



ARCHIVOS DE INVESTIGACIÓN PEDIÁTRICA DE MÉXICO

Vol. 17 No. 1
enero
marzo
2025





ARCHIVOS DE INVESTIGACIÓN PEDIÁTRICA DE MÉXICO

DIRECTOR GENERAL	<i>DR. Román González Rubio</i>
EDITOR EN JEFE	<i>Dra. Leticia Belmont Martínez</i>
EDITOR DE REDACCIÓN	<i>Dra. Nora Ernestina Martínez Aguilar</i>
EDITOR GRÁFICO	<i>Dr. Miguel Varela Cardoso</i>
ASISTENTE EDITORIAL	<i>M en C. María Isabel Patiño López</i>
CO EDITOR	<i>Dr. Mauricio Pierdant Pérez</i>
EDITOR FUNDADOR	<i>Dr. Edmundo Víctor de la Rosa Morales</i>

COMITÉ EDITORIAL	<i>Dr. Mauro de la O Vizcarra</i>
	<i>Dra. Victorial Lima Rangel</i>
	<i>Dr. Giordano Pérez Gaxiola</i>
	<i>Dra. María de la Cruz Ruiz Jaramillo</i>
	<i>Dr. José Honold</i>
	<i>Dra. Leticia Abundis Castro</i>

COMITÉ DIRECTIVO

<i>Presidente</i>	<i>Dr. Román González Rubio</i>
<i>Vicepresidente</i>	<i>Dr. José Ignacio Barreras Salcedo</i>
<i>Primer secretario Propietario</i>	<i>Dra. Patricia Georgina Montiel Duarte</i>
<i>Segundo Secretario Propietario</i>	<i>Dra. Rosa Martha Covarrubias Carrillo</i>
<i>Primer Secretario Suplente</i>	<i>Dr. Carlos Julián Montiel Castillo</i>
<i>Segundo Secretario Suplente</i>	<i>Dr. Juan Manuel Flores Doria</i>
<i>Tesorero</i>	<i>Dr. Fernando García Pérez</i>
<i>Tesorero suplente</i>	<i>Dr. Víctor Manuel Gutiérrez Gómez</i>
<i>Primer Vocal</i>	<i>Dr. Héctor Raúl Rivero Escalante</i>
<i>Segundo Vocal</i>	<i>Dr. Carlos Macario Pacheco Skidmore</i>



Índice

ARCHIVOS
DE INVESTIGACIÓN
PEDIÁTRICA
DE MÉXICO

EDITORIAL

Dr. González-Rubio Román.

ARTÍCULO ORIGINAL

Perfil cognitivo en pacientes con TDAH: comparativa entre subtipos y su asociación con distintas comorbilidades neuropsiquiátricas.

Gabriela Hinojosa-Garza, De La Cruz-Real Abril A., Vidaña-Perez Desiree, Garza-Morales Saúl J., Silva-Ramírez Horacio.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Historia clínica pediátrica: un instrumento contemporáneo para la evaluación integral de la salud física y mental.

Maldonado-Ontiveros Dianey Jacqueline, Ruiz-Jaramillo Ma. de la Cruz, López-Vargas Laura, Meza-Pérez Ana Bertha, Flores-Tinajero Miguel Ánge, Santoyo-Rincón Salvador, González- Rubio Román, Mercado-Villegas Ma. Berenice.

CASO CLÍNICO

Alfa-dornasa (rhDNAsa) endotraqueal en recién nacido prematuro con falla respiratoria refractaria. Caso clínico.

González Alma Patricia, De la Rosa-Alamilla Marisol, Sosa-Bustamante Gloria Patricia.

Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto, una expresión clínica inicial de lupus eritematoso sistémico.

Reporte de dos casos.

- 4** *Barroso-Santos Joel, Robledo-Martínez Angelina Ingrid, Ramírez-Vázquez María Guadalupe, Aparicio-Vera Luis, Velasquez-Perez Rubén Darío, Madrid-Gómez-Tagle José Antonio, Arteaga-García Felipe, Hurtado del Ángel Rubén Genaro.*

23

IMAGEN CLÍNICA

Dacriocistocele congénito reporte de un caso en el Hospital General de Tulancingo.

- 5** *García-Naranjo Marina Alejandra, Betanzos-Jiménez Patricia, Betanza Jorge.*

30

ARTÍCULO HISTÓRICO

Confederación Nacional de Pediatría de México, A.C. 1975, la transformación.

- 13** *González-Rubio Román, Baeza-Bacab Manuel Antonio, Ruiz-González José Ignacio, Urquidi-Espinosa José Norberto, Vázquez-León Ignacio.*

32

GUÍA PARA AUTORES

Guía para autores.

