitos <24 horas) para iniciar tratamiento en neonatos asintomáticos; su valor radica en mediciones seriadas para suspender el fármaco. Para el hemocultivo, extraer ≥ 1 mL de sangre es el estándar de oro. **Tratamiento:** Ante sospecha fundamentada de sepsis precoz, la primera línea es ampicilina más aminoglucósido. No se deben usar cefalosporinas de tercera generación como terapia empírica rutinaria por el riesgo de resistencia, disbiosis y candidiasis. **Suspensión:** Los antibióticos empíricos deben retirarse a las 36-48 horas si los cultivos son negativos y el neonato está estable. **Prevención:** La higiene de manos es la estrategia número uno contra infecciones nosocomiales. Asimismo, la profilaxis con probióticos disminuye la ECN y la mortalidad, mientras que el fluconazol se reserva para prematuros de riesgo extremo en unidades con alta tasa de candidiasis (>5-10%). El éxito en el abordaje y manejo ya no radica en la rapidez del inicio antibiótico, sino en la precisión de la evaluación y la firmeza al suspenderlo.

**Palabras clave:** Sepsis neonatal; enterocolitis necrotizante; recién nacidos

# ALGORITMOS PREDICTIVOS PARA LA DETECCIÓN DE SEPSIS TEMPRANA

## Predictive Algorithms for the Detection of Early-Onset Sepsis

*Ninelmar González.*
*ORCID:0000-0001-95805837*
*Pediatra Neonatólogo*

La sepsis neonatal temprana continúa siendo un desafío clínico crítico y frecuente, con un impacto especialmente severo en los recién nacidos prematuros, lo que la posiciona como una de las principales causas de morbimortalidad a nivel global. Dado que sus manifestaciones iniciales son sutiles, los métodos convencionales tienen limitaciones críticas. El hemocultivo sigue siendo el estándar de oro, pero su demora retrasa el tratamiento oportuno o el ajuste antibiótico frente a hongos y patógenos resistentes. Esto impulsa el desarrollo de algoritmos de detección temprana que integran calculadoras de riesgo, factores maternos y biomarcadores. Sin embargo, ningún marcador posee de forma aislada la precisión diagnóstica suficiente para un uso clínico confiable. Existe gran interés en reactantes tradicionales como lactato, presepsina, procalcitonina (PCT), proteína C reactiva (PCR) e interleuquina-8, así como en moléculas emergentes (angiopoyetinas, el receptor desencadenante soluble expresado en las células mieloides 1 (TREM-1), proadrenomodulina (ProADM), receptor de activación del plasminógeno tipo uroquinasa uPAR). Los avances en medicina de precisión y tecnologías ómicas (genómica, transcriptómica, proteómica y metabolómica) permiten identificar la predisposición genética, las alteraciones en la expresión proteica y los perfiles metabólicos resultantes de la sepsis. Estas herramientas optimizan el diagnóstico de infecciones bacterianas o fúngicas, fortaleciendo el abordaje clínico y la detección temprana de la sepsis neonatal. No obstante, la baja disponibilidad de estas nuevas determinaciones en los laboratorios de urgencias locales constituye una barrera crítica. Frente a esta limitación, se propone un enfoque combinado que integre marcadores tradicionales y emergentes para estratificar a los pacientes en fenotipos específicos que compartan mecanismos biológicos de hiperinflamación o inmunosupresión, optimizando el diagnóstico y el abordaje personalizado.

**Palabras clave:** Sepsis, algoritmos, biomarcadores, factores de riesgo, sepsis temprana





# ¿CUÁNDO SOSPECHAR ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO EN UCIN?

## When should inborn errors of metabolism be suspected in the NICU?

*Florángel García Pérez.*
*ORCID: 0000-0002-4336-5371*
*Pediatra Neonatóloga*

Los Errores Innatos del Metabolismo (EIM) son trastornos bioquímicos de origen genético, hereditarios, sus variantes patogénicas, alteran enzimas, transportadores o cofactores necesarios para las vías metabólicas normales. Fisiopatológicamente son clasificados en 3 grupos: EIM de moléculas simples, estos provocan la acumulación de sustratos tóxicos o deficiencia de productos, EIM del metabolismo energético, afectan el metabolismo de carbohidratos, aminoácidos, ácidos grasos y EIM por moléculas complejas, donde se acumulan grandes moléculas. Individualmente son raros, su incidencia general, se estima hasta en 1:1500 RN vivos. Hasta un 95%, tiene origen autosómico recesivo, por ende, ameritan alto índice de sospecha para su diagnóstico. Entre los antecedentes figuran muerte neonatal inexplicada, síndrome de muerte súbita del lactante, consanguinidad, hermanos enfermos similarmente, madres con Síndrome de HELLP e hígado graso. En la edad pediátrica, alrededor del 50% al 60%, de los afectados debutan en el primer mes de vida, referido como un neonato previo sano, que enferma seriamente, cursa con rechazo al alimento, vómitos, ictericia, mala perfusión, letargo, convulsiones o coma. Se asocian como factores desencadenantes: la introducción de la alimentación, el ayuno prolongado, infecciones. La afectación puede ser leve a severa, sus manifestaciones pueden confundirse con diversas enfermedades de la edad pediátrica, sepsis, cardiopatía congénita, encefalopatía hipóxico isquémica, estenosis hipertrófica del píloro entre otros, por ello requieren para su diagnóstico, observación clínica exhaustiva, realización de laboratorio, y pruebas bioquímicas y genéticas específicas . Es muy importante el pediatra este familiarizado con las banderas rojas clínicas en los diferentes grupos etarios y los hallazgos de laboratorio: es de alerta un recién nacido crítico con marcadores de infección negativos, alteración del equilibrio acido base: acidosis metabólica, o alcalosis respiratoria con anión-gap alto, hiperamonemia, hipoglicemia persistente o resistente a tratamiento, hiperlactatemia no asociada a infección, la cetosis: cetonemia o la cetonuria es un fuerte indicador EIM

**Palabras clave:** Errores innatos del metabolismo; alteraciones genético-hereditarias; falla multiorgánica permanente; neonatos

# BANDERAS ROJAS EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA ¿CUÁNDO REFERIR AL ESPECIALISTA?

## Red Flags in Pediatric Gastroenterology: When to refer to a specialist?

*Antoinette Khoury Khoury*
*(ORCID: 0009-0001-3536-3616)*
*Pediatra-Gastroenterólogo*

Las banderas rojas en gastroenterología pediátrica constituyen un pilar clínico fundamental para el pediatra en la identificación precoz de patologías orgánicas subyacentes que requieren un protocolo de actuación. Por tanto, la identificación visual e inmediata y el mapeo clínico mental hacia las posibles causas permiten un diagnóstico temprano, evitando así consecuencias que impactarían negativamente en la salud y el pronóstico desfavorable de los pacientes. Es importante tener en cuenta, para referir al especialista, aspectos clave como la refractariedad, la cronicidad, los síntomas de malabsorción y la analítica de laboratorio relevante. Dentro de los síntomas de alarma del tracto digestivo superior, destacan los vómitos en proyectil y biliosos como causas obstructivas, ictericia prolongada con acolia, hematemesis y síntomas de disfagia, donde la esofagitis eosinofílica ha tenido gran trascendencia en los últimos tiempos. Las banderas rojas del tracto digestivo inferior están representadas por la enfermedad de Hirschsprung, el vólvulo del lactante y el sangrado rectal activo (rectorragia/hematoquecia) de origen alérgico, anatómico e inmunológico; todas ellas, razones para su referencia oportuna. Las diarreas persistentes y crónicas son banderas rojas porque su presencia permite diferenciar un trastorno de la interacción del eje cerebro-intestino de una enfermedad orgánica potencialmente grave. El dolor abdominal en pediatría es motivo frecuente de consulta y de referencia ante la refractariedad, cronicidad u organicidad de los síntomas. Los hallazgos hepatobiliares como hipertransaminasemia, patrón colestásico y esplenomegalia por hipertensión portal deben ser referidos al gastroenterólogo pediatra por sus implicaciones. Abordando los trastornos de crecimiento y nutrición con poca ganancia de peso y talla, destacan la desaceleración del crecimiento, la pérdida de peso inexplicable y la anemia ferropénica refractaria como síntomas de alarma. En conclusión, una evaluación clínica y manejo bien orientado por el pediatra evitarán complicaciones y el pronóstico desfavorable de la enfermedad cuando es referido oportunamente al especialista.

**Palabras clave:** Banderas rojas, gastroenterología pediátrica, pediatra, patologías orgánicas, diagnóstico temprano, referencia oportuna.





# NO TODO LO QUE DUELE ES *HELICOBACTER*

## Not everything that hurst is *Helicobacter*

*Osmary Duran*
*ORCID: 0009-0006-4315-8846*
*Pediatra-Gastroenterólogo*

Durante décadas, el abordaje del dolor abdominal en pediatría se orientó hacia la búsqueda de causas orgánicas, recurriendo a la detección de *Helicobacter pylori* y al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. Sin embargo, el consenso de Roma V marca un cambio de paradigma al establecer que los Trastornos del Eje Intestino-Cerebro (TEIC) no son simplemente un diagnóstico de exclusión, sino el eje central y exclusivo de la clasificación. Este modelo reconoce que los síntomas derivan de una compleja interacción biopsicosocial que involucra alteraciones en la motilidad gastrointestinal, hipersensibilidad visceral, disfunción de la barrera mucosa e inmunitaria, disbiosis intestinal y, fundamentalmente, procesamiento aberrante de las señales en el sistema nervioso central (SNC). La clasificación se precisa mediante la identificación del patrón predominante del dolor. **Dolor Intermitente:** Permite orientar el diagnóstico hacia Síndrome de Intestino Irritable (SII), Síndrome de Dolor Biliar, Dispepsia (específicamente Síndrome de Dolor Epigástrico) y el Síndrome de Dolor Abdominal No Especificado (APS-NOS). **Dolor Estereotipado:** Es la señal clínica distintiva para la Migraña Abdominal, caracterizada por episodios recurrentes y uniformes. **Dolor Continuo:** Este patrón suele estar vinculado al Síndrome de Dolor Abdominal Mediado Centralmente (CAPS). Estos cuadros resultan de daños estructurales microscópicos y señalización bioquímica disfuncional, la historia clínica se consolida como el Gold estándar. Se recomienda modular la microbiota, estrategias nutricionales y herramientas específicas de regulación del eje central, buscando restaurar la homeostasis bidireccional entre el cerebro y el intestino.

**Palabras clave:** *Helicobacter*; Roma V; Eje intestino-cerebro

# EL A-B-C-D-E DE LAS HEPATITIS
## The A-B-C-D-E of Hepatitis

*Carmen Esther López G.*
*ORCID 0000-0002-3583-4596*

Cuadro Comparativo Inicial: VHA: ARN, infección aguda, vía fecal-oral (agua/alimento), incubación de 15-50 días. VHB: ADN, aguda/crónica, vía perinatal y contacto cercano (heridas), incubación de 45-160 días. VHC: ARN, predominantemente crónica, vía parenteral (politransfusiones en Venezuela), incubación de 14-180 días. VHD: ARN defectivo (requiere HBsAg), co/superinfección, vía parenteral, incubación de 21-90 días. VHE (ratHEV): ARN, aguda (riesgo de cronicidad), zoonótica/contacto, período de incubación aún en estudio para la variante de rata. Complicaciones: Hepatitis A: Se destaca la colestasis (38%), la ictericia prolongada (15%) y el riesgo de insuficiencia hepática fulminante (0,4%), este último con una mortalidad del 40% sin trasplante. Hepatitis B: Puede progresar a cirrosis y carcinoma hepatocelular (CHC). La cronicidad es mucho mayor en niños (hasta 90% en neonatos). Hepatitis C: Basado en el estudio que realizamos en 2025, se enfatiza la fibrosis hepática significativa (40% F2-F3) encontrada en niños venezolanos, especialmente aquellos con comorbilidades renales o hematoncológicas. Hepatitis D: Es el virus más agresivo, con una progresión rápida a cirrosis (50-70% en 5-10 años) y la especial virulencia del genotipo 3 en la región amazónica. Hepatitis E (ratHEV): Se incluye la alerta sobre el virus de la rata como causa de hepatitis aguda de origen desconocido en niños y el riesgo de infección crónica en pacientes inmunodeprimidos

**Palabras clave:** hepatitis en niños; hepatitis A; hepatitis B; hepatitis C; hepatitis D; hepatitis E





# ¿AFECTA LA ANALGESIA PARA EL TRABAJO DE PARTO AL RECIÉN NACIDO?
## Does Labor Analgesia Affect the Newborn?

*Jely Zuk.*
*ORCID: 0009-0001-5089-4554*
*Anestesiología y Medicina del Dolor*

El dolor severo intraparto genera una respuesta neuroendocrina con liberación de catecolaminas que induce vasoconstricción uterina, hipoxia y acidosis fetal, careciendo de beneficios clínicos. La analgesia neuroaxial moderna es el estándar de oro. Un metanálisis de Cochrane Library (40 estudios, >11,000 mujeres) confirmó que no incrementa el riesgo de cesáreas ni admisiones a la UCIN, manteniendo puntuaciones de Apgar equivalentes a partos sin analgesia. Hemodinámicamente: bradicardia fetal transitoria por dosis altas de opioides o técnicas combinadas (CSE). Una revisión demostró que el riesgo relativo de patrones no tranquilizadores se eleva a 1,93 en CSE frente a la epidural tradicional de dosis bajas. Su rescate exige lateralización uterina izquierda, un litro de cristaloides y suspender oxitocina. Otros estudios determinaron una incidencia de hipertermia materna: 15-20%, originada por una respuesta inflamatoria estéril mediado por interleucinas inflamatorias (IL-1β), sin repercusión neonatal negativa. La evidencia actual desmitifica efectos neurológicos a largo plazo. Ensayos en Anesthesiology confirmaron que la adición de fentanilo no altera el éxito de la lactancia materna. Un estudio en JAMA Pediatrics (435.281 RN) y revisiones en Brit JAnaest descartaron cualquier vínculo causal entre la epidural y TEA. La exposición transitoria a anestésicos locales y opioides diluidos no interfiere con los procesos de sinaptogénesis ni con el desarrollo de la arquitectura neural del feto. La técnica es neurológicamente segura sin alterar la conectividad sináptica cerebral.

**Palabras clave:** Analgesia epidural, recién nacido, bradicardia fetal, fiebre materna, lactancia, autismo.

# PRÁCTICAS POSITIVAS DURANTE EL PARTO QUE PROMUEVEN LA LACTANCIA

## Positive practices during childbirth that promote breastfeeding

*Susanne Stephanie Baute González.*
*ORCID: 0009-0005-9571-8406*
*Pediatra-Puericultor.*
*Magister en Nutrición*

La lactancia humana constituye la norma biológica para la nutrición, el desarrollo y la protección inmunológica del recién nacido. La evidencia científica contemporánea demuestra que su éxito no depende exclusivamente de la intención materna, sino de la preservación de los mecanismos fisiológicos y neuroendocrinos que se activan durante el trabajo de parto, el nacimiento y el período posnatal inmediato. La atención perinatal moderna reconoce que el nacimiento representa una ventana crítica para la programación biológica de la lactancia, donde las prácticas clínicas pueden favorecer o interferir significativamente en su instauración. Durante el parto se desencadena una compleja cascada hormonal caracterizada por la liberación coordinada de oxitocina, prolactina, catecolaminas y endorfinas, esenciales para la adaptación neonatal, la conducta maternal y el establecimiento de la lactogénesis. La alteración de estos procesos mediante intervenciones innecesarias puede comprometer el inicio y duración de la lactancia. Entre las intervenciones con mayor respaldo científico destaca el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido, capaz de aumentar el inicio precoz de la lactancia, prolongar la lactancia exclusiva, mejorar la estabilidad cardiorrespiratoria y térmica neonatal, reducir el estrés y fortalecer el vínculo madre-hijo. Asimismo, facilita el "autoagarre" espontáneo del recién nacido. La denominada "primera hora dorada", el alojamiento conjunto, la atención respetuosa del parto y la implementación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña (IHAN) constituyen estrategias costo-efectivas asociadas con mayores tasas de lactancia exclusiva y mejores resultados maternos y neonatales. Por el contrario, la separación madre-hijo, las cesáreas electivas sin medidas de protección, el uso acumulativo de intervenciones obstétricas y la suplementación innecesaria con fórmulas pueden interferir con el establecimiento de la lactancia. En consecuencia, proteger la fisiología del nacimiento debe considerarse una prioridad clínica y de salud pública para optimizar la supervivencia neonatal, el neurodesarrollo y la salud de las generaciones futuras.

**Palabras clave:** lactancia, fisiología del nacimiento, contacto piel con piel, primera hora dorada, atención perinatal.





# TDAH: MÁS ALLÁ DE LA ETIQUETA, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

## ADHD: Beyond the Label - Differential Diagnosis

*Jisbelys Salazar*
*ORCID: 0000-0003-1076-4509*
*Pediatra Neurólogo*

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), es un trastorno del neurodesarrollo complejo de la autorregulación y de las funciones ejecutivas, de base neurobiológica, pero con un fuerte impacto ambiental. Hoy se sabe que persiste en la edad adulta de formas más sutiles (como inatención crónica, ansiedad o labilidad emocional) y que las manifestaciones varían sustancialmente según el género, que se presenta en la infancia; rara vez se presenta de forma aislada. La evidencia científica actual indica que la comorbilidad es la regla, no la excepción, afectando a entre el 60% y el 80% de los adultos con TDAH. Las condiciones concurrentes más frecuentes incluyen trastornos de ansiedad (hasta un 50%), depresión (hasta un 50%) y trastorno del espectro autista (aproximadamente un 20%). El desafío del diagnóstico diferencial radica en la superposición sintomática. Como el trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT) pueden presentar inatención, hiperactividad e impulsividad, imitando el fenotipo del TDAH. De manera similar, los trastornos del ánimo, los problemas de tiroides o incluso los trastornos del sueño pueden confundirse con el TDAH. Por esta razón, los manuales diagnósticos como el DSM-5-TR recomiendan explícitamente descartar otras condiciones médicas o psiquiátricas que puedan explicar mejor los síntomas. Por ello, el estándar de oro para el diagnóstico no se limita a aplicar una lista de verificación de síntomas. Exige una evaluación multidisciplinaria y comprehensiva que incluya el análisis del contexto evolutivo del paciente, la familia, el entorno escolar, la presencia de eventos traumáticos, la funcionalidad en múltiples entornos y pruebas para descartar causas somáticas. Un diagnóstico diferencial riguroso es esencial, ya que un error puede derivar en tratamientos ineficaces o en la omisión de intervenciones cruciales para condiciones subyacentes como el trauma o problemas de salud física.

**Palabras clave:** Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; neurodesarrollo; DSM-5-TR

# ENCEFALITIS VERSUS ENCEFALOMIELITIS

## Encephalitis Versus Encephalomyelitis

*Freda Hernández Alem.*
*ORCID: 0009-007-1650-0922*
*Neurología Pediátrica*

La encefalitis es un proceso inflamatorio del encéfalo. Puede ser debida a la acción directa de un germen, vírica, bacteriana u otros o debida a procesos autoinmunes. Cuando es ocasionada por una infección, se denomina encefalitis infecciosa y cuando es causada por el propio sistema inmunitario que ataca el cerebro, se denomina encefalitis posinfecciosa o encefalomielitis aguda (EMAD) o encefalitis autoinmune, si es por acción de anticuerpos específicos. Puede cursar con diferentes síntomas, como estado confusional, somnolencia, irritabilidad, alteración del sensorio, acompañado o no de fiebre, convulsiones, cambios en la personalidad, o problemas con el movimiento, dolor de cabeza, vómitos, dolor muscular o articular, fatiga o debilidad; generalmente en un período de horas a días, en ocasiones pérdida de conciencia,e inclusive estado de coma. En los casos de encefalitis autoinmune, los síntomas pueden incluir manifestaciones psiquiátricas, pero manteniendo como manifestación común cambios en estado de conciencia. Debe realizarse estudio de líquido cefalorraquideo. El electroencefalograma podría ser de utilidad evidenciando ondas lentas en el trazado que sugieren un proceso inflamatorio. La neuroimagen es indispensable.La Resonancia magnética constituye el estudio de elección para la identificación de las enfermedades desmielinizantes como la Encefalomielitis aguda diseminada, facilitando un diagnóstico temprano y el tratamiento apropiado, mejorando el pronóstico de estos pacientes. La consideración más importante entonces sería que cualquier paciente con diagnóstico de Encefalitis puede tener una resonancia positiva para enfermedad desmielinizante y entonces cambiar su diagnóstico a EMAD y cualquier paciente con EMAD pudiera ser una enfermedad desmielinizante crónica como la EM en sus primeras manifestaciones clínicas. De manera que la recomendación además es el seguimiento clínico y radiológico de estos pacientes para clarificar en el tiempo su diagnóstico definitivo.

