

**HONDURAS
PEDIÁTRICA**

Es una Publicación
Científica de la
Asociación Pediátrica
Hondureña con sede
en la ciudad de
Tegucigalpa,
Honduras, C.A.

Honduras Pediátrica

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE LA ASOCIACIÓN PEDIÁTRICA HONDUREÑA, TEGUCIGALPA, M.D.C., HONDURAS, C.A.

Volumen XXVII
SUPLEMENTO
2024

**Colegio Médico de Honduras
Centro Nacional de Educación
Médica Continúa
Asociación Pediátrica Hondureña**



Te invita al

**XXI CURSO XIX CONGRESO
NACIONAL DE PEDIATRÍA**

Punto Cenemec 1 punto oro.

**Hotel Clarion Tegucigalpa
del 12 al 14 de septiembre 2024**

**Protegiendo a los niños
y las niñas
Futuro de la Sociedad**

Contáctenos: aspehon@yahoo.com
+504-9714-6558



ISSN: 1998-7307
Edición Impresa

ISSN: 0018-4535
Edición Electrónica

Página electrónica:
www.pediatricahonduras.org
Revista de acceso abierto de la Asociación Pediátrica de Honduras
Indexada en CAMJOL

DOI: <https://doi.org/10.5377/hp.v37iSupl.19029>

Honduras Pediátrica

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE LA ASOCIACIÓN PEDIÁTRICA HONDUREÑA, TEGUCIGALPA, M.D.C., HONDURAS, C.A.

Contenido

Directora:

Clarissa Lizeth Aguilar Molina
Pediatra Oncóloga, Hospital Escuela,
Instituto Hondureño de Seguridad Social,
Tegucigalpa, Honduras.
claguilar01@gmail.com

Editora Administrativa:

Karla Leversia Borjas Aguilar
Pediatra Alergo-Imunóloga,
Instituto Hondureño de Seguridad Social,
Hospital María, Especialidades Pediátricas,
Tegucigalpa, Honduras.
leverborjas@gmail.com

Secretaria:

Amy Patricia Espinal Jones
Pediatra, Profesor Titular II,
Departamento de Pediatría,
Universidad Nacional Autónoma de Honduras,
Tegucigalpa, Honduras.
amyespinalj@gmail.com

Comité Editorial

Sergio David Villeda Rodríguez
Pediatra Cirujano,
Instituto Hondureño de Seguridad Social,
Tegucigalpa, Honduras.
sergiodvilleda@gmail.com

Marco Tulio Luque

Pediatra Infectólogo,
Instituto Hondureño de Seguridad Social,
Tegucigalpa, Honduras.
mtluque@yahoo.com

Sara Eloisa Rivera Molina

Pediatra Infectóloga,
Hospital María, Especialidades Pediátricas,
Tegucigalpa, Honduras.
eloisari61@yahoo.com

Publicación Científica de la
Asociación Pediátrica de Honduras
Volumen XXXVII, 2024
SUPLEMENTO

Asociación Pediátrica de Honduras

Hospital Escuela, Calle de la Salud,
Tegucigalpa, Honduras.
Tel - 2239-0484, Apdo Postal 3212,
aspehon@yahoo.com
www.pediatricahonduras.org

SUPLEMENTO

Volúmen XXXVII, Año 2024

Contenido

Pág.

ORGANIZACIÓN DEL CONGRESO.....	3
Junta Directiva de la Asociación Pediátrica Período 2023-2025.....	4
Comité Organizador del XXI Curso, XIX Congreso Nacional de Pediatría 2024.....	5
Comité Científico del XXI Curso, XIX Congreso Nacional de Pediatría 2024.....	6
Comisión Evaluadora de Trabajos Libres del XXI Curso, XIX Congreso Nacional De Pediatría 2024.....	7
BIENVENIDA.....	8
Mensaje de Bienvenida de la Presidenta del Comité Organizador, XXI Curso, XIX Congreso Nacional De Pediatría 2024.....	8
Mensaje de Bienvenida de la Presidenta de la Junta Directiva de la Asociación Pediátrica Período 2023-2025.....	9
PROGRAMA CIENTÍFICO.....	10
Programa Científico XXI Curso, XIX Congreso Nacional De Pediatría 2024.....	10
Programa Ceremonia Inaugural.....	14
Programa Ceremonia de Clausura.....	16
RESÚMENES.....	17
Resúmenes de Conferencias Magistrales.....	17
Resúmenes de Trabajos Libres, Modalidad Oral.....	23
Resúmenes de Trabajos Libres, Modalidad Poster.....	29
ÍNDICE POR AUTOR.....	36
PATROCINADORES Y COLABORADORES.....	37

LISTADO DE EDITORES ASOCIADOS POR ESPECIALIDADES HONDURAS PEDIATRICA

<i>Douglas Varela,</i>	<i>Neurología Pediátrica</i>
<i>Kadie Melissa Paz,</i>	<i>Neurología Pediátrica</i>
<i>Carol Zuniga,</i>	<i>Neurología Pediátrica</i>
<i>Rodolfo Colindres,</i>	<i>Neurólogo Pediatra</i>
<i>Allison Callejas,</i>	<i>Neonatóloga</i>
<i>Yency Peralta,</i>	<i>Neonatóloga</i>
<i>Karen Giron,</i>	<i>Alergia e Inmunología Pediátrica</i>
<i>Selma Scheffler,</i>	<i>Alergia e Inmunología Pediátrica</i>
<i>Delia Padilla,</i>	<i>Gastroenterología Pediátrica</i>
<i>Pablo Cáceres,</i>	<i>Gastroenterología Pediátrica</i>
<i>Ligia Fú,</i>	<i>Hematóloga Pediatra</i>
<i>Jose Antonio León,</i>	<i>Oncología Pediátrica</i>
<i>Luis Romero,</i>	<i>Infectología Pediátrica</i>
<i>Gustavo Lizardo,</i>	<i>Dermatología Pediátrica</i>
<i>Iris Álvarez,</i>	<i>Dermatología Pediátrica</i>
<i>Mauricio Benítez,</i>	<i>Cirujano Pediatra</i>
<i>Lesby Espinoza,</i>	<i>Endocrinóloga Pediatra</i>
<i>Sandra Velásquez,</i>	<i>Endocrinóloga Pediatra</i>
<i>Carlos Sánchez,</i>	<i>Intensivista Pediatra</i>
<i>Miriam Raquel Wong,</i>	<i>Oftalmóloga Pediatra</i>
<i>Ricardo Toro,</i>	<i>Oftalmólogo Pediatra</i>
<i>Dilcia Pagoaga,</i>	<i>Cardiología Pediátrica</i>
<i>Ana Marcela López,</i>	<i>Radiologa Pediatra</i>
<i>Walter Pacheco,</i>	<i>Radiólogo Pediatra</i>
<i>Edín Rosa Luque,</i>	<i>Neurocirujano</i>
<i>Claudia Aguilar,</i>	<i>Nefróloga Pediatra</i>
<i>Gaspar Rodríguez,</i>	<i>Nefrólogo Pediatra</i>
<i>Héctor Antúnez,</i>	<i>Patólogo Pediatra</i>
<i>Adoní Josué Duarte,</i>	<i>Patólogo</i>
<i>José Arnulfo Lizardo,</i>	<i>Cirujano Pediatra</i>
<i>Haydee del Pilar Rosales,</i>	<i>TCPH Pediátrico</i>



XXI CURSO, XIX CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA 2024

PROTEGIENDO LOS NIÑOS Y NIÑAS FUTURO DE LA SOCIEDAD

PROGRAMA CIENTÍFICO Y RESÚMENES

Tegucigalpa, Honduras
12 al 14 de septiembre de 2024

JUNTA DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN PEDIÁTRICA HONDUREÑA (APH), PERIODO 2023-2025



Presidente
Vice-Presidente
Tesorera
Secretaria
Vocal

Dra. Carolina Arambú
Dra. Scheybi Miralda
Dra. Karen Girón
Dra. Soraya Alberto
Dra. Allison Callejas

COMITÉ ORGANIZADOR DEL XXI CURSO, XIX CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA 2024, TEGUCIGALPA, HONDURAS



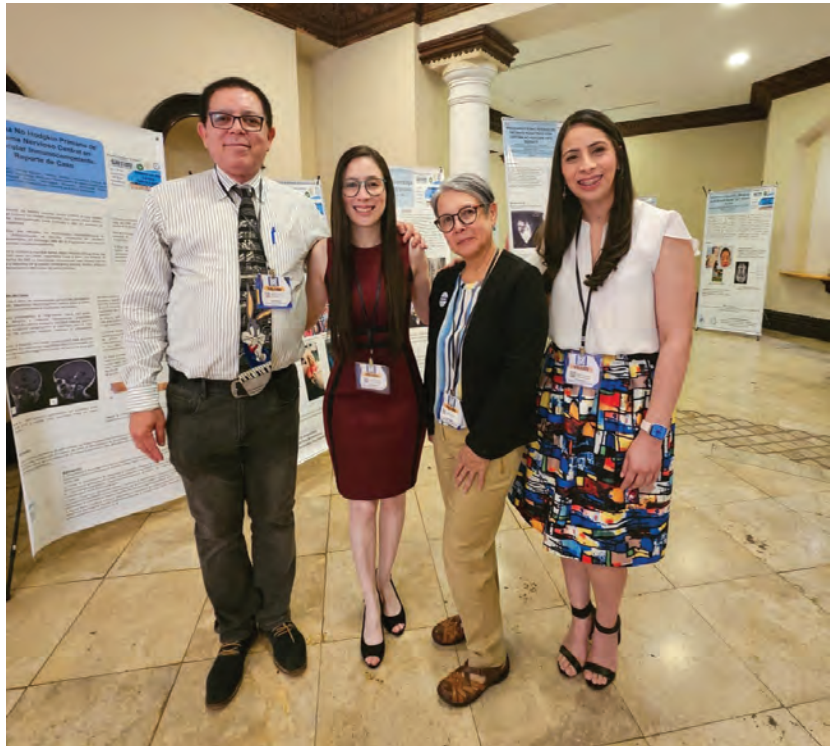
Presidente
Secretaria
Tesorera
Vocal

Dra. Dra. Fátima Rico
Dra. Diana Fonseca
Dra. Karen Girón
Dra. Scheybi Miralda

Equipo de Trabajo



COMITÉ CIENTÍFICO DEL XXI CURSO, XIX CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA 2024, TEGUCIGALPA, HONDURAS



Dr. Douglas Varela

Departamento de Pediatría, Hospital Escuela,
UNAH

Dra. Clarissa Aguilar

Departamento de Gestión Académica e
Investigación, Hospital Escuela

Dra. Jackeline Alger

Servicio de Parasitología, Departamento
de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela,
Instituto de Enfermedades Infecciosas y
Parasitología Antonio Vidal

Dra. Karla Leversia Borjas Aguilar

Gerencia pediatría, Instituto Hondureño de
Seguridad Social

COMISIÓN EVALUADORA DEL XXI CURSO, XIX CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA 2024, TEGUCIGALPA, HONDURAS



Dra. María Martha Matamoros Flores

Comité de Ética, Hospital María de
Especialidades Pediátricas

Dra. Ligia Dolores Fu Castañeda

Servicio de Hemato-oncología Pediátrica,
Departamento de Pediatría, Hospital Escuela

Dra. Katia López Mejía

Departamento de Gestión Académica
e Investigación, Hospital, Instituto de
Enfermedades Infecciosas y Parasitología
Antonio Vidal

Dr. Concepción Zúñiga

Departamento de Vigilancia de la Salud,
Hospital Escuela

MENSAJE DE BIENVENIDA DE LA PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR, XXI CURSO, IX CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA 2024, TEGUCIGALPA, HONDURAS



Buenos días, médicos especialistas, médicos generales, residentes, estudiantes, enfermeras y profesionales afines a la atención pediátrica, sean todos bienvenidos al XXI Curso XIX Congreso Nacional de Pediatría.

El comité organizador les damos una cordial bienvenida, ya que hemos preparado un programa científico de alta calidad con el propósito de brindar herramientas a la temática que durante este año consideramos que engloba los problemas más frecuentes o que por su trascendencia en la salud de la infancia, fueron incluidos en la elaboración de este programa.

Y para tal fin, tenemos un contenido que abarca temas de trabajos libres, conferencias y talleres.

Deseando que sea del mayor de los provechos para Uds. damos por inaugurado este magno evento. ¡Por eso a todos les digo Bienvenidos!

Dra. Fátima Rico
Presidenta Comité Organizador

PALABRAS DE INAUGURACIÓN DE LA PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PEDIÁTRICA HONDUREÑA CON MOTIVO DEL XXI CURSO, XIX CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA 2024, TEGUCIGALPA, HONDURAS



Muy buenos días a toda la comunidad de la salud que nos honra y a su vez engrandece este magno evento de la pediatría nacional, el cual ha sido preparado con una selecta variedad de temas los cuales esperamos vengan a nutrir y fortalecer nuestra práctica profesional de manera integral de la pediatría moderna.

Desde 1952, año en que se crea la Asociación Pediátrica Hondureña, 72 años ya desempeñando un rol determinante para mejorar la salud de los niños, niñas y adolescentes de Honduras; se han preparado eventos científicos con ese fin, siendo un aporte invaluable en la educación médica continúa en nuestro país.

Hoy me siento muy honrada de poder inaugurar este XXI Curso y XIX Congreso Nacional de Pediatría, acompañada por el comité organizador y en compañía de la Junta Directiva de la Asociación Pediátrica Hondureña la cual lidero en carácter de Presidente a nivel nacional.

¡¡BIENVENIDOS Y BENDICIONES A TODOS!!