40

Información para autores.

42

- 19** **Presentación y estructura de los trabajos.**

43



ARCHIVOS DE INVESTIGACIÓN PEDIÁTRICA DE MÉXICO

Reciban un cordial saludo del nuevo Consejo Directivo 2024-2026. Deseamos para ustedes y sus apreciadas familias un año nuevo 2025 lleno de paz, salud y prosperidad y que todas sus aspiraciones las cumplan a plenitud. Ante el éxito de las ediciones anteriores estamos muy ilusionados de mantener la continuidad de este proyecto hecho ya una realidad, nuestra Revista de Archivos de Investigación Pediátrica de México, que es uno de los más queridos de nuestra CONAPEME, cuyos temas por su actualidad, importancia y grado de interés, constituyen una valiosa herramienta de estudio para mantener la transformación y renovación constante que necesita el especialista en pediatría.

Como siempre, los temas seleccionados que vamos a presentar, cubren aspectos novedosos que han sido revisados de forma crítica por nuestro comité científico y de investigación, integrado con profesionales de reconocido prestigio por su trayectoria, por su impulso y que representan ahora una mezcla de nuevas generaciones de pediatras cargados de ilusión y con un recorrido de gran capacidad ya demostrada.

Para nuestros distinguidos investigadores participantes un amplio agradecimiento, ya que a pesar de sus múltiples ocupaciones clínico-asistenciales y de investigación, aceptaron con gusto nuestra invitación.

Queremos expresar nuestro reconocimiento y admiración el espléndido trabajo que ha desarrollado la Dra. Leticia Belmont Martínez al frente como coordinadora general de la revista.

Aprovecho para informarles que nuestra CONAPEME en este año 2025 está ya cumpliendo 50 años de su nominación como tal, motivos por los que incluimos un artículo donde encontraremos una gran parte de su historia. La CONAPEME, comprometida en su misión con todos los asuntos relacionados con los niños, tiene entre su tarea relevante promover, acrecentar y mejorar aquellos aspectos relacionados con la educación médica de los pediatras de nuestro país. Estamos seguros que coincidiremos en esta tarea enorme que nos apasiona, la pediatría.

Gracias a todos por mantener viva esta motivación.

DR. ROMÁN GONZÁLEZ RUBIO
Presidente de la Confederación Nacional de Pediatría de México A.C.



ARCHIVOS
DE INVESTIGACIÓN
PEDIÁTRICA
DE MÉXICO

Perfil cognitivo en pacientes con TDAH: comparativa entre subtipos y su asociación con distintas comorbilidades neuropsiquiátricas.

Cognitive profile in patients with ADHD:
comparison between subtypes and the association
with different neuropsychiatric comorbidities.

Gabriela Hinojosa-Garza¹,
De La Cruz-Real Abril A.²,
Vidaña-Perez Desiree³,
Garza-Morales Saúl J.²,
Silva-Ramírez Horacio.¹

RESUMEN

Introducción: El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es la enfermedad del desarrollo más prevalente de la niñez. Aproximadamente un 67% de los pacientes con TDAH presentan al menos un trastorno psiquiátrico o del neurodesarrollo concomitante. Existe poca evidencia en la literatura sobre el impacto de estas comorbilidades en el perfil cognitivo de los pacientes con TDAH. El objetivo es evaluar el perfil cognitivo de los pacientes con TDAH y algunas comorbilidades neuropsiquiátricas coexistentes, a través de la escala WISC-IV. Además, se plantea caracterizar el perfil cognitivo de acuerdo al subtipo de TDAH. **Material y métodos:** se incluyeron niños entre 6-16 años con TDAH de la Unidad de Neurodesarrollo de un Hospital privado que contaran con expediente clínico completo con la siguiente información: subtipo de TDAH, enfermedades del neurodesarrollo o psiquiátricas concomitantes, escala de WISC-IV y sus índices completos (n=67). **Resultados:** Los pacientes con TDAH combinado obtuvieron un mayor puntaje en el índice RP de la escala WISC-IV. Se encontró un menor índice RP en pacientes con ansiedad. Los pacientes con trastorno del aprendizaje obtuvieron menor puntaje en los índices CV, RP, MT y el CIT. Los pacientes con retraso generalizado del desarrollo mostraron menores promedios en VP y CI. **Discusión y conclusiones:** La presencia de comorbilidades psiquiátricas o del neurodesarrollo en pacientes con TDAH podría tener un impacto en su perfil cognitivo. Este conocimiento podría apoyar a la generación de estrategias de intervención en las áreas de oportunidad para este tipo de pacientes.