**Palabras clave**: encefalitis; encefalomielitis; alteración del estado de conciencia; neuroimagen; enfermedad desmielinizante





# VIRUS, PARÁSITOS Y CEREBRO: ESTADO DEL ARTE

## Viruses, parasites and the brain: state of the art

*Mariela Polo Rodríguez.*
*ORCID: 0009-0003-4126-3253*
*Neurología Pediátrica*

Revisa el estado actual de las investigaciones en relación a las manifestaciones clínicas, avances en el conocimiento de la fisiopatología en las infecciones originadas por virus neurotrópicos tales como Virus SARS COV 2 Incluyendo afectación congénita con discapacidad cognitiva en escolares productos de madres con Infección SARS en el embarazo y secuelas neurológicas conocidas como Long Covid en las cuales se describe disfunción cognitiva, que se manifiesta principalmente como insomnio crónico, fatiga, desregulación del estado de ánimo y deterioro cognitivo en adolescentes. La emergencia de virus poco conocidos como el Hantavirus en el cual se describe la afectación neurológica y el resurgimiento de la Fiebre Hemorrágica de Guanarito (Venezuela), infecciones por arbovirus en quienes se describen compromiso neurológico (4%): meningitis aséptica, encefalitis manifestada por confusión, nistagmo y ataxia, meningoencefalitis y síndrome de Guillain-Barré. Se abordan los mecanismos de invasión al Sistema nervioso Central de los Virus y de los parásitos y el estado actual de la Malaria en Venezuela y su compromiso a nivel de SNC detección y secuelas neurológicas, las amebas de vida libre sus signos de sospecha clínica y criterios diagnósticos.

**Palabras clave:** virus; parásitos; cerebro; Neurología

# EL PACIENTE ATRAPADO CON SÍNDROME DE APLASTAMIENTO

## The trapped patient with crush syndrome

*Huníades Urbina-Medina, MD, PhD.*
*ORCID: 0000-0002-7267-5619*
*Pediatra-Intensivista. Entrenamiento en Manejo de desastres por causas naturales, de guerra y terrorismo: Focalizado en la niñez y su familia.*
*Profesor Asistente de la Universidad Central de Venezuela*

El síndrome de aplastamiento se define como una alteración sistémica grave causada por la rabdomiólisis traumática tras una compresión muscular prolongada. Esta condición clínica se manifiesta como una lesión por reperfusión. La hipoxia tisular inicial genera isquemia y metabolismo anaerobio muscular. Sin embargo, el peligro sistémico letal comienza justo al retirar el objeto pesado, cuando la sangre vuelve a circular y arrastra toxinas acumuladas (mioglobina, potasio, ácido úrico y fósforo) hacia el resto del organismo. La morbimortalidad de este cuadro puede alcanzar el 20 % debido a sus tres complicaciones principales: Lesión Renal Aguda (LRA): Provocada por la obstrucción y destrucción de los túbulos renales a causa del exceso de mioglobina. Los conocimientos actuales destacan la influencia de la ferroptosis en su progresión. Arritmias Cardíacas: La hiperpotasemia extrema desestabiliza la membrana miocárdica, lo que puede inducir paros cardíacos letales. Shock Hipovolémico: Originado por el atrapamiento masivo de fluidos (tercer espacio) en los músculos dañados. La base del tratamiento prehospitalario es la hidratación agresiva e inmediata, la cual debe iniciarse idealmente antes de la extracción del paciente para diluir las toxinas y proteger la función renal. El protocolo estándar utiliza cristaloides a razón de 1 litro/hora en las primeras dos horas. Además, se administra bicarbonato de sodio para forzar una diuresis alcalina y estabilizadores de membrana como el gluconato de calcio si se detectan alteraciones electrocardiográficas por potasio. En el ámbito hospitalario, el diagnóstico se respalda en la monitorización de la creatinina quinasa (CK), electrolitos y la presión intracompartimental. Si la presión compartimental supera los 30 mm Hg, se indica una fasciotomía quirúrgica urgente. Los casos graves con fallo renal o anuria requieren terapia de reemplazo renal. Finalmente, la oxigenoterapia hiperbárica y un enfoque multidisciplinario de rehabilitación física y psicológica completan el protocolo de manejo integral.

**Palabras clave:** Rabdomiólisis, Reperfusiòn, Hiperpotasemia, Extricación, Fasciotomía.





# LA VIDA SIGUE: REHABILITACIÓN-REINCORPORACIÓN POST TRAUMA

## Life Goes On: Rehabilitation-Post-Trauma Reintegration

*Ana Cardoza.*
*ORCID: 0009-0000-2112-9117*
*Médico Fisiatra*

El síndrome de aplastamiento (Crush Syndrome) es una manifestación sistémica grave derivada de la compresión muscular prolongada, caracterizada por rabdomiólisis, hipovolemia y fallo renal agudo. Su abordaje médico y rehabilitador exige una estrategia transdisciplinaria rigurosa que considere las diferencias fundamentales entre pacientes pediátricos y adultos. En la población infantil, la menor masa muscular reduce la carga tóxica sistémica, pero su escasa reserva fisiológica incrementa la vulnerabilidad al shock hipovolémico y al daño en los cartílagos de crecimiento. En los adultos, el volumen muscular afectado eleva el riesgo de insuficiencia renal severa, síndrome compartimental agudo y secuelas biomecánicas crónicas. El protocolo de atención se divide en tres fases clave. La fase aguda (hospitalaria/UCI) prioriza el posicionamiento preventivo de contracturas, el control del edema y la movilización pasiva precoz apenas la estabilidad clínica lo permite. La fase subaguda (transicional) se centra en el manejo de cicatrices y fasciotomías, el fortalecimiento progresivo mediante cadenas cinéticas y la reeducación propioceptiva y de la marcha. Finalmente, la fase crónica orienta los esfuerzos hacia la reinserción sociolaboral o escolar, integrando terapia ocupacional avanzada, órtesis funcionales y un apoyo psicológico enfocado en el manejo del estrés postraumático. En los niños, la intervención se camufla mediante terapia basada en el juego (play therapy) y un seguimiento estrecho del crecimiento esquelético, mientras que en los adultos predomina el reentrenamiento laboral específico (work hardening). En conclusión, si bien el manejo crítico salva la vida en el quirófano, la rehabilitación oportuna transforma la supervivencia en una recuperación funcional plena, devolviendo al paciente su autonomía, dignidad y calidad de vida.

**Palabras clave:** Síndrome de aplastamiento; rehabilitación; amputación; fisioterapia– reeducación funcional; Medicina física y rehabilitación

# SODIO: EL ARTE DE CORREGIR SIN DAÑAR

## Sodium: The art of correcting without harming.

*Julimar Parada*
*(ORCID: 0000-0002-3458-6391)*
*Pediatra-Puericultor.*

Las alteraciones hidroelectrolíticas son un desafío en la práctica clínica pediátrica y forman parte de múltiples escenarios patológicos con repercusión en todos los sistemas del organismo, entre estas, la alteración de la concentración de sodio suele ser la más frecuente en la edad pediátrica, puede ser secundario a trastornos desde la esfera digestiva, neurológica, endocrina metabólica iatrogénica o hasta trastorno psicológico conocido como la potomania. El arte de corregir el sodio sin dañar no son palabras sin sentido, ya que este electrolito el más abundante en el espacio extracelular, juega un rol importante en la homeostasis de los espacios hídricos, tradicionalmente separados en espacio intracelular y extracelular, manteniendo el tono y comandando el desplazamiento de agua entre ellos mismos, quizás seguido por la glucosa pero esta última sin efecto en la tonicidad de los espacios, además de su rol fundamenta en el potencial de acción contribuyendo a la despolarización de membrana, trasmisión del impulso nervioso, contracción muscular y la actividad cardiaca; cambios bruscos en sus valores pueden generar alteraciones clínicas graves como convulsiones, alteración de la conciencia, coma e incluso la muerte. Una vez que el organismo reacciona a cambios en las concentraciones de sodio adapta mecanismos compensatorios para mantener la tonicidad de los espacios lo más fisiológicos posible a expensa de la movilización de agua y de formación de ideoosmoles, este delicado equilibrio mantiene la función celular y cambios bruscos, buscando la normalización del sodio, pueden ser en detrimento de la evolución y sobrevida del paciente. Por todo esto, al momento de corregir las cifras de sodio es importante determinar la causa, tiempo de evolución y la clínica del paciente, ya que esto va a determinar el tratamiento, velocidad de normalización de los valores, el tiempo de corrección y por supuesto corregir la causa de base del trastorno.

**Palabras clave:** Sodio; corrección progresiva: ideo-osmoles





# TRASTORNOS DEL CALCIO, MAGNESIO Y FOSFORO: LOS GRANDES OLVIDADOS

## Calcium, Magnesium, and Phosphorus Disorders: The Greatly Overlooked Conditions

*Claudia Soto.*
*ORCID: 0000-0003-4884-9532.*
*Nefrólogo Pediatra*

Preservar la estabilidad interna del organismo mientras se adapta a condiciones externas cambiantes, se denomina Homeostasis: proceso donde los electrolitos desempeñan un papel fundamental para mantener las funciones corporales esenciales. En niños gravemente enfermos, las anomalías electrolíticas se asocian con estancias hospitalarias prolongadas y mayor mortalidad intrahospitalaria. Mas allá de los trastornos hidro salinos, nos encontramos con las alteraciones del calcio (Ca), fosforo (P) y magnesio (Mg) hasta un 40% en estos pacientes. El Ca es el ion divalente más abundante del cuerpo, contenido 99% en los huesos y 1% en el espacio extracelular. La mitad de este último está unida a la albumina y la otra ionizada libre, biológicamente activa, la cual determina la hipocalcemia, cuyo trastorno se describe entre 15 - 88% en la población pediátrica. El Mg es el segundo catión intracelular más abundante, 60% conforma el hueso, 39% músculos y tejidos blandos, y solo 1% está en el espacio extracelular, es un cofactor esencial en más de 300 reacciones enzimáticas generadoras de energía, cuya deficiencia suele pasar desapercibida, sin embargo, se describe una incidencia de hasta 65% en pacientes críticos. El P es el principal anión intracelular, esencial para la síntesis de adenosín trifosfato (ATP), 85% conforma el hueso, 14% tejidos blandos y hematíes, y 1% en el líquido extracelular, donde menos del 0,1% del P total del cuerpo se encuentra como inorgánico, siendo la fracción medible. Su concentración es inicialmente alta en el neonato, disminuyen hacia el final de la pubertad hasta valores del adulto. La hipofosfatemia descrita en 20 – 40% de niños enfermos, es considerado un trastorno subestimado, y se asocia a hipomagnesemia e hipopotasemia. El control rutinario y la reposición de estos iones aún no reciben la atención que merecen. Anticipar los cambios en su concentración es fundamental para prevenir emergencias potencialmente mortales.

**Palabras clave**: Trastornos del metabolismo mineral; hipocalcemia; hipomagnesemia; hipofosfatemia

# OPTIMIZACIÓN DEL MEDIO INTERNO: DE LA FISIOLOGÍA A LA FLUIDOTERAPIA DE PRECISIÓN

## Homeostatic Optimization: From Physiology to Precision Fluid Therapy

*Andrés Alberto Casanova Bonilla.*
*ORCID: 000-0003-2700-7301*
*Pediatra Nefrólogo*

La optimización del medio interno en pediatría representa la integración dinámica entre agua corporal, electrolitos, equilibrio ácido-base y perfusión tisular, superando el enfoque del pasado en búsqueda de "normalizar valores aislados". El eje central es la transición hacia una fluidoterapia de precisión, donde los líquidos se prescriben como fármacos con indicación, composición, dosis y tiempo definido, en aras de evitar riesgos / complicaciones inherentes a esta terapia. Un pilar fundamental es el cambio de paradigma de las soluciones de mantenimiento, en el cual las soluciones isotónicas/balanceadas son prioritarias, reconociendo el papel de la ADH no osmótica inducida por el estrés y la enfermedad. En el contexto de reanimación, la estrategia que establece resultados favorables es en fases RED (Resucitación, Equilibrio y Desescalada). El objetivo es restaurar la perfusión evitando la sobrecarga hídrica, la cual debe monitorearse como un "signo vital"; mediante el porcentaje de balance acumulado, dado su impacto directo en la mortalidad y la función renal. En escenarios específicos: Sepsis: Reanimación contextualizada según recursos (Guías Surviving Sepsis 2026) y uso de cristaloides balanceados para mitigar la acidosis hiperclorémica y la injuria renal. Lesión Renal Aguda: Enfoque para prevenir el "fluid creep"; (líquidos ocultos) y establecer metas de balance temprano. Cetoacidosis Diabética: Corrección osmolar progresiva en 48 horas y neuroprotección, evitando caídas bruscas de la osmolaridad efectiva. Rabdomiólisis: "El tiempo es riñón"; y la importancia crítica de iniciar el protocolo antes de la liberación mecánica del paciente (por trauma). La Terapia de Reemplazo Renal es el recurso de rescate efectivo ante el control metabólico intratable. En conclusión, la mejor fluidoterapia no es la que más rápido corrige un número, sino la que protege el cerebro y el riñón mediante una desescalada activa. El Fluid Stewardship surge como la herramienta clave para concentrar medicamentos y suspender aportes innecesarios una vez lograda la estabilidad hemodinámica.

**Palabras clave:** intravascular, fluidoterapia, sobrecarga hídrica





# SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAHOS) INFANTIL: UN ENFOQUE SISTÉMICO

## Pediatric obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome (OSAHS): a systemic approach

*Zulay J. Lugo Zambrano.*
*ORCID: 0009-0009-9593-3885*
*Otorrinolaringología Pediátrica.*

El Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño (SAHOS) infantil es un trastorno delneurodesarrollo y crecimiento caracterizado por una obstrucción intermitente de la vía aéreasuperior que fragmenta el descanso. Más que un problema de amígdalas es un proceso sistémico donde la hipoxemia sutil y los microdespertares, durante picos de plasticidad cerebral, disparan déficits de atención, trastornos de conducta, retraso pondoestatural y riesgos metabólicos. El diagnóstico es eminentemente clínico y requiere una sospecha temprana. El pediatra debe interrogar activamente sobre el sueño: si un niño ronca, respira por la boca, se mueve excesivamente o tiene bajo rendimiento escolar, el "chip inflamatorio" está encendido. Durante la evaluación física, la orofaringoscopia es vital, utilizando la Escala de Mallampati y los Grados de Brodsky. Se debe clasificar al paciente como clásico (hipertrofia adenoamigdalar), emergente (obesidad) o complejo (condiciones genéticas como Síndrome de Down), ya que la etiología es multifactorial. Aunque la polisomnografía es el estándar de oro, el valor de la historia clínica, apoyada por videos domésticos de la calidad del sueño, es incalculable. Las consecuencias de no tratarlo son graves, afectando los ejes cardiopulmonar, endocrino, maxilofacial y neurológico. El tratamiento debe ser multidisciplinar. La adenoamigdalectomía es la primera línea con alta tasa de éxito, pero existen alternativas como la ortodoncia preventiva (expansión maxilar), el manejo con corticoides intranasales, antileucotrienos, terapia miofuncional, higiene del sueño, control de peso y en casos específicos, el uso de CPAP. El mensaje final es claro: el SAHOS no es una enfermedad aislada; es un trastorno sistémico que requiere una visión interdisciplinaria. El TDAH y el SAHOS coexisten frecuentemente, por lo que una historia clínica minuciosa es obligatoria para proteger el futuro cerebro del niño. Un abordaje oportuno previene secuelas cognitivas y metabólicas que, de lo contrario, podrían persistir hasta la vida adulta, afectando permanentemente la calidad de vida.

**Palabras clave:** SAHOS, sueño infantil, pediatría, neurodesarrollo, adenoamigdalectomía.

# RINOSINUSITIS Y EPISTAXIS AGUDA: MANEJO TERAPÉUTICO EN CONSULTA PEDIÁTRICA DESDE LA MIRADA OTORRINOLARINGOLÓGICA

## Rhinosinusitis and Acute Epistaxis: Therapeutic Management in Pediatric Consultation from an Otorhinolaryngological Perspective.

*Siroyie Villarroel P.*
*ORCID: 0009-0002-0675-9547*
*Otorrinolaringología Pediátrica*

La rinosinusitis aguda (RSA) es una entidad común en pediatría caracterizada por la inflamación de la mucosa sinonasal de origen predominantemente viral, con una duración menor a 12 semanas. Su diagnóstico es eminentemente clínico, requiriendo congestión/obstrucción o rinorrea obligatoria, además de dolor facial, tos o fiebre. La progresión a rinosinusitis bacteriana aguda (RSBA) ocurre solo en el 0,5–2% de los casos. El pilar sintomático abarca irrigaciones salinas, antihistamínicos, AINEs, descongestionantes de ciclo corto y esteroides intranasales en cuadros postvirales. La antibioticoterapia se reserva estrictamente para la RSBA (persistencia, empeoramiento o inicio severo): amoxicilina a dosis altas (80–90 mg/kg/día) o macrólidos constituyen la primera línea por 5–14 días. Ante falla a las 72 horas, se escala a amoxicilina/clavulánico, ceftriaxona o levofloxacina. La TC es el estándar de oro imagenológico (frente a la radiografía convencional) y el cultivo por punción el diagnóstico etiológico definitivo, aunque de uso no rutinario.  El abordaje terapéutico de la Epistaxis busca controlar la hemorragia, identificar la causa y prevenir recurrencias. Aunque suele ser autolimitada, casos graves o recurrentes requieren atención otorrinolaringológica. Epistaxis anterior: Sangrado Activo con Punto visible: Atención inicial con retiro de coágulos y compresión bidigital en el cartílago nasal inferior (cabeza inclinada hacia abajo). Aplicar fármacos tópicos (oximetazolina, adrenalina o ácido  tranexámico). Cauterización química (nitrato de plata 75% por 5-10 s) en casos recurrentes. Electrocauterización solo en casos severos. Punto no visible: Taponamiento nasal anterior con esponjas (Merocel®) o gelatina hemostática (Gelfoam®) con mupirocina, retirables en 48-72 horas. Sangrado Persistente o No Controlado: Sospecha de Epistaxis posterior / Fallo de taponamiento anterior: Taponamiento anteroposterior (doble balón o gasa con sonda Foley) y hospitalización obligatoria. Procedimientos avanzados como manejo endoscópico (cauterización o ligadura) o angiografía con embolización arterial selectiva.

**Palabras clave:** rinosinusitis; epistaxis; manejo terapéutico; pediatría





# ESTRATEGIAS DE CRIBADO AUDITIVO NEONATAL: LECCIONES APRENDIDAS Y PROYECCIONES PARA EL FUTURO

## Neonatal hearing screening strategies: lessons and projections for the future

*Francis Sánchez de Losada*
*(ORCID:0000-0002-5970-9095)*
*Otorrinolaringóloga Pediatra*

El cribado auditivo neonatal ha transformado por completo el pronóstico de los niños con hipoacusia. Sin embargo, la implementación de estos programas a nivel global ha dejado un camino claro de "lecciones aprendidas" que van mucho más allá de simplemente realizar la prueba antes del alta hospitalaria. El enfoque debe ser que la sordera infantil es una emergencia del desarrollo neurológico. El cerebro tiene un cronograma biológico estricto para la organización del sistema auditivo y esto es la neuroplasticidad.  El estándar de oro actual es el protocolo1-3-6 y la tendencia actual es hacia el 1-2-3 gracias a la optimización de los flujos de trabajo.  La meta clásica ha sido el cribado antes del 1er mes, el diagnóstico definitivo a los 3 meses y la intervención (audífonos, implante coclear, terapia, etc.) a los 6 meses. Los niños con factores de riesgo o que están en UCIN, deben ser evaluados no solo con EOA, es mandatorio realizar PEATC. El diagnóstico auditivo actual ya no es una prueba aislada, es la integración de cuatro pilares: 1. Electrofisiología (PEATC) 2. Virología (PCR para citomegalovirus) 3. Genética 4. Imagenología. La pérdida de audición no tratada, incluida la congénita, constituye un grave obstáculo para el desarrollo, la educación y la integración social de la población infantil. El impacto de la pérdida de audición no tratada va más allá de los resultados adversos en el habla y el lenguaje. Un factor atenuante clave es la edad a la que se inicia la intervención (amplificación o terapia). Los niños cuya pérdida auditiva se detecta en una fase temprana y que reciben una intervención precoz antes de los 6 meses de edad tienen mejores resultados que los que se detectan y tratan más tarde.