Dra. Ingrid Carolina Arambú
Presidente Asociación Pediátrica Hondureña

**PROGRAMA CIENTÍFICO XXI CURSO, XIX CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA 2024,
TEGUCIGALPA, HONDURAS**

**Jueves 12 de septiembre 2024
Salón Madrid**

HORA	EVENTO		RESPONSABLE
8:00	INICIO DE INSCRIPCIONES REGISTRO CODIGO QR		
9:00-17:30	Presentación de Trabajos Libre Modalidad Poster Salón Madrid IV		
9:00-9:15	Palabras de bienvenida e inauguración de congreso.	Dra. Fátima Rico Dra. Carolina Arambú	Pdta. Comité Organizador Pdta. Asociación Pediátrica Hondureña
	MODERADORES: DR MARIO CASTILLO / DRA. NICOLLE AGUIRRE		
9:15-10:00	Presentación de trabajos orales salón general		
10:00-10:30	CM1 Deficiencia de Anticuerpos a Polisacáridos: Un desafío Diagnóstico en Honduras en Niños con infecciones recurrentes		Dra. Claudia Almendarez. (Inmunoalergóloga Pediatra)
10:30-11:00	CM2 Constipación en Pediatría		Dra. Tonantzin Padilla. (Gastroenteróloga Pediatra)
11:00-11:30	CM3 Prescripción Adecuada de los Antibióticos en Pediatría.		Dra. Claudia Almendarez. (Inmunoalergóloga Pediatra)
11:30-12:00	CM4 Ambliopía en Honduras.		Dra. Linda Zelaya (Oftalmóloga Pediatra)
12:00-12:15	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
12:15-13:00	Simposio Nestlé: Beneficios de L fermentun a nivel Materno Infantil.		Dr. Jorge Cerrato
13:00-13:30	Coffee Break, Receso visita a Posters		
II Bloque jueves 12 de septiembre 2024 Salón Madrid			
	MODERADORES: DRA GISSELA DIAZ ZELAYA/ DR MARTIN DIAZ		
13:30 -14:00	CM5 Recién Nacido y Lactante Hipotónico		Dr. Rodolfo Colindres. (Neurólogo Pediatra)
14:00-14:40	CM6 Visión de los Expertos, Enfermedad de Kawasaki		Dr. Francisco Rodríguez Quiroz (Inmunólogo Pediatra.) Dr. Mario Yáñez (Cardiólogo Pediatra.)
14:40-15:10	CM7 ¿Tuberculosis Enfermedad Emergente en Pediatría? Perlas Diagnósticas.		Dra. Pamela Zacasa. (Infectóloga Pediatra)
13:10-15:25	PREGUNTAS Y RESPUESTAS		
15:30-17:30	CT1 Taller INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN EL PACIENTE CON DIFICULTADES EN LA ALIMENTACIÓN. ¿Cuándo?, Cómo? y Por qué? Uso adecuado de la Cinta Muac (Cupos limitado) (Abbott).		Dra. Alejandra Sabillón / Dra. Karina Lagos.
15:30-17:30	CT2 TALLER DE VÍA AÉREA		Grupo Hondureño de Reanimación Cardio Pulmonar Pediátrico y Neonatal

Viernes 13 de septiembre 2024 Salón Madrid		
HORA	EVENTO	RESPONSABLE
	MODERADORES: DR JOSE SAMRA / DRA DORIS BURDETH	
9:00-17:30	Presentación de Trabajos Libres Modalidad Poster Salón Madrid IV	
9:00-10:00	Presentación de Trabajos Libre Modalidad Oral Salón general.	
10:00-10:30	CM8 Lo que el Pediatra debe Saber de Disfunción Vesico-intestinal	Dr. Alejandro Bustillo. (Cirugía Urológica Infantil)
10:30-11:00	CM9 El Paciente Autista en la Evaluación Pediátrica Rutinaria.	Dra. Jessica Barahona. (Psiquiatra Infantil)
11:00-11:30	CM10 Uso Adecuado de Esteroides Tópicos en Pediatría “Evitemos Consecuencias”	Dra. Iris Álvarez. (Dermatóloga Pediatra)
11:30-12:00	CM11 “Actualización en la Vacuna de Antineumocócica: Pasado, Presente y Futuro”	Dr. Oscar Armando Ponce (Pediatra Vacunólogo)
12:00-12:15	PREGUNTAS Y RESPUESTAS.	
12:15-13:00	SIMPOSIO/ Nutricia. TENDENCIAS RECIENTES EN EL SINDROME DE ENTEROCOLITIS INDUCIDA POR PROTEINAS ALIMENTARIAS	Dra. Nancy Ambulo
13:00-13:30	Coffee Break	
II BLOQUE Viernes 13 de septiembre 2024 Salón Madrid		
	MODERADORES: DRA JANDY FLORES. DRA ANELL BECKER.	
13:30-14:00	CM12 Señales Tempranas de un Niño que Sufre Abuso.	Lic. Rosa Paguada.
14:00-14:30	CM13 Tips prácticos para el Abordaje de la Patología Rinosinusal Crónica	Dr. Adolfo Martín Díaz. (Inmunoalergólogo Pediatra)
14:30-15:00	CM14 Detección Temprana de Trastorno Espectro Autista.	Dr. Aldo Blanco. (Neurólogo Pediatra)
13:00-15:30	CM15 Abordaje del Paciente con Politrauma Previo al Traslado.	Dra. Sandra Flores (Intensivista Pediatra)
15:30-15:45	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	
15:30-17:00	CT3 Taller IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LA INTOXICACION POR ANIMALES PONZOÑOSO (Serpientes, Arañas).	Leonardo Valdez (Serpentólogo) Dra. Scheybi Miralda.
15:30-17:00	CT4 Taller de VACUNAS ESQUEMAS INCOMPLETOS.	Dr. Marco Luque/ Dra. Pamela Zacasa
13:30-14:30	Evaluación de Trabajos Libres Modalidad Póster por Comisión Evaluadora Salón Madrid IV	
Sábado 14 de septiembre 2024 Salón Madrid		
	MODERADORES: DRA. GRACIA MARTINEZ / DRA. ALEJANDRA MAZARIEGOS	
7:15-8:00	Presentación de Trabajos Libres modalidad Oral Salón general	
8:00-8:30	CM16 Abordaje del Dolor Articular en Pediatría.	Dr. Francisco Rodríguez Quiroz
8:30-9:00	CM17 Como Dar Malas Noticias, con Ética Médica.	Dr. Gerardo Castro. (Oncólogo Pediatra -Cuidados Paliativos)
9:00-9:30	CM18 Perlas en el Diagnósticas y Manejo de las Otitis en Niños.	Dra. Silvia Zavala. (Otorrino-Pediatra)
9:30-10:00	CM19 Tamizaje Cardiológico Neonatal.	Dra. Emma Gonzales. (Cardióloga Pediatra.)
10:00-10:15	PREGUNTAS Y RESPUESTAS.	
10:15-10:30	Coffee Break	

HORA	EVENTO	RESPONSABLE
	MODERADORES: DRA. SINDY AGUILAR / DRA JULIA GUARDADO	
10:30-11:00	CM20 Abordaje de la Pubertad	Dra. Sandra Velásquez. (Endocrinóloga Pediatra.)
11:00-11:30	CM21 Desafíos En El Manejo Del Dengue.	Dra. Scheybi Miralda. (Intensivista Pediatra)
11:30-12:00	CM22 Avances en el Diagnóstico y Tratamiento Temprano de la Displasia del Desarrollo de la Cadera.	Dra. Alma Iris Castillo. (Ortopeda Pediatra)
12:00-12:40	Mesa redonda con los expertos. Fiebre de origen desconocido. Abordaje diagnóstico.	Dr. Marco Tulio Luque. (Infectólogo Pediatra) Dra. Rosa Aguilar. (Inmunoalergóloga Pediatra)
12:40-13:00	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	
13:00-13.20	PREMIACIÓN DE TRABAJOS LIBRES MODALIDAD ORAL Y MODALIDAD POSTERS /CLAUSURA DEL CONGRESO.	

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES MODALIDAD ORAL
Jueves, 12 de septiembre

HORA	Cód.	TÍTULO
09:15	TL1	Satisfacción en cuidadores de pacientes pediátricos oncológicos del programa de cuidados paliativos del Hospital Escuela, 2023. Gerardo Castro
09:30	TL2	Infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres centrales en pacientes pediátricos oncológicos del Hospital Escuela. Gabriela Moya
09:45	TL3	Síndrome de Rapunzel: Causa de sub-oclusión intestinal en una adolescente. Luis E. Sánchez-Sierra
VIERNES, 13 DE SEPTIEMBRE		
09:00	TL4	Escalamiento de REDe: una red fundacional pionera en la expansión de la investigación sobre enfermedades infecciosas. Jackeline Alger
09:15	TL5	Proyecto The Global Health Network Latinoamérica y Caribe: fortaleciendo capacidades para investigar con ética y calidad en Honduras. Clarissa Aguilar
09:30	TL6	Hospital Escuela: importancia de la investigación ética y de calidad para mejorar la atención clínica. Jackeline Alger
09:45	TL7	Lactancia materna y el nacimiento humanizado: Experiencia en el Hospital Escuela. Xiomara Medina
SABADO, 14 DE SEPTIEMBRE		
07:15	TL8	Síndrome hemagofagocítico asociado a Escherichia coli en lactante. Laurie Annette Vindel
07:30	TL9	Aniridia congénita asociada a tumor de Wilms en un paciente pediátrico con sospecha de síndrome de WAGR. Wilfredo A. Perdomo
07:45	TL10	Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico (PIMS) asociado a dengue: informe de caso. Angélica C. Morales

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES MODALIDAD PÓSTER
Jueves y viernes, 12 y 13 de septiembre

HORA	Cód.	TÍTULO
De 09:00 a 17:00 horas	TL11	Síndrome de Evans asociado a infección por citomegalovirus en lactante menor de 4 meses
	TL13	Síndrome de Griscelli
	TL14	Síndrome de Chediak-Higashi
	TL15	COVID-19 en paciente con Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA): Reporte de caso
	TL16	Osteosarcoma condroblastico en maxilar derecho, reporte de un caso
	TL17	Endocarditis Bacteriana en Paciente Pediátrico con Linfoma No Hodgkin tipo Burkitt
	TL19	Síndrome de motoneurona superior secundario a quemadura por alta tensión en pediatría
	TL20	Linfoma No Hodgkin Primario de Sistema Nervioso Central en Preescolar Inmunocompetente: Reporte de Caso
	TL21	Pénfigo Vulgar, una entidad inusual en pediatría: Reporte de caso
	TL22	Tuberculosis Coxofemoral: Reporte de caso
	TL23	Desafíos en el Diagnóstico y Manejo de Atrofia Muscular Espinal Tipo 1: Reporte de Caso
	TL24	Adenitis Cervical Superficial en Pediatría: Reporte de Caso
	TL25	Ectopia cordis asociado a pentalogía de Cantrell. A propósito de un caso
TL26	Paciente pediátrico con Schwannoma lumbar sin neurofibromatosis	

CEREMONIA INAUGURAL Programa Jueves 12 de septiembre de 2024

Maestro de Ceremonia: Dr. Jesús Pineda
Local: Salón Viena, Hotel Clarión
Hora: 7:00 pm

Programa:

1. Himno Nacional de Honduras

2. Oración de Agradecimiento

- Dra. Scheybi Miralda

3. Palabras de Bienvenida

- Dra. María de la Cruz Fátima Rico
- Coordinadora General Comité Organizador
- XXI Congreso XIX Curso Nacional de Pediatría.

4. Inauguración del Congreso

- Dra. Ingrid Carolina Arambú Elvir
- Presidente de la Asociación Pediátrica Hondureña

5. Presentación de Hoja de Vida de la Dra. Ediltrudys Colindres Campos.

- a) Entrega de reconocimiento a la Dra. Ediltrudys Colindres Campos.
- b) Palabras de la Dra. Ediltrudys Colindres Campos.

6. Presentación de Hoja de Vida del Dr. Carlos Amílcar Godoy Mejía

- a) Entrega de reconocimiento al Dr. Carlos Amílcar Godoy Mejía.
- b) Palabras del Dr. Carlos Amílcar Godoy Mejía.

7. Presentación Artística

8. Cena



**Mención Honorífica
Dra. Ediltrudys Colindres**



**Mención Honorífica
Dr. Carlos Godoy**

CEREMONIA CLAUSURA
Programa
Viernes 13 de septiembre de 2024

Maestro de Ceremonia: Dra. Carolina Arambú
Local: Salón Viena, Hotel Clarion
Hora: 7:00 pm

Programa:

1. Palabras de Despedida

- Dra. Ingrid Carolina Arambú Elvir
 Presidente de la Asociación Pediátrica Hondureña

2. Presentación de la Conferencia “Hablemos de Calostro Bovino en lesiones de piel y quemaduras”

- a) Primer conferencista *Dr. Jorge Siwady.*
- b) Segundo Conferencista *Dr. Omar Mejía*

3. Cena.

**PROGRAMA CIENTIFICO DEL XXI CURSO, XIX CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA 2024,
TEGUCIGALPA, HONDURAS**

RESÚMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES (CM)

CM1 Deficiencia de Anticuerpos a Polisacáridos un desafío diagnóstico en Honduras en niños con Infecciones Recurrentes. Claudia Almendarez. Pediatra Especialista En Alergia e Inmunología Clínica Pediátrica. Dirección Médica Centro de Asma y Alergia; Universidad Tecnológica Centroamericana UNITEC, Tegucigalpa, Honduras.

Las Infecciones Respiratorias Recurrentes (IRR) en la infancia afectan la calidad de vida de las familias. Se estima que 30% de los niños afectados cursan con alergias respiratorias y un 10% con errores innatos de la inmunidad. La determinación de títulos de anticuerpos contra 13 o 23 serotipos de neumococo en pacientes con inmunoglobulinas normales podría identificar deficiencias selectivas de anticuerpos (SAD). Estudios internacionales indican que entre 5% a 23% de los pacientes podrían tener SAD. Sin embargo en Honduras, la disponibilidad y el alto costo de esta prueba limitan su aplicación diagnóstica. La deficiencia puede presentarse tanto con la vacuna conjugada de 13 serotipos (NCS13), disponible en vacunación del PAI, como con la vacuna de polisacáridos (PPSV23), disponible para poblaciones de riesgo. El diagnóstico se realiza midiendo anticuerpos antes y 8 semanas después de la administración de PPSV23. En Honduras, además del desafío diagnóstico, la cobertura vacunal hasta junio de 2024 fue baja (33-47%), con un aumento en la frecuencia de infecciones en niños tras la pandemia. En una revisión de 10 años en el Centro de Asma y Alergia, de más de 50 sospechas, sólo se pudo realizar la determinación de anticuerpos en 30 casos, de los cuales 11 mostraron una respuesta deficiente a más del 50% de los serotipos tras la vacuna PPSV23, sugiriendo SAD, siendo un 54.5% niños, en cuanto a las IRR se encontraron rinosinusitis purulenta, neumonía y otitis media. Algunos pacientes con respuesta deficiente a NCS13 mejoran con PPSV23, con tratamiento profiláctico antibiótico e inmunomodulación con gammaglobulina. La difusión de esta problemática puede incentivar a laboratorios locales a invertir en estas pruebas y a la comunidad médica a identificar oportunamente a los pacientes, reduciendo el uso de antibióticos y mejorando la calidad de vida de las familias.