Palabras clave: TDAH, WISC-IV, enfermedades psiquiátricas, trastorno del desarrollo.

ABSTRACT

Introduction: Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) is the most prevalent developmental disorder in childhood. Approximately 67% of patients with ADHD have at least one comorbid psychiatric or neurodevelopmental disorder. There is limited evidence in the literature on the impact of these comorbidities on the cognitive profile of patients with ADHD. The objective is to evaluate the cognitive profile of patients with ADHD and coexisting neuropsychiatric comorbidities using the WISC-IV scale. In addition, the aim is to characterize the cognitive profile according to the subtype of ADHD. **Materials and methods:** children between 6-16 years with ADHD diagnosis from the Neurodevelopmental Unit of a Private Hospital were included, specifically those with a clinical record containing the following information: ADHD subtype, neurodevelopmental or psychiatric concomitant diseases, WISC-IV scale, and its index scores (n=67). **Discussion and Results:** The patients with combined type ADHD obtained a higher score in the RP index on the WISC-IV scale. A lower PR index was found in patients with anxiety. Patients with learning disabilities obtained lower scores in the CV, RP, MT, and CIT indexes. Patients with generalized developmental delay showed lower averages in VP and CI indexes. **Conclusions:** The presence of psychiatric or neurodevelopmental comorbidities in patients with ADHD could have an impact on their cognitive profile. This knowledge may help in the development of intervention strategies in areas of opportunity for this type of patients.

Key words: ADHD, WISC-IV, psychiatric disorders, intellectual development disorder.

Autor correspondiente:

Hinojosa-Garza Gabriela
Dirección postal:
División de Pediatría y
Neonatología, Hospital Español
de México, Facultad Mexicana de
Medicina, Universidad La Salle,
Ciudad de México, México.
Correo:
dra.gabrielahinojosa@gmail.com

¹División de Pediatría y Neonatología, Hospital Español de México, Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle, Ciudad de México, México. ²Unidad de Neurodesarrollo, Hospital Español de México, Ciudad de México, México. ³Department of Health promotion, Education, and Behavior, Arnold School of Public Health, University of South Carolina, Columbia, SC, USA.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es la enfermedad del neurodesarrollo más prevalente en la niñez.¹ El TDAH es una enfermedad que se relaciona con un funcionamiento deficiente de la corteza prefrontal que interviene en la activación de conductas del individuo, resistencia a la distracción y desarrollo de la conciencia del tiempo; así como niveles bajos de noradrenalina que producen hiperactividad e impulsividad.² A nivel mundial se estima que 7.2% de los niños la padecen.^{1,3} En México, el 8.9% de los niños en edad escolar tienen un perfil de conductas compatibles con TDAH, siendo mayor en niños que en niñas.⁴

De acuerdo con el DSM-V, el TDAH se puede clasificar en: (a) predominio inatento, (b) presentación hiperactiva-impulsiva o (c) combinado, si cumple con síntomas de ambas categorías.⁵ Entre los síntomas de TDAH inatento se incluyen falta de atención a detalles, errores por descuido o incumplimiento de instrucciones en casa o escuela.⁶ Los síntomas de hiperactividad incluyen inquietud de las manos o pies, correr en situaciones inapropiadas, habla excesiva, entre otras.⁵ Por otro lado, la impulsividad comprende dar respuestas antes de concluir las preguntas, dificultad para esperar su turno o interrumpir a otras personas durante una actividad.⁵ Sin importar el tipo de TDAH, la gravedad de los síntomas puede incrementar al asociarse con alguna alteración neurodesarrollo y/o problemas psiquiátricos.⁷

Se estima que un 67% de los niños con TDAH presentan al menos un trastorno del neurodesarrollo o psiquiátrico, contrastado con un 11% de la población infantil general.⁷ Las comorbilidades psiquiátricas que se presentan en la niñez incluyen: alteraciones de conducta o de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, ansiedad, depresión, problemas en el sueño o abuso de sustancias.^{7,8,9} Estas comorbilidades psiquiátricas pueden prolongarse hasta la edad adulta,

afectando hasta un 80% de los pacientes con TDAH y generando un impacto en el apego y la respuesta al tratamiento.^{10,11} Además, el TDAH se relaciona con trastornos del neurodesarrollo como alteraciones del lenguaje, trastornos del aprendizaje o sensoriales, comportamientos restringidos, como el trastorno del espectro autista; tics motores y fonatorios.^{3,7} La presencia de estas comorbilidades se asocian a una capacidad cognitiva, emocional y académica limitada; además de implicar mayor gravedad del trastorno, peor pronóstico y funcionamiento psicosocial.^{7,12} Por lo que la coexistencia con alguno de estos trastornos es determinante en la evolución del padecimiento, su pronóstico y tratamiento.¹³