**Palabras clave:** cribado auditivo neonatal; neuroplasticidad; hipoacusia

# LA VIA AEREA BAJO ASEDIO: ACTUALIZACION INTEGRAL SOBRE REFLUJO FARINGOLARINGEO PEDIATRICO

## The airway under siege: comprehensive update on pediatric pharyngolaryngal reflux

*Yanet Bastidas.*
*ORCID: 0000- 0001- 7307- 5378*
*Otorrinolaringólogo Pediatra*

El concepto de Reflujo Faringolaríngeo (RFL) ha cambiado, de una visión clásica centrada en "ácido + IBP" a una enfermedad heterogénea, multifactorial y fenotípica, donde el diagnóstico clínico aislado no es suficiente y el tratamiento debe individualizarse. RFL ya no se considera una entidad uniforme debido a que hay síntomas laríngeos no específicos que se pueden superponer con: alergia, hipersensibilidad laríngea, tos neurogénica, disfonía, SAHOS, disbiosis, ansiedad/somatización, Rinitis. Actualmente se habla de "Fenotipos de RFL": Reflujo Clásico acido es similar a la ERGE, responde a IBP y tienen síntomas típicos como la pirosis y la regurgitación; Reflujo no ácido o débilmente ácido es el más importante en ORL, poca o nula respuesta a los IBP; Reflujo gaseoso/aerosolizado: hay micro aspiración laríngea. Síntomas respiratorios: tos, carraspeo, broco espasmo y disfonía; Hipersensibilidad Laríngea: el reflujo actúa como gatillo, hay sensibilización neural. Se expresa con glomus, odinofagia y/o tos crónica refractaria; Fenotipo relacionado con estrés/autonomía relación eje intestino-cerebro-vía aérea. influencia vagal y autonómica. La Ph-Impedanciometria multicanal hipofaringea-esofagica de 24 h y la clínica es el Gold estándar para el diagnóstico y categorización de la terapéutica a seguir; porque permite detectar: reflujo ácido, no ácido, líquido, gaseoso. El tratamiento: va dirigido según el fenotipo de RFL: Fenotipo ácido: IBP; Fenotipo no ácido: alginatos, dieta, barrera mecánica, manejo conductual; Hipersensibilidad Laríngea: terapia vocal-respiratoria neuromoduladores, control del estrés; Fenotipo inflamatorio/alérgico asociado: manejo nasal, antihistamínicos, control ambiental. dieta y estilo de vida. El Reflujo faringolaríngeo dejó de ser una entidad simplista basada únicamente en ácido y laringitis posterior. Hoy entendemos que se trata de un síndrome aerodigestivo complejo, heterogéneo y multifenotípico, donde la integración Inter especialidades son indispensables y así evitar diagnósticos errados.

**Palabras clave:** reflujo faringolaríngeo pediátrico; fenotipo de reflujo; otorrinolaringología pediátrica; vía aérea superior; sindrome aerodigestivo; Ph-impedanciometria multicanal 24h





# CRÓNICAS DE UNA INFECCIÓN EVITABLE: TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH

## Chronicles of a preventable infection: HIV vertical transmission.

*Ana Zolvic Zambrano*
*(ORCID: 0009-0003-9317-0112)*
*Pediatra-Puericultor*

Introducción: La transmisión vertical del VIH es prevenible bajo pautas internacionales. No obstante, persisten brechas diagnósticas y terapéuticas derivadas de fallas sistemáticas en el control obstétrico y el manejo neonatológico inmediato. Caso Clínico: Lactante menor femenina, producto de madre de 34 años con embarazo mal controlado y serología positiva para VIH en segundo y tercer trimestre, sin tratamiento antirretroviral (TARV). Nació por parto vaginal a las 38 semanas sin zidovudina intraparto; recibió lactancia materna. Catalogada como exposición de alto riesgo, inició TARV presuntivo (ZDV+3TC+RAL) a las 72 horas por seis semanas. A los 38 días de vida realiza PCR-DNA para VIH con resultado negativo; sin embargo, la muestra fue tomada bajo efecto farmacológico y antes de cumplir cuatro semanas post-suspensión del TARV, enmascarando la replicación viral. A los seis meses ingresó por fiebre, diarrea y candidiasis orogenital grave. Se evidenció anemia, hipertransaminemia e infiltrado intersticial bilateral. Tras prueba rápida positiva, se confirmaron con dos PCR-DNA positivas y carga viral que reporta ≥10.000.000 copias/mL (Log 7.00). Tras descartar tuberculosis (padre con antecedente) y oportunistas, se inició TARV definitivo de alta barrera genética: Abacavir+Lamivudina+Dolutegravir (ABC+3TC+DTG) junto a profilaxis con TMP/SMX. Presentó remisión clínica a los nueve días. Con 100% de adherencia, el monitoreo virológico demostró descenso a 81 copias/mL (Log 1.91) al año y nueve meses, consolidando la indetectabilidad con 48 copias/mL (Log 1.68) a los dos años y cinco meses de edad. Conclusiones: La ausencia de TARV materno y el parto vaginal tipifican alto riesgo normativo. El tamizaje molecular infantil exige respetar estrictamente la ventana biológica (mínimo cuatro semanas post-suspensión profiláctica) para evitar falsos negativos que retrasen críticamente el diagnóstico. Los regímenes basados en Dolutegravir ofrecen una excelente velocidad de supresión virológica en pediatría, condicionados a una adherencia estricta.

**Palabras clave:** VIH, Transmisión vertical, Exposición perinatal, Antirretrovirales, Profilaxis.

# DESCIFRANDO LAS TUBULOPATÍAS: CRITERIOS CLÍNICOS FUNDAMENTALES PARA EL DIAGNÓSTICO

## Deciphering tubulopathies: Fundamental Clinical Criteria for Diagnosis

*Julia M. Villanueva C.*
*ORCID: 0009-0002-4993-8254*
*Pediatra Nefrólogo*

**Introducción:** Las tubulopatías son un heterogéneo grupo de trastornos hereditarios o adquiridos, que pueden estar catalogadas dentro del grupo de enfermedades raras. Ante la indisponibilidad de estudios genéticos o moleculares en entornos de recursos limitados, la interpretación rigurosa de la fisiología tubular y el equilibrio hidroelectrolítico constituyen la piedra angular para el diagnóstico y manejo terapéutico. **Caso Clínico:** Escolar masculino de 9 años con antecedente de estancamiento pondoestatural desde los 5 años, quien es referido a nefrología por desnutrición crónica moderada. Las evaluaciones analíticas consecutivas revelaron una pérdida renal de sal, hipopotasemia persistente (potasio sérico entre 3,1 y 3,4 mEq/L) con fracción excretada de potasio elevada (FeK: 19,73%), brecha aniónica urinaria positiva (GAP urinario: 31) y alcalosis metabólica compensada (pH: 7,41; HCO3: 28,3 mEq/L). Los niveles de magnesio sérico (2,2 mg/dL) y la excreción urinaria de calcio se mantuvieron normales (Ca/Cr: 0,09), descartando nefrocalcinosis por ecografía. Basado estrictamente en la caracterización fisiológica, se diagnosticó Síndrome de Bartter Tipo III. Tras la instauración de cloruro de potasio, aporte hídrico libre y una dieta hipercalórica rica en sodio y potasio, el paciente mostró una respuesta clínica favorable con una velocidad de crecimiento de 7,51 cm/año y recuperación nutricional significativa. **Discusión**: Este caso ilustra el desafío clínico y el reto diagnóstico que representa abordar las tubulopatías basándose exclusivamente en la fisiología tubular cuando no se dispone de pruebas genéticas que proporcionen un diagnóstico definitivo. La edad de aparición, la ausencia de hipomagnesemia e hipercalciuria fue el eje fisiológico que permitió diferenciar con precisión el Síndrome de Bartter Tipo III de otras variantes y del Síndrome de Gitelman. Maximizar el análisis del examen de orina, aclaramiento de electrolíticos y los índices urinarios es una estrategia fundamental y totalmente vigente que garantiza una terapia dirigida precoz, logrando revertir el impacto pondoestatural metabólico en la edad pediátrica.

**Palabras clave:** Tubulopatía, Síndrome de Bartter, Desnutrición





# LEUCOENCEFALITIS NO HEMORRÁGICA POST-INFECCIOSA

## Post-infectious non-hemorrhagic leucoencephalitis

*Génesis Rondón*
*ORCID: 0009-0007-2293-6255*
*Pediatra-Puericultor*

El caso corresponde a un preescolar masculino de 2 años de edad, con antecedente reciente de cuadro febril asociado a lesiones orales y mastoiditis, que evolucionó inicialmente con manejo ambulatorio sin mejoría clínica. Posteriormente presentó deterioro progresivo del estado neurológico: alteración del sensorio, movimientos involuntarios y ataxia, motivo por el cual ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos. Durante su evolución se evidenció descenso rápido de la puntuación de Glasgow hasta alcanzar los 7 puntos, requiriendo activación del protocolo de soporte vital, protección de la vía aérea mediante intubación orotraqueal, sedación, tratamiento anticonvulsivante y cateterización de acceso venoso central para garantizar administración de fármacos prescritos. Como parte del estudio diagnóstico, la tomografía cerebral descartó lesiones ocupantes de espacio o signos de herniación. El análisis del líquido cefalorraquídeo mostró hiperproteinorraquia con escasa celularidad y estudios microbiológicos sin evidencia concluyente de infección activa. Ante la sospecha inicial de meningoencefalitis se instauró tratamiento empírico con ceftriaxona, vancomicina, aciclovir y dexametasona. Tras la estabilización clínica y la suspensión progresiva de la sedación, el paciente fue extubado exitosamente. En la evaluación neurológica persistieron obnubilación, trastorno motor hipertónico asimétrico y crisis epilépticas sintomáticas, por lo que se ajustó el manejo anticonvulsivante con transición a ácido valproico.

La integración de la evolución clínica, los hallazgos de neuroimagen y el perfil del líquido cefalorraquídeo permitió descartar encefalitis viral primaria y reducir la probabilidad de encefalopatía tóxica, orientando el diagnóstico definitivo hacia una leucoencefalitis postinfecciosa tipo ADEM (encefalomielitis diseminada aguda). Fisiopatológicamente, el cuadro se interpretó como una respuesta autoinmune desencadenada por una infección previa, que produjo desmielinización focalizada de la sustancia blanca profunda sin ruptura de la barrera hematoencefálica, manifestándose con encefalopatía aguda, hipertonicidad y convulsiones. El paciente fue dado de alta hemodinámicamente estable, con mejoría neurológica progresiva, ajustes farmacológicos y seguimiento multidisciplinario para rehabilitación y control especializado.

**Palabras clave:** Leucoencefalitis, desmielinización, encefalopatía aguda, cuidados intensivos

# HIPEREOSINOFILIA PEDIÁTRICA. UMBRAL DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

## Pediatric Hypereosinophilia: Diagnostic Threshold. A Case Report

*Ray David Molina Linares.*
*ORCID: 0000-0002-4325-0830*
*Pediatra Puericultor*

Se presenta el caso de una preescolar de 4 años y 5 meses, ingresado con cuadro de fiebre recurrente de un mes de evolución, asociado a dolor abdominal e hiporexia. La paciente presentaba hábito de pica/geofagia desde los 2 años de edad y mantenía convivencia con 3 cachorros caninos. El resto de los antecedentes no eran pertinentes para la enfermedad actual. El examen físico reveló palidez mucocutánea, adenopatías cervicales pequeñas y hepatomegalia. Los estudios hematológicos mostraron anemia microcítica hipocrómica leve, leucocitosis con hipereosinofilia extrema (10.200/µL, hasta 60 %) y trombocitosis leve. El mielograma evidenció médula ósea normocelular con predominio de eosinófilos sin infiltración neoplásica, compatible con síndrome hipereosinofílico reactivo. Los estudios de imagen reportaron infiltrados pulmonares bilaterales, adenomegalias mediastínicas y retroperitoneales, hepatomegalia y esplenomegalia. En el abordaje etiológico se documentó serología positiva para Toxocara canis (47 U / valor positivo: mayor de 11 U). Se realizó evaluación por el servicio de Inmunología quienes descartaron hallazgos de inmunodeficiencia primaria, sin daño a órgano diana, así mismo, se realizó evaluación cardiovascular descartándose cardiopatía estructural. Se realizó biomicroscopia, oftalmoscopía y evaluación de anexos, descartando toxocariasis ocular, por lo que le se decidió iniciar soporte terapéutico con antihelmínticos a dosis estándar por 5 días, con evolución favorable, descenso progresivo de eosinófilos y resolución de la sintomatología. El reporte de los coproparasitológicos seriados (3) fueron negativo. Fue dado de alta tras 15 días de hospitalización, con terapia de mantenimiento y seguimiento multidisciplinario. Este caso evidencia la necesidad de considerar la hipereosinofilia severa pediátrica un síndrome clínico heterogéneo. Para su manejo, se requiere un enfoque integral y sistemático que permita diagnosticar oportunamente etiologías infecciosas, inmunológicas o hematológicas, evitando complicaciones de gravedad. Se debe considerar a la Toxocariasis como diagnóstico diferencial, en todo paciente con procedencia rural, contacto con cachorro de caninos y hábito de geofagia.

**Palabras clave:** Hipereosinofilia, toxocariasis, geofagia, hematología





# INMUNOTERAPIA ORAL EN ALERGIA ALIMENTARIA: MENOS, ES MÁS

## Oral immunotherapy in food allergy: less is more

*Madelf Caballero.*
*ORCID: 0009-0001-9595-6878*
*Inmunólogo Pediatra*

La alergia alimentaria es un trastorno inmunitario caracterizado por una respuesta anómala frente a proteínas específicas. Se clasifica en reacciones mediadas por IgE, de aparición inmediata (urticaria, vómitos, anafilaxia), y no mediadas por IgE, de manifestación tardía y predominantemente gastrointestinal. Su prevalencia mundial ha incrementado significativamente, afectando hasta al 10% de la población pediátrica. La alergia a la leche de vaca representa la variante más común en lactantes (~2%), seguida de la alergia al huevo, mientras que la alergia al maní destaca por su alta persistencia y por constituir la causa principal de anafilaxia infantil. El manejo tradicional se fundamentaba en un enfoque pasivo de evitación estricta («observar y esperar») junto a medicación de rescate reactiva (adrenalina) ante exposiciones accidentales; sin embargo, este esquema no acelera la adquisición natural de tolerancia y genera elevada ansiedad familiar. En contraste, el manejo actual promueve un paradigma activo basado en la desensibilización e inmunomodulación mediante inmunoterapia oral (ITO), la reintroducción graduada a través de escaleras alimentarias (leche y huevo horneado) en el hogar, y el uso de omalizumab como adyuvante biológico para elevar los umbrales de reacción y mitigar el riesgo de anafilaxia. El abordaje integral contempla cuatro pilares esenciales: manejo dietético individualizado, plan de acción escrito con autoinyectores de adrenalina, soporte psicológico conductual y tratamientos inmunomoduladores.

**Palabras clave:** Alergia alimentaria, Inmunoterapia oral, Anafilaxia.

# EJE INTESTINO CEREBRO
## Intestinal-Brain Axis

*Rafael J. Santiago P.*
*ORCID: 0000-0002-6732-569X*
*Pediatra Puericultor, Gastroenterólogo Pediatra*

El eje intestino-cerebro o más específicamente eje microbiota–intestino-cerebro, es un sistema complejo de comunicación bidireccional, en la cual participan la microbiota intestinal (la más extensa, variada, diversa y estudiada del cuerpo humano), el sistema nervioso central, sistema nervioso entérico, sistema nervioso autónomo, sistema inmunológico y eje hipotálamo-hipófisis-pituitaria, en la que ocurre una influencia reciproca, la cual se desarrolla mediante mecanismos, neurológicos, inmunológicos, endocrinos y humorales. Esta comunicación permite que el cerebro puede influir en la motilidad, secreción y respuesta inmune intestinal, mientras que el intestino, mediante la microbiota y sus metabolitos, modula funciones cognitivas y emocionales del individuo, es decir participa en la homeostasis del sistema nervioso. El nervio vago, la vía del cortisol, vía inmunitaria (citoquinas y microglía) y metabólica (producción de ácidos grasos de cadena corta, metabolismo del triptófano, entre otros) producen los efectos de regulación, por lo que es de vital importancia el equilibrio del eje, la alteración de la microbiota (disbiosis) ocasiona desregulación del metaboloma, alteración de la barrera intestinal con la consecuente afectación de los componentes del eje y sus funciones, expresándose como: factores de riesgo para la salud, tanto para patologías orgánicas, como funcionales e incluso trastornos neuroconductuales, siendo estas últimas objeto de gran interés por la comunidad científica, pues incluye alteraciones como el Trastorno del Espectro Autista, Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad y otras. Aunque la evidencia es limitada la modulación del eje, podría llegar a ser una estrategia emergente para el tratamiento de las alteraciones relacionadas con el eje microbiota-intestino-cerebro.

**Palabras clave:** eje intestino-cerebro, eje microbiota-intestino-cerebro, microbiota,





# EL EJE INTESTINO-RIÑÓN: UNA FRONTERA CRÍTICA EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA PEDIÁTRICA
## The gut-kidney axis: a critical frontier in pediatric chronic kidney disease

*Ricnia Vizcaíno*
*(ORCID: ORCID: 0000-0001-8827-0408)*
*Nefrólogo Pediatra*

**Introducción:** Tradicionalmente, la Enfermedad Renal Crónica (ERC) se abordaba desde un enfoque nefrocéntrico. Sin embargo, la evidencia científica contemporánea consolidó el "eje intestino-riñón" como una compleja red bidireccional, donde la retención urémica altera profundamente el microbioma intestinal y los productos de este metabolismo disbiótico aceleran la progresión del daño renal. **Objetivo:** Analizar las interacciones fisiopatológicas del eje intestino-riñón, evaluando el impacto de toxinas urémicas bacterianas y nuevas estrategias terapéuticas de modulación microbiana en el paciente pediátrico. **Desarrollo:** En la ERC, la difusión luminal de urea induce disbiosis proteolítica que degrada las proteínas de unión estrecha, comprometiendo la integridad mucosa y provocando "intestino permeable" (leaky gut). Este fenómeno facilita la translocación de lipopolisacáridos a la circulación, activando la vía TLR4/NF-κB que desencadena microinflamación sistémica crónica. En pediatría, dicha inflamación perpetúa complicaciones severas como el retardo de crecimiento por disrupción del eje de crecimiento GH/IGF-1— y marcada resistencia a los agentes estimulantes de la eritropoyesis. Asimismo, la fermentación bacteriana genera toxinas urémicas unidas a proteínas, como el Indoxil Sulfato, p-Cresil Sulfato y el N-óxido de Trimetilamina (TMAO), las cuales escapan al aclaramiento dialítico convencional e inducen estrés oxidativo, disfunción endotelial y fibrosis tubulointersticial progresiva. Ante la labilidad y plasticidad del microbioma infantil, cobran relevancia intervenciones terapéuticas de vanguardia orientadas a restaurar la eubiosis, tales como la nutrición de precisión con fibra fermentable de bajo potasio, simbióticos de cuarta generación y la suplementación con postbióticos (como el butirato) para sellar la barrera epitelial. **Conclusiones:** El eje intestino-riñón representa una diana nefroprotectora esencial. Su modulación oportuna frena la generación de toxinas, mitiga la inflamación sistémica, optimiza la respuesta hematológica y protege el crecimiento lineal. El nefrólogo pediatra moderno debe trascender la nefrona y consolidarse como guardián del ecosistema intestinal.