CM5 Síndrome Hipotónico del Recién Nacido y Lactante. Rodolfo Miguel Colindres Rodríguez. Neurólogo Pediatra. Departamento de Pediatría. Hospital Escuela. Hospital María de Especialidades Pediátricas. Profesor Titular II, Departamento de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

La hipotonía, o disminución del tono muscular, se define como la disminución de la resistencia a la movilización pasiva y puede asociarse a una pérdida de fuerza o debilidad muscular. Si bien la hipotonía es un signo clínico que se presenta de forma frecuente en muchos síndromes clínicos, hay poca información respecto a su prevalencia, ya que se trata de un diagnóstico sindromático y no etiológico, lo que dificulta el llevar a cabo estudios epidemiológicos. Para su estudio, es importante determinar la localización de la lesión mediante examen neurológico detallado y así determinar si se trata de origen central o periférico lo cual es importante para tener un diagnóstico y con eso aproximarnos a su etiología. Se trata de origen central cuando afectan al cerebro y al tronco encefálico, ya sea de forma difusa o focal y origen periférico cuando afectan el sistema nervioso periférico, en concreto de la unidad motora que comprende las motoneuronas del asta anterior espina. Un estudio mostró que, del total de recién nacidos hipotónicos, 83% correspondió a causas centrales, destacando encefalopatía hipóxico-isquémica (49%) y genopatía (15%). Las causas periféricas correspondieron a 17%, destacando hipermagnesemia (68%) y miopatías (21%). El primer aspecto para evaluar es la postura seguida por el tono muscular en sí a través de maniobras específicas que forman parte de la valoración neurológica del recién nacido y lactante, como son el signo de la bufanda, los aductores, el ángulo poplíteo y la dorsiflexión del pie, y la suspensión ventral y dorsal. Discernir la etiología de la hipotonía neonatal reviste suma importancia, para orientar el estudio y el enfoque del tratamiento. A menudo, el trastorno acarrea consecuencias para embarazos futuros y, en muchos casos, no existe tratamiento específico.

CM6 Enfermedad de Kawasaki: Afección Cardíaca.

Mario Roberto Yanes Oviedo. Pediatra Especialista en Cardiología Pediátrica, Hospital María, Especialidades Pediátricas, Tegucigalpa, Honduras

La Enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis aguda de etiología incierta que afecta vasos de pequeño y mediano calibre. Es la causa más común de enfermedad cardíaca adquirida en niños. Hasta un 25% de pacientes no tratados desarrollan lesión coronaria, cifra que se reduce a 4% cuando se trata oportunamente. El 85% sucede en <5 años, con máxima incidencia entre 18 y 24 meses. Es raro antes de los 3 meses o después de 5 años, presentando ambos grupos mayor riesgo de aneurismas coronarios. Los criterios diagnósticos de la Asociación Americana del Corazón (American Heart Association): fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) ≥ 5 días más y al menos cuatro de los siguientes cinco criterios: inyección conjuntival bilateral no purulenta, cambios en mucosa oral (labios fisurados, lengua de fresa, faringe roja), alteraciones en extremidades (enrojecimiento y/o edema en palmas y plantas en fase aguda y descamación posteriormente), erupción cutánea difusa y linfadenopatía cervical ($\geq 1,5$ cm), pueden presentarse otros síntomas y hallazgos laboratoriales que son de utilidad sobre todo en los casos de EK incompleto. Las complicaciones cardíacas representan la mayor causa de morbimortalidad, pueden presentar inflamación del pericardio, miocardio, endocardio y arterias coronarias por tanto las evaluaciones pertinentes y seguimiento por cardiólogo pediatra son primordiales. El tratamiento inicial es la inmunoglobulina intravenosa, idealmente en los primeros 10 días de enfermedad asociado con ácido acetilsalicílico (AAS) a dosis moderadas (30-50 mg/kg/día cada 6 h) hasta que el paciente esté 48-72 h afebril, luego a dosis antiagregante (3-5 mg/kg/día en una dosis) manteniéndose esta dosis hasta 6-8 semanas del inicio de la enfermedad y hasta normalización de plaquetas, reactantes de fase aguda y ecocardiograma normal. Se han propuesto otros tratamientos, pero la mayoría no han demostrado mejorar el pronóstico coronario o sus efectos secundarios son importantes por tanto solamente deben ser indicados por expertos.

CM8 Lo que el Pediatra debe saber de Disfunción Vesicointestinal: Alejandro José Bustillo Ponce. Médico Pediatra, Sub-especialista en Cirugía Pediátrica y Sub-especialista en Urología Pediátrica. Hospital María, Especialidades Pediátricas HMEP. Tegucigalpa, Honduras.

Desde la década del 60 se reconocía la afectación del tracto urinario debido al estreñimiento, pero es hasta finales del

siglo pasado que mejoró la comprensión de estas relaciones y su impacto clínico. La disfunción vesicointestinal (DVI) en pediatría ocurre por la interacción anormal entre la vejiga y el intestino, estrechamente relacionados embriológica, anatómica y fisiológicamente. En estudios epidemiológicos se documenta en alrededor del 5% de los pacientes con disfunción del tracto urinario inferior. En Honduras podrían existir condiciones similares, aunque los datos específicos son limitados a la fecha. Desde el punto de vista clínico, la DVI puede manifestarse como dos o más de las siguientes condiciones: disfunción del tracto urinario inferior, infección de vías urinarias, estreñimiento, dolor abdominal crónico, entre otros. El diagnóstico puede ser difícil cuando hay poca sensibilización sobre este padecimiento, debido al traslape de los síntomas. El desconocimiento del problema debido a poca comunicación o tabú del niño, así como el poco apego al seguimiento médico por parte de los familiares tampoco contribuyen a un tratamiento oportuno. Se requiere una evaluación clínica minuciosa y estudios de imagen que incluyen radiografía simple de abdomen y ultrasonido renal incluyendo vías urinarias para el abordaje de esta condición. El tratamiento incluye cambios de estilo de vida y la forma de orinar (uroterapia estándar), medidas farmacológicas orientadas a mejorar el funcionamiento vesicointestinal y muy rara vez procedimientos quirúrgicos. Es un reto empoderar a los familiares y cambiar paradigmas en el personal de salud, por lo que un mayor reconocimiento de la DVI, disponer de un equipo multidisciplinario, implementar protocolos de diagnóstico y tratamiento estandarizados, así como la educación a padres y cuidadores son cruciales para la detección temprana, manejo oportuno y mejora en la calidad de vida.

CM9 El paciente Autista en la Evaluación Pediátrica Rutinaria. Jessica Barahona Rivera. Médico Psiquiatra, Sub especialista en Psiquiatría, Alta especialidad en Autismo, Secretaria de Salud, Hospital Escuela, Departamento de Pediatría, Profesor Titular II, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

El trastorno del espectro autista (TEA), es un trastorno del neurodesarrollo que inicia en los primeros años de vida y se caracteriza por alteraciones persistentes en la comunicación e interacción social, patrones restrictivos y repetitivos del comportamiento. El diagnóstico de TEA puede realizarse a partir de los 18-24 meses de edad cuando algunos de los síntomas característicos se presentan. La estimación global más reciente sobre la prevalencia del TEA es de 65/10,000, a nivel nacional no se cuentan con datos de prevalencia de esta condición. Los padres suelen reconocer retrasos en el desarrollo de

forma anormal en sus hijos antes de los 2 años, pero llegar a un diagnóstico formal se logra muchos años después. Entre los síntomas se pueden presentar algunos retrasos en el lenguaje hablado, gestos, atención conjunta, señalamiento, juego e interacción social que pueden orientar de forma temprana su diagnóstico. Por lo anterior reconocer los signos tempranos de la presentación del TEA debe de ser un objetivo en la evaluación pediátrica de rutina. Para esto el cuestionario de reconocimiento de los síntomas tempranos del autismo representa una herramienta de mucha utilidad, permitiendo la toma de decisiones de manera oportuna. Podemos concluir que la detección e intervención del TEA en etapas tempranas de la vida puede ayudar a reducir la severidad de los síntomas, proporcionando una mejor calidad de vida en los pacientes con este diagnóstico.

CM10 Uso Adecuado de Esteroides Tópicos en Pediatría “Evitemos Consecuencias” Iris Rosbinda Álvarez Montiel. Dermatóloga pediatra, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Tegucigalpa, Honduras

En el año 1949 Kendall & Reichstein describen por primera vez la cortisona, para 1956 Sulzberger y Witten la describen como sustancia F y es a partir de la hidrocortisona que se realizan los procesos de esterificación, metilación y haloenización, permitiendo la clasificación que posteriormente influirá en las conocidas acciones de los esteroides como: penetrabilidad, liposolubilidad, actividad prolongada, siendo la principal su acción como anti inflamatorio. Entre los efectos secundarios tópicos puede desarrollar atrofia, telangiectasias, hipertrichosis, despigmentación y su uso prolongado resulta en la absorción sistémica con osteopenia, osteoporosis, síndrome de Cushing. Al momento de aplicar un esteroide se debe tomar en cuenta a quien va dirigido, edad del paciente, sitio anatómico, tipo de lesión, responsabilidad familiar y quien aplicará el medicamento de esta manera aseguramos que la aplicación del medicamento sea adecuada y correcta, debido al riesgo de absorción y complicaciones a largo plazo. Los factores de la piel de la integridad de la barrera cutánea, potencia de esteroide, vehículo de la presentación y técnica de aplicación que incluye cantidad, frecuencia y duración influyen en la absorción. La cantidad a aplicar debe de ser del tamaño de la última falange y dependerá del sitio anatómico y edad del paciente. Existen presentaciones con diferentes vehículos como ungüentos, pomadas, lociones, geles o cremas asimismo combinaciones de esteroides tópicos con otras sustancias como ácido salicílico, calcipotriol, antibióticos, etc, se debe de individualizar el uso adecuado según la necesidad y caso clínico para evitar secuelas. Otras

alternativas terapéuticas con similares efectos a los esteroides son los inhibidores de calcineurina, con buenos resultados antiinflamatorios pero con menos efectos secundarios.

CM14 Detección Temprana de Trastorno del Espectro Autista. Aldo Jafet Blanco Lobo. Neurólogo Pediatra, Experto Universitario en Trastornos del Neurodesarrollo, Hospital María, Especialidades Pediátricas, Tegucigalpa, Honduras,

El trastorno del espectro autista se define, como una afectación del neurodesarrollo desde un punto de vista neurobiológico, en el cual se encuentra involucro de las esferas socio comunicativas, patrones restrictivos y repetitivos, las primeras conceptualizaciones aparecen en el año de 1944, Leo Kanner y Hans Asperger. Se estima una prevalencia de 23.6 por 1000 niños y 5.3 por 1000 niñas en la población de Estados Unidos, con respecto a estadística nacional no existen estudios prevalentes grandes de la condición, en los últimos años se ha incrementado la prevalencia, posiblemente a cambios de criterios, a mayor conocimiento de los profesionales y los métodos de detección temprana. Clínicamente debemos tener en cuenta la detección temprana para iniciar una intervención que ayude a mejorar el pronóstico, dentro de algunas banderas rojas a identificar antes de los 2 años de edad, tenemos, ausencia de sonrisa social, bajo contacto visual, no dar los brazos, no señalar de manera adecuada, el no reconocer su nombre, la ausencia de decir hola o adiós con la mano, baja reciprocidad comunicativa y social, pueden aparecer de manera temprana los rasgos de patrones rígidos y repetitivos, como estereotipias, juego simbólico inadecuado, conductas rutinarias, alteraciones sensoriales, no solamente sonoras, si no también sensorial piel, no tolerar texturas, el tener inicialmente patrones de selectividad alimentaria, entre otros. Una vez identificada la sospecha clínica aún sin tener certeza diagnóstica se debe instaurar a la prontitud el tratamiento multimodal, consistente en terapias múltiples enfocadas a reducción de patrones previamente mencionados, mejorar la reciprocidad socio comunicativa, entre otros, se ha identificado que una intervención temprana mejora el pronóstico global de la situación, es por ello que los médicos de atención primaria y que se encuentra en formación deben tener el conocimiento para identificar de manera temprana para no demorar su tratamiento.

CM15 Abordaje del Paciente Politraumatizado previo al Traslado. Sandra Flores, Pediatra Intensivista, Hospital Escuela, Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad Católica de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

El paciente politraumatizado presenta lesiones a consecuencia de un trauma que puede afectar 2 o más órganos, o al menos una lesión que pueda poner en peligro de muerte su vida. Es una causa frecuente de atención en los diferentes servicios de emergencias, representando la primera causa de muerte y discapacidad en los niños mayores de 1 año. Según el Centro de Atención de Control de Enfermedades en Estados Unidos se reporta que 17,000 niños mueren anualmente por lesiones asociadas al trauma, siendo la lesión no intencional como la primera causa de muerte entre 1 y 18 años de edad. La Organización Mundial de la Salud reportó en el año 2008 que la mortalidad asociada con trauma en población pediátrica a nivel mundial oscilaba alrededor de 27.1%; en Europa fue del 54.5%, teniendo en cuenta que el 47% ocurre por accidentes de tránsito. En Honduras se han publicado estudios previos que revelan que dentro de los mecanismos más comunes es el atropellamiento por autos y caídas de precipitación, siendo más frecuente en el sexo masculino. La atención al paciente pediátrico politraumatizado implica conocimiento y así poner en práctica la metodología de valoración y tratamiento. Este debe de ser continuada, coordinada, con reevaluación constante, incluyendo los siguientes pasos de actuación: valoración primaria y resucitación, valoración secundaria, categorización y triage, derivación y transporte, reevaluación continua y cuidados definitivos. Es fundamental una buena evaluación y reanimación inicial, pero tan importante como estas, la categorización y el transporte al centro de atención más adecuado para dar un tratamiento definitivo. La decisión de trasladar a un paciente siempre se debe de basar en una valoración de los beneficios potenciales del traslado frente a los riesgos potenciales derivados del mismo. La adhesión a las recomendaciones de sistematización de ATLS se relaciona a disminución de la mortalidad.

CM17 ¿Cómo dar Malas Noticias? Gerardo Castro. Médico Hemato-Oncólogo Pediatra, Medicina Paliativa de Niños y Adolescentes. Secretaría de Salud, Hospital Escuela, Departamento de Pediatría, Tegucigalpa, Honduras.

Cualquier información negativa sobre el estado de salud, constituye una mala noticia. “Es cualquier información que

afecte adversamente la visión de un individuo sobre sí mismo y su futuro”. La manera en que se brinda la información puede afectar la comprensión de esta, el ajuste psicológico y la adherencia al tratamiento. Una mala noticia no es agradable para quien la recibe, pero tampoco para quien la da. Interrogantes: ¿Decir o no decir? ¿Cuánto decir? ¿Cómo decir una mala noticia? ¿Quién es el responsable de comunicarla? ¿A quién se le comunica? ¿Qué daño puede causar una noticia? ¿Cómo balancear verdad y esperanza? ¿Desean los pacientes saber la verdad? ¿Qué le ocurre al profesional al comunicar una mala noticia? ¿Se puede “proteger” al paciente y su familia del impacto de una mala noticia? Un protocolo frecuentemente conocido y utilizado es el elaborado por Buckmann y col. Éste estructura el proceso de comunicación de una noticia adversa en los siguientes 6 pasos que son resumidos en el acrónimo **SPIKES** traducido al español como **EPICEE** (aludiendo a la palabra “epicentro” fácil de recordar): Entorno (preparación personal y del lugar), Percepción del paciente sobre su condición, Invitación a recibir información, Conocimiento (entrega de información), Exploración y acogida de los sentimientos y Estrategia futura. Frases hechas que NO tienen ningún valor terapéutico y que deben evitarse: Todas las personas nos vamos a morir»: obviedad que no comprende ni le interesa. «Sé cómo te sientes»: siempre falso, toda experiencia es única e intransferible. Quizá podamos imaginarlo por experiencias de otras personas. Tienes que ser bueno»: «Tu familia te quiere mucho», «Si lloras nos ponemos tristes»: pone una carga de responsabilidad innecesaria. Tienes que ser fuerte»: exigirle un tipo de conducta que coarta su necesidad de expresar el dolor a través del llanto.