La evidencia que existe alrededor del impacto de las comorbilidades neuropsiquiátricas y la coexistencia de TDAH en la capacidad cognitiva de los pacientes afectados, es limitado y en ocasiones no concluyente. Un estudio que comparó el perfil cognitivo a través de la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC-R) en personas con TDAH y comorbilidad con depresión o ansiedad, sin encontrar diferencia respecto al grupo control.¹⁴ Otro estudio que utilizó la escala WISC-IV en niños con TDAH para la comparación de algunas comorbilidades neuropsiquiátricas, encontró diferencias cognitivas entre los niños con trastorno específico del aprendizaje y aquellos con TDAH; además, este estudio plantea el interés por investigar el perfil intelectual en aquellos pacientes que presenten ambos trastornos.¹⁵

A pesar de que existen estudios en la literatura que comparan el perfil intelectual en los distintos subtipos de TDAH, estos son escasos en la población mexicana; asimismo, la información sobre el impacto de las comorbilidades asociadas al TDAH en el perfil cognitivo de los pacientes que la padecen, es limitada. Es por eso que este estudio tiene por objetivo evaluar el perfil cognitivo a través de la escala de inteligencia WISC-IV en los subtipos de TDAH en una población de niños mexicanos. También, se planea describir si existe

una diferencia en los índices de la escala en aquellos pacientes con TDAH y algunas de las comorbilidades psiquiátricas y del neurodesarrollo más frecuentemente asociadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población y muestra. Estudio retrospectivo observacional que se llevó a cabo en una muestra de pacientes pediátricos de la Unidad de Neurología de un Hospital privado de la Ciudad de México. Se incluyeron niños con diagnóstico de TDAH entre 6 y 16 años al momento de la aplicación de la escala WISC-IV, que contarán con expediente electrónico completo con información sobre subtipo de TDAH con base en los criterios diagnósticos descritos en el DSM-V y puntuaciones completas en la escala de WISC-IV y sus subíndices (n=67). Se excluyeron aquellos pacientes cuyo estudio de WISC-IV se realizó antes o después de la edad estandarizada para aplicación.

Prueba de estudio. Para la medición del perfil cognitivo se utilizó la escala de inteligencia de Wechsler para niños-IV (WISC-IV), que evalúa la capacidad cognoscitiva de niños entre 6 años hasta los 16 años 11 meses de edad. El WISC-IV está conformado por 15 subpruebas que incluyen diseño con cubos, conceptos con dibujos, vocabulario, comprensión, aritmética, entre otras. De estas subpruebas se obtienen cuatro puntuaciones compuestas: el índice de comprensión verbal (CV), razonamiento perceptivo (RP), memoria de trabajo (MT) y velocidad de procesamiento (VP).¹⁶

El CV y RP tienen un rango de puntuación estándar de 45-155; el índice MT y VP oscilan entre los 50 a 150 puntos.¹⁶ El 96% de los niños obtienen puntuaciones 2 desviaciones estándar por arriba o por debajo de la media (de 70 a 130 puntos).¹⁶

La puntuación global de las subpruebas conforma el coeficiente intelectual total (CIT), con una puntuación estándar de 40 a 160.¹⁶

Las aplicaciones de esta escala incluyen evaluación de habilidades como atención, memoria de trabajo, concentración, logro, habilidades visoespaciales y cognición global.¹⁷

Variables. Se incluyeron variables demográficas como edad (continua, en años) y sexo (hombre/ mujer). Antecedentes heredofamiliares de TDAH en mamá, papá, hermanos o ninguno. Los antecedentes perinatales incluyen embarazo múltiple, sufrimiento fetal, amenaza de parto pretérmino y enfermedades metabólicas o autoinmunes en la madre y fueron clasificados como presentó/no presentó. Por otro lado, los antecedentes neonatales comprenden prematuridad, bajo peso al nacer, alteraciones respiratorias o cardiovasculares. En los antecedentes médicos se incluyen intervenciones quirúrgicas o fracturas, enfermedades metabólicas, gastrointestinales, trastornos atópicos y otros (sindactilia e hipoacusia). La categorización de los pacientes referente al subtipo de TDAH en combinado o inatento se realizó de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-V; no se incluyeron niños con subtipo hiperactivo-combinado porque se acepta que es un precursor del TDAH combinado.¹⁸

De acuerdo a los diagnósticos en el expediente clínico, las comorbilidades neurológicas fueron clasificadas en: (1) categoría de trastornos generalizados del desarrollo aquellos con fallas sociales y trastornos del espectro autista, (2) trastornos del aprendizaje incluye dislexia, trastornos del lenguaje, bajo rendimiento escolar y dispraxia, (3) retraso global del desarrollo comprende pacientes con retraso generalizado del desarrollo, alteraciones en el tono muscular, trastorno de coordinación, y enuresis, y (4) conductas oposicionistas y trastorno de ansiedad.