**Palabras clave:** Eje intestino-riñón; Enfermedad renal crónica; Microbiota; Toxinas urémicas; Pediatría

# LECCIONES APRENDIDAS DE BROTES RECIENTES: SARAMPIÓN, DIFTERIA, POLIO Y TOS FERINA

## Lessons Learned from Recent Outbreaks: Measles, Diphtheria, Polio, and Pertussis

*José Levy Mizrahi.*
*ORCID: 0000-0003-2666-214*
*Pediatra- Puericultor*

La interrupción de las coberturas vacunales post-pandemia y el aumento de poblaciones con «cero dosis» han desencadenado la reemergencia de enfermedades inmunoprevenibles en las Américas. Aunque las estadísticas nacionales muestren promedios del 90%, estas cifras ocultan micro-brechas locales o «desiertos inmunológicos» en comunidades vulnerables donde los virus rebrotan. El sarampión, indicador sensible de fallas sistémicas por su alta contagiosidad (R_0 12-18), registró un drástico incremento regional entre 2025 y 2026, concentrándose el 71% de los casos en personas no vacunadas. Clínicamente, exige aislamiento respiratorio inmediato desde la fase prodrómica para evitar contagios masivos. La difteria resurge por la falta de dosis de refuerzo en adolescentes y adultos, presentándose en formas respiratorias con pseudomembranas adherentes o lesiones cutáneas silenciosas. Su abordaje debe ser puramente clínico: la antitoxina diftérica (DAT) y la antibioterapia deben iniciarse de inmediato sin esperar la confirmación de laboratorio. La tos ferina acompaña este patrón con un repunte global impulsado por el decaimiento de la inmunidad poblacional. Por su parte, la erradicación de la poliomielitis enfrenta la amenaza del poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV). Cuando la cobertura de la vacuna oral (VOP) cae, el virus atenuado muta tras circular entre personas susceptibles. Un caso de Parálisis Flácida Aguda (PFA) es solo la punta del iceberg de una transmisión ambiental asintomática, exigiendo la notificación urgente y la recolección de dos muestras de heces. Esta crisis no responde a accidentes, sino a factores estructurales: brechas post-pandemia, infodemias, flujos migratorios y demoras en el diagnóstico clínico. Para mitigar brotes, es urgente eliminar la ilusión de los promedios nacionales, garantizar coberturas superiores al 95%, realizar seguimiento nominal estricto y mantener una alta sospecha diagnóstica en la atención primaria.

**Palabras clave**: Reemergencia,Vigilancia,sarampión, tosferina,difteria, polio





# INMUNIZACIÓN EN EL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO: SUPERANDO EL MIEDO

## Immunization in the Preterm Newborn: Overcoming Fear

*Marlinka Andrea Moya Pérez*
*ORCID: 0000-0002-4085-3652*
*Pediatra-Puericultor*

El recién nacido pretérmino tiene dos características que aumentan su vulnerabilidad frente a infecciones inmunoprevenible, una de ellas es la transferencia de anticuerpos maternos disminuida y la otra es un sistema inmune inmaduro. Ya es bien conocido que el sistema inmune del prematuro responde adecuadamente a los estímulos inmunogénicos a partir de las primeras semanas de vida, sin embargo, su vacunación sistemática suele retrasarse por varias razones entre ellas la creencia de que no tendrá una adecuada respuesta inmunológica, no alcanzará títulos protectores tras la vacunación o por miedo a efectos adversos de la vacuna. Son varios los estudios que demuestran la presencia de títulos de anticuerpos altamente protectores tras completar el esquema vacunal y los refuerzos en prematuros. Entre los efectos adversos más temidos esta la aparición de apneas a las 48 hora post vacunación esto se observa sobre todo en prematuros extremos (<28 semanas o <1000g) que aún están hospitalizados. La buena noticia es que ya existen estudios aleatorizados y bien diseñados que comprueban la ausencia de letalidad o complicación grave en estos pacientes con apnea, por lo que el llamado es a no perder oportunidades, administrar las vacunas pertinentes de acuerdo con la edad cronológica del paciente y en los prematuros extremos realizar monitorización intrahospitalaria en las 72 horas posterior a la inmunización. También hay estudios que demuestran que la reactogenicidad de las vacunas es igual en recién nacidos a término como en los pretérmino. Para la mayoría de las vacunas el esquema es el mismo utilizado universalmente en pediatría, pero se establecen diferencias para vacunas contra la Hepatitis B, rotavirus y BCG. También es importante proteger a los pretérminos a través del efecto capullo, lo que requiere la inmunización de la madre en etapa preconcepcional o durante el embarazo para mejorar la transferencia de anticuerpos protectores al feto, pero además una adecuada vacunación de los adultos y niños del entorno del paciente, lo que incluye al personal de salud de las unidades de cuidados intensivos neonatales.

**Palabras clave:** Vacunas, Prematuro, Inmunidad

# INFECCIONES RESPIRATORIAS EN LOS ALBERGUES

## Respiratory infections in shelters

*Kenelma López Rivero.*
*ORCID: 0009-0005-7903-8005*
*Pediatra Neumonólogo*

Después de un terremoto o sismo, los albergues o refugios temporales son un lugar propicio para el incremento de infecciones respiratorias agudas debido a la inhalación de polvo o escombros, ocasionando tos y dificultad respiratoria producto de la inflamación en la vía aérea, también la gran cantidad de personas en espacios cerrados influye para que la transmisión de virus o bacterias sean más fácil sobre todo en enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis. El estrés, la alta densidad de población, hacinamiento, la ventilación deficiente y condiciones ambientales, accesos limitados a servicios de salud aunado a malnutrición y comorbilidades facilitan los procesos infecciosos que pueden ir desde procesos virales hasta bacterianos, enfermedades crónicas como el asma suelen presentar exacerbaciones debido al incumplimiento del tratamiento ya sea por perdida del mismo durante el sismo o por olvido debido al estrés, también es importante recordar que en estos casos el sistema inmunológico se ve comprometido por falta de descanso adecuado ocasionando una disminución en la barrera de defensa de nuestro organismo. Por lo que es importante implementar medidas de prevención como son el uso de mascarillas en áreas muy concurridas, mantener al máximo la ventilación dentro de las instalaciones y el lavado frecuente de manos con agua y jabón, o la utilización de antibacterial a base de alcohol, es de suma importancia identificar y aislar a las personas con síntomas febriles o tos persistente para brindarle atención médica oportuna y así poder prevenir brotes de infecciones respiratorias.

**Palabras clave:** Infección; prevención; desastres naturales; Neumonología





# EL FUTURO DE LA TERAPIA INHALADA: DE LOS INHALADORES CONVENCIONALES A LA MEDICINA PERSONALIZADA

## The Future of Inhaled Therapy: From Conventional Inhalers to Personalized Medicine.

*Julia Martínez.*
*ORCID 0000-0003-2956-4910*
*Pediatra Neumonólogo*

El futuro de la terapia respiratoria profundiza el aprovechamiento del epitelio respiratorio para manejar mejor la patología inflamatoria crónica. La vía inhalatoria ofrece un área inmensa de absorción, enfrentando retos físicos y biológicos que se logranlogran superar con la moderna nanotecnología pulmonar. Mediante el uso de liposomas, micelas y nanopartículas, dirigimos los tratamientos a células específicas, prolongando la liberación del fármaco y minimizando los efectos sistémicos. Para que estos sistemas penetren adecuadamente, es absolutamente crucial adaptar la interfaz al desarrollo pediátrico: se debe indicar la mascarilla estrictamente en niños de cero a tres años y transitar a boquilla desde los cuatro años, para lograr evitar el filtro nasal que atrapa gran parte de las partículas. El asma es una condición sumamente heterogénea con diversos fenotipos inflamatorios, como los de T2 alta y baja. Es imperativo abandonar cualquier receta terapéutica universal y avanzar hacia una medicina verdaderamente personalizada para cada paciente, muchas veces las recaídas no dependen del tratamiento indicado, el factor crítico de fallo clínico sigue siendo el uso incorrecto del inhalador, un problema persistente desde hace más de cuarenta años. Por esta razón, la aerocámara o espaciador valvulado antiestático es nuestra tecnología más equitativa y fundamental. Esta valiosa herramienta anula graves problemas de coordinación motora, maximiza el depósito pulmonar y evita el desperdicio masivo de los valiosos medicamentos. La sostenibilidad ambiental es responsabilidad médica; se debe transitar hacia propelentes más ecológicos sin comprometer la salud. El inhalador verdaderamente ecológico es aquel que logra el control absoluto de la enfermedad. En Venezuela, el éxito terapéutico innegociable depende de la intersección entre habilidad del paciente, tecnología adecuada y disponibilidad económica, exigiéndonos mantener educación continua sobre la técnica inhalatoria.

**Palabras clave**: terapia inhalatoria; técnica inhalatoria adecuada; nanopartículas

# TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO: ESCALONES Y EL CAMBIO DE PARADIGMA (GEMA VS. GINA)

## Maintenance treatment: steps and the paradigm shift (GEMA vs. GINA)

*Ingrid Rios.*
*ORCID: 0009-0006-9918-6723*
*Pediatra-Neumonólogo*

El asma se define como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, donde participan distintas células y mediadores inflamatorios, condicionada en parte por factores genéticos, que cursa con hiperreactividad bronquial y obstrucción del flujo aéreo variable, total o parcialmente reversible. Entre un tercio y la mitad de los niños, adolescentes y adultos con asma presentan síntomas que interfieren regularmente en la vida cotidiana. La población mundial actualmente afectada por esta enfermedad es del 5-10% (23,4 millones de personas, incluyendo 7 millones de niños). En el tratamiento del asma, un escalón es un nivel dentro de una guía de tratamiento progresivo. Los medicamentos se aumentan o disminuye basándose en el control de síntomas y el riesgo de crisis. El cambio de paradigma reciente prohíbe usar únicamente inhaladores de rescate SABA por el alto riesgo de crisis severas. En el pasado, el manejo del asma se centraba en tratar los síntomas de emergencia. El cambio de paradigma actual impulsado por las guías internacionales GINA Y GEMA se basa en 2 pilares, Uso de corticoesteroides inhalados desde el inicio: y abandono del SABA de rescate solo. Hoy se desaconseja su uso en monoterapia, ya que no trata la inflamación y aumenta los riesgos de crisis graves. En el manejo escalonado, el objetivo es encontrar el control de los síntomas con la menor cantidad de fármacos posibles. La educación del niño con asma y de su familia aumenta la calidad de vida y reduce el riesgo de exacerbaciones y el costo económico, por lo que es uno de los pilares fundamentales del tratamiento. Su objetivo es que el niño consiga una vida normal para su edad con actividad física.

**Palabras clave**: asma, SABA (beta 2 agonista de acción rápida), corticoesteroide inhalado, GINA, GEMA





# FENOTIPOS DE ASMA: YA NO TODOS SON IGUALES. ¿CUÁNDO DEBO REFERIR PARA TERAPIA BIOLÓGICA?

## Asthma phenotypes: they are no longer all the same. When should I refer for biologic therapy?

*Carol Rodríguez*
*Neumonólogo Pediatra*

El asma es una enfermedad heterogénea caracterizada por la inflamación crónica de las vías respiratorias y síntomas fluctuantes. Para abordarla eficazmente, la medicina de precisión ha sustituido el enfoque tradicional por estrategias personalizadas basadas en dos pilares fundamentales: el fenotipo y el endotipo, permitiendo asignar el tratamiento correcto a cada paciente. El fenotipo describe las características clínicas y funcionales observables del individuo (como el asma alérgica, no alérgica, de inicio tardío u obesidad), resultantes de la interacción entre sus genes y el ambiente. Por el contrario, el endotipo define los mecanismos moleculares y fisiopatológicos subyacentes. Pacientes con un mismo fenotipo pueden requerir terapias distintas si sus endotipos difieren. Estos mecanismos se dividen principalmente en: T2-Alto (Inflamación Tipo 2): Es el más común, mediado por interleucinas (IL-4, IL-5, IL-13), eosinófilos e IgE. Se identifica mediante biomarcadores como eosinófilos en sangre (\(\ge \) 150-300/\(\mu \)L), FeNO (\(\ge \) 20-25 ppb) o IgE elevada. T2-Bajo (No T2): Asociado a inflamación neutrofílica o paucigranulocítica provocada por tabaco, obesidad o infecciones. La integración de estos conceptos optimiza la eficacia terapéutica mediante el uso de terapias biológicas dirigidas (anticuerpos monoclonales), reduce los efectos adversos del “ensayo y error” y mejora el pronóstico clínico. La derivación para terapia biológica (como omalizumab, mepolizumab, benralizumab, dupilumab o tezepelumab) se reserva para casos de asma grave no controlada (escalones 5 y 6 de GINA/GEMA) que cumplan con un tratamiento máximo optimizado a dosis altas, persistencia de síntomas o exacerbaciones frecuentes (2 crisis anuales o 1 hospitalización), y un perfil T2-Alto demostrable. En conclusión, conectar el fenotipo con su endotipo mediante biomarcadores es una necesidad biológica indispensable para garantizar una atención médica más segura, eficiente y personalizada.

**Palabras clave:** asma; fenotipos; endotipos; interleucinas; terapias biológicas

# HOSPITALES SEGUROS ANTE EVENTOS ADVERSOS

## Safe hospitals during adverse events

*Huníades Urbina-Medina, MD, PhD*
*ORCID: 0000-0002-7267-5619*
*Pediatra-Intensivista*
*Profesor Asistente Escuela de Medicina JM Vargas, UCV*

Los hospitales en América Latina enfrentan una alta vulnerabilidad ante desastres naturales y antrópicos. El 67% de los 15.000 establecimientos de la región se sitúa en zonas de riesgo, y el 70% carece de planes de emergencia. En Venezuela, la amenaza es latente debido a sus fajas sísmicas, cuencas hidrográficas y extensas costas. Un claro ejemplo es el Hospital de Niños J.M. de los Ríos (HJMR), cuyas edificaciones han cumplido su vida media, registran crecimiento no planificado y carecen de presupuestos, señalizaciones o comités para la gestión de riesgos. Frente a esta problemática, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS promueven el Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH). Esta herramienta evalúa de forma rápida y económica 145 elementos estructurales, no estructurales y funcionales, clasificando a los centros en tres niveles: Clase A (0,66 - 1): Es probable que funcione. Clase B (0,36 - 0,65): Requiere intervención a corto plazo. Clase C (0 - 0,35): Requiere intervención urgente porque peligra su operación. La justificación para invertir en mitigar estos riesgos abarca tres dimensiones fundamentales: Protección de la vida: Garantizar la seguridad de los pacientes y obligar al personal médico a permanecer en sus puestos durante la emergencia. Protección de la inversión: Salvaguardar costosos equipamientos e infraestructuras difíciles de reconstruir a corto plazo. Protección de la operación: Asegurar que el hospital permanezca operativo a su máxima capacidad tras el desastre, invalidando la opción ineficaz de los hospitales de campaña. Garantizar centros seguros exige alianzas multidisciplinarias, capacitación continua de la comunidad y del personal sanitario, y apoyo político sostenido. Cumplir con la Meta 3.13 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) sobre gestión de riesgos nacionales será imposible si la diferencia económica y social entre un hospital vulnerable y uno seguro se sigue ignorando.

**Palabras clave:** Seguridad hospitalaria, Gestión de riesgos, Desastres naturales





# NUTRICIÓN EN DESASTRES

## Nutrition in disasters

*Livia Machado.*
*ORCID: 0000-0001-7458-8917*
*Pediatra Nutrólogo*

Los niños, especialmente lactantes y menores de 2 años, constituyen el grupo más vulnerable nutricionalmente durante desastres; con riesgo de malnutrición aguda, deficiencias de micronutrientes, enfermedades infecciosas y complicaciones por alimentación inadecuada. Lactancia materna como prioridad absoluta: es la estrategia más segura y eficaz de alimentación infantil en desastres. Los factores claves para comunicar a las familias y equipos de respuesta son: a. La producción de leche no se ve afectada por el estrés agudo ni por la falta de alimento a corto plazo; solo la desnutrición materna grave reduce significativamente la producción; b. La leche materna aporta factores antiinfecciosos e inmunomoduladores críticos en entornos con saneamiento comprometido, además protege contra la hipotermia; c. Apoyar activamente la relactación en madres que destetaron recientemente, y considerarse la nodriza cuando la madre biológica no esté disponible, antes de recurrir a la alimentación artificial; d. Manejo de la alimentación artificial sólo cuando sea necesaria, se requiere apoyo individualizado y recursos completos: fórmula adecuada para la edad, agua potable, combustible para hervirla, utensilios de preparación y limpieza, educación y seguimiento sanitario La nutrición en los niños mayores de 2 años, inclusive en adolescentes, suele ser subestimada en la respuesta a desastres: Se han documentado problemas: contenido nutricional inadecuado, acceso limitado a agua potable y distribución descontrolada de alimentos poco saludables. En la fase aguda vigilar: pérdida de peso, debilidad y omisión de comidas. Si la situación se prolonga, pueden aparecer desnutrición crónica y retraso del crecimiento. Se debe vigilar la suplementación y la fortificación de alimentos para prevenir deficiencias. Se debe incorporar la alimentación infantil en emergencias, en los planes de preparación institucionales, con personal capacitado y protocolos específicos. Evaluando de forma individualizada a cada lactante/cuidador (modo de alimentación, acceso a fórmula, apoyo social) en lugar de aplicar distribución masiva no selectiva. Considerar la preparación de “kits de emergencia para lactantes” con alimentos listos para las primeras 72 horas. Establecer vigilancia nutricional periódica (uso del MUAC) y evitar donaciones no evaluadas de sucedáneos de leche materna.

**Palabras clave:** Nutrición; desastres; alimentación infantil

# NEUROIMAGEN EN PEDIATRÍA
## Neuroimaging in pediatrics

*Gracia Cobo*
*Neurocirujano Pediátrico*

La neuroimagen en pediatría es una herramienta fundamental para el diagnóstico de Patologías del Sistema Nervioso Central, actualmente se contrasta la inmadurez anatómica del paciente con la tolerancia al procedimiento, bajo el principio ALARA (la menor radiación posible). En la etapa prenatal y neonatal, la ecografía es la herramienta de primera línea mientras la fontanela permanece abierta. Se describe el método sistemático CAFE (Cortes/Cavidades, Anatomía, Flujo, Ecogenicidad) es un método eficaz, económico y anatómico para la visualización en pacientes con fontanelas permeables. La utilización de la ecografía del diámetro de la vaina del nervio óptico (DVNO) es un método rápido, económico y no invasivo que permite evaluar de forma indirecta la presión intracraneal (PIC). Tras el cierre de las suturas craneales, la radiografía simple cobra un rol estructural específico mediante el algoritmo H.U.E.S.O. (Hendiduras/fracturas, Uniones/suturas, Espacio craneofacial, Signos óseos, Otras alteraciones). Se revisan tipos de fractura (lineal, diastática, por hundimiento), signos de craneosinostosis (bronce batido, sutura ensanchada) y la diferenciación sindrómica entre Crouzon, Apert y Pfeiffer. Para la urgencia neurológica (trauma o sangrado), se utiliza la tomografía con el algoritmo ABCDEF (Anatomía/Asimetría/Aire, Blood, Cavidades, Densidades, Extras/contraste, Fosa posterior), apoyado en la escala Hounsfield y la clasificación de hemorragias (epidural, subdural, subaracnoidea con escala de Fisher, intraparenquimatosa). Finalmente, la resonancia magnética con paradigma C.I. M.A.: Corteza, Intensidad/infecciones, Metabolismo/masas, se presenta como el gold standard sin radiación, útil para displasias corticales, infecciones (Zika, esclerosis tuberosa), espectroscopia metabólica (marcadores NAA y CBV) y herramientas avanzadas como biopsias virtuales.

**Palabras clave:** Neuroimagen; Eco Cerebral; Tomografía; RMN Cerebral; Eco del diámetro del Nervio Óptico





# TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PEDIATRÍA: RETO DEL DIAGNÓSTICO NEUROLÓGICO
## Pediatric Central Nervous System Tumors: The Challenge of Neurological Diagnosis

*Victoria Lozada*
*Neurocirugía*

Los tumores del sistema nervioso central (SNC) representan la neoplasia sólida más común en la población pediátrica y la segunda neoplasia maligna más común después de la leucemia. La incidencia de estas patologías es ligeramente superior en varones (1,2:1) y se estima una tasa de supervivencia general a 5 años incluso hasta 75%. Los astrocitomas son los tumores más comunes, mientras que los meduloblastomas destacan como la neoplasia maligna de mayor prevalencia. La distribución anatómica de los tumores varía según la edad del paciente: las lesiones supratentoriales predominan en menores de 3 años y en mayores de 10 años; mientras que las infratentoriales, ubicadas en la fosa posterior, son más frecuentes entre los 4 y 10 años, representando hasta el 60% de los casos. Fisiológicamente, el crecimiento de estas masas se rige por la Ley de Monro-Kellie, que describe la relación de presión y volumen entre el parénquima cerebral, la sangre y el líquido cefalorraquídeo; cualquier alteración en estos componentes deriva en hipertensión endocraneana. El cuadro clínico depende de la localización. El síndrome de HTE se manifiesta con cefalea, vómitos, irritabilidad y papiledema. Otros signos incluyen ataxia, crisis convulsivas y déficits focales según el lóbulo afectado (frontal, parietal, temporal u occipital). Asimismo, se asocian factores genéticos como la Neurofibromatosis (tipos 1 y 2) entre otros. En la experiencia del Hospital J.M. de los Ríos, el 100% de los pacientes hospitalizados requiere algún tipo de intervención quirúrgica. No obstante, el pronóstico suele verse comprometido por retrasos diagnósticos clínicos, además a los altos costos de estudios de imagen, y la limitada disponibilidad de atención especializada en instituciones públicas.