CM19 Tamizaje con Oximetría de Pulso en Recién nacidos para Diagnóstico de Cardiopatías Congénitas Críticas. Emma Grissel González Rodríguez. Médico con especialidad en Pediatría y subespecialidad en Cardiología Pediátrica, Profesor de Pediatría Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Cardióloga Pediatra Hospital Escuela y Hospital María, Especialidades Pediátricas. Tegucigalpa, Honduras

Algunos recién nacidos (RN) en las primeras horas o días de vida se manifiestan asintomáticos y aparentemente sanos; sin embargo, pueden tener condiciones de salud graves, como cardiopatías congénitas (CC), neumonía, sepsis, hipertensión pulmonar persistente y otras patologías, las cuales se detectan al encontrar hipoxemia en la pulsioximetría de pulso. Las CC constituyen la malformación congénita más frecuente y las formas más críticas ameritan una intervención de emergencia, que si no se llevan a cabo su mortalidad y las tasas de

supervivencia con discapacidad son extremadamente altas; ocurren de 1-3 por cada 1.000 nacidos vivos, razón por la que su diagnóstico en la etapa asintomática puede disminuir la morbi-mortalidad en este grupo de pacientes. Desde el año 2016 se implementó el tamizaje con oximetría de pulso a todos los RN en la sala de puerperio del Hospital Escuela, realizado por estudiantes de medicina, médicos generales y médico pediatra entre las 12-24 horas de vida de los RN, midiendo la oximetría preductal (mano derecha) y postductal (cualquiera de las extremidades) se refiere negativo cuando la saturación pre y postductal es mayor de 95% con un diferencial menor de 3%, dudoso al encontrarse entre 90-94%, y positivo si existe un diferencial mayor de 3% entre pre y postductal o saturación menor de 90%, remitiéndose de inmediato al servicio de cardiología pediátrica para realizar ecocardiograma. El tamizaje con oximetría de pulso ha sido una herramienta de diagnóstico fundamental en el cuidado de los RN, diagnosticando no solo todo tipo de cardiopatías congénitas críticas, así como también patologías pulmonares como neumonía congénita, hernia diafragmática, hipertensión pulmonar persistente, sepsis neonatal, hipoglicemia. Estos hallazgos junto con la evidencia internacional reafirman la importancia de realizar pulsioximetría de pulso a todos los RN aparentemente sanos previo al alta.

CM21 Desafíos en el Manejo del Dengue. Scheybi Teresa Miralda Méndez. Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Pediatría, Cuidados Intensivos Pediátricos, Oncología Crítica, Toxicología Clínica. Secretaría de Salud, Hospital Escuela, Servicio de Emergencia de Pediatría, Tegucigalpa, Honduras.

La infección por virus del dengue (DENV) es una arbovirosis transmitido por la picadura del mosquito *Aedes aegypti* (vector); endémico en más de 128 regiones tropicales y subtropicales. En Honduras, circulan cuatro serotipos DENV 1, 2, 3, 4, que ocasionan brotes de enfermedad febril. Según el reporte del Departamento de Gestión de la Información del Hospital Escuela entre enero a junio del 2024 fueron hospitalizados 456 niños con diagnóstico confirmado por dengue, fallecieron 10 casos, para una mortalidad del 2.19% (10/456). En niños, la infección inicia con síntomas leves, no obstante, esta condición clínica puede preceder al shock debido a que progresa en tres fases: virémica febril, crítica (con o sin señales de advertencia) y recuperación que en algunos casos puede provocar fuga de plasma, hemorragia, insuficiencia orgánica y shock con desenlace fatal. Las manifestaciones incluyen debilidad repentina, anorexia, letargo, dolor epigástrico y vómitos persistentes; hallazgos más alarmantes: frialdad en extremidades, petequias dispersas, trombocitopenia ($<100\ 000\ \text{mm}^3$), anuria, pulso

débil y rápido, nivel de aspartato aminotransferasa o alanina aminotransferasa $\geq 1000\ \text{UI/L}$, cianosis circumoral, aumento del hematocrito, hipovolemia, niveles séricos bajos de albúmina y evidencia ecográfica de derrames serosos. El manejo resulta un desafío debido a que requiere una regulación meticulosa de la administración parenteral de líquidos y coloides durante el período de aumento de fuga vascular, junto con el manejo de la hemorragia; sin obviar que todo el líquido administrado sea reabsorbido y producir sobrecarga que contribuye a la mortalidad. Se recomiendan soluciones cristaloides isotónicas, excepto en lactantes <6 meses de edad, en quienes se puede utilizar cloruro de sodio al 0.45%; el lactato de Ringer es suficiente para reanimar niños con síndrome de shock por dengue moderadamente grave y con pérdida masiva de plasma o que no responden al volumen máximo de cristaloides. Coloides isooncóticos/albúmina no se recomiendan.

CM22 Avances en Diagnóstico Temprano y Tratamiento de Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC).

Alma Iris Castillo Rivera, Ortopeda -Traumatóloga, Sub especialista Ortopeda Pediatra; Master Gerencia Hospitalaria; Hospital Escuela, Departamento de Pediatría; Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento de Pediatría; Clínicas Viera; Tegucigalpa, Honduras.

El diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de la displasia del desarrollo de la cadera (DDC) tiene relevancia en la población pediátrica y en la patología musculoesquelética. Representa la deformidad congénita del aparato locomotor más frecuente. Su mal manejo genera discapacidad en niños y adultos. Su diagnóstico temprano y manejo adecuado conlleva la normalidad; su manejo tardío tiene pobres resultados. Estadísticas: Cadera luxada 1- 5/1000 niños; subluxación y displasia 10/1000 niños. Al implementar tamiz ecográfico universal, incidencia es 25-50/1000. El 80% de afectaciones en sexo femenino; 6 a 1. Epidemiología: 1 en 100 para todas las formas de displasia; incidencia 1 a 34 casos/1000 nacimientos; y prevalencia de 1 a 1.5 en nacidos vivos. Necesidad de realizar tamizaje; antecedentes familiares, género femenino, posición pélvica, primigesta, oligohidramnios y embarazos múltiples. El signo de Ortolani-Barlow solo presente en un 30% de casos y la limitación de la abducción de las caderas y su asimetría es signo más confiable y patognomónico de la displasia. El estándar de oro en diagnóstico temprano de la DDC es el tamizaje ultrasonográfico Método Graf en todos los recién nacidos entre 4-6 semanas; indicación absoluta del mismo, presentación pélvica, los antecedentes familiares y la inestabilidad clínica. Este tamizaje describe las características

anatómicas de caderas menores de 6 meses y su estudio es operador dependiente. Se recomienda el tamizaje a todos los recién nacidos, priorizando presentación pélvica, cualquier sospecha clínica, limitación de abducción y clic en caderas. Es necesario identificar factores de riesgo mayores o menores para diagnóstico y tratamiento oportuno. El diagnóstico precoz de la DDC incide en el tiempo y tratamiento a ofrecer y en el pronóstico a largo plazo de funcionalidad de la articulación. Identificar signos clínicos, correcta interpretación de imágenes y oportuna derivación a sub especialista sellan el destino de funcionalidad de la cadera.

RESÚMENES DE CONFERENCIAS TALLER (CT)

CT3 Diagnóstico y Tratamiento de Intoxicación por Animal Ponzoso. Scheybi Teresa Miralda Méndez. Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Pediatría, Cuidados Intensivos Pediátricos, Oncología Crítica, Toxicología Clínica. Secretaría de Salud, Hospital Escuela, Servicio de Emergencia de Pediatría, Tegucigalpa, Honduras.

Los animales ponzoñosos producen sustancias tóxicas compuestas por sales inorgánicas/orgánicas, péptidos y enzimas; producen efectos nocivos locales y/o sistémicos. La Organización Mundial de la Salud considera un problema de salud pública la intoxicación por animales ponzoñosos debido al número elevado de casos, asociado al desequilibrio ecológico y crecimiento urbano no planificado. Están incluidas en las Enfermedades Tropicales Desatendidas. Entre estos animales se incluyen especies de serpientes, escorpiones, arañas, entre otros. Particularmente, las mordeduras de serpientes, de notificación obligatoria, involucra familias Viperidae: Bothrops (Barba Amarilla), Bothriechis, Atropoides, Porthidium (Tamagás), Agkistrodon y Crotalus (Cascabel); y Elapidae: Micrurus (Coral). Las manifestaciones: Inflamación y dolor en el sitio de la lesión. Los criterios clínicos de severidad (Grado 0-III) son hemorragia, necrosis tisular, ictericia, convulsiones, coma y/o parálisis. Las complicaciones: celulitis, edema pulmonar, síndrome compartimental, coagulopatía de consumo, insuficiencia renal aguda, paro respiratorio, shock hipovolémico, anafilaxia y muerte. Algunas secuelas (ceguera y/o amputación). Tratamiento: suero antiofídico polivalente (inmunoglobulinas equinas c.s.p.) neutraliza veneno de Bothrops asper, Crotalus durissus y Lachesis muta. Para Coral (suero anticoral) neutraliza veneno de Micrurus. Respecto a las arañas, las que producen mayor toxicidad son el género Latrodectus; su principal representante Latrodectus mactans, conocida como “viuda negra”, mide 5-15 milímetros, de cuerpo negro brillante y una marca roja en forma de reloj de arena en el abdomen.

Producen dolor y eritema a los pocos minutos de la mordedura y un punto central; además, síntomas neuromusculares (taquicardia, taquipnea, hipertensión). Algunos progresan a latrodectismo (rigidez muscular difusa, calambres, sensibilidad). El antídoto: inmunoglobulina monovalente anti arácnido. En el caso de las arañas pardas, del género Loxosceles, causan envenenamiento denominado loxoscelismo. Se caracterizan por lesiones dermonecroticas con propagación gravitacional que se denomina aracnidismo necrótico o gangrenoso. Algunos casos desarrollan manifestaciones sistémicas: problemas renales y alteraciones hematológicas (hemólisis, trombocitopenia y coagulación intravascular). El antídoto: inmunoglobulinas equinas c.s.p.

PROGRAMA CIENTIFICO DEL XXI CURSO, XIX CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA 2024,
TEGUCIGALPA, HONDURAS

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL)

MODALIDAD ORAL

1TL Satisfacción en Cuidadores de Pacientes Pediátricos Oncológicos del Programa de Cuidados Paliativos del Hospital Escuela, 2023. *Elia Acosta,¹ Gerardo Castro,² José Samra,³ Douglas Varela.⁴* ¹Médico Residente Postgrado de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas; ²Médico Hemato-Oncólogo Pediatra, Medicina Paliativa de Niños y Adolescentes, Hospital Escuela, ³Médico Especialista en Pediatría, Hospital Escuela, ⁴Médico Neurólogo Pediatra, Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: los cuidados paliativos (CP) tienen el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. El grado de satisfacción de los padres o cuidadores de los pacientes son fuente importante para valorar fortalezas y debilidades, de esta forma implementar nuevos enfoques a la atención y mejorar el programa. **Objetivo:** evaluar la satisfacción de padres o cuidadores respecto a la atención brindada por parte de la Unidad de CP del Departamento de Pediatría del Hospital Escuela, período julio – agosto 2023. **Métodos:** estudio descriptivo transversal. El muestreo no probabilístico se estimó en 124 padres/cuidadores, quienes fueron invitados a participar mediante consentimiento informado. El grado de satisfacción se registró mediante una encuesta para conocer la percepción respecto a la atención. Se empleó U de Mann Whitney, Chi cuadrado y Spearman para el análisis estadístico. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética e investigación biomédica (CEIB) de la Facultad de Ciencias Médicas UNAH. **Resultados:** de un total de 124 participantes, se observaron niveles altos de satisfacción. El 83.9% de cuidadores describió como “excelente” la calidad de atención recibida. El 92.7% consideró que el personal de salud se supo comunicar en términos claros. El 100% se sintió apoyado y escuchado. Además, el 100% afirmó sentir que sus decisiones fueron respetadas. La zona de residencia (rural vs urbana) se observó relacionado a menor facilidad de acceso para la atención a cuidados paliativos ($p < 0.001$; OR 10.7; IC95% 3.8-30.2). **Conclusiones/recomendaciones:** las sugerencias y puntos de mejora según los cuidadores incluyeron: «la posibilidad de que «se realicen visitas domiciliarias», «apoyo del transporte para citas», «brindar prioridad a cuidadores con pacientes

oncológicos cuando asisten a hospitales» y «citas más frecuentes». Se recomienda implementar nuevos enfoques de atención, solicitud de insumos y personal médico, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales capacitados en CP.

TL2 Infecciones del Torrente Sanguíneo Asociadas a Catéteres Centrales en Pacientes Pediátricos Oncológicos del Hospital Escuela. *Gabriela Moya¹, Sara Rivera², Marco Luque³, Clarissa Aguilar⁴.* ¹Especialista en Pediatría Instituto Hondureño de Seguridad Social, ²Infectóloga Pediatra Hospital María de Especialidades Pediátricas, ³Infectólogo Pediatra Hospital Escuela Universitario, ⁴Oncóloga Pediatra, Departamento de Gestión Académica e Investigación, Hospital Escuela, Tegucigalpa Honduras, Doctoranda UNAN-Managua/CIES Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Nicaragua.

Antecedentes: los Catéteres Venosos Centrales (CVC) son vitales en el tratamiento de neoplasias pediátricas. No obstante, su uso conlleva el riesgo de infecciones del torrente sanguíneo, exigiendo abordajes preventivos efectivos. **Objetivo:** determinar la incidencia y factores relacionados a infecciones del torrente sanguíneo asociados a catéter venoso central en pacientes pediátricos en la unidad de Hematooncología. **Metodología:** se realizó estudio observacional, prospectivo con los pacientes de la sala Hematooncología Pediátrica del Bloque materno infantil del Hospital Escuela Universitario en Tegucigalpa, en el período de noviembre del 2022 a marzo del 2023. Antes de recolectar la información se contó con la aprobación del comité de Ética en investigación y biomédica (CEIB) de la facultad de ciencias médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. **Resultados:** durante el período de estudio identificamos 17 episodios de CLABSI (Infecciones de torrente sanguíneo asociada a Catéter venoso central) en 39 pacientes que portaron 61 CVC, se calculó una tasa de CLABSI de 14.9 infecciones por cada 1000 días-catéter, la media de tiempo entre la colocación del CVC y el diagnóstico de CLABSI fue de 11.6 días, los pacientes más afectados con CLABSI fueron los diagnosticados con Leucemia Linfocítica y Mielocítica. Entre los factores asociados más importantes encontramos la enfermedad de base, la persona que inserta el CVC, el tiempo de permanencia del catéter, la

neutropenia y trombocitopenia, sin embargo los hallazgos no fueron estadísticamente significativos. Los microorganismos aislados más frecuentes fueron los Gram negativos, entre ellos *Pseudomona fluorescens* y *Acinetobacter baumannii*. 1 paciente falleció por choque séptico durante el estudio.