Análisis. Se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables categóricas de la muestra total y estratificadas por subtipo de TDAH. Además, se analizó la distribución de las comorbilidades neurológicas en aquellos pacientes con TDAH combinado e inatento y

se comparó su distribución mediante la prueba exacta de Fisher. Las relaciones de medias entre los grupos de la variable independiente se analizaron mediante ANOVA de un factor para cada variable independiente. Todos los análisis fueron realizados con SAS® Studio versión 5.2.

RESULTADOS

Este estudio incluyó un total de 67 participantes, de los cuales el 65.7% (n=44) eran hombres. La edad promedio fue de 9.5 años y el 56.7% (n=38) contaba con diagnóstico de TDAH inatento, mientras que el 43.2% (n=29) de TDAH combinado. No existen diferencias significativas en edad, sexo, antecedentes perinatales, neonatales o heredofamiliares entre ambos grupos. Asimismo, la presencia de comorbilidades patológicas (antecedentes quirúrgicos, enfermedades metabólicas, gastrointestinales, atopia, otras) y neurológicas (oposicionismo, ansiedad, trastornos generalizados del desarrollo, trastornos del aprendizaje, retraso generalizado del desarrollo, otros) es comparable entre ambos grupos (Tabla 1).

Tabla 1. Descripción de características de la muestra (n= 67).

Variable	TOTAL (n=67)	TDAH COMBINADO (n=29)	TDAH INATENTO (n=38)
	n (%)		
Edad, media	9.52	9.20	9.76
Sexo			
Hombres	44 (65.67)	23 (34.33)	21 (31.34)
Mujeres	23 (34.33)	6 (8.96)	17 (25.37)
Antecedentes perinatales	20 (28.95)	9 (13.43)	11 (16.42)
Antecedentes neonatales	15 (22.39)	4 (5.97)	11 (16.42)
Antecedentes heredofamiliares TDAH	19 (28.36)	10 (14.93)	9 (13.43)
Ninguno	46 (68.66)	18 (26.87)	28 (41.79)
Materno	5 (7.46)	2 (2.99)	3 (4.48)
Paterno	10 (14.93)	6 (8.96)	4 (5.97)
Hermanos	4 (5.97)	2 (2.99)	2 (2.99)
Valor ausente	2 (2.99)	1 (1.49)	1 (1.49)
Comorbilidades patológicas	19 (28.35)	9 (13.43)	10 (14.92)
Comorbilidades neurológicas	45 (67.16)	21 (31.34)	24 (35.82)

El análisis de varianza (ANOVA) de los resultados de la prueba WISC-IV muestra un mayor puntaje promedio del RP para el grupo de TDAH combinado (101.31) comparado con el inatento (94.18) y esta diferencia fue estadísticamente significativa (p=0.0465).

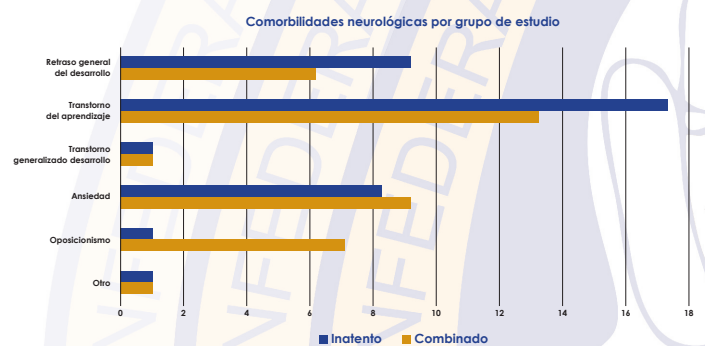
Sin embargo, no se encontró una diferencia en los promedios de CV, RP, MT, VP, en los índices derivados, ni en el puntaje total de la prueba WISC-IV (Tabla 2).

Tabla 2. Descriptivos de los Índices del WISC-IV por subtipo de TDAH. Nota: n=tamaño de la muestra. M=media. DE= desviación estándar. *p<0.10.