**Palabras clave:** Neoplasias pediátricas; Sistema Nervioso Central; Hipertensión endocraneana; Meduloblastoma; Astrocitoma; Tumores de fosa posterior

# ARBOVIROSIS EN VENEZUELA
## Arbovirus in Venezuela

*Luis Echezuría Marval.*
*ORCID:*
*Pediatra Epidemiólogo*

Las Arbovirosis representan un importante problema de Salud Pública en Venezuela, dado por la carga Clínico Sanitaria, con especial énfasis con Dengue que se a quintuplicado en cuanto a los casos, circula en forma endemo-epidémica cada 3 a 5 años, con particular comportamiento en cada una de ellas, al afectar más a los adultos en la primera forma, mientras que predomina en los niños durante las epidemias, con el agravante que la mortalidad en los niños es 2,5 veces mayor. Más recientemente (2010 al 2016) hemos tenido otras de ellas, tales como Chikungunya, menos letal, pero causando incapacidad temporal y pérdida calidad de vida. Luego Zika con importante distribución en la región de la Américas y en nuestro país con la aparición de afecciones neurológicas descritas como Síndrome de Guillan Barre y Zika congénito, sometido a Vigilancia especial. La carga de enfermedad medida por AVADs es muy serio, respaldado por estudios nacionales y de otros países: Colombia, Brasil, México, China, Singapur, Tailandia, Vietnam, Bangladesh, superando la carga por VIH/SIDA y Tuberculosis. Adicionalmente se agregan mediciones por indicadores micro y macro económicos para Dengue, son considerables, oscila entre US $ 8,9 a 39,3 mil millones anuales y para Chikungunya, US $ 83,6 mil millones solo en América, que varían según la complejidad asistencial. Desde el punto de vista de la Salud Pública, los mecanismos de control enfrentan grandes desafíos que comprenden: el deterioro de los Servicios básicos (Agua y Luz), las infecciones domiciliarias por presencia de criaderos y lucha contra el vector, escasez de pruebas diagnósticas y suministros médicos, así como la falta de registros o datos sólidos. Requieren de forma urgente fortalecer la vigilancia integral humana y vectorial, hasta el acceso a vacunas (Dengue) y colaboración intersectorial con otros sectores como Educación, etc.

**Palabras clave:** arbovirus; dengue; chicungunya; zika





# FIEBRE HEMORRÁGICA VENEZOLANA
## Venezuelan hemorrhagic fever

*Carlos D'Suze García.*
*ORCID: 0000-0003-4672-7275*
*Epidemiólogo Pediatra*

La Fiebre Hemorrágica Venezolana (FHV) constituye una Amenaza de Categoría A de alta prioridad. Su agente etiológico, el Virus Guanarito, miembro de la familia Arenaviridae (género Mammarenavirus) con genoma ARN, que dificulta el desarrollo de vacunas y sustenta su clasificación como potencial agente de bioterrorismo. La emergencia del virus en 1989 precipitada por la alteración antrópica de los ecosistemas de sabana, facilitando un "salto" zoonótico desde su reservorio natural, el roedor Zygodontomys brevicauda, a los humanos. La transmisión ocurre por inhalación de aerosoles de excretas, contacto o ingestión, con un pico estacional crítico durante "La Zafra" (noviembre-enero). Clínicamente, la FHV presenta una curva trifásica que inicia con síntomas insidiosos. Tras la entrada celular vía el receptor de transferrina, se desencadena una tormenta de citoquinas que deriva en un colapso hemostático dual. El desenlace fatal es consecuencia de un shock hipovolémico refractario y edema pulmonar, el uso de AINEs está absolutamente contraindicado, exacerba el compromiso hemostático. La epidemiología actual (2025-2026) es alarmante: la letalidad ha ascendido del rango histórico (23-33%) a un 52,3%, 44 casos con 23 defunciones. Se observa una"juvenilización" del riesgo; de patología exclusiva ocupacional, hoy el entorno es peri doméstica, el grupo de 10 a 19 años concentró el 35.7% de la mortalidad en registros recientes. La gestión sanitaria enfrenta una "paradoja diagnóstica": la exigencia técnica de bioseguridad BSL-4 resulta inviable en el foco endémico, se debe fortalecer la vigilancia epidemiológica, búsqueda activa de casos, diagnóstico y tratamiento temprano, control biológico de los roedores, con instalación de nidos de lechuza común, almacenamiento seguro de las cosechas (granos) y uso de equipo de protección personal (EPP), durante las faenas agrícolas.

**Palabras clave:** Fiebre Hemorrágica Venezolana, Virus Guanarito, Zoonosis, Salud Pública, Epidemiología.

# VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA EN NIÑOS, EMBARAZADAS Y ADULTOS: ANÁLISIS DEL PROTOCOLO VENEZOLANO 2026

## Yellow Fever Vaccination in children, pregnant women, and adults: Analysis of the 2026 Venezuelan Protocol

*Alejandro Rísquez Parra.*
*ORCID: 0000-0002-1783-5114*
*Pediatra Epidemiólogo*

Introducción: La fiebre amarilla (FA) es una enfermedad viral grave cuya prevención depende casi por completo de la vacunación. Sin embargo, las recomendaciones difieren según edad, riesgo epidemiológico y estado fisiológico, especialmente en embarazadas y neonatos. Objetivo: Analizar las directrices venezolanas de 2026 sobre vacunación contra FA en niños, embarazadas y adultos, destacando riesgos, beneficios y excepciones. Métodos: Revisión del documento oficial del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) sobre FA en embarazadas y neonatos, complementado con lineamientos OPS/OMS citados en la guía. Resultados: La vacuna 17D está contraindicada en embarazadas salvo en brotes de alto riesgo; prohibida en niños <6 meses; recomendada a partir de los 9 meses; y obligatoria para adultos en zonas endémicas o viajeros. La guía enfatiza la vacunación intensiva de mujeres en edad fértil y la suspensión de lactancia por 14 días si la madre es vacunada en el puerperio. Conclusiones: La vacunación diferenciada por grupos etarios y condiciones fisiológicas es esencial para reducir mortalidad y prevenir brotes urbanos.

**Palabras clave**: fiebre amarilla, vacuna 17D, embarazo, niños, adultos, Venezuela





# CLAVES PARA UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA EN LA CONSULTA DE ADOLESCENTES: UN NUEVO PARADIGMA CLÍNICO

## Keys to Effective Communication in Adolescent Consultations: A New Clinical Paradigm

*Saturnina Clemente García.*
*ORCID: 0009-0002-1779-345X*

En la práctica pediátrica actual se propone que la eficacia del acto médico con adolescentes trasciende el contenido del mensaje: cómo nos comunicamos tiene el poder de cambiar vidas. El paradigma clínico actual exige transitar de una medicina que habla “sobre” los jóvenes a una que habla “con” ellos, reconociendo que la adherencia terapéutica se gesta en la conexión previa a cualquier diagnóstico. La evidencia presentada subraya que un adolescente determina su nivel de confianza en el clínico en apenas ocho segundos. Durante este breve intervalo, el paciente evalúa si será juzgado, si se respeta su autonomía y si el profesional comprende su realidad. Un error frecuente es confundir el interrogatorio con la comunicación real; cuando el joven se siente evaluado, su neurodesarrollo -caracterizado por una corteza prefrontal en maduración y alta reactividad emocional- activa mecanismos defensivos que bloquean la revelación de información relevante. Para mitigar estas barreras, se establecen cinco pilares fundamentales: seguridad emocional, escucha auténtica, validación, autonomía progresiva y confidencialidad. Esta última es considerada un “superpoder clínico” que facilita la detección oportuna de conductas de riesgo y señales de alarma. Estratégicamente, se recomienda que el primer minuto de la consulta se dedique exclusivamente al adolescente, priorizando temas no médicos y el uso de preguntas abiertas para establecer un vínculo seguro. Es imperativo integrar el entorno digital en la evaluación pediátrica, ya que no se puede analizar la salud actual ignorando el impacto de las redes sociales en la autoimagen y la salud mental. Finalmente, la autoridad clínica debe emanar de una presencia segura y una escucha genuina, transformando la relación terapéutica en un factor protector esencial para el desarrollo del adolescente.

**Palabras clave**: adolescente; comunicación efectiva;conexión; confidencialidad; relación terapéutica

# S.O.S. ADOLESCENTE EN LA CONSULTA DEL PEDIATRA
## S.O.S. Teenager at the Pediatrician's Office

*Lina Rosa Moreno Marcano*
*Pediatra- Medicina del Adolescente*

En el contexto actual, la consulta pediátrica en Venezuela enfrenta una demanda sin precedentes de motivos no biológicos. La adolescencia es una etapa de profunda reorganización biológica, psicológica y social. Tradicionalmente percibida como el período más saludable de la vida desde el punto de vista estrictamente orgánico, la transición contemporánea expone al adolescente a vulnerabilidades críticas. Para el adolescente, el S.O.S representa un grito de auxilio oculto tras el silencio de los síntomas somáticos, el ocultamiento por miedo al juicio, y la soledad de estar en un limbo asistencial. El acrónimo S.O.S en la práctica clínica con Adolescentes de nuestro entorno puede sistematizarse en tres grandes ejes de emergencia: 1.-Salud mental y emergencias psicosociales (Ideación suicida, gesto suicida, autolesiones no suicidas; ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria; consumo de sustancias, adicciones, otras..); 2.- Obstetricia y Ginecología Infanto-juvenil/Infecciones (Embarazo adolescente y solicitud de anticoncepción de emergencia; ITS; Hemorragias uterinas y dismenorrea severa) y 3.- Situaciones de violencia y vulnerabilidad social. Para el Pediatra, el S.O.S. es un desafío estructural: la necesidad de un Screening eficiente en consulta (HEEAADSSSP), aprovechar una Oportunidad única de intervención y garantizar la Seguridad ética y legal.

Para dotar al Especialista de herramientas de aplicación inmediata, se propone el esquema simplificado de primeros auxilios emocionales ¨A-B-C: Alianza y confidencialidad a solas; Validación empática y canalización oportuna mediante el establecimiento de una red interdisciplinaria de apoyo. El pediatra debe transcender el enfoque biológico tradicional y estabilizar el S.O.S; ser el salvavida que evite un desenlace fatal. Nuestro rol es transformar el S.O.S en una oportunidad dorada para Salvar, Orientar y Sostener el futuro de la juventud venezolana. Atender al adolescente hoy no es una opción, es una emergencia médica. Venezuela, 2026.

**Palabras clave**: adolescencia; conductas de riesgo en adolescentes; embarazo adolescente





# SIN GLUTEN ¿ES LA SOLUCIÓN?
## Gluten free. Is it the solution?

*Dianora Navarro (ORCID: 0000-0001-8999-7182) Pediatra Gastroenterólogo*
*Daniel Villalobos (ORCID: 0000-0001-6811-474X) Pediatra Gastroenterólogo*
*Astrid Matheus (ORCID: 0000-0002-2944-900X) Pediatra-Puericultor*

Tradicionalmente se señala al gluten como el responsable de muchos síntomas, pero el trigo contiene otros componentes reactivos: los inhibidores de amilasa-tripsina (ATI) que activan la inmunidad innata; los carbohidratos fermentables, denominados FODMAPs (oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos, fructanos y polioles), causantes de distensión por gas; y las aglutininas, proteínas que pueden alterar la barrera intestinal. Existen tres principales patologías involucradas con el gluten/trigo. La Enfermedad Celíaca (EC) es un trastorno autoinmune sistémico, con respuesta alterada al consumo de gluten en personas genéticamente predispuestas (HLA DQ2/DQ8) con síntomas como diarrea, dolor abdominal y alteraciones en el patrón evacuatorio y síntomas extradigestivos (anemia, talla baja, pubertad retrasada). Su diagnóstico exige serología positiva (anticuerpos anti-transglutaminasa IgA) y biopsia duodenal con atrofia de vellosidades. Hay grupos de riesgo para padecerla: familiares en primer grado, pacientes con diabetes tipo 1, tiroiditis autoinmune y Síndrome de Down. La Alergia al Trigo (AT) es una reacción inmunológica mediada por anticuerpos IgE. A diferencia de la EC, puede provocar síntomas inmediatos como urticaria, dificultad respiratoria o anafilaxia, además de digestivos. Se diagnóstica mediante pruebas cutáneas (prick test) e IgE específica en sangre para trigo. La Sensibilidad al trigo no Celíaca (STNC) presenta síntomas intestinales (diarrea, gases, dolor abdominal) y extraintestinales (cefalea, niebla mental, fatiga) relacionados con la ingestión del trigo. Su diagnóstico es de exclusión, mejoría sintomática al retirar el trigo sin tener EC ni AT. Los ATI y los FODMAPs suelen ser los verdaderos culpables. La exclusión del gluten en la dieta es la solución para estas tres patologías. Siendo de por vida, estricta en la EC. En la STNC el nivel de rigor sin gluten depende de la tolerancia individual y en la AT se debe evitar el trigo por completo de manera temporal.

**Palabras clave:** enfermedad celíaca, alergia al trigo, intolerancia al trigo no celíaco, dieta libre de gluten.

# ENFOQUE DEL NIÑO CON SANGRADO: ES UNA EMERGENCIA

## Management of the child with bleeding is an emergency

*Berania Rojas.*
*ORCID: 0009-0003-2320-0363*
*Pediatra Hematólogo*

Las plaquetas o trombocitos son células vitales de la sangre, su función principal es detener el sangrado. El cuerpo produce plaquetas continuamente. Su vida media es entre 7 y 10 días. El cuerpo tarda aproximadamente 72 horas en generar nuevas plaquetas. Las plaquetas provienen de los megacariocitos, se localiza en la medula Ósea, capaz de producir 5.000 plaquetas. Valores Normales de 150.000 -450.000. Clasificación: Disminuidas. Leve 100.000 a 150.000 Moderada 50.000 a 99.000. Severa < 50.000 Funciones: Hemostasia Primaria Adhesión se pegan en las fibras de Colágeno del vaso sanguíneo dañado Activación y secreción de enzimas y sustancias químicas como ADP, Tromboxano, pasas de un estado de reposo, al activado, donde aparecen prolongaciones en su citoplasma, se unen, se entrelazan y desplazan a la lesión, aparece el tapón plaquetario, el cual sella la herida. Las Plaquetas son fundamentales para reparación y cicatrización de tejidos. Tiene factores de crecimiento, que estimulan la regeneración de las células dañadas y formación de nuevos vasos sanguíneos (Angiogénesis). Favorecen a la cicatrización, y también participan en Función Inmunitaria y de defensa. Múltiples causas producen su disminución: Virus, Bacterias, Enfermedades Inmunológicas, Trastornos de la Medula Ósea, Quimioterapias, Medicamentos. Purpura Trombocitopenia es un trastorno adquirido de la autoinmunidad, donde disminuyen las plaquetas y se produce sangrado. Los Auto anticuerpos las destruyen. Clasificación Nuevo diagnóstico de 0 a 3 meses. Persistente 3 a 12 meses. Crónica Mayor de 12 meses. Evaluación integral antecedentes personales, familiares, Clínica Petequias, equimosis, hematomas (signos de sangrado). Examen físico exhaustivo. El diagnóstico es por descarte, no existe un signo Patognomónico. Tratamiento erradicar los anticuerpos de las plaquetas con esteroides, Inmunoglobulinas, Agonistas de la Trombopoyetina. Colocar Plaquetas solo si hay sangrado comprometiendo la vida del paciente.

**Palabras clave:** plaquetas, púrpura trombocitopénica, agonistas de trombopoyetina





# EL ABC DE LAS NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS EN PEDIATRÍA

## The ABCs of Pediatric Hematologic Neoplasms

*Adriana Bello.*
*ORCID: 0000-0001-8909-6771*
*Hematólogo Pediatra*

Las neoplasias hematológicas abarcan un amplio espectro de cánceres de la sangre, médula ósea y ganglios linfáticos; se originan principalmente de linajes mieloides o linfoides. Su etiopatogenia es impulsada por alteraciones genéticas, translocaciones cromosómicas y errores innatos de inmunidad. El manejo terapéutico se basa en estratificación de riesgo, diagnósticos moleculares, poliquimioterapia, enfocando en minimizar la toxicidad. La leucemia Linfoblástica Aguda es la más común (75-80%), seguida de Leucemia Mieloide Aguda. Otros subtipos incluyen Leucemia Mieloide Crónica y Leucemia Mielomonocítica Juvenil. Los linfomas incluyen Linfoma de Hodgkin y varios Linfomas No Hodgkin, como el Burkitt y el linfoblástico. Aproximadamente el 10% está vinculado a síndromes genéticos subyacentes. El síndrome de Down aumenta el riesgo de leucemias, la anemia de Fanconi aumenta riesgo de leucemia mieloide. La integración de herramientas de citometría de flujo, hibridación in-situ fluorescente, reacción en cadena de polimerasa y secuenciación de próxima generación, permiten estratificar del riesgo. El tratamiento se divide en: Inducción (lograr la remisión), Consolidación/Intensificación (erradicar enfermedad remanente) y mantenimiento (prevenir recaídas). Quimioterapia sistémica con múltiples fármacos, prestando atención a profilaxis del sistema nervioso central. Se incorporan terapias dirigidas e inmunoterapias avanzadas, como bi- específicos y CAR-T. Trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, en casos recidivantes o alto riesgo. Se prioriza la calidad de vida y la supervivencia a largo plazo. Las terapias pueden provocar efectos tardíos. Los cuidados de soporte son fundamentales para el éxito del tratamiento y calidad de vida. Soporte psicosocial y cuidados paliativos se integran desde el diagnóstico, para optimizar el alivio y bienestar emocional, en todas las etapas. Los cánceres hematológicos pediátricos son raros, se fomentan protocolos cooperativos e institucionales.

**Palabras clave:** neoplasia hematológica; leucemia linfoblástica aguda; leucemia mieloblástica aguda

# ADENOPATÍAS EN PEDIATRÍA: ¿INFECCIOSAS O MALIGNAS?

## Lymphadenopathy in Pediatrics: Infectious or Malignant?

*Sandra Soraya González.*
*ORCID ID: 0009-0008-8995-0622*
*Pediatra Puericultor- Hematólogo*

Las adenopatías constituyen una de las causas más frecuentes de consulta en la práctica pediátrica y de hematología infantil. Aunque la inmensa mayoría de los casos responden a hiperplasias linfoides reactivas e infecciones agudas benignas (virales o bacterianas), la distinción oportuna respecto a patologías malignas o linfoproliferativas representa un desafío clínico fundamental. Esta revisión sintetiza la evidencia reciente y los criterios diagnósticos clave para un abordaje sistemático en niños y adolescentes. Clínicamente, las adenopatías benignas suelen caracterizarse por un tamaño menor a 2 cm, localización cervical u occipital, consistencia elástica, movilidad y sensibilidad al tacto. La ecografía Doppler de alta resolución es la herramienta de imagen inicial de elección: el patrón de vascularización hiliar central, un cociente eje largo/eje corto (L/S) mayor o igual a 2, la presencia de un hilio graso hiperecoico y la ausencia de necrosis intraganglionar son indicadores altamente específicos de benignidad. Por el contrario, la morfología redondeada (L/S < 2), la vascularización periférica o mixta y la necrosis avascular sugieren fuertemente malignidad. En el perfil analítico, marcadores de elevado recambio celular como la lactato deshidrogenasa (LDH), el ácido úrico y las reactantes de fase aguda elevadas, junto con la presencia de citopenias o blastos en el frotis periférico, funcionan como alertas biológicas de procesos mieloproliferativos o linfomas. Entre los signos de alarma que justifican la derivación prioritaria a Hematología Pediátrica y la realización de una biopsia ganglionar escisional destacan la ubicación supraclavicular, el diámetro superior a 3 cm, la fijación a planos profundos, la consistencia leñosa, la falta de respuesta a antibioticoterapia empírica tras dos semanas y la presencia de síntomas B (fiebre prolongada, sudoración nocturna y pérdida de peso involuntaria). Un enfoque diagnóstico escalonado minimiza procedimientos invasivos innecesarios en casos reactivos o autolimitados (como la enfermedad de Kikuchi- Fujimoto o por arañazo de gato) mientras garantiza una intervención rápida y precisa frente a neoplasias infantiles.

**Palabras clave:** Adenopatía pediátrica, Linfadenitis reactiva, Ecografía Doppler, Marcadores biológicos, Biopsia ganglionar, Neoplasias infantiles.