Conclusión: la tasa de CLABSI en la población de estudio es 3 veces más alta que en países en desarrollo. **Recomendaciones:** implementar un sistema de vigilancia para la prevención de infecciones por catéter en la sala de Hematooncología pediátrica trabajando en conjunto con infectología y epidemiología.

TL3 Síndrome de Rapunzel: Causa de Suboclusión intestinal en una Adolescente: reporte de Caso.

Arlin Ordoñez¹, Luis Enrique Sánchez-Sierra², Cinthya Karina Mejía Escobar^{3,4} ¹Cirujano Pediatra. Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Escuela; ²Médico Residente Posgrado de Cirugía Pediátrica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ³Médico Epidemiólogo, Departamento de Gestión Académica e Investigación, Hospital Escuela. ⁴Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal.

Antecedentes: el Síndrome de Rapunzel (SR) es un trastorno digestivo causado por la tricofagia se relaciona con la tricotilomanía. Los tricobezoares, formados por la ingesta de cabello, requieren con frecuencia cirugía y se asocian con enfermedades mentales subyacentes. Generalmente, se localizan en estómago, pudiendo extenderse hasta intestino delgado. La prevalencia del SR no está bien documentada debido a su rareza, se estima que la tricofagia ocurre en aproximadamente el 10-30% de las personas con tricotilomanía (1-2% en la población general). Del SR se han reportado menos de 100 casos en la literatura médica. Presentamos el caso de un SR en una adolescente con antecedentes de tricotilomanía y tricofagia, asociados a trastornos del estado de ánimo. **Descripción del Caso Clínico:** femenina de 14 años con antecedentes de ansiedad y depresión, tratada con psicoterapia, presentó dolor abdominal intermitente, náuseas, vómitos posprandiales, pérdida de peso durante tres meses. Al examen físico, se encontró una masa en epigastrio de bordes definidos 7x7 cm de diámetro, no móvil, dolorosa y no depresible. La tomografía computarizada mostró una masa intraluminal en el estómago y duodeno. La endoscopia confirmó un tricobezoar gástrico y duodenal. Se realizó laparotomía exploratoria y extracción del bezoar, de 36 cm de longitud, 8 cm de ancho y 5 cm de grosor. La paciente recibió seguimiento multidisciplinario con cirugía, gastroenterología, psiquiatría y nutrición pediátrica.

Conclusiones y recomendaciones: el SR es potencialmente grave y requiere un alto índice de sospecha en pacientes con síntomas gastrointestinales inespecíficos, de evolución crónica y antecedentes psiquiátricos. La extracción quirúrgica del bezoar es el tratamiento de elección, basados en una evaluación integral, y manejo multidisciplinario, esencial en la prevención de recurrencias y pronóstico. Un diagnóstico temprano evita complicaciones como obstrucción intestinal, perforación y peritonitis.

TL4 Escalamiento de REDe: una Red Fundacional Pionera en la Expansión de la Investigación sobre Enfermedades Infecciosas en América Latina y el Caribe.

Jackeline Alger,¹ Bonny Baker,² Daniela Morelli,² Raman Preet,³ Lyda Osorio,⁴ Cristiani Vieira Machado,⁵ Héctor García,⁶ Julio Canario,⁷ Ezequiel García Elorrio,⁸ Fernando Rubinstein,⁸ Nina Jamieson,⁹ Trudie Lang.² ¹Hospital Escuela; Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Honduras; ²The Global Health Network, Universidad de Oxford, Reino Unido; ³Departamento de Epidemiología y Salud Global, Universidad de Umeå, Umeå, Suecia; ⁴Universidad del Valle, Colombia; ⁵Fundación Oswaldo Cruz - Fiocruz, Brasil; ⁶Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú; ⁷Fundación Etikos, República Dominicana; ⁸Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Argentina; ⁹Consortio Internacional de Infecciones Respiratorias Agudas Graves y Emergentes, Universidad de Oxford, Reino Unido.

Antecedentes: creada para responder al brote emergente de Zika de 2015-2016, la red REDe (<https://rede.tghn.org/>) se estableció para brindar apoyo en la implementación de investigaciones coherentes y de alta calidad en las comunidades afectadas de Latino América y el Caribe (LAC). Los logros de la red REDe han sentado las bases para una plataforma de investigación regional ampliada dirigida a las enfermedades infecciosas: The Global Health Network LAC (TGHN LAC, <https://lac.tghn.org/>). **Descripción de la Experiencia:** trabajando en colaboración con equipos de investigación clínica que operan en tres consorcios financiados por la Unión Europea (ZikAlliance, ZikAction, ZikaPlan), la red REDe estableció un programa de formación en habilidades y cursos en línea, plantillas de documentación de estudios, a través de centros regionales en: Brasil, Honduras y Perú para coordinar estos esfuerzos. Con una fuerte respuesta liderada por las comunidades de investigación locales, REDe cuenta con más de 10,075 miembros y 91,000 visitas de 43,644 usuarios de 195 países. Cuenta con una creciente biblioteca de recursos de investigación. La formación

se imparte en varios idiomas (portugués, español, inglés), con el desarrollo de un currículo esencial de formación en habilidades de investigación del Programa Especial TDR de UNICEF/UNDP/Banco Mundial/OMS. Además, se desarrollaron comunidades de práctica especializadas en el síndrome de Guillain-Barre, el Control Global de Vectores, los Defectos Congénitos y las Neuroinfecciones. **Lecciones aprendidas:** adoptada activamente por los profesionales de la salud, la red REDe marcó el liderazgo y los cimientos del consorcio TGHN LAC, que integra centros asociados en seis países de la región (Argentina, Brasil, Colombia, Honduras, Perú, República Dominicana) y la Universidad de Oxford, Reino Unido. La importante expansión se basa en el despliegue de los proyectos “PathFinder”, involucramiento de otros centros en actividades/iniciativas de fortalecimiento de capacidades y la implementación activa del currículo esencial de formación en habilidades de investigación.

TL5 Proyecto The Global Health Network Latinoamérica y Caribe: Fortaleciendo Capacidades para Investigar con Ética y Calidad en Honduras. *Clarissa Aguilar,¹ Xiomara Medina,^{1,2} José Roberto Andino,^{1,2} Katia López,^{1,2} Mónica Medina,^{1,2} Cinthya Mejía,^{1,2} Carlos Sánchez,³ Diana Varela,^{2,4} María Alejandra Ramos,⁵ Jackeline Alger.^{2,6}* ¹Hospital Escuela, Departamento de Gestión Académica e Investigación; ²Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; ³Hospital Escuela, Dirección de Atención Integral en Salud; ⁴Hospital Escuela, Departamento de Medicina Interna, Servicio de Infectología; ⁵Hospital Escuela, Departamento de Medicina Interna, Servicio de Endocrinología; ⁶Hospital Escuela, Departamento de Laboratorio Clínico, Servicio de Parasitología; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: con el objetivo de mejorar la base de competencias de los equipos de investigación en el Hospital Escuela (HE) se desarrolla el proyecto “The Global Health Network Latinoamérica y el Caribe (TGHN-LAC): Crear equidad en la investigación sanitaria conectando la excelencia y compartiendo conocimientos”, en el campo de las enfermedades infecciosas emergentes. El proyecto utiliza un enfoque de consorcio regional, basado en la web, para la movilización del conocimiento, iniciativas educativas y el aprendizaje tácito. **Descripción de la Experiencia:** TGHN-LAC (<https://lac.tghn.org/>) se implementa desde noviembre 2023, ejecutando un plan de trabajo que integra una serie de actividades que fomentan el desarrollo profesional creando oportunidades para que los trabajadores de la salud e investigadores mejoren y amplíen sus

habilidades y conocimientos en investigación. Estas actividades incluyen la realización de Webinars, Talleres de capacitación en habilidades, Club de Investigación para médicos, enfermeras y equipos multidisciplinarios, Sesiones de aprendizaje asistido, Clínica de datos, Cursos de autoaprendizaje en línea, Mentoría y Cooperación interinstitucional, implementadas por el equipo de desarrollo del proyecto integrado por el Departamento de Gestión Académica e Investigación, Servicio de Endocrinología, Servicio de Atención Integral, HE; instituciones colaboradoras nacionales e internacionales; y el Instituto Antonio Vidal; con la participación de los miembros del Consorcio TGHN-LAC en Argentina, Brasil, Colombia, Perú, República Dominicana, en colaboración con The Global Health Network, Universidad de Oxford, Reino Unido. **Lecciones Aprendidas:** la mejora de las capacidades de investigación, a nivel individual, grupal u organizacional, está marcada por un esfuerzo por consolidar el conocimiento, la experiencia práctica, el liderazgo y la excelencia en la investigación. Este proyecto permitirá construir una comunidad capacitada y competente para conducir investigaciones de manera ética y con calidad, la consecución del ciclo de la investigación con la divulgación científica e integración de los resultados en las prácticas y las políticas institucionales.

TL6 Hospital Escuela: Importancia de la Investigación Ética y de Calidad para Mejorar la Atención Clínica. *Cinthya Karina Mejía,^{1,2} Katia López,^{1,2} Clarissa Aguilar,¹ Jorge García,^{2,3,6} Carolina Bustillo,^{3,4} Carlos Sánchez,⁵ Xiomara Medina,^{1,2} Jackeline Alger.^{2,6}* ¹Departamento de Gestión Académica e Investigación, Hospital Escuela; ²Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; ³Comité de Ética en Investigación (CEIHE), Hospital Escuela; ⁴Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Escuela; ⁵Dirección de Atención Integral en Salud, Hospital Escuela; ⁶Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: la ausencia de un marco regulatorio integral en Honduras ha llevado a una ejecución fragmentada de los estándares éticos en la investigación sanitaria, especialmente en entornos con recursos limitados. Actualmente, no existe una normativa nacional específica que regule exhaustivamente la ética en la investigación en salud en el país. Esto subraya la urgente necesidad de establecer un comité de ética en investigación (CEI) institucional en los hospitales que llevan a cabo investigaciones, incluyendo el Hospital Escuela (HE), para asegurar la protección de los participantes vulnerables, como los pacientes pediátricos. Es crucial que la investigación

se realice de manera ética y rigurosa, alineándose con pautas internacionalmente reconocidas para garantizar el respeto a los participantes y promover la integridad científica. **Descripción de la Experiencia:** se analizó la situación para establecer un CEI institucional con la misión de garantizar el respeto a los participantes humanos y promover un comportamiento ético. El CEIHE debe definir su estructura, desarrollar políticas, seleccionar miembros con diversas experiencias y evaluar éticamente los protocolos de investigación. Además, la rendición de cuentas en la investigación implica cumplir con la ética de la publicación, garantizando transparencia e integridad en el proceso de investigación. Aunque el aval institucional para realizar investigaciones es importante, no es suficiente, el CEIHE es el cuerpo específico encargado de evaluar la ética de la investigación y otorgar la aprobación. Una herramienta valiosa para la implementación es ProEthos, un sistema de gestión digital que facilita el proceso de revisión. **Lecciones Aprendidas:** la investigación en salud debe ser socialmente relevante y científicamente rigurosa para abordar problemas y generar información confiable. El establecimiento del CEIHE promoverá la transparencia, la responsabilidad y la mejora continua en las prácticas de investigación, mejorando la atención clínica basada en evidencia local y fortaleciendo las respuestas de salud pública.

TL7 Lactancia Materna y el Nacimiento Humanizado: Experiencia en el Hospital Escuela. *Xiomara Medina,¹ Mario Castillo,² Raquel Rivera,³ Carolina Suazo.³* ¹Licenciada en Enfermería, Hospital Escuela, Departamento de Gestión Académica e Investigación; Hospital Escuela, Comité de Lactancia Materna; Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología, Antonio Vidal; ²Médico Pediatra, Hospital Escuela, Departamento de Pediatría; Hospital Escuela, Comité de Lactancia Materna; ³Licenciada en Enfermería, Hospital Escuela, Comité de Lactancia Materna; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: actualmente el Hospital Escuela desarrolla actividades para acreditarse en la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN). Esta iniciativa promueve de forma sostenible las buenas prácticas del fomento a la Lactancia Materna (LM) para contribuir al desarrollo integral de los niños y niñas que nacen en la maternidad y/o están hospitalizados por alguna condición de salud. **Descripción de la Experiencia:** la IHAN implica el compromiso y la participación de personal directivo, clínico, administrativo y de apoyo. Requiere comprender el valor de la LM, conocer y aprender los pasos hacia una lactancia materna exitosa. Para lograr el objetivo de la acreditación se organizó

un equipo de trabajo multidisciplinario incluyendo pediatras, ginecólogos, enfermeras, nutricionistas, farmacéuticos, personal administrativo, en colaboración con CONALMA, Save The Children, OPS-INCAP y UNICEF, instituciones dedicadas a fomentar la LM. Una actividad primordial es escribir la política de lactancia materna institucional, que se encuentra en proceso de revisión. Actualmente se desarrolla la capacitación, utilizando el aprendizaje asincrónico, compartiendo conocimientos sobre LM, con el apoyo de herramientas digitales interactivas. Es responsabilidad del líder de cada unidad que la actividad formativa se ejecute. Al finalizar la capacitación, se planifica una evaluación interna, para identificar brechas en la comprensión de los contenidos y retroalimentar, e impartir específicamente al personal clínico clases demostrativas sobre las técnicas de amamantamiento. Culminando esta fase se coordina con el ente evaluador para programar la evaluación institucional. La nota para aprobar la acreditación es 80%. El Hospital Escuela por su complejidad demanda mayor tiempo de preparación y recursos. **Lecciones Aprendidas:** el trabajo colaborativo es clave para lograr la acreditación de la IHAN. Es necesario promover la investigación ética y de calidad sobre temas de LM con la participación de equipos multidisciplinarios. La LM no es responsabilidad exclusiva de médicos y enfermeras.