Índices	Grupo estudio		TDAH combinado (n=30)		TDAH inatento (n=37)		TDAH-C vs TDAH-I	
	M	DE	M	DE	M	DE	F	p
Compresión verbal	96.10	17.75	98.79	16.03	94.05	18.92	1.180	0.282
Razonamiento perceptivo	97.27	14.57	101.31	14.09	94.18	14.34	4.120	0.047
Memoria de trabajo	91.81	16.61	92.24	17.78	91.47	15.89	0.030	0.853
Velocidad de procesamiento	95.43	22.25	99.62	27.53	92.23	16.88	1.830	0.180
ICV-IRP	-1.16	15.10	-2.52	11.55	-0.13	17.48	0.400	0.527
IMT-IVP	-3.62	23.10	-7.38	25.51	-0.76	20.95	1.360	0.248
CIT	93.91	14.91	96.67	14.93	91.78	14.74	1.800	0.185

Se clasificaron las comorbilidades neurológicas de los participantes por grupos de estudio (Figura 1). En este grupo de estudio, no encontramos una diferencia significativa en la proporción de trastornos neurológicos para los pacientes con TDAH combinado e inatento (Tabla 3), excepto en la categoría de oposicionismo, la cual se presenta con mayor frecuencia en los pacientes con TDAH combinado (p= 0.0172).

Figura 1. Comorbilidades neurológicas en pacientes con TDAH combinado e inatento. Se observa mayor frecuencia de oposicionismo en los pacientes con TDAH combinado.



Asimismo, se realizó un análisis sobre el impacto de cada una de las comorbilidades neurológicas en los pacientes con TDAH y los puntajes de la escala WISC-IV (Tabla 4). Aquellos pacientes con ansiedad mostraron un menor promedio de razonamiento perceptivo y un mayor índice CV-RP.

Tabla 3. Comorbilidades neurológicas en grupos de estudio.

Comorbilidades neurológicas	TOTAL (n=67)	TDAH COMBINADO (n=30)	TDA INATENTO (n=37)	PRUEBAS ESTADÍSTICAS	
	n (%)			X ²	F
Trastornos generalizados del desarrollo	2 (2.99)	1 (1.49)	1 (1.49)	0.845	0.682
Retraso generalizado del desarrollo	15 (22.39)	6 (8.96)	9 (13.43)	0.771	0.719
Trastornos del aprendizaje	30 (44.78)	13 (19.40)	17 (25.37)	0.994	0.594
Oposicionismo	8 (11.94)	7 (10.45)	1 (1.49)	0.007	0.009
Ansiedad	17 (25.37)	9 (13.43)	8 (11.94)	0.352	0.258
Otros	2 (2.99)	1 (1.49)	1 (1.49)	0.845	0.682

Por otro lado, los pacientes con trastorno del aprendizaje mostraron menor puntaje en las áreas de CV, RP, MT y el CIT. Además, aquellos pacientes con retraso generalizado del desarrollo mostraron menores promedios en velocidad de procesamiento y coeficiente total (Tabla 4).

DISCUSIÓN

Este estudio complementa los trabajos que han tratado de describir el perfil cognitivo de los pacientes diagnosticados con TDAH. En primer lugar se compararon los promedios de la escala WISC-IV en los subtipos de TDAH, encontrando un mayor índice RP en el grupo combinado. Otros estudios no han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos clínicos^{17,19,20}, o se ha observado un VP menor en los pacientes del grupo inatento.²¹⁻²⁵ Sin embargo, el estudio de Kubo, también observó la tendencia de un mayor índice RP en el grupo combinado comparado con el grupo inatento, posiblemente por una mejor adaptación de este grupo a ayudas visuales educativas.² Una probable explicación de las diferencias observadas comparados con otros trabajos publicados, es el tamaño de la muestra utilizada. Otros estudios que incluyan muestras más grandes podrían ayudar a observar posibles diferencias.

En nuestro estudio, el promedio WISC-IV en todos los pacientes con comorbilidades neurológicas fue menor en el RP y en la distancia entre el CV y RP. La menor puntuación del índice RP se ha asociado con

Tabla 4. Pacientes con TDAH y medias de los índices WISC de acuerdo a la presencia o no de las distintas comorbilidades neurológicas.

Nota: M= media, DE=desviación estándar, F= valor F, p= valor estadístico. *p<0.10, **p<0.05.