# SALUD MENTAL PEDIÁTRICA POSTSISMOS: SEÑALES DE ALARMA, ORIENTACIÓN Y DERIVACIÓN OPORTUNA

## Pediatric mental health after earthquakes: red flags, orientation, and timely referral

*María Alejandra Pulido Febres.*
*ORCID: 0000-0002-4427-9862*
*Médico Psiquiatra*

Introducción: Al evaluar las consecuencias de un desastre, suele pensarse primero en lesiones físicas, infecciones o mortalidad, dejando en segundo plano la salud mental. Sin embargo, la experiencia de un desastre en niños y adolescentes altera el sueño, el apego, la regulación emocional, la conducta y el rendimiento escolar. La prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento se incrementa significativamente durante el primer año posterior al evento. Objetivo: Describir las manifestaciones clínicas e implicaciones psicosociales del impacto de los desastres en la población infantil y juvenil, así como el rol del pediatra en su abordaje. Desarrollo: En la población infantojuvenil el sufrimiento psicológico se manifiesta de forma distinta a la de los adultos, ocultándose tras síntomas somáticos (cefaleas, dolor abdominal, náuseas), irritabilidad, aburrimiento o bajo rendimiento escolar. Las principales condiciones post-desastre incluyen trastornos depresivos y ansiosos, trastorno de estrés postraumático, duelo prolongado, consumo de sustancias y riesgo suicida, con manifestaciones específicas según la etapa del desarrollo. Es fundamental diferenciar las reacciones adaptativas normales de los trastornos que requieren intervención. El Comité Permanente entre Organismos (IASC) de las Naciones Unidas propone un modelo piramidal de intervenciones en salud mental y apoyo psicosocial para un abordaje sistemático. El uso de instrumentos validados facilita un tamizaje temprano y oportuno. Conclusiones: El pediatra no necesita convertirse en especialista en salud mental para intervenir: su labor fundamental consiste en reconocer los cambios evolutivos, interrogarlos de manera directa, identificar signos de alerta y saber cuándo y cómo derivar.

**Palabras clave:** Desastres; Salud Mental; Tamizaje; Pediatría; Apoyo Psicosocial.

# RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES: SEÑALES DE ALERTA Y ROL DE LA FAMILIA

## Suicidal risk in adolescents: warning signs and the role of the family

*Melannie Bonfissuto*
*(ORCID: 0009-0009-4675-0513)*

El riesgo suicida en adolescentes es un espectro continuo que abarca desde la dimensión cognitiva, progresando desde pensamientos pasivos de muerte hasta planes específicos, así como la conductual y subjetiva, manifestada en intentos previos, autolesiones, impulsividad y un profundo dolor emocional con desesperanza. Asimismo, factores contextuales como la disfunción familiar, el acoso escolar y las crisis socioeconómicas agravan esta vulnerabilidad. En la emergencia, el riesgo se clasifica en bajo con la presencia de ideas de muerte, moderado presentando ideación suicida no estructurada o antecedentes previos, y alto en cuanto se identifica un plan o conducta estructurada, requiriendo este último nivel hospitalización o vigilancia estricta. Por lo tanto, la identificación temprana de estas señales resulta fundamental para una intervención clínica efectiva.

## EL ROL DE LA FAMILIA

*Gabriela E. Mijares.*
*(ORCID: 0009-0001-9101-1279)*

Abordar el riesgo suicida en adolescentes exige intervenir el sistema familiar como elemento clave para su bienestar emocional. Ciertas características en el cuidador influyen notablemente en los estilos de crianza; mientras los padres democráticos respetan la individualidad, la sobreprotección paterna o la ausencia de cuidado materno incrementan significativamente el riesgo de presentar conductas autolesivas e ideación suicida. Un clima caracterizado por disputas y devaluaciones somete al joven a un estado de alerta permanente, donde la dinámica familiar disfuncional tiende a normalizar o interpretar el aislamiento afectivo como simple desinterés. Cuando este dolor no coincide con lo que los cuidadores alcanzan a ver, se produce una invalidación crónica que deriva en desesperanza profunda. Por ello, la evaluación clínica debe explorar activamente la dinámica familiar para confrontar los estilos parentales estrictos, brindando herramientas que permitan devolver al adolescente un hogar afectivo y seguro.

**Palabras clave:** Riesgo suicida, adolescencia, dinámica familiar, estilos de crianza, señales de alerta, conducta autolesiva





# INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL INFANTIL

## Technological Innovation in the Assessment and Monitoring of Child Nutritional Status.

*Mariana Y. Mariño-Elizondo.*
*ORCID: 0000-0002-4787-0332*
*Pediatra Especialista en Nutrición Clínica.*
*Gerente de Salud Centro de Atención*
*Nutricional Infantil Antímano CANIA. Caracas.*

La evaluación del estado nutricional infantil, dependiente de métodos analógicos susceptibles a errores humanos de medición y transcripción, está experimentando una transición hacia ecosistemas digitales integrados mediante la incorporación de la inteligencia artificial (IA) y el aprendizaje automático. Estas tecnologías permiten procesar grandes conjuntos de datos para obtener estimaciones antropométricas de manera más rápida, eficiente y precisa, lo que facilita el diseño de intervenciones. Entre las herramientas emergentes destacan las aplicaciones móviles, escáneres ópticos tridimensionales, sensores ultrasónicos y las plataformas de bioimpedancia. Asimismo, resalta el uso de redes neuronales convolucionales capaces de estimar la talla y de diagnosticar la desnutrición aguda grave mediante el análisis automatizado de imágenes.

Estas innovaciones tienen el potencial de democratizar la detección precoz de deficiencias nutricionales, especialmente en entornos de recursos limitados, al automatizar procesos, reducir márgenes de error y viabilizar un monitoreo pediátrico. Pese a su enorme potencial, estas tecnologías enfrentan importantes desafíos técnicos; por ejemplo, algunos dispositivos ultrasónicos son menos precisos en entornos reales debido a variables físicas como la posición o el tipo de cabello del paciente. En consecuencia, el despliegue de modelos basados en IA exige una transparencia total de los datos y una rigurosa validación clínica para evitar diagnósticos erróneos. Aunque la adopción de ecosistemas digitales y modelos de IA representan un avance fundamental, es indispensable que el especialista domine los procedimientos clínicos tradicionales y los estándares de oro del diagnóstico nutricional para validar rigurosamente los resultados aportados por estos nuevos métodos. La IA constituye un excelente recurso tecnológico en la medida en que el profesional posea un conocimiento profundo de la materia. Estas herramientas no sustituyen la práctica médica ni el juicio clínico, sino que actúan como aceleradores y potenciadores de los procedimientos, requiriendo siempre del criterio experto para garantizar una atención pediátrica segura, precisa y de alto impacto.

**Palabras clave:** estado nutricional, niños, innovación tecnológica, inteligencia artificial

# URGENCIAS ONCOLÓGICAS PEDIÁTRICAS: LO QUE EL PEDIATRA NO DEBE PASAR POR ALTO
## Pediatric Oncological Emergencies: what the Pediatrician must not overlook

*Evelinda Nava Prada.*
*ORCID: 0009-0006-7383-2731*
*Pediatría. Oncohematología Pediátrica*

Las urgencias oncológicas en la práctica pediátrica constituyen situaciones clínicas críticas que exigen un reconocimiento temprano, alta sospecha médica y un abordaje multidisciplinario coordinado entre pediatras y oncólogos para evitar desenlaces fatales. Entre las emergencias más relevantes se encuentran el Síndrome de Lisis Tumoral (SLT), la Neutropenia Febril (NF) y el Síndrome de Vena Cava Superior (SVCS). El Síndrome de Lisis Tumoral (SLT), desencadenado espontáneamente o tras terapia citotóxica, resulta de la rápida destrucción celular con liberación abrupta de metabolitos que provocan hiperuricemia, hiperpotasemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia. Su manejo demanda una rigurosa estratificación de riesgo mediante modelos validados, tratamiento como hiperhidratación vigorosa, monitorización metabólica estricta y la administración oportuna de tratamiento según literatura que se refleja en la ponencia sobre urgencias oncológicas pediátricas, para prevenir la lesión renal aguda. La alcalinización urinaria sistemática, así como correcciones por hipocalcemia solo se deben considerar tomando en cuenta clínica del paciente, monitorización metabólica estricta según el riesgo, inicial bajo riguroso criterio médico ya que sus usos pueden acelerar el deterioro clínico del paciente.  La Neutropenia Febril (NF) es una complicación directa de la mielosupresión por quimioterapia que conlleva un elevado riesgo de sepsis. Según los consensos de la SLIPE, se define ante un valor absoluto de neutrófilos menor a 500 células/mm³ asociado a fiebre documentada. El protocolo asistencial de la “Hora Dorada”; establece que la administración de antibióticos endovenosos de amplio espectro en 60 minutos o menos resulta indispensable para prevenir el choque séptico y reducir la mortalidad infantil. El Síndrome de Vena Cava Superior (SVCS) constituye una emergencia derivada de la compresión extrínseca o invasión tumoral mediastinal, frecuente en linfomas, LLA tipo T, que compromete gravemente el retorno venoso superior y la estabilidad respiratoria. Requiere diagnóstico por imágenes urgente, soporte respiratorio y corticoterapia inicial bajo riguroso criterio médico. En conclusión, la clave fundamental radica en la sospecha clínica precoz y el apego a guías de estratificación validadas.

**Palabras clave**: Urgencias oncológicas; Síndrome de lisis tumoral; Neutropenia febril; Síndrome de vena cava superior; Pediatría





# SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA: “PENSAR EN CÁNCER PARA DETECTARLO”
## Warning signs and symptoms: “Think cancer to detect it”

*Magdalena Claudia Panebianco R.*
*Oncología Pediátrica*

El cáncer infantil es una enfermedad rara en niños y adolescentes. Sus signos y síntomas imitan a las enfermedades benignas infantiles. Signos y síntomas sistémicos: Fiebre prolongada de origen desconocido, dolor óseo, masa, pérdida de peso, palidez; acompañan a la fiebre o aparecen inmediatamente después. Paraclínicos: hematología, VSG, LDH y Ácido Úrico. Diagnósticos diferenciales: Fiebre, Linfadenopatía, evaluar: edad del niño, tamaño, localización. Son anormales, ganglios mayores de: cervicales y axilares: 1 cm; inguinales: 1,5 cm; epitrocleares: 0,5 cm y supraclaviculares de cualquier tamaño. Linfadenopatía maligna, características: tamaño aumentado, indoloro, firme, gomoso, confluente, fijo. Indicaciones de biopsia ganglionar: Adenopatía crónica, persistente, progresiva, no infecciosa; linfadenopatía mayor 2,5 cm; adenopatía supraclavicular; síntomas sistémicos. Indicación de Aspirado y Biopsia Bilateral de Médula Osea: Hb < 10 g/dl, citopenias, cambios leucoeritroblásticos o blastos ( FSP), linfadenopatía inexplicable, dolor óseo o hepatoesplenomegalia, masa mediastinal. Masa Torácica Mediastínicas (55-70% son malignas. Síntomas asociados: respiratorios, cardíacos, neurológicos o vasculares por Sindrome de Vena Cava Superior. Evaluar signos vitales (oximetría de pulso). Solicitar: Rx de tórax, Tomografía. Dolor óseo y articular, intermitente, se hace severo y constante. Dolor difuso o multifocal, con síntomas nocturnos: marcha coja, rechazo a caminar o artritis limitada a una articulación, por: leucemia o metástasis óseas. Paraclínicos asociados a malignidad, elevadas (LDH, Fosfatasa Alcalina), Citopenias. Masas Intracraneales asociadas a: cefalea (matutina recurrente, que despierta al niño durante la noche o incapacitante), náuseas, vómitos, marcha atáxica con hallazgos neurológicos positivos. Solicitar: RMN Contrastada Cerebral. Masas Abdominales, en lactantes mayores y niños, a menudo son malignas. Tomar en cuenta: localización, edad del niño ( 1-5 años: Tu de Wilms y Neuroblastoma; escolares y adolescentes: Linfomas), historia clínica, síntomas asociados, hallazgos físicos. Solicitar: uroanálisis (masa génitourinaria); marcadores tumorales: catecolaminas urinarias (neuroblastoma); alfafetoproteína, Gonadotrofina Coriónica Humana-β (tumores hepáticos), Rx y ecosonograma abdominal, TAC de Abdomen y Pelvis o RMN contrastada.

**Palabras clave**: neoplasias infantiles; lifadenopatías malignas; biopsia de médula ósea; tumores sólidos

# RINITIS ALÉRGICA: PUESTA AL DÍA
## Allergic rhinitis: An update

*Madelf Caballero.*
*ORCID: 0009-0001-9595-6878*
*Inmunólogo Pediatra*

La rinitis alérgica es la inflamación crónica de la mucosa nasal provocada por una reacción inmune anómala ante alérgenos inhalados (ácaros, pólenes, epitelios), manifestada por congestión, rinorrea anterior, estornudos en salva y prurito nasal. Su diagnóstico combina la historia clínica, hallazgos físicos (saludo alérgico, líneas de Dennie-Morgan, mucosa pálida) y pruebas etiológicas (IgE sérica/específica o prick test), precisando la prueba de reto nasal para la variante local. Se clasifica por duración en intermitente (<4 días/semana o <4 semanas consecutivas) y persistente (≥4 días/semana y ≥4 semanas), y por gravedad en leve o moderada/grave según altere el descanso o las actividades diarias. Presenta importante comorbilidad con el asma (15-38%) y la rinosinusitis, debiendo diferenciarse de etiologías vasomotoras, medicamentosa, infecciosa o anatómicas. El abordaje escalonado comprende evitación del alérgeno, educación y lavados nasales. Como tratamiento de primera línea se emplean antihistamínicos orales de segunda generación (<2 años leve) y corticoides nasales (mometasona, triamcinolona en ≥2 años o cuadros moderados/graves). Ante la persistencia, se adicionan antileucotrienos (montelukast) e inmunoterapia específica sublingual o subcutánea por al menos tres años.

**Palabras clave**: Rinitis alérgica; Corticoides nasales; Inmunoterapia





# MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO PEDIÁTRICO: ACTUALIZACIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA.
## Initial management of the Pediatric polytrauma patient: Evidence-based update.

*Dr. Ángel P. Herrera González.*
*ORCID iD: 0009-0009-5886-856X*

El politraumatismo constituye la principal causa de mortalidad y discapacidad en niños mayores de un año. La mayoría de los traumatismos son cerrados y dos tercios se asocian con lesiones cerebrales traumáticas, responsables de hasta el 75 % de los fallecimientos. La fisiopatología del trauma pediátrico, junto con las particularidades anatómicas y biomecánicas del niño, obliga a asumir la presencia de lesiones internas significativas ante cualquier mecanismo de alta energía hasta demostrar lo contrario.

Aunque no existe una definición universal, el paciente politraumatizado puede considerarse aquel que presenta lesiones en dos o más órganos o una lesión potencialmente mortal. La valoración inicial debe complementarse con sistemas de puntuación fisiológicos y anatómicos. Entre ellos destacan el Revised Trauma Score (RTS), la Escala de Coma de Glasgow, el Injury Severity Score (ISS), el New Injury Severity Score (NISS) y el Índice de Trauma Pediátrico, útiles para establecer gravedad, pronóstico y necesidad de traslado a centros especializados.

La mortalidad presenta una distribución trimodal: inmediata por lesiones incompatibles con la vida; precoz, asociada principalmente al traumatismo craneoencefálico grave y a la exanguinación; y tardía, relacionada con sepsis y fallo multiorgánico. La prevención de la tríada letal -hipotermia, acidosis y coagulopatía- constituye un objetivo prioritario.

El abordaje inicial debe ser sistemático, continuo y coordinado, fundamentado en la evaluación simultánea y el tratamiento precoz de lesiones que comprometen la vida. El Triángulo de Evaluación Pediátrica y la secuencia ABCDE continúan siendo pilares fundamentales. La estrategia actual favorece la reanimación con control de daños, el uso restrictivo de cristaloides, la administración temprana de hemoderivados y el empleo precoz de ácido tranexámico en pacientes seleccionados. La identificación rápida de lesiones críticas y la reevaluación constante son determinantes para mejorar la supervivencia y reducir secuelas.

**Palabras Clave:** Politraumatismo. Scores. Evaluación. Pediatría.

# MANEJO DE LA CRISIS CONVULSIVA Y ESTATUS EPILEPTICO EN URGENCIAS

## Management of Seizures and Status Epilepticus in the Emergency Department

*Emma V. Madero*
*ORCID:0009-0006-2770-3584*
*Pediatra Puericultor-Medicina Crítica*

La crisis convulsiva (CC) y el estatus epiléptico (EE) constituyen las urgencias neurológicas más frecuente en niños. Tienen una alta morbilidad y mortalidad y un elevado riesgo de secuelas posteriores, por lo que requieren un tratamiento agresivo y urgente. En los últimos años se han actualizado tanto la definición como la clasificación, para intentar unificar criterios que permitan avanzar en su estudio y manejo, por lo tanto en esta conferencia se abordaran los conceptos de crisis convulsiva y estatus epiléptico de forma general, se describirá la fisiopatología para luego entrar detalladamente en el tratamiento actualizado propuesto por la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILEA), donde se propone el tratamiento escalonado con diferentes fármacos en función del tiempo de evolución: tratamiento precoz con benzodiacepinas y rápida escalada a antiepilépticos de segunda línea, mostrando el algoritmo diseñado para el manejo actual de estas patologías incluyendo la intervención del especialista en cuidados intensivos pediátricos. Por último, se darán conclusiones y recomendaciones dirigidas a la promoción de protocolos específicos en cada centro hospitalario para el manejo de estas patologías, que nos permitirá ahorrar tiempo y evitar retrasos en el tratamiento, prevenir errores y mejorar la asistencia al paciente además de mejorar el pronóstico al aumentar las posibilidades de resolución temprana de un cuadro donde el tiempo es cerebro.

**Palabras clave:** crisis convulsiva, estatus epiléptico, algoritmo de tratamiento





# SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO: RECONOCIMIENTO Y RESUCITACIÓN CON FLUIDOS

## Sepsis and Septic Shock: Recognition and Fluid Resuscitation

*María Cecilia Pinto Maldonado*
*ORCID 0009-0009-1583-0035*
*Medicina Crítica.*

La conferencia trata sobre la importancia del reconocimiento temprano y la resucitación con fluidos en casos de sepsis y shock séptico en pacientes pediátricos. La sepsis es una infección que ocasiona disfunción orgánica grave por una respuesta inmune inadecuada, mientras que el shock séptico implica alteraciones circulatorias y metabólicas; ambas con alta morbilidad y mortalidad. La definición de sepsis ha evolucionado, pasando de criterios basados en el Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS) a una valoración más centrada en la disfunción orgánica, recomendándose en el último consenso el uso del Phoenix Sepsis Score en pediatría. Se enfatiza la “Hora Dorada”, en el período crítico en el que el tratamiento temprano puede reducir la mortalidad y las secuelas funcionales. Se recomienda una valoración inicial sistemática, adaptando los signos vitales según la edad y el uso de herramientas como el Triángulo de Evaluación Pediátrica, q-SOFA, SOFA y Phoenix para el diagnóstico. Se definirá importancia y utilidad de cada una de estas herramientas. El tratamiento inicial incluye fluidoterapia agresiva con cristaloides (10-20 ml/kg) hasta 40-60 ml/kg, antibioticoterapia empírica, soporte inotrópico cuando no mejora la perfusión con el manejo inicial con fluidos y monitorización continua. Se resalta la importancia de no retrasar el inicio de antibióticos (1ra. hora) por pruebas diagnósticas. Además, se mencionan los microorganismos más frecuentes según la edad y se describen las pruebas complementarias necesarias para evaluar la repercusión sistémica y monitorizar la evolución. Finalmente, se abordan las recomendaciones sobre el uso de fármacos vasoactivos, manejo de hipoglicemia e hipocalcemia y el papel limitado de los corticoesteroides. El objetivo es estabilizar al paciente y restablecer una adecuada perfusión tisular, destacando la importancia de la intervención precoz y la individualización del tratamiento. “En sepsis, el tiempo no solo es oro: el tiempo es perfusión, es tejido y en última instancia, es supervivencia”.

**Palabras clave:** sepsis, shock séptico, resucitación con fluidos, diagnóstico temprano, fluidoterapia.

# SEMBRANDO PALABRAS, CULTIVEMOS LA LECTURA

## Sowing words: Let's cultivate reading

*Concepción Leone Perrone*
*ORCID: 0009-0001-4158-4714*
*Pediatra-Puericultora*

En la actualidad, la infancia se enfrenta a una "desnutrición simbólica" provocada por la carencia de estímulos cognitivos y el exceso de pantallas. Este entorno digital compite con la lectura al ofrecer una gratificación instantánea basada en la dopamina fácil, reduciendo el esfuerzo mental y debilitando la atención sostenida de los niños. A esto se suma la "tecnoferencia" y "phubbing parental", fenómenos en los que los adultos ignoran a sus hijos por usar dispositivos móviles, eliminando el modelo de lectura en el hogar. Además, asignar la lectura como una obligación académica la despoja de su carácter lúdico.