TL8 Síndrome Hemagofagocítico Asociado a Escherichia coli en Lactante. *Laurie Annette Vindel¹, María Fernanda Williams¹, José Antonio Samra²,* ¹Residentes del Postgrado de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras UNAH, Pediatra, ²Médico Especialista en Pediatría, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedente: el síndrome hemofagocítico (SHF) o linfohistiocitosis hemofagocítica (HLH) es caracterizado por una hiperactivación y/o disregulación de la respuesta inmune. Tiene una incidencia de 1-2 por cada millón de niños sin predominio de edad o sexo. Puede ser de causa primaria (genética) ó secundaria por infecciosas (bacterias, hongos, parásitos y virus), hemato-oncológicas y reumatológicas. Su presentación clínica es variada, y se cuenta con criterios diagnósticos ya establecidos. **Descripción del Caso Clínico:** lactante femenino de 14 meses de edad, procedente de Minas de Oro, Comayagua, sin antecedentes perinatales, postnatales y personales patológicos. Referida por fiebre de 2 semanas de evolución acompañada de vómitos, tratada como dengue; sin embargo se evidenció pancitopenia en sus resultados de laboratorios, siendo referida a este centro asistencial como sospecha de síndrome mieloproliferativo. En su evolución clínica paciente persistió febril y hepatoesplenomegalia al

examen físico; se realizó abordaje; en cuanto estudios de laboratorio: leucocitos de 1,800/uL, hemoglobina 6.2 gr/dL, plaquetas 67,100 /mm³, Neutrofilos 820 /mm³, Ferritina 1184 ng/mL, triglicéridos 416 mg/dl, serología para toxoplasmosis, virus de Ebstein Barr, Citomegalovirus y Herpes virus negativos, gota gruesa, leishmania e histoplasma en orina negativos, ultrasonido abdominal confirmó hepatomegalia y esplenomegalia; sin embargo se evidenció *Echericha coli* positivo en orina. Se realizó frotis de sangre periférica, aspirado de medula ósea y biopsia de hueso sin observar datos de malignidad; pero describiendo abundantes células en canasta. Cumpliendo con 6 criterios para síndrome hemofagocítico, se decidió iniciar manejo con inmunoglobulina humana, dexametasona y cobertura antibiótica, evolucionando paciente satisfactoriamente. **Conclusión:** el SHF es una entidad con elevada mortalidad. Sin un tratamiento correcto puede ser fatal. Uno de los mayores retos es su diagnóstico, dado que las manifestaciones iniciales son inespecíficas. Es una urgencia médica que los pediatras deben saber identificar; y así iniciar tratamiento oportuno y evitar secuelas.

TL9 Aniridia Congénita Asociada a Tumor de Wilms en un Paciente Pediátrico con Sospecha de Síndrome de WAGR. *Wilfredo Antonio Perdomo¹; Lucia Alejandra Madrid² Clarissa Aguilar.³* ¹Residente Posgrado de Segundo Año de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. UNAH ²Residente Posgrado de Primer Año de Pediatría Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ³Médico Oncólogo Pediatra, Instituto Hondureño del Seguro Social. Doctoranda UNAN-Managua/CIES Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Nicaragua.

Antecedentes: el síndrome de WAGR representa un conjunto de anomalías fenotípicas (Tumor de Wilms, Aniridia, Malformaciones Genitourinarias, Retraso mental) resultado de la alteración en el gen WT1 (11p13). **Descripción del Caso Clínico:** paciente femenina de 1 año y 10 meses, con antecedentes personales patológicos de aniridia congénita bilateral, catarata congénita y síndrome TORCH (toxoplasmosis y citomegalovirus positivos para IgG), acude ante cuadro febril persistente durante un mes, pérdida de peso y anemia, inicialmente tratada como dengue e infección respiratoria sin mejoría clínica, con hipertensión arterial y sin presencia de hematuria microscópica o macroscópica. Al examen físico: aniridia bilateral, presencia de masa abdominal palpable en el hemiabdomen derecho de aproximadamente 10 cm de superficie irregular, de aspecto sólido, no móvil, no dolorosa. Estudios complementarios demuestran ultrasonido abdominal

que reporta en polo superior de riñón derecho se encuentra reemplazado por voluminosa masa sólida con calcificaciones vascularizadas, aspecto de masa sólida de 10 cm, con pérdida de su arquitectura, tomografía axial computarizada abdominal con aumento de volumen en riñón derecho, desplazado caudalmente con presencia de tumoración heterogénea de 124x84x96mm secundario a la presencia de masa renal, con áreas solidas isodensas a los tejidos blandos, en contacto con sistema colector, sin invasión vascular, examen general de orina, leucocitos, nitritos y sangre negativos, proteínas negativas. El caso fue discutido en conjunto entre oncología, cirugía y nefrología pediátrica a base de protocolo AHOPCA para Tumor de Wilms, que incluye quimioterapia, cirugía y radioterapia, por lo que inició quimioterapia semanal (2/4), sin complicaciones. **Conclusión:** un abordaje integral del tumor de Wilms, maximiza las posibilidades de éxito en el tratamiento. La quimioterapia preoperatoria tiene el objetivo de reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía, y disminuir la morbimortalidad asociada. La coordinación entre los equipos multidisciplinares es fundamental para una recuperación exitosa a largo plazo.

TL10 Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico (PIMS) asociado a Dengue: Informe de Caso. *Angélica Carolina Morales,¹ Wilfredo Antonio Perdomo,² Marco Luque.³* ^{1,2} Residentes de Segundo Año, Postgrado de Pediatría; Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ³Médico Especialista en Infectología, Departamento de Pediatría, Instituto Hondureño de Seguridad Social; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: el síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico (PIMS) es una condición rara pero grave, caracterizada por inflamación severa en múltiples sistemas, generalmente asociada a infecciones virales. El dengue, transmitido por mosquitos *Aedes aegypti*, es común en regiones tropicales y subtropicales. Este año, Honduras ha experimentado un incremento del 436% en casos de dengue comparado con el año anterior, con 25,859 casos reportados hasta la semana epidemiológica 21. De estos, 336 casos fueron graves (1.3%) y 20 fatales (tasa de letalidad 0.1%). **Descripción del Caso Clínico:** un paciente masculino de 13 años, sano previamente y originario de Guaymaca, presentó fiebre alta, mialgias y cefalea. Tres días después desarrolló dolor abdominal y vómitos persistentes, siendo referido al Instituto Hondureño de Seguridad Social. Al ingreso, mostraba taquicardia, frialdad distal, llenado capilar de 3 segundos, dolor abdominal intenso y hepatomegalia. Los estudios confirmaron dengue (antígeno NS1 y anticuerpos IgM positivos) y un proceso inflamatorio

severo confirmando el diagnóstico de PIMS: hematocrito 45.9%, trombocitopenia (33,000 plaquetas/ μ L), leucopenia (2,900 leucocitos/ μ L), TGO 732 U/L, TGP 311 U/L, TPT 83.1 seg, INR 1.34, procalcitonina 1.37 ng/mL, PCR 48.3 mg/L, ferritina 2,000 ng/mL, fibrinógeno 178 mg/dL, NT-proBNP 119 pg/mL, dímero D 0.29 μ g/mL, interleucina-6 124 pg/mL, LDH 2754 U/L, IgG 1345 mg/dL, IgM 149 mg/dL, IgA 174 mg/dL. El manejo incluyó soluciones isotónicas, plasma fresco congelado,

inmunoglobulina humana y corticoesteroides IV, con tratamiento sintomático. El paciente mejoró progresivamente y fue dado de alta sin complicaciones. **Conclusiones/Recomendaciones:** este caso subraya la necesidad de sospechar PIMS asociado a dengue en pacientes de áreas endémicas, enfatizando el diagnóstico temprano y el manejo adecuado para evitar complicaciones graves.

PROGRAMA CIENTIFICO DEL XXI CURSO, XIX CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA 2024,
TEGUCIGALPA, HONDURAS

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL)

MODALIDAD PÓSTER

TL11 Síndrome de Evans asociado a Infección por Citomegalovirus en Lactante menor de 4 meses.

Milca Siloe Valladares Valeriano,¹ Fátima Rico.²

¹Estudiante en Servicio Social, Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); ²Pediatra, Hospital Escuela, Departamento de Pediatría; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: el Síndrome de Evans es una enfermedad hematológica autoinmune caracterizada por la disminución de glóbulos rojos y plaquetas, sin otras enfermedades asociadas. Es más común en niños de 1 a 4 años, siendo la etiología infecciosa por Citomegalovirus (CMV) la más frecuente. Solo existe un caso publicado en Honduras relacionado con Lupus Eritematoso Sistémico (Revista Médica Hondureña 2019), lo que subraya la importancia de documentar este caso.

Descripción del Caso Clínico: lactante de 4 meses de edad, previamente asintomático, ingresado en Sala de Observación, Hospital Escuela, por petequias y equimosis generalizadas. Se evidenció estrabismo bilateral con hemorragia vítrea, microcefalia, calcificaciones cerebrales, esplenomegalia. Los exámenes de laboratorio revelaron anemia hemolítica y trombocitopenia, confirmando el diagnóstico de Síndrome de Evans secundario a infección por CMV, basado en la afectación de dos líneas celulares, serología de TORCH indeterminada para CMV y TAC que mostró calcificaciones cerebrales periventriculares. Estos hallazgos, en conjunto, apuntaron a una etiología infecciosa por CMV. El paciente fue tratado con esteroides, inmunoglobulina y antirretrovirales, mostrando mejoría. **Conclusiones/Recomendaciones:** el diagnóstico de Síndrome de Evans secundario a infección por CMV se confirmó mediante la combinación de hallazgos clínicos (como anemia hemolítica y trombocitopenia), resultados de imagen (calcificaciones cerebrales periventriculares en TAC), y la detección de anticuerpos específicos en el contexto de una serología TORCH indeterminada para CMV. Se recomienda considerar diversas etiologías en pacientes con afectación de dos líneas celulares, independientemente de la edad. Además del tratamiento estándar, se sugiere el uso de neuro protectores para prevenir hipoacusia neurosensorial, convulsiones y trastornos del desarrollo. Es esencial un seguimiento continuo

de al menos 5-6 años, ya que algunos pacientes pueden presentar recurrencias o no remitir. La sordera, en casos asintomáticos, puede retrasarse hasta en un 50% de los pacientes, apareciendo problemas auditivos durante el primer año de vida.

TL13 Síndrome de Griscelli. *Fátima Rico¹, Ana Funez²,*

Jennifer Canaca³, Daniela Pineda.³ ¹Médico Especialista en Pediatría, Hospital Escuela; ²Médico Residente de 2do año del Postgrado de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ³Estudiante 4to año de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: el síndrome de Griscelli (SG) es una entidad infrecuente menos de 1 en 1000,000, de herencia autosómica recesiva, que se manifiesta con albinismo parcial. Se han descrito aproximadamente más de 40 casos en la literatura, con morbilidad elevada cuando asocia manifestaciones sistémicas. Presenta una distribución geográfica específica, pero cabe tenerlo presente como enfermedad importada. La correlación entre el genotipo y la evolución natural de la enfermedad viene determinada por el tipo de mutación.

Descripción del Caso clínico: lactante menor de 7 meses de edad con antecedentes familiares de cabellos plateados, con historia de fiebre de 5 días de evolución, subjetivamente elevada, no cuantificada, atenuada con antipirético, presentó además distensión abdominal e hiporexia. Se realizó hemograma que reportó glóbulos blancos 5140 mm³, Hemoglobina: 8.4 g/dl, Hematocrito: 26,9%, plaquetas: 81,000 mm³. Fue referida como sospecha de dengue sin signos de alarma. Se brindó manejo inicialmente como dengue, sin embargo, paciente persistió con fiebre, distensión abdominal más visceromegalia. Se realizó ultrasonido abdominal que reportó datos de poliserositis y derrame pleural bilateral, asimismo un frotis de sangre periférica solicitado debido a que persistía de pancitopenia, fue evaluado por hematología quien sospechó Síndrome de Chediack Higashi. Se realizó biopsia de cabello y cuero cabelludo describiendo cúmulos parcheados de pigmento marrón de forma y distribución irregular, central o periférico, con diagnóstico de síndrome de Griscelli. Paciente recibió dosis de inmunoglobulina y dexametasona. Paciente con evolución

satisfactoria es dada de alta con seguimiento en la consulta externa. **Conclusión:** aunque el SG es una enfermedad infrecuente, en Honduras se han reportado diversos casos por lo que ante la presencia de cabello plateado ó grisáceo más múltiples afectaciones inmunológicas y hematológicas se sugiere remitir paciente a un centro hospitalario de tercer nivel para un diagnóstico oportuno y abordaje multidisciplinario.

TL14 Síndrome de Chediak-Higashi. *Fátima Rico¹, Ana Funez², Jennifer Canaca³, Daniela Pineda³.* ¹Médico especialista en pediatría, Hospital Escuela; ²Médico Residente de 2do año de posgrado de pediatría; ³Estudiante 4to año de Medicina Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.³

Antecedente: el síndrome de Chédiak-Higashi (CHS) es una enfermedad autosómica recesiva, descrita por primera vez en 1943 por Béguez-Cesar, años más tarde Chédiak e Higashi descubrieron la mala distribución de las mieloperoxidasas en los gránulos de los neutrófilos de los pacientes afectados. El principal defecto de esta enfermedad está en los gránulos intracelulares, en neutrófilos de sangre periférica, de piel y mucosa. Con una incidencia estimada de <1 en 1,000,000 habitantes. **Descripción de Caso clínico:** lactante mayor de 10 meses de edad, masculino, procedente de Aldea el Zapote, Yamaranguila, Intibucá. Referido por fiebre intermitente, no cuantificada, de 2 meses de evolución, manejado con antipiréticos. Se realizó hemograma encontrando hemoglobina: 9.3 g/dl y Plaquetas: 72,000 mm³. Al examen físico, se observa coloración grisácea en cara, tronco y extremidades, con áreas de hipopigmentación en zonas periorbitarias y pliegues, cabello abundante, de color platinado cenizo, fino y liso, sin alopecia, además se palpa hepatomegalia de aproximadamente 6 cm por debajo del reborde costal y esplenomegalia de 5 cm. Se realizó biopsia incisional de cuero cabelludo encontrando depósitos de pigmento marrón no refringente en forma de gránulos redondeados de diferentes tamaños en el estrato córneo, en el citoplasma de algunas células del estrato escamoso y en los queratinocitos en la capa basal que son consistentes a síndrome de Chédiak Higashi. En su evolución el paciente permaneció hospitalizado 3 semanas, se administró de inmunoglobulina humana por presentar fase acelerada por su enfermedad, sin embargo falleció. **Conclusión:** el CHS es una enfermedad sumamente rara con características de áreas de hipopigmentación, cabello platinado y manifestaciones inmunológicas por lo que su diagnóstico no debe pasar desapercibido. A pesar de su baja prevalencia, el reconocimiento temprano y la sospecha clínica son fundamentales, dado su curso progresivo y potencialmente fatal.