Índices	Sin comorbilidad		Comorbilidad asociada		ANOVA	
	M	DE	M	DE	F	p
TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO						
Compresión verbal	95.86	17.92	104.00	11.31	0.400	0.527
Razonamiento perceptivo	96.82	14.35	112.00	19.80	2.140	0.148
Memoria de trabajo	91.75	16.80	93.50	12.02	0.020	0.885
Velocidad de procesamiento	95.48	22.57	94.00	8.49	0.010	0.927
ICV-IRP	-0.95	15.29	-8.00	8.49	0.420	0.521
IMT-IVP	-3.72	23.30	-0.50	20.51	0.040	0.848
CIT	93.85	15.14	96.00	1.41	0.040	0.842
RETRASO GENERALIZADO DEL DESARROLLO						
Compresión verbal	97.79	15.90	90.27	22.77	2.120	0.150
Razonamiento perceptivo	98.60	12.90	92.67	19.13	1.960	0.167
Memoria de trabajo	93.35	15.55	86.47	19.52	2.030	0.159
Velocidad de procesamiento	98.25	22.48	85.67	19.00	3.890	0.053**
ICV-IRP	-0.81	14.47	-2.40	17.80	0.130	0.723
IMT-IVP	-4.90	23.26	0.80	22.70	0.710	0.403
CIT	95.71	12.46	87.67	20.71	3.520	0.065*
TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE						
Compresión verbal	101.46	15.58	89.50	18.30	8.350	0.005**
Razonamiento perceptivo	102.78	12.35	90.47	14.40	14.210	0.000**
Memoria de trabajo	95.73	16.98	86.97	15.05	4.880	0.031**
Velocidad de procesamiento	97.76	24.30	92.57	19.45	0.900	0.346
ICV-IRP	-1.32	16.40	-0.97	13.71	0.010	0.924
IMT-IVP	-2.03	27.01	-5.60	17.33	0.390	0.533
CIT	98.95	13.16	87.70	14.80	10.820	0.002**
TRASTORNO OPOSICIONISTA						
Compresión verbal	96.32	17.58	94.50	20.27	0.070	0.788
Razonamiento perceptivo	96.83	15.01	100.50	10.99	0.440	0.508
Memoria de trabajo	91.78	15.34	92.00	19.64	0.000	0.972
Velocidad de procesamiento	96.08	16.36	90.63	24.86	0.420	0.519
ICV-IRP	-0.51	22.03	-6.00	13.53	0.930	0.340
IMT-IVP	-4.31	23.79	1.38	17.46	0.420	0.518
CIT	94.05	14.52	92.88	18.67	0.040	0.836
ANSIEDAD						
Compresión verbal	95.84	17.96	96.88	17.67	0.040	0.836
Razonamiento perceptivo	99.20	14.98	91.59	11.94	3.600	0.062*
Memoria de trabajo	92.80	17.79	88.88	12.55	0.700	0.405
Velocidad de procesamiento	95.32	23.53	95.76	18.60	0.000	0.944
ICV-IRP	-3.36	13.89	5.29	17.21	4.350	0.041**
IMT-IVP	-2.52	25.07	-6.88	16.10	0.450	0.505
CIT	94.92	15.16	90.94	14.18	0.900	0.346

una mayor dificultad para organizar sus pensamientos y dar una solución a los problemas.²⁶ El 67% de nuestro grupo de estudio tiene alguna comorbilidad neurológica, lo cual podría tener un mayor impacto en las áreas mencionadas.

Sin embargo, hasta nuestro conocimiento, no existen estudios en la literatura que evalúen en conjunto el perfil cognitivo de pacientes con distintos trastornos neurológicos o psiquiátricos.

El TDAH se ha asociado con trastornos de ansiedad hasta en un 20-25% de los pacientes,¹⁴ lo cual coincide con nuestra muestra, el cual se presenta en el 25.37% de los participantes. En un estudio de López-Villalobos, no se encontró diferencia en los resultados de la escala WISC-R ante la presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión en pacientes con TDAH.¹⁴ Sin embargo, el tratarse de una escala distinta, limita la comparación con nuestro estudio. En nuestro análisis, los pacientes con ansiedad mostraron un menor promedio de RP y un mayor índice CV-RP; lo cual se contrapone a un estudio realizado en niños con ansiedad y alto potencial intelectual, en el que los niños con RP >130 en la escala WISC-IV, fueron menos ansiosos.²⁷ Nuestros resultados podrían estar influenciados tanto por la comorbilidad con TDAH, así como por los distintos trastornos neurológicos que la mayoría presentaba de base.

Se ha encontrado que entre un 25-40% de los pacientes con TDAH también presentan trastornos de aprendizaje;²² en nuestra muestra, encontramos el 44% presentó estos trastornos. Se han publicado estudios que no muestran diferencias en los perfiles cognitivos entre pacientes con TDAH y con trastornos del aprendizaje.^{15, 17} Sin embargo, en nuestra población, en la que los pacientes presentan ambos trastornos, se observó un menor puntaje en las áreas de CV, RP, MT y CIT. Por lo que la coexistencia de estos padecimientos podría condicionar un menor perfil cognitivo comparado con pacientes que solo tengan un diagnóstico aislado de alguna de estas condiciones.