La evidencia científica demuestra que la lectura compartida genera múltiples beneficios en el desarrollo infantil: Desarrollo cerebral y cognitivo: Fortalece la sustancia blanca en áreas del lenguaje y activa el surco temporal superior izquierdo. Al no haber imágenes preestablecidas, el cerebro se ejercita activamente creando sus propias representaciones. Salud socioemocional: Estimula la empatía y la regulación emocional a través de la teoría de la mente. Reduce los niveles de cortisol: disminuyendo el estrés físico de manera eficiente. Aumenta las habilidades de lenguaje y alfabetización. Favorece el éxito escolar y la prosperidad. Disminuye el deterioro cognitivo a largo plazo.Vínculo familiar: Consolida el apego seguro y mejora las relaciones entre padres e hijos.Como estrategia clínica, se propone que los pediatras promuevan el modelo Reach Out and Read (ROR). Esto implica disponer en la sala de espera, libros físicos acordes a grupos etarios, evaluando hitos del desarrollo a través de la manipulación de los textos. Asimismo, se sugiere aplicar una "Receta Médica Literaria" que recomiende la lectura diaria en voz alta antes de dormir, apagando las pantallas para asegurar un desarrollo integral . A traves de la lectura pensamos y nos descubrimos.

**Palabras clave:** Lectura; Neuroplasticidad; Desarrollo; Tecnoferencia; Receta literaria.





# EPIGENÉTICA, CUIDADO HUMANIZADO Y LECTURA

## Epigenetics, Humanized Care, and Reading

*Julaymargod Martinez Lucena*
*Pediatra Puericultor*

El desarrollo infantil está profundamente influenciado por la interacción entre la biología molecular y el entorno afectivo. A través de tres ejes: epigenética, cuidado humanizado y lectura, se demuestra que las experiencias no solo educan, sino que modifican la expresión genética. Se analiza el desarrollo infantil uniendo la biología molecular, con los vínculos afectivos. Las experiencias de la infancia modifican la expresión de los genes sin alterar la secuencia del ADN. Es posible hacer intervención temprana si se prescribe la lectura desde el nacimiento. Las experiencias moleculares regulan la activación o el silencio de los genes. El estrés crónico genera una metilación negativa (un empaquetamiento del ADN) que bloquea genes protectores como NR3C1, FKBP5 y BDNF, incrementando la vulnerabilidad a la ansiedad y la depresión. El maltrato, al generar una metilación negativa, "apaga" genes protectores esenciales. Esto eleva la vulnerabilidad biológica, aumentando el riesgo de enfermedades mentales en la vida adulta. En contraste, el cuidado humanizado basado en la empatía y el respeto, mitiga la reactividad cerebral, actuando como una intervención clínica directa y preventiva. En el cuidado Humanizado, la empatía, la calidez y el respeto funcionan e interactúan entre si. Este enfoque disminuye la excitabilidad del sistema nervioso y promueve un estado de seguridad biológica. La lectura compartida trasciende lo pedagógico, para convertirse en una herramienta neurobiológica y emocional. Durante etapas críticas del neurodesarrollo, estimula el córtex prefrontal, las redes de atención y el sistema límbico, logrando una sincronización intercerebral entre el adulto y el niño. Al nombrar e interpretar emociones, la lectura ayuda a reparar los circuitos neuronales dañados por la adversidad. Existe un principio de Reversibilidad. Desde un punto de vista optimista, gracias a la plasticidad epigenética, los efectos del estrés no son definitivos. Las intervenciones afectivas pueden revertir marcas moleculares adversas. Ninguna tecnología reemplaza el poder de la calidez humana; un cuento leído con amor es capaz de desactivar las respuestas de miedo y reconfigurar la historia celular del niño.

**Palabras Clave:** Epigenética; Plasticidad; Metilación; Genes; Lectura

# LECTURA TERAPÉUTICA
## Therapeutic reading

*Pedro Nel Ospina.*
*ORCID: 0000-0002-8606-2362*
*Pediatra Puericultor*

La lectura terapéutica, también denominada biblioterapia, bibliología o literapia consiste en emplear los libros y la literatura como herramientas orientadas al crecimiento personal, la sanación emocional y el bienestar mental. Su propósito fundamental es guiar al paciente mediante lecturas seleccionadas para procesar traumas, superar duelos, mitigar la ansiedad, desarrollar empatía y mejorar el autoconocimiento. Esta práctica comprende dos modalidades principales: la biblioterapia clínica, aplicada en entornos hospitalarios por profesionales de la salud para tratar trastornos específicos; y la biblioterapia evolutiva, de carácter preventivo y formativo, implementada en escuelas, comunidades y consultorios. Diversas revisiones científicas respaldan sus beneficios en la salud, pues amplía el vocabulario emocional, fortalece la resiliencia y favorece la autorregulación fisiológica y afectiva. En la consulta pediátrica, la prescripción de libros adquiere un rol clave al estimular el hábito lector y evaluar hitos del desarrollo. La evidencia demuestra que incluso en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), la lectura materna fortalece el vínculo afectivo y mejora el neurodesarrollo y la capacidad cardiorrespiratoria del recién nacido. Para una intervención eficaz, es esencial adaptar las obras a cada etapa del desarrollo infantil y juvenil: 0 a 2 años: Libros sensoriales de tela o cartón con texturas y sonidos (La pequeña oruga glotona); 2 a 4 años: Cuentos breves con personajes claros e historias sencillas (El pollo Pepe); 4 a 6 años: Obras con letras grandes e ilustraciones de apoyo (Colección Aprender a leer); 6 a 8 años: Textos para afianzar la lectura autónoma (Los Futbolísimos); 8 a 10 años: Novelas cortas de aventura o misterio (Harry Potter); 10 a 12 años: Tramas reflexivas y de mayor complejidad (El Principito); 12 a 15 años: Novelas juveniles sobre identidad y pensamiento crítico (Los juegos del hambre). En conclusión, la lectura terapéutica se posiciona como un refugio mental indispensable para reajustar y proteger el cerebro frente a las presiones del estrés digital contemporáneo.

**Palabras clave:** biblioterapia; hábito lector; salud mental; habilidad cognitiva; lectura en voz alta





# LECTURA DIGITAL: ¿ALIADA O ENEMIGA DEL LECTOR DEL SIGLO XXI?

*Milagros Estopiñán F.*
*Pediatra-Puericultor*

La Lectura Digital es una herramienta útil que complementa, pero no reemplaza, al libro físico, requiriendo un uso guiado según la edad del menor. La neurociencia demuestra que el papel fomenta la lectura profunda y el análisis, mientras que las pantallas propician el escaneo rápido y la distracción, especialmente en niños pequeños si los libros interactivos contienen ruidos y animaciones en exceso. Además, la luz azul interfiere con el sueño y el desarrollo sensorial. Por ello, se recomienda regular su uso mediante pautas específicas por etapas: Lactantes (0-2 años): Evitar pantallas por completo. Priorizar libros de tela o cartón para la estimulación táctil. Preescolares (3-5 años): Limitar el tiempo a 30-45 minutos diarios. Utilizar formatos digitales planos siempre en lectura compartida con un adulto. Escolares (6-12 años): Preferir el e-reader sobre la tableta para evitar notificaciones, imitar el papel y prevenir la fatiga visual. Adolescentes (13+ años): Fomentar lecturas completas para contrarrestar la atención fragmentada y mantener los dormitorios libres de tecnología por la noche. En conclusión, el éxito no radica en el formato, sino en el vínculo familiar, el ejemplo de los padres y la calidad del acompañamiento.

# IMPACTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
## Impact of Physical Activity on Children and Adolescents

*Aaron Pérez*

La inactividad física y la obesidad infantojuvenil constituyen una crisis crítica de salud pública global. Alrededor del 31,1% de los adultos y el 80,3% de los adolescentes no cumplen con los requerimientos mínimos de actividad física. Esta conducta sedentaria es responsable directa del 30% de las muertes por enfermedad cardiovascular, el 27% de la diabetes tipo 2 y el 25% de neoplasias de colon y mama, generando un impacto macroeconómico severo. En Venezuela, la transición nutricional se manifiesta con una prevalencia de sobrepeso del 54% y de obesidad del 24% en adultos, mientras que en la población escolar el sobrepeso (14,5%) y la obesidad (9,5%) ya superan a la desnutrición.El abordaje terapéutico mediante el ejercicio regular actúa como medicina preventiva primaria y secundaria. Fisiológicamente, los pacientes pediátricos presentan limitaciones biológicas madurativas: la velocidad de conducción y la agilidad están restringidas por la mielinización incompleta, y la glucólisis está limitada por la actividad de la enzima fosfofructocinasa (PFK). En el plano cardiovascular, compensan un menor volumen sistólico con un incremento de la frecuencia cardíaca basal. Frente a estímulos agudos de ejercicio, el entrenamiento de fuerza e impacto estimula la densidad mineral ósea mediante mecanotransducción (Ley de Wolf) y la vía de señalización de la testosterona e IGF-1. Asimismo, induce adaptaciones metabólicas aumentando la concentración de PFK, fosfocreatina (PCr), ATP y glucógeno muscular, optimizando además la función cognitiva (atención y concentración). De acuerdo con la evidencia científica, es imperativo derribar los mitos clínicos tradicionales. Los sujetos pre-púberes logran incrementos significativos de fuerza muscular a través de adaptaciones neurales y una optimización en el reclutamiento de fibras motoras, sin riesgo de hipertrofia excesiva previa a la oleada hormonal puberal. Asimismo, programas de sobrecarga muscular debidamente planificados y supervisados demuestran ser seguros, reportando bajas tasas de lesiones y sin efectos negativos en la salud de las apófisis.

**Palabras clave**: actividad física; conducta sedentaria; entrenamiento de fuerza; programas de sobrecarga muscular





# DEFICIENCIA RELATIVA ENERGÉTICA EN EL DEPORTISTA RED-S
## Relative Energy Deficiency in the RED-S Athlete

*Livia Machado.*
*ORCID: 0000-0001-7458-8917*
*Pediatra Nutrólogo.*

La Deficiencia Energética Relativa en el Deporte (RED-S) es un síndrome causado por baja disponibilidad energética (BDE), que ocurre cuando la ingesta calórica es insuficiente en relación con el gasto energético del ejercicio y las funciones corporales básicas, afectando a deportistas adolescentes de ambos sexos, pudiendo afectar el crecimiento y desarrollo. La prevalencia de BDE es alta en atletas 44,7% (44,2% mujeres y 49,4% hombres) y 63% de los atletas están en riesgo de RED-S. Los deportistas adolescentes en deportes de resistencia, estéticos (gimnasia, patinaje artístico, ballet, natación) o de categorías de peso son particularmente vulnerables. El RED-S afecta múltiples sistemas fisiológicos en adolescentes: Sistema endocrino y reproductivo: Irregularidades menstruales o amenorrea en mujeres adolescentes, supresión del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, disfunción tiroidea y metabólica, disminución de la leptina.

Salud ósea: Desmineralización de la masa ósea durante un período crítico, mayor riesgo de lesiones por estrés óseo y fracturas, sarcopenia. Salud mental: Estrés, ansiedad y bajo estado de ánimo, depresión, perdida de la autoestima. Función inmune y hematológica: Mayor susceptibilidad a enfermedades, anemia. Rendimiento deportivo: Disminución del rendimiento en carrera, resistencia, coordinación, concentración, juicio, potencia explosiva y agilidad, menor respuesta al entrenamiento. El Comité Olímpico Internacional ha desarrollado la Herramienta de Evaluación Clínica RED-S-Versión 2 que facilita la detección, diagnóstico clínico y estratificación de riesgo. El tratamiento fundamental del RED-S consiste en corregir la baja disponibilidad energética y adecuar el gasto calórico a los requerimientos individualizados del deportista, según su edad biológica y actividad física, corrigiendo las deficiencias nutricionales. La no identificación del RED-S conlleva a complicaciones a corto y largo plazo de la salud, e inclusive afectar permanentemente en el deporte al atleta.

**Palabras clave**: Atleta; RED-S; adolescentes; baja disponibilidad energética

# SALUD ORAL EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON NECESIDADES ESPECIALES

## Oral Health in Pediatric Patients with Special Health Care Needs

*Mariana Morales Chávez.*
*ORCID: 0000-0001-7012-2933*
*Odontopediatría y Odontología para Pacientes con Necesidades Especiales*

La salud oral constituye un componente esencial del bienestar, la nutrición, la comunicación y la calidad de vida del paciente pediátrico con necesidades especiales de atención en salud. Los niños con trastornos del neurodesarrollo, discapacidades intelectuales o motoras, síndromes genéticos y enfermedades sistémicas complejas pueden presentar condiciones que incrementan su vulnerabilidad a las enfermedades bucodentales y dificultan el acceso oportuno a servicios odontológicos. Entre los principales desafíos se encuentran las alteraciones de la higiene oral, las dificultades sensoriales y conductuales, los hábitos orales, las anomalías dentomaxilofaciales, los efectos adversos de medicamentos y las barreras familiares, institucionales y asistenciales. El objetivo de esta conferencia es analizar los factores que condicionan la salud oral de esta población y presentar estrategias clínicas para una atención preventiva, individualizada e interdisciplinaria. Se revisarán las particularidades del abordaje odontológico en pacientes con trastorno del espectro autista, síndrome de Down y otras condiciones del desarrollo o sistémicas, destacando la importancia de una historia clínica integral, la evaluación del riesgo de caries y enfermedad periodontal, la comunicación adaptada y la participación de cuidadores. Asimismo, se discutirán técnicas de adaptación progresiva, apoyos visuales, ajustes sensoriales y criterios para considerar modalidades avanzadas de manejo conductual, incluida la sedación cuando esté clínicamente indicada y cuente con las condiciones de seguridad correspondientes. Se enfatizará la necesidad de iniciar la prevención desde edades tempranas, fortalecer la coordinación entre pediatras, odontopediatras y otros profesionales de salud, y promover modelos de atención accesibles y centrados en la persona. Una atención odontológica inclusiva, basada en la evidencia y orientada a las necesidades individuales, contribuye a reducir desigualdades y a mejorar la salud y la calidad de vida de estos pacientes y sus familias.

**Palabras clave**: Salud bucal; Personas con discapacidad; Odontopediatría; Trastornos del espectro autista; Atención odontológica





# MANEJO ODONTOPEDIÁTRICO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL

## Pediatric dental management of patients with renal disease

*María Gabriela Acosta de Camargo.*
*ORCID: 0000-0001-7615-918X*
*Odontopediatra*

Los cambios que ocurren en el paciente pediátrico que cursa con enfermedad renal tienen repercusiones en la cavidad bucal, por eso, la mayoría de estos sujetos exhiben al menos una manifestación bucal. Estas van a depender del tipo de patología, del debut de la enfermedad, de los medicamentos recibidos, del tipo de terapia de remplazo renal y las complicaciones existentes. Entre las manifestaciones bucales que más se observan están: los Defectos del Desarrollo del Esmalte, la presencia de cálculo dental, periodontitis, baja aparición de caries dental por cambios salivales, xerostomía, disgeusia, retardo en exfoliación y erupción dental, agrandamientos gingivales, entre otros. El manejo odontopediátrico comprende ciertos cuidados que debe conocer el profesional para identificar estos hallazgos y darles tratamiento en el caso de ser necesario. Se necesita una relación entre el personal de unidades de nefrología pediátrica y odontopediatras para canalizar las necesidades de estos pacientes y evitar focos infecciosos que repercutan en la respuesta al tratamiento renal. También es importante brindar tratamientos en caso de molestias en la cavidad bucal producto del estado sistémico del paciente.

**Palabras clave:** enfermedad renal, odontología pediátrica, manifestaciones bucales.

# PIE PLANO INFANTIL, ¿PROBLEMA O PROCESO?

## Pediatric flatfoot: Problem or Process?

*Tiron Diaz*
*ORCID: 0009-008-8794-9476*
*Pediatra-Ortopedista*

El pie plano infantil no es una patología, sino un proceso fisiológico y tridimensional por el que pasan todos los niños en su desarrollo. Biomecánicamente, el astrágalo distribuye el peso corporal en un 50% hacia el calcáneo y un 50% hacia el antepié. Al iniciar la bipedestación, una gruesa capa de grasa protege las estructuras musculares y ligamentosas en formación, las cuales se fortalecen progresivamente hasta los 8 años. La osificación de los huesos del pie es gradual: los núcleos del astrágalo y calcáneo aparecen a los 8 meses, la cuña medial al año y el escafoides cerca de los 5 años. La prevalencia disminuye con la edad: antes de los 2 a 4 años afecta al 100% de los niños, reduciéndose al 21-57% entre los 2 y 6 años, al 13-27% entre los 6 y 12 años, y a solo un 10% después de los 12 años. Los factores de riesgo asociados incluyen el sexo masculino, la laxitud ligamentosa, patologías de base y la obesidad, la cual triplica las probabilidades de mantenerlo. Por el contrario, factores culturales como el retraso en el uso del calzado (común en África e India) demuestran una menor predisposición a esta condición. Clínicamente, los padres consultan por fatiga, dolor o marcha extraña. Siguiendo las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría, el manejo fundamental es la observación activa y la educación familiar. El calzado ortopédico de rutina carece de indicación ; se aconseja un zapato liviano, flexible, de punta redonda y sin tacón (0 drop) para evitar lesiones en el tendón de Aquiles. Las plantillas deben ser personalizadas y la cirugía se reserva estrictamente como la última opción. Finalmente, el futuro exige transformarse en un "Médico Centauro", integrando la Inteligencia Artificial para el análisis de imágenes y el diseño de plantillas, logrando así una medicina más humanizada.

**Palabras clave:** pie plano infantil, proceso fisiológico, pediatría.





# TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: DIAGNÓSTICO EN MENORES DE DOS AÑOS

## Autism spectrum disorder: diagnosis in children under two years of age

*Freda Hernández Alem.*
*ORCID: 0009-007-1650-0922*
*Neurología Pediátrica*

Los trastornos del espectro autista (TEA) son una alteración del neurodesarrollo del niño. Definimos Neurodesarrollo como la secuencia ordenada y orquestada de cambios que experimenta nuestro sistema nervioso durante la vida que da lugar a la adquisición de nuevas y más complejas habilidades funcionales. Estos procesos vienen definidos genéticamente, constituyéndose los llamados hitos madurativos. Cualquier desviación de lo considerado la norma para alguno de estos hitos debe ser vigilado o se puede considerar como una señal de alerta. A pesar de que un signo de alarma no presupone un problema, nos obliga a un examen exahustivo y a un seguimiento más cercano. A los 2 años, los signos de alarma del Trastorno del Espectro Autista (TEA) se agrupan en tres áreas principales: Comunicación e Interacción Social: No responde cuando al llamado por su nombre. Evita el contacto visual. No señala objetos ni muestra interés ,ni mira hacia donde tú señalas (falta de atención conjunta). Escaso interés en interactuar con otros niños o adultos. Lenguaje y Comunicación: Retraso en el desarrollo del habla (ausencia de palabras a los 24 meses). Uso de pocos gestos (como saludar o dar palmas). Repetición constante de palabras o frases exactas (ecolalia). Comportamiento y Juego: Falta de juego simbólico. Alinea juguetes u objetos en lugar de jugar. Movimientos corporales estereotipados (aleteo de manos o balanceo). Apego estricto a rutinas. La ausencia de lenguaje es el signo de alarma más evidente a partir de los 15meses. La detección del TEA se basa en observar la conducta. Avances recientes incluyen el uso de tecnología de seguimiento ocular (eye-tracking), que ha demostrado potencial para automatizar la detección del TEA. La Inteligencia Artificial (IA) se está utilizando en áreas como el análisis de vídeo, procesamiento del lenguaje natural (PLN) y la integración de datos biográficos para mejorar precisión y la accesibilidad de los diagnósticos.