TL15 COVID-19 en paciente con Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA): Reporte de caso. *Mónica Fernanda Medina Guillen^{1,2}, Médico general. Clarissa Lizeth Aguilar Molina¹, Oncóloga pediatra, Máster en Epidemiología. Elga Xiomara Medina^{1,2}, Licenciada en enfermería, Máster en Epidemiología y Salud Pública.* ¹Hospital Escuela, Departamento de Gestión Académica e Investigación, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud CIES-UNAN Managua, ² Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: la Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) es el cáncer más común en niños menores de 15 años. En los países en desarrollo, las infecciones y el abandono del tratamiento son desafíos importantes que afectan el éxito del tratamiento. La pandemia de COVID-19 ha introducido complicaciones adicionales para los pacientes oncológicos pediátricos, quienes pueden ser más vulnerables a las complicaciones severas del virus debido a su estado inmunocomprometido. Este caso se enfoca en un paciente pediátrico con LLA y COVID-19, resaltando las necesidades de tratamiento adaptado ante la falta de protocolos establecidos. **Descripción del Caso Clínico:** se presenta el caso de una niña de 10 años que fue admitida al hospital con síntomas de síndrome anémico, fiebre, taquicardia y equimosis en las extremidades inferiores. Los exámenes de laboratorio revelaron leucopenia, neutropenia y anemia severa. Un aspirado de médula ósea confirmó la presencia de linfoblastos, diagnosticándose LLA pre-B temprana. Se inició quimioterapia según el protocolo AHOPCA LAL Riesgo Intermedio 2015. Durante la fase de inducción a la remisión, la paciente presentó síntomas respiratorios y fue diagnosticada con COVID-19 tras pruebas positivas de SARS-CoV-2. La tomografía computarizada mostró un patrón en vidrio esmerilado, típico de neumonía viral. La paciente fue tratada con remdesivir durante cinco días, lo que resultó en una mejora significativa de los síntomas respiratorios, permitiendo continuar con el tratamiento de quimioterapia sin complicaciones adicionales. **Conclusiones/Recomendaciones:** el manejo de COVID-19 en pacientes pediátricos con LLA requiere adaptaciones debido a su estado inmunocomprometido. El uso de remdesivir mostró ser una opción efectiva, permitiendo controlar la infección viral y continuar el tratamiento oncológico. Se destaca la importancia de una evaluación individualizada para determinar el momento adecuado de iniciar o retrasar la quimioterapia. Además, es crucial el desarrollo de protocolos específicos para manejar la COVID-19 en pacientes oncológicos pediátricos, especialmente en entornos con recursos limitados.

TL16 Osteosarcoma Condroblástico en Maxilar Derecho, Reporte de un caso. *Bryan Fernando Aragón Torres¹ Gerardo Ismael Castro² Clarissa Aguilar³.* ¹Médico General, Gerencia de Pediatría, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Fundación Hondureña para el Niño con Cáncer; ²Médico Hemato-Oncólogo Pediatra, Medicina Paliativa de Niños y Adolescentes, Hospital Escuela; ³Oncóloga Pediatra, Departamento de Gestión Académica e Investigación, Doctoranda UNAN-Managua/CIES, Nicaragua, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: el osteosarcoma es la neoplasia maligna primaria de hueso más frecuente en la edad pediátrica. Es un tumor altamente agresivo y maligno compuesto por células fusiformes productoras de estroma osteoide. Representa el 0.5% de todos los cánceres con una incidencia de 2 a 3.5 casos por millón por año y una mortalidad de 2.5 por millón de defunciones. De los subtipos de osteosarcomas, el condroblástico se caracteriza por una composición cartilaginosa que muy raramente afecta el área mandibular. **Descripción del Caso Clínico:** femenina de 14 años procedente de zona rural remitida con historia de dolor en el molar derecho superior y aumento de volumen del paladar duro y maxilar del mismo lado de un mes de evolución, por imagen de resonancia magnética se evidenció invasión tumoral hasta base de cráneo. El manejo inicial fue excéresis parcial, debido al tamaño, ubicación y difícil acceso. La biopsia informó un osteosarcoma condroblástico con proliferación neoplásica mesenquimal con predominio cartilaginosa muy atípica, el componente osteoide es mínima predominando el componente condroblástico, recibiendo quimioterapia durante un año según el protocolo de AHOPCA 2007 para osteosarcoma, con mala respuesta al tratamiento y progresión tumoral local y a distancia con invasión al parénquima cerebral llegando a un punto inflexión de la enfermedad se derivó al servicio de cuidados paliativos, recibiendo terapia de radiación y control de síntomas para mejorar calidad de vida. **Conclusiones:** los osteosarcomas son las neoplasias primarias más agresivas y dañinas que existen en la edad pediátrica, aunque su incidencia es baja su mortalidad es elevada, por tal razón una oportuna atención médica y un diagnóstico certero temprano es crucial para cambiar este camino negativo y sombrío. La mayoría de los casos detectados se dan en etapas muy avanzadas de la enfermedad, ya cuando ha ocurrido metástasis principalmente a pulmón, generando un pronóstico poco favorable.

TL17 Endocarditis Bacteriana en Paciente Pediátrico con Linfoma No Hodgkin tipo Burkitt, *Madison Rekken¹, Genesis Durón¹, Clarissa Aguilar².* Médico en Servicio Social, Universidad Tecnológica Centroamericana, UNITEC, Tegucigalpa, Honduras. ¹Oncología Pediátrica, Departamento de Gestión Académica e Investigación, Doctoranda UNAN-Managua/CIES, Nicaragua, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras

Antecedentes: la endocarditis infecciosa (EI) es una patología que afecta a 0.3- 0.8:100,000 niños mayores de un año de edad; su incidencia aumenta a 3.3:100,000 en casos con factores de riesgo identificables como insuficiencia cardíaca congénita, uso de catéter venoso central (CVC), enfermedad reumática cardíaca e inmunosupresión. **Descripción del Caso Clínico:** escolar de 6 años de edad, con cuadro de masa abdominal y síntomas constitucionales de 1 mes de evolución, se realizó tomografía axial computarizada simple y contrastada donde se observó presencia de una masa en corredera parietocólica que cruzaba la línea media de 15x10x8cm, cuya biopsia evidenció hallazgos correspondientes a Linfoma No Hodgkin tipo Burkitt, clasificado como estadio III, grupo de riesgo 3. Inició esquema de tratamiento según protocolo de AHOPCA BL-16. Ocho días post inicio del esquema presentó datos de choque séptico, requiriendo colocación de CVC, apoyo vasopresor, y antibióticos de amplio espectro. Posteriormente, presentó fiebre diaria de predominio nocturno, asociándose con aislamientos en hemocultivos del CVC y sangre periférica, positivos por *Staphylococcus hominis* ssp. Sin mejoría clínica y por persistencia de fiebre, fue evaluada por cardiología pediátrica, consignando la presencia de vegetación a nivel de vena cava superior y aurícula derecha (VCS-AD), modificando esquema antibiótico con Vancomicina 15mg/kg/dosis + Tigeciclina 1mg/kg/dosis; 72 horas posterior cedió la fiebre y completó esquema antibiótico por 28 días. Se realizó ecocardiograma control al finalizar antibioticoterapia, reportando vegetación en VCS-AD calcificada de 1.27x0.8cm, sin embargo, sin presentar ninguna repercusión, considerando EI resuelta. **Conclusión:** debido al estado de inmunosupresión secundario a la propia neoplasia hematopoyética y el uso del CVC colocado en contexto del choque séptico y la terapia citotóxica, la sospecha de EI, su abordaje y el tratamiento oportuno de estas complicaciones hacen la diferencia entre la vida y la muerte para estos pacientes.

19TL Síndrome de Motoneurona Superior secundario a Quemadura por Alta Tensión en Pediatría. *Jennifer Rivas*.¹ *Ismay Rodríguez*,² *María Guevara*.³ ¹Pediatra Sub-especialista en Cuidados Intensivos Pediátricos; ²Especialista en Medicina Física y Rehabilitación; ³Licenciada en Terapia Física y Ocupacional; Centro Hondureño para el Niño Quemado; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: los traumas por electricidad son poco frecuentes en pediatría. Afecta a niños y adolescentes con predominio en el sexo masculino. Tiene una manifestación clínica subestimada, con frecuencia se olvida la repercusión neurológica y el impacto en la calidad de vida del individuo.

Descripción del Caso Clínico: paciente masculino de 16 años; con quemadura por alta tensión el día 2/5/24 al subirse al techo de un autobús: la cabeza tuvo contacto directo con cable del tendido eléctrico siendo éste el punto de entrada y su pie izquierdo el punto de salida, sufriendo quemadura grado IIB en el 25% superficie corporal quemada total. 48 horas posteriores al evento, presenta dolor al movilizar miembro inferior izquierdo y hombros, con pérdida del equilibrio. Logró bipedestarse y realizar marcha con andador con estepaje. Alteración de prueba nariz bilateral, romberg positivo, excepto a la izquierda: Fuerza muscular 3/5 en muslo y 2/5 en pierna. Reflejos osteotendinosos +++/++ en miembros inferiores, sensibilidad profunda y superficial conservada, clonus bilateral inagotable, signo de babinsky negativo y buen control de esfínteres. Imagen de resonancia magnética sin gadolinio sin hallazgos patológicos.

Tratamiento: multivitaminas 1 tableta cada 12hrs por 3 meses y terapia física. **Evolución:** actualmente con actividades de la vida diaria y deambulación independiente. **Conclusiones/ Recomendaciones:** el trauma eléctrico representa 1% de las lesiones por quemaduras. El órgano blanco de elección son los nervios por su baja resistencia. Puede causar alteraciones de la movilidad que afectan la calidad de vida. Las estrategias de prevención en quemaduras pueden contribuir a disminuir la incidencia.

TL20 Linfoma No Hodgkin Primario de Sistema Nervioso Central en Preescolar Inmunocompetente: Reporte de Caso. *Rebecca Paredes*¹, *Clarissa Aguilar*². ¹Médico General, Universidad Católica de Honduras (UNICAH), Tegucigalpa, Honduras. ²Departamento de Gestión Académica e Investigación, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras. Doctoranda UNAN-Managua/ CIES. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Nicaragua.

Antecedentes: el linfoma primario de sistema nervioso central (LPSNC) es una entidad infrecuente del linfoma no Hodgkin extranodal, que puede afectar cerebro, médula espinal, leptomeninges, pares craneales y ojos, sin evidencia de diseminación sistémica. En las últimas dos décadas, ha incrementado considerablemente la enfermedad. Anteriormente se describía únicamente en pacientes inmunocomprometidos, sin embargo, cada vez se diagnostican más casos de LPSNC en pacientes inmunocompetentes. **Descripción del Caso Clínico:** masculino de 4 años, sin antecedentes personales patológicos ni familiares, desarrollo neurocognitivo normal para su edad, inmunización completa hasta el momento del estudio. Tres meses precedentes al diagnóstico, inicia con ptosis palpebral derecha y ceguera rápidamente progresiva, acompañada de cefalea temporo-occipital intensa, que no cesa a la analgesia convencional e interfiere con el ciclo circadiano. No presentó náuseas, vómitos ni alteraciones motoras. Inicialmente se sospechó de tumor de serie glial por imagenología. Se realizó cirugía de resección más biopsia. El informe histopatológico reportó Linfoma No Hodgkin tipo Burkitt primario de SNC caracterizado por células intermedias en patrón de cielo estrellado, con marcadores inmunohistoquímicos positivos para CD10 y CD20. Hibridación in situ para EBER negativa. Inició quimioterapia con metotrexato (MTX) a dosis alta según protocolo de tratamiento para LNH estadio IV, finalizando esquema, sin complicaciones. Tres meses post tratamiento (cirugía más quimioterapia) fue evidente la mejoría clínica significativa de la ptosis palpebral inicial y la pérdida transitoria de la visión del paciente. **Conclusión:** debido a la baja incidencia de esta entidad, se vuelve fundamental establecer el diagnóstico preciso, frente a otras causas con base en edad, localización e imagen, así como la identificación de la presencia o no de inmunodeficiencias e infección por Epstein Barr Virus, ya que difieren en el manejo y pronóstico.

TL21 Pénfigo Vulgar, una Entidad Inusual en Pediatría: Reporte de caso. *Rafael Ricardo Bonilla*¹, *Nelly Sandoval Aguilar*², *Wilfredo Antonio Perdomo*¹. ¹Médico Especialista en Dermatología, Sub especialidad en Dermatopatología, Departamento de Patología, Hospital Escuela, ²Residente del Posgrado de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: el pénfigo vulgar es una enfermedad autoinmune poco frecuente y grave. Se estima que su incidencia es de 0,1- 0,5% de casos por cada 100.000 personas por año. caracterizada por la formación de ampollas intraepidérmicas debido a la pérdida de adhesión entre los queratinocitos,

mediada por autoanticuerpos dirigidos contra las desmogleínas. En niños es extremadamente inusual, lo que conduce a errores en el diagnóstico y retrasos en el tratamiento. **Descripción del Caso Clínico:** femenina de 7 años procedente de Montaña de la Flor, departamento de Francisco Morazán, sin antecedentes patológicos previos. Se desconoce uso de medicamentos antibióticos previo al inicio de la enfermedad. Con Historia de fiebre de dos semanas de evolución, irritabilidad y lesiones cutáneas dolorosas que progresaron a ampollas extensas en cráneo, tronco y extremidades; comprometiendo más del 10% de su superficie corporal predominando en mucosa oral, ocular y genital. Sospechando como diagnóstico inicial un síndrome de Steven Johnson (SSJ). Fue tratada con inmunoglobulina intravenosa y manejada en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, con mala evolución clínica. Con nuevas lesiones ampollares y un deterioro progresivo de su estado general. Se realizó biopsia cutánea, evidenciando acantolisis suprabasal, presencia de depósitos de IgG y C3 en los espacios intercelulares de la epidermis, e inmunofluorescencia, identificando anticuerpos dirigidos contra la desmogleína 3, hallazgos característicos en Pénfigo Vulgar. Ajustando tratamiento a base de corticoesteroides sistémicos, inmunosupresor (azatioprina), pre y probióticos, cuidados de la piel, con una evolución favorable. **Conclusiones:** El pénfigo vulgar, debe ser considerado una posibilidad diagnóstica en enfermedades cutáneas compatibles, facilitando establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno de esta patología.

TL22 Tuberculosis Coxofemoral: Reporte de caso. *Wilfredo Antonio Perdomo Madrid¹, Alma Iris Castillo Rivera², Kelly Alejandra Claros del Cid³*, Residente del Postgrado de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras¹, Sub especialista en Ortopedia Pediátrica, Instituto Hondureño de Seguridad Social² Residente de Postgrado Ortopedia y Traumatología³, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: la tuberculosis ósea, aunque el 1-2% de todos los casos de tuberculosis pediátrica, es una manifestación extrapulmonar significativa, especialmente en áreas endémicas. **Descripción del Caso Clínico:** masculino de 13 años de edad, procedente de Choluteca, antecedentes de decorticación pulmonar por empiema pleural y padre con diabetes tipo II, sin antecedentes de contactos con tosedores crónicos o paciente con tuberculosis. Inicio con cuadro de dolor progresivo en cadera izquierda de 2 meses de evolución, inicialmente tratado con analgésicos sin mejoría, desarrollando marcha claudicante. Al persistir dolor aunado dificultad para la marcha y disminución de

la fuerza muscular en la extremidad inferior izquierda, negando fiebre u otra sintomatología. Se realizó estudios de laboratorio Leucocitosis 16200 células/campo con neutrofilia (4.5- 13.5), PCR 207.59 mg/L (1.00-5.00mg/L), VES 77 mm/h (0-13mm/h), pruebas de Mantoux y GeneXpert en orina negativas. Además resonancia magnética reportando o evidenciando signos de osteomielitis, requerido biopsia de cadera izquierda, la cual confirmó osteomielitis granulomatosa crónica con necrosis caseosa, indicativa de tuberculosis. Iniciando tratamiento con oxacilina y antituberculosos (Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol), e Inmovilización de la extremidad afectada, con mejora clínica, reducción de dolor y movilidad de extremidad, aunque persisten marcadores inflamatorios elevados. **Conclusión:** la tuberculosis ósea debe considerarse en áreas endémicas con síntomas atípicos. Se debe hacer énfasis en la biopsia, en casos ambiguos radiológicamente, para confirmar el diagnóstico y guiar el tratamiento. Se requiere seguimiento a largo plazo para prevenir recaídas. La educación sobre el cumplimiento terapéutico y la prevención es fundamental.

TL23 Desafíos en el Diagnóstico y Manejo de Atrofia Muscular Espinal Tipo 1: Reporte de Caso. *Wilfredo Antonio Perdomo Madrid¹, Gustavo Enrique Durón Torres¹, Allison Marie Callejas²*. ¹Médico Residente del Postgrado de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras UNAH. ²Pediatra Neonatóloga. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras

Antecedentes: la Atrofia Muscular Espinal (AME) tipo 1, también conocida como enfermedad de Werdnig-Hoffmann, es una enfermedad neuromuscular autosómica recesiva. Se caracteriza por la pérdida progresiva de neuronas motoras en la médula espinal y el tronco encefálico, lo que provoca debilidad muscular grave. Esta condición se debe a mutaciones en el gen SMN1, esencial para la supervivencia de las neuronas motoras. La AME tipo 1 generalmente se manifiesta en los primeros seis meses de vida y puede llevar a la muerte infantil por complicaciones respiratorias. **Descripción del Caso Clínico:** paciente masculino de 2 meses, nacido de término, sin antecedentes familiares de enfermedades neuromusculares. Los padres, no consanguíneos, sanos. Antecedentes Prenatales: embarazo de término sin complicaciones, vía vaginal sin complicaciones. APGAR de 8 y 9; alimentado con lactancia materna exclusiva. Presenta retraso en el desarrollo motor, con debilidad muscular progresiva, hipotonía generalizada, ausencia de reflejos tendinosos y un llanto débil, sin alcanzar los hitos motores esperados. Estudios complementarios

demonstraron niveles normales de hemoglobina y leucocitos, CK-Total 405 U/L, CK-MB 74 U/L. Por imagen: Ultrasonido transfontanelar y resonancia magnética cerebral sin alteraciones. Electromiografía: No hay respuesta en estudios de neuroconducción, sugerente de miopatía. Estudios genéticos: Mutaciones en el gen SMN1 confirmaron AME tipo 1. Ante lo cual se inició tratamiento a base de modificador de empalme de la neurona motora de supervivencia 2 (Risdiplam) junto a un enfoque multidisciplinario. Hubo mejorías en la calidad de vida, sin necesidad de soporte ventilatorio. Conclusiones/ Recomendaciones: la AME tipo 1 requiere diagnóstico temprano y tratamiento intensivo. Terapias como Risdiplam son prometedoras, y se necesitan más investigaciones y apoyo a las familias.

TL24 Adenitis Cervical Superficial en Pediatría: Reporte de Caso. *Leda Ninoska Zúniga Alfaro*, Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Pediatría. Servicio de Emergencia de Pediatría, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Pediatría, Instituto Nacional Cardiopulmonar, Docente Universidad Tecnológica Centroamericana, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: la adenitis cervical superficial, es una entidad frecuente en niños, relacionada a procesos infecciosos virales y/o bacterianos, particularmente, faringoamigdalitis aguda en mayores de 5 años; pueden palparse hasta en un 57% de los casos, de forma bilateral o unilateral, en este último caso más frecuente, además de cambios inflamatorios locales y dolor a la palpación; causada principalmente por *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* y *agalactiae*. **Descripción del Caso Clínico:** masculino de 12 años de edad, procedente del área urbana marginal del Distrito Central, antecedentes de rinitis alérgica y exéresis de pólipo rectal. Refirió sintomatología compatible con faringoamigdalitis bacteriana de 1 semana de evolución manejado con amoxicilina 500 miligramos vía oral cada 12 horas por 5 días. Sin embargo 5 días posterior a antibioticoterapia se observó aumento de volumen en región submandibular, palpándose masa submandibular dolorosa, caliente, sin eritema, bordes bien delimitados, midiendo 6x10 centímetros, agregado presencia de exudado e hipertrofia amigdalina grado IV. Se realizó estudios de laboratorio reportando Hemoglobina 14.9 mg/dL, Hematocrito 43.5 mg/dL, Plaquetas 381,000 U/L, Leucocitos 24,900 U/L, Neutrófilos 18,400 U/L, procalcitonina 0.046, Proteína C Reactiva 40.70mg/L y con ultrasonido de cuello describiendo lesión quística en nivel VI superior al lóbulo tiroideo izquierdo probable adenopatía abscedada, conteniendo 6.5 mililitros, requiriendo ampliar cobertura antibiótica con Ceftriaxona, Clindamicina; y

dexametasona por 6 dosis, disminuyendo considerablemente de tamaño adenopatía a 5.5x4 centímetros. **Conclusión:** el diagnóstico de adenitis cervical en niños se debe establecer de forma rápida para descartar enfermedad sistémica y diferenciar de otras condiciones e inicio de antibioticoterapia correcta o adecuada para prevenir complicaciones.

TL25 Ectopia Cordis asociado a Pentalogía de Cantrell. A propósito de un Caso. *Josué Zuniga¹ Clara Bustillo², Emma Gonzales³, Mario Yáñez⁴.* ¹Médico Especialista en pediatría, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, ²Médico Especialista en Pediatría, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela; ³Pediatra Especialista en Cardiología Pediátrica, Departamento de pediatría. ⁴Pediatra Especialista en Cardiología Pediátrica, Hospital María de Especialidades Pediátricas, Tegucigalpa, Honduras

Antecedentes: la ectopia cordis es una malformación congénita rara, la cual puede presentarse de manera aislada o asociada a Pentalogía de Cantrell, su incidencia es de 1 por cada 65,000 a 200,000 nacidos vivos. **Descripción del Caso Clínico:** paciente masculino, hijo de madre de 18 años, con hijo previo sano, a las 25 SG realizan USG donde se sospecha ectopia cordis y es derivada a hospital de tercer nivel, niega uso de sustancias tóxicas y otros antecedentes, nace vía cesárea a las 40 SG, APGAR 7 y 9, presenta cianosis, signos vitales: FC: 140 lpm y FR: 64 lpm So2: 70-80%, peso: 3255grs, en su evaluación se observa deformidad a nivel de línea media, con ausencia del tercio inferior del esternón, ectopia del corazón, con choque de punta visible a nivel de apéndice xifoides, también se observa un onfalocele pequeño no roto, resto de examen físico normal. Se realiza ecocardiograma encontrando doble tracto de salida del ventrículo derecho más CIV sub-aortica, pericardio íntegro. Rayos X con ausencia de silueta cardiaca, paciente egresado con furosemida y espirolactona, con plan de cirugía tipo Rastelli a los 6 meses. **Conclusión/Recomendaciones:** caso con 4/5 defectos compatibles con posible pentalogía de cantrell más ectopia cordis a nivel toracoabdominal, la cual se observa en el 7% de los casos. Además, cursa con el segundo defecto cardiaco más frecuente que es el doble tracto de salida, el pronóstico es variable por el abanico de presentaciones que puede mostrar, se recomienda realizar USG prenatal, ya que puede influir de manera favorable en el abordaje.

TL26 Paciente Pediátrico con Schwannoma Lumbar sin Neurofibromatosis. *Helena Zelaya,¹Jerson Bautista,² César Durán,³ Tulio Murillo.⁴* ¹Residente Cuarto Año, Posgrado de Neurocirugía, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); ²Residente Segundo Año, Posgrado de Neurocirugía, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); ³Neuropatólogo, Microlab Vios; Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴Neurocirujano Endovascular, Neurocirujano Oncólogo, Departamento de Neurocirugía, Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: los schwannomas son neoplasias que derivan de las células formadoras de la vaina de mielina en los nervios periféricos. Se asocian a patologías con base genética como neurofibromatosis. Los schwannomas espinales pueden presentarse en cualquier edad siendo frecuentes entre 30 y 60 años. La ubicación lumbar representa el 30% de los casos, se caracteriza por radiculopatía sin mielopatía y sus secuelas pueden ser irreversibles. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente masculino de 17 años de edad, con dolor de dos años de evolución de inicio en región lumbar 8/10 en la escala análoga visual del dolor, sin predominio de horario, acompañado de parestesias en dermatomas bilaterales L3 y L4. Hace un año inició con paraparesia 4/5 fuerza en escala de Oxford en ambos miembros inferiores sin alteración de esfínteres. En resonancia magnética lumbar se observó lesión de gran tamaño, intracanal, lumbosacra, intradural, extramedular, con extensión retroperitoneal. Se realizó laminoplastía L1-L5, durotomía y exéresis con posterior fijación con microtornillos y miniplacas. Posteriormente presentó pérdida transitoria del control de esfínteres que resolvió con fisioterapia. El estudio de biopsia describió neoplasia formada por células ahusadas con zonas de disposición en empalizada (cuerpos de Verocay). El tejido mostró inmunorreacción positiva para la proteína S100 confirmando el diagnóstico anatomopatológico de schwannoma. El paciente evolucionó sin ningún déficit motor ni sensitivo, retomó sus actividades cotidianas. **Conclusiones/ Recomendaciones:** los schwannomas son neoplasias de grado 1. Su localización en el conducto medular y la compresión a la médula espinal supone una urgencia neuroquirúrgica que puede tener buenos resultados posoperatorios. En este caso por la edad joven del paciente y la localización de la neoplasia debe descartarse neurofibromatosis ya que esta enfermedad conlleva la presencia de múltiples neoplasias y su morbilidad es alta, siendo su pronóstico relacionado a la cantidad de tumores presentes y la ubicación de los mismos.

XXI CURSO, XIX CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA 2024

ÍNDICE POR AUTOR

EXPOSITOR	TEMA
Allison Callejas	TL23
Alma Castillo	TL22
Ana Funez	TL13, TL14
Angélica Morales	TL10
Arlin Ordoñez	TL3
Bonny Baker	TL4
Bryan Aragón	TL16
Carlos Sánchez	TL5, TL6
Carolina Bustillo	TL6
Carolina Suazo	TL7
César Durán	TL26
Cintha Mejía	TL3, TL5, TL6
Clara Bustillo	TL25
Clarissa Aguilar	TL2, TL5, TL6, TL9, TL15, TL16, TL17, TL20
Cristiani Vieira	TL4
Daniela Morelli	TL4
Daniela Pineda	TL13, TL14
Diana Varela	TL5
Douglas Varela	TL1
Elia Acosta	TL1
Emma Gonzales	TL25
Ezequiel García	TL4
Fátima Rico	TL11, TL13, TL14
Fernando Rubinstein	TL4
Gabriela Moya	TL2
Genesis Durón	TL17
Gerardo Castro	TL1, TL16
Gustavo Durón	TL23
Héctor García	TL4
Helena Zelaya	TL26
Ismay Rodríguez	TL19
Jackeline Alger	TL4, TL5, TL6
Jennifer Canaca	TL13, TL14

EXPOSITOR	TEMA
Jennifer Rivas	TL19
Jerson Bautista	TL26
Jorge García	TL6
José Roberto Andino	TL5
José Samra	TL1, TL8
Josué Zúniga	TL25
Julio Canario	TL4
Katia López	TL5, TL6
Kelly Claros	TL22
Laurie Vindel	TL8
Leda Zúniga	TL24
Lucia Alejandra Madrid	TL9
Luis Sánchez-Sierra	TL3
Lyda Osorio	TL4
Madison Rekken	TL17
Marco Luque	TL2, TL8, TL10
María Guevara	TL19
María Ramos	TL5
María Williams	TL8
Mario Castillo	TL7
Mario Yáñez	TL25
Milca Valladares	TL11
Mónica Medina	TL5, TL15
Nelly Sandoval	TL21
Nina Jamieson	TL4
Rafael Bonilla	TL21
Raman Preet	TL4
Raquel Rivera	TL7
Rebecca Paredes	TL20
Sara Rivera	TL2
Trudie Lang	TL4
Tulio Murillo	TL26
Wilfredo Perdomo	TL8, TL9, TL10, TL23, TL22, TL21
Xiomara Medina	TL5, TL6, TL7, TL15

XXI CURSO, XIX CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA 2024

PATROCINADORES

		
		
 COMPAÑIA FARMACEUTICA GARANTIA de Formulaciones Óptimas		
		
		
		
 1989 - 2014 MENFAR S.A. de CV - Honduras		
 Laboratorios Clínicos		 LATIN AMERICA AND THE CARRIBEAN

La Revista Honduras Pediátrica es el órgano oficial de difusión y comunicación científica de la Asociación Pediátrica Hondureña (www.pediatriahonduras.org). Fundada en 1963, en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, CA.

Honduras Pediátrica (ISSN 1998-7307 versión impresa) (ISSN 0018-4535 versión electrónica) es una publicación semestral editada en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., Honduras.



Los artículos y materiales publicados están regulados por la Licencia Creative Commons 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0) <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

La Dirección de la Revista Honduras Pediátrica tiene la firme convicción de garantizar la calidad científica del contenido. La Revista y la Asociación Pediátrica de Honduras no se responsabilizan por errores o consecuencias relacionadas con el uso de la información contenida en dicha publicación. Las opiniones expresadas en los artículos publicados son responsabilidad de los autores y no necesariamente relejan los criterios de la Revista o de la Asociación Pediátrica de Honduras. Ninguna publicidad comercial publicada conlleva una recomendación o aprobación por parte de la Revista o de la Asociación Pediátrica de Honduras