**Palabras clave**: trastorno del espectro autista; niños menores de dos años; ausencia de lenguaje; alteraciones del comportamiento; movimientos corporales estereotipados

# VIGILANCIA DEL NEURODESARROLLO: HITOS, SIGNOS DE ALARMA Y EL "SABER ESPERAR"

## Neurodevelopmental surveillance: Milestones, warning signs, and "knowing how to wait"

*Mariela Polo Rodriguez .*
*ORCID: 0009-0003-4126-3253*
*Neurólogo Pediatra*

En Pediatría la consulta de niño sano tiene como principal objetivo la prevención primaria o secundaria (detección precoz). Detectar desviaciones implica conocer lo normal y sus variantes. Los hitos del neurodesarrollo representan las competencias y habilidades que los niños adquieren de forma progresiva a medida que su sistema nervioso central madura, se evalúan en cuatro áreas críticas: Motora gruesa, Motora fina, Lenguaje y Socio-emocional. El término desarrollo psicomotor designa la adquisición de habilidades que se observa en el niño de forma continua durante toda la infancia. Es importante recordar que cada niño se desarrolla a su propio ritmo, por lo que a los hitos deben asignárseles rangos de tiempo flexibles. Revisaremos estas variantes del neurodesarrollo estableciendo cuales son los limites esperables en cada etapa del neurodesarrollo. Múltiples escalas a nivel mundial son utilizadas para establecer los parámetros del neurodesarrollo y en ellas podemos apreciar la amplia variabilidad en los rangos de adquisición de cada etapa. En el desarrollo psicomotor aunque existe una velocidad de adquisición predecible no se sigue un estricto calendario dado que existen factores individuales intrínsecos (genéticos ) y extrínsecos (estimulacion ,entorno, nutrición, lactancia materna, el desarrollo del vínculo madre/ hijo y el apego ) por lo que se evalúa utilizando rangos de espera.

Conociendo lo normal revisemos los signos de alarma absolutos. Un signo de alarma no presupone un problema, pero obliga a un examen y seguimiento. Detectar y referir a tiempo puede cambiar el pronóstico.

**Palabras clave**: neurodesarrollo; detección precoz; desarrollo psicomotor; signos de alarma





# EL ESPASMO EPILÉPTICO INFANTIL: UNA EMERGENCIA EN EL NEURODESARROLLO

## Infantile epileptic spasm: A neurodevelopmental emergency

*Aliria Del Carmen Carpio Ruiz.*
*ORCID: 0000-0002-8115-0531*
*Neurólogo pediatra. Especialista en epilepsia*

El síndrome de espasmos epilépticos infantiles (SEEI) es una emergencia neurológica que puede presentarse durante el primer año de vida. Clasificado dentro de las encefalopatías epilépticas y del desarrollo. Las crisis se caracterizan por breves contracciones axiales (flexoras, extensoras o mixtas), que se presentan típicamente en salvas. Debido a su sutileza clínica, con frecuencia se confunden con reflejos fisiológicos o trastornos gastrointestinales, lo que retarda un diagnóstico oportuno. Fisiopatológicamente, los espasmos surgen por disfunción de las redes cortico-subcorticales y del circuito límbico amigdalino-hipocámpico. El exceso de la hormona liberadora de corticotropina secundario al estrés neuronal, la pérdida de la inhibición GABAérgica y la hiperexcitabilidad glutamatérgica generan disfunción en las redes neuronales. Este fenómeno interrumpe la plasticidad neuronal en un periodo crítico, ocasionando estancamiento o regresión del neurodesarrollo. En el electroencefalograma (EEG), el patrón electrográfico característico es la hipsarritmia, definida como un registro caótico, desorganizado, de alto voltaje. No obstante, no todos los espasmos epilépticos cursan con hipsarritmia en el EEG: durante el sueño o en espasmos de etiología estructural, pueden observarse variantes como la hipsarritmia asimétrica fragmentada o la actividad electrográfica focal/multifocal. La etiología del SEEI es heterogénea e incluye causas estructurales (encefalopatía hipóxico-isquémica, esclerosis tuberosa), genéticas (CDKL5, STXBP1, Trisomía 21), metabólicas e infecciosas. Puede derivarse de encefalopatías precoces como el síndrome de Ohtahara o evolucionar hacia epilepsias focales o síndrome de Lennox-Gastaut. Ante la sospecha electroclínica, debe activarse un protocolo de emergencia. El tratamiento de primera línea comprende la terapia hormonal (ACTH o prednisolona a altas dosis) y/o vigabatrina (elección en esclerosis tuberosa), o la combinación precoz de ambas. Una reevaluación electroclínica a los 14 días de inicio del tratamiento es imprescindible para confirmar la remisión de las crisis y la resolución de las anomalías electrográficas. El control oportuno es determinante para mejorar el pronóstico en el neurodesarrollo.

**Palabras clave:** Síndrome de espasmos epilépticos infantiles; hipsarritmia; encefalopatía del desarrollo y epiléptica; vigabatrina; corticoides; neurodesarrollo

# HALLAZGOS ECOGRÁFICOS EN EL NIÑO CON DOLOR ABDOMINAL AGUDO: ENFOQUE SISTEMÁTICO

## Ultrasound Findings in Children with AcuteAbdominal Pain: A Systematic Approach

*Marianella Murillo de Diaz*
*Pediatra-Neonatólogo-Ecografía Pediátrica*

El dolor abdominal agudo es uno de los motivos de consulta más frecuentes en la práctica pediátrica de urgencias. Su abordaje representa un desafío clínico debido a la diversidad de etiologías y la dificultad para realizar un examen físico concluyente sobre todo en pacientes pequeños. Esta conferencia aborda de manera detallada la utilidad de la ecografía abdominal como el método de diagnóstico por imagen de primera línea en la evaluación del paciente pediátrico. Se destaca la versatilidad del método, fundamentado en sus ventajas en pediatría: es un procedimiento indoloro, no invasivo y completamente inocuo. Al prescindir de radiación ionizante, cumple estrictamente con el principio ALARA (As Low As Reasonably Achievable), garantizando la máxima seguridad biológica. Su naturaleza dinámica permite un examen rápido, repetible y en tiempo real, proporcionando información tanto anatómica como funcional del tracto gastrointestinal y las estructuras adyacentes. Adicionalmente, el uso de tecnología portátil a pie de cama (Point-of-Care Ultrasound) optimiza la atención médica. Finalmente, se repasan los hallazgos ecográficos característicos mediante un enfoque sistemático, demostrando la alta precisión diagnóstica del método en patologías prevalentes como apendicitis aguda, intususcepción, adenitis mesentérica y vólvulo intestinal. El conocimiento de estos patrones ecográficos es esencial para el pediatra, permitiendo una toma de decisiones oportuna que previene complicaciones y disminuye la necesidad de tomografías computarizadas.

**Palabras clave:** dolor abdominal agudo; ecografía abdominal; hallazgos ecográfico en dolor abdominal agudo





# ASPECTOS BIOÉTICOS EN DIAGNÓSTICO PRENATAL: DESAFÍOS CLÍNICOS Y DILEMAS ACTUALES

## Bioethical Aspects of Prenatal Diagnosis: Clinical Challenges and Current Dilemmas

*Carlos Cabrera Lozada*
*Ginecoobstetra -Bioeticista*

Introducción: El diagnóstico prenatal (DPN) optimiza el manejo fetal, pero plantea dilemas bioéticos complejos al colisionar la autonomía reproductiva, el estatus del feto y los deberes clínicos. Objetivo: Analizar los desafíos bioéticos contemporáneos del DPN bajo el marco de la bioética clínica y las nuevas tecnologías diagnósticas. Métodos: Revisión analítica de los principios bioéticos aplicados a las guías de práctica clínica del DPN y a la introducción de tecnologías invasivas y no invasivas. Resultados: La aplicación del DPN tensiona los cuatro principios fundamentales. La autonomía exige un consentimiento informado riguroso y libre de coacción. La beneficencia y no maleficencia obligan a ponderar el éxito de terapias fetales y la seguridad de técnicas invasivas frente al impacto psicopatológico de falsos positivos. La justicia cuestiona la inequidad en el acceso tecnológico. Los principales dilemas actuales incluyen el sesgo eugenésico (selección biológica frente a inclusión de la discapacidad), el manejo de variantes de significado incierto, y la desregularización ética del Diagnóstico Prenatal No Invasivo (DPNI) en sangre materna, cuya simplicidad técnica propicia decisiones abortivas hipertempranas sin asesoramiento genético formal. Conclusiones: El DPN debe evitar la automatización prescriptiva. Es imperativo fortalecer el asesoramiento genético multidisciplinar, garantizando que la innovación diagnostica se traduzca en un beneficio perinatal real y en el estricto respeto a la dignidad humana.

**Palabras clave:** Diagnóstico Prenatal; Bioética; Autonomía; Asesoramiento Genético; Diagnóstico Prenatal No Invasivo

# VALORES QUE SOSTIENEN LA PRÁCTICA PEDIÁTRICA: UNA MIRADA BIOÉTICA

## Values underpinning pediatric practice: A bioethical perspective

*Germán Rojas Loyola.*
*ORCID: ORCID: 0000-0003-2681-7871*
*Pediatra Bioeticista*

La pediatría es por esencia, una práctica profundamente moral. Cada decisión clínica implica reconocer que los niños, como personas en desarrollo y sujetos de especial protección, encarnan valores intrínsecos que orientan y limitan la acción profesional. Esta conferencia propone una reflexión estructurada sobre los valores que sostienen la práctica pediátrica contemporánea, entendidos no como abstracciones teóricas, sino como cualidades reales que permiten humanizar la atención y guiar decisiones prudentes en contextos de incertidumbre. Se analiza el fundamento de los valores, mostrando cómo se articulan en la relación clínica, en la comunicación con las familias y en la organización de los servicios de salud. A partir de la ética deliberativa de Diego Gracia se designa un enfoque ético y plenamente coherente con la bioética clínica contemporánea, que fundamenta las decisiones morales en la deliberación racional, el intercambio de argumentos, la razonabilidad y la búsqueda de soluciones prudentes. La metodología presenta un marco práctico para integrar estos valores en la toma de decisiones: deliberación de los hechos, valores y los deberes, orientados siempre a promover el máximo cumplimiento de los valores positivos en conflicto o, al menos, su menor lesión. Se destaca el papel del interés superior del niño como criterio rector, la importancia del asentimiento según la madurez, la protección de la vulnerabilidad, la equidad en el acceso a recursos y la necesidad de decisiones prudentes, razonables y justificables.La conferencia subraya que la pediatría no sólo cura y acompaña: construye humanidad. Por ello, invita a fortalecer una práctica profesional basada en valores explícitos, deliberados y compartidos, capaz de sostener la confianza social, garantizar sus derechos, mejorar la calidad asistencial y responder éticamente a los desafíos actuales de la infancia y la adolescencia.

**Palabras clave:** Valores; bioética; práctica pediátrica





# ADRENALES: PEQUEÑAS GLÁNDULAS, GRANDES CRISIS

## Adrenal glands: small glands, major crises

*Rosa Elena Mora Rivas.*
*ORCID: 0009-0009-7951-7304*
*Endocrinología Pediátrica*

La insuficiencia suprarrenal (IS) pediátrica, es infrecuente, puede evolucionar rápidamente a una crisis potencialmente mortal por déficit de cortisol y, en la forma primaria, de aldosterona. La insuficiencia suprarrenal primaria se origina en la glándula adrenal y predominan las causas congénitas, especialmente la hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de 21-hidroxilasa; también deben considerarse adrenoleucodistrofia ligada al X, hipoplasia adrenal, resistencia a ACTH y causas autoinmunes, hemorrágicas o infecciosas. La insuficiencia central comprende el déficit hipofisario de ACTH o hipotalámico de CRH; además, la supresión iatrogénica del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal tras glucocorticoides prolongados constituye una causa fundamental y prevenible. El reconocimiento clínico oportuno es decisivo. Hipoglucemia, hipotensión, vómitos, dolor abdominal, pérdida ponderal, astenia, deshidratación y avidez por sal deben motivar la sospecha. Hiperpigmentación, hiponatremia e hiperkalemia orientan hacia la forma primaria. En neonatos, el cuadro puede presentarse como pérdida salina, convulsiones o choque; los genitales atípicos sugieren hiperplasia suprarrenal congénita, mientras que micropene e hipoglucemia plantean hipopituitarismo. El abordaje diagnóstico confirma el déficit de cortisol, localiza la alteración mediante ACTH y evalúa función mineralocorticoidea con aldosterona y actividad de renina plasmática. La prueba de estimulación con ACTH sintética es el método confirmatorio principal. Ante una crisis adrenal, la toma de muestras nunca debe retrasar la administración inmediata de hidrocortisona parenteral, reposición con solución salina y corrección de hipoglucemia. El tratamiento crónico se basa en hidrocortisona en dosis individualizadas y fludrocortisona cuando existe déficit mineralocorticoideo. La educación familiar —dosis de estrés, regla de días de enfermedad e identificación médica— es esencial para prevenir crisis. Finalmente, se analizan el descenso individualizado de corticoides exógenos y nuevas alternativas terapéuticas para hiperplasia suprarrenal congénita.

**Palabras clave:** insuficiencia suprarrenal; crisis adrenal; pediatría; hidrocortisona; hiperplasia suprarrenal congénita.

# DISRUPTORES ENDOCRINOS EN PEDIATRIA, EVIDENCIA VERSUS CREENCIA

## Endocrine disruptors in pediatrics: evidence and belief

*Lisette C. Palma P.*
*ORCID: 0009-0002-0435-1468*
*Pediatra Puericultor, Endocrinólogo Pediatra*

Los Disruptores Endocrinos (EDCs) son sustancias químicas exógenas que interfieren con el sistema hormonal al imitar, bloquear o alterar la comunicación endocrina natural. La exposición ocurre principalmente a través de la dieta (plaguicidas y bisfenoles), plásticos (ftalatos y bisfenol A) y cosméticos (parabenos y benzofenonas). El perfil toxicológico de estas sustancias destaca por una curva dosis-respuesta no lineal y un comportamiento lipofílico o hidrosoluble. A nivel molecular, los EDCs generan un mimetismo estrogénico que altera la expresión genética y la síntesis hormonal. Un mecanismo clave es el secuestro del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal mediante la sobreestimulación de las neuronas de kisspeptinas, que provoca una liberación prematura y pulsátil de GnRH. Asimismo, la obesidad funciona como un amplificador al actuar el tejido graso como un reservorio que introduce y mantiene estas sustancias en el sistema, forzando un inicio puberal prematuro. Investigaciones destacan una relación directa entre la exposición de EDCs con el inicio temprano de la pubertad y la telarquia en niñas. En contraste, en los varones predominan los efectos antiandrogénicos, causando retraso puberal, peor calidad seminal en la adolescencia y un mayor riesgo de malformaciones urogenitales debido a la exposición prenatal. También se asocian con trastornos del neurodesarrollo, afectación tiroidea y alteraciones en la inmunidad. Finalmente, estudios como el Proyecto INMA y literatura científica reciente, defiende la aplicación del principio de precaución ante la evolución de la evidencia epidemiológica, resaltando la dificultad de estudiar estos efectos en humanos debido a la latencia de los síntomas y la complejidad de las interacciones químicas, aunado a la vulnerabilidad de las etapas de crecimiento,  lo cual subraya la urgencia de implementar regulaciones ambientales más estrictas y mejorar la educación de los padres sobre el consumo de productos regulados, siendo los pediatras los encargados de guiar a las familias con pautas preventivas claras.

**Palabras clave:** Disruptores endocrinos; pubertad precoz; bisfenol A, ftalatos; mimetismo estrogénico





# VIOLENCIA Y MALTRATO INFANTIL EN TIEMPOS DE CRISIS: RIESGOS EMERGENTES PARA LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD PROLONGADA

## Violence and child maltreatment in times of crisis: Emerging risks for children and adolescents in contexts of prolonged vulnerability

*Carlos Trapani.*
*ORCID: 0009-0004-4486-4860*
*Coordinador General Cecodap*
*Investigador del Instituto de Investigaciones Jurídicas*

La violencia y el maltrato contra niños, niñas y adolescentes constituyen problemas de salud pública y protección que tienden a intensificarse en contextos de crisis prolongada. En Venezuela, diversos factores sociales, económicos e institucionales han configurado un escenario donde múltiples vulnerabilidades interactúan y aumentan los riesgos para el desarrollo integral de la niñez y adolescencia. Esta ponencia propone analizar la violencia y el maltrato infantil desde un enfoque ecológico y de derechos humanos, entendiendo que estas problemáticas no ocurren de forma aislada, sino que se encuentran estrechamente vinculadas con otras crisis concurrentes que afectan la vida cotidiana de las familias. Entre ellas destacan el deterioro del bienestar emocional y la salud mental, la normalización de distintas formas de violencia, el debilitamiento de mecanismos institucionales de protección, las limitaciones en el acceso a derechos fundamentales y las condiciones de precariedad derivadas de servicios públicos insuficientes. A partir de información documentada por organizaciones de protección de la niñez y estudios recientes sobre la situación de adolescentes venezolanos, se examinan tendencias relacionadas con violencia sexual, violencia comunitaria, negligencia, afectaciones a la salud mental y otras formas de vulneración de derechos. Asimismo, se analiza cómo la acumulación de factores de estrés familiar, incertidumbre prolongada y debilitamiento de redes de apoyo incrementan la exposición de niños, niñas y adolescentes a diversas manifestaciones de violencia. Se argumenta que la prevención y atención del maltrato infantil requiere respuestas integrales que trasciendan el ámbito sancionatorio y fortalezcan simultáneamente las capacidades familiares, comunitarias e institucionales. Destaca el papel estratégico de los profesionales de la puericultura y la pediatría en la detección temprana de factores de riesgo, la identificación de señales de alerta, la promoción del bienestar emocional y la articulación de respuestas orientadas a la protección integral de la infancia y adolescencia en contextos de crisis.

**Palabras clave:** violencia y maltrato infantil; vulneración de derechos de niños y adolescentes; protección integral de la infancia

# ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE DESASTRES: RESGUARDANDO SU INTEGRIDAD

## ADOLESCENTS IN DISASTER SITUATIONS: SAFEGUARDING THEIR WELL-BEING

*Darda Ramírez.*
*ORCID: 0009-0002-0197-968X*
*Pediatra. Especialista en Medicina del Adolescente*

Venezuela viene atravesando una crisis humanitaria compleja de larga data y tras los dos terremotos de magnitud 7,5 y 7,2, que sacudieron el país el 24 de junio han dejado a miles de niños, niñas y adolescentes con necesidad urgente de refugio seguro, agua potable y atención médica. El lamentable evento, además de concientizarnos de que somos un país sísmico, desnudó una realidad muy compleja desde el punto de vista gubernamental, sanitario, social, político, económico, educativo y moral. Las comunidades más afectadas se encuentran en Caracas y en los estados Aragua, Carabobo, Falcón, La Guaira, Miranda y zonas aledañas. Según la vocería del gobierno venezolano, el balance del desastre es de 6.509 personas fallecidas y más de 200.000 heridos atendidos en la red de hospitales públicos. Ante la falta de documentación oficial, analizamos el tercer informe de CECODAP, del 01 /10/ 2026 sobre el impacto de los terremotos en la niñez y adolescencia y riesgos de protección, desde donde obtenemos un balance bien documentado, que permite visibilizar riesgos que no siempre aparecen en los balances oficiales. Registran un total de 3.267 niños, niñas y adolescentes (NNA) afectados por los terremotos. La cifra contiene fallecidos, desaparecidos, desaparecidos que luego fueron encontrados vivos, desaparecidos irrastreables, heridos, evacuados, rescatados, NNA en procesos de desplazamiento interno y NNA separados de sus familias. Se documentan 1.811 NNA que debieron trasladarse junto a sus familias hacia otros estados (desplazamiento interno). Son más de la mitad de los casos registrados (55,4%). 483 NNA figuran como fallecidos, de los cuales 201 fueron reportados en el primer mes de la tragedia como desaparecidos. A cien días del terremoto, los riesgos más evidentes de las primeras semanas han dado paso a situaciones menos perceptibles, pero igualmente relevantes: familias dispersas, desplazamientos prolongados, interrupciones educativas, desgaste de cuidadores, afectaciones emocionales, adolescentes que asumen responsabilidades excesivas de cuidado, debilitamiento de redes comunitarias y dificultades para garantizar la continuidad de los casos que requieren protección. Lo evidenciado muestra que la recuperación no puede ser exclusivamente material. Reconstruir la infraestructura es indispensable, pero resulta insuficiente si al mismo tiempo no se reconstruyen entornos protectores, vínculos familiares y comunitarios, continuidad educativa, capacidades de cuidado y confianza en las instituciones. Más allá de las cifras, nuestro norte es reconocer nuestras debilidades, introducir en todos los pensum académicos, incluidos las del área de salud la formación en materia de desastres, mejorar la coordinación institucional a todo nivel: gubernamental por estados, municipios, comunidades, todos los ministerios, todas las organizaciones no gubernamentales que hacen vida en el país, para unificar planes de acción, criterios, data y un sinfín de acciones que aumentarían la calidad y la prontitud de las acciones a tomar en caso de desastres.

**Palabras clave**: adolescentes; vulnerabilidad; situación de desastres; vínculos familiares; vínculos comunitarios; entornos protectores