Un estudio realizado en México clasificó los perfiles cognitivos de niños con trastornos del neurodesarrollo (discapacidad intelectual, autismo y TDAH), encontrando que los niños con discapacidad intelectual

obtuvieron menores promedios de MT y VP.²⁸ La discapacidad intelectual es uno de los problemas de mayor incidencia dentro de las dificultades globales del desarrollo²⁹ y a pesar que la clasificación de pacientes con retraso generalizado del desarrollo en nuestro estudio, es más amplia, que solo discapacidad intelectual, también se encontraron menores promedios de VP. Aunado a esto, nuestros resultados muestran una diferencia en el CIT y no se encontraron diferencias en la MT como en los publicados por Luque y Casquero.³⁰

Uno de los índices más afectados en esta muestra de estudio, es el RP. Esta capacidad permite a la personas obtener y seleccionar información relevante, proveniente de distintos estímulos sensoriales, para generar una representación mental.³¹ Se ha observado que los niños con TDAH tienen deficiencias en el procesamiento y orientación visual³² y para poder enfrentar el aprendizaje de lectura y escritura, es necesario involucrar los procesos perceptivos.³³ Además, se han encontrado menores promedios del índice RP en pacientes con TDAH, sugiriéndose su relación con la dificultad de organizar sus pensamientos y crear soluciones para los problemas.³⁴ Es por eso una posibilidad que los pacientes con TDAH y comorbilidades neuropsiquiátricas, puedan presentar alteraciones en los procesos perceptivos, organización de ideas y resolución de problemáticas, y por lo tanto menores resultados en el índice RP de forma consistente en este estudio. Es importante destacar que estos mismos procesos juegan un papel determinante en el desarrollo integral del niño,³² por lo que reforzar el razonamiento perceptivo en estos pacientes, podría implicar una mejor calidad de vida.

Este estudio tiene ciertas limitaciones. La primera, es que contamos con una muestra analítica de 67 pacientes, posiblemente impidiendo que encontremos otras asociaciones que se han observado anteriormente en la literatura. Asimismo, la base de datos para efectos de este trabajo se obtuvo de un centro privado de

neurodesarrollo, lo cual condiciona cierto sesgo de reclutamiento; por lo que a pesar que los grupos de estudio sean comparables, esta muestra podría no ser representativa de la población en general que padezca TDAH y alguna comorbilidad neurológica y/o psiquiátrica.

CONCLUSIONES

En conclusión, de acuerdo con los resultados de este análisis en los índices de la escala WISC-IV, los perfiles cognitivos de los niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH que presentan algunas de las enfermedades del neurodesarrollo y/o trastornos psiquiátricos analizados podrían tener un perfil cognitivo particular. De manera general, el razonamiento perceptivo es el índice que podría verse afectado en aquellos pacientes con TDAH y algún trastorno neuropsiquiátrico concomitante. Debido a la alta tasa de comorbilidad de trastornos del neurodesarrollo y psiquiátricos en los pacientes con trastorno por déficit de atención, sería importante destacar sus áreas de oportunidad y a su vez diseñar estrategias más efectivas de aprendizaje dentro y fuera de un recinto académico.

REFERENCIAS

1. Chan E, Fogler JM, Hammerness PG. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents. *JAMA*. 2016;315(18):1997. doi:10.1001/jama.2016.5453
2. Iglesias García MT, Gutiérrez Fernández N, Loew SJ, Rodríguez Pérez C. Hábitos y técnicas de estudio en adolescentes con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. *European Journal of Education and Psychology*. 2018;9(1):29. doi:10.30552/ejep.v9i1.134
3. Wolraich ML, Hagan JF, Allan C, et al; Subcommittee on Children and adolescents with attention-deficit/hyperactive disorder. clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2019;144(4):e20192528. *Pediatrics*. 2020;145(3). doi:10.1542/peds.2019-3997
4. Barrios O, Matute E, Ramírez-Dueñas M de, Chamorro Y, Trejo S, Bolaños L. Características del Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad en Escolares Mexicanos de acuerdo con la Percepción de los padres. *Suma Psicológica*. 2016;23(2):101-8. doi:10.1016/j.sumpsi.2016.05.001
5. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA. Asociación Americana de Psiquiatría. 2013.
6. Aguilar RE, Jiménez OMA. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Revisión actualizada. *Plast Restaur Neurol*. 2021;8 (1): 39-49.
7. Hervás-Zúñiga A. El TDAH y su comorbilidad. *ADOLESCENTE*. 2018;6(2):54-64.
8. Rodillo BE. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2015; 26(1): 52-59. doi:10.1016/j.rmcl.2015.02.005
9. Cortese S. The neurobiology and genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): what every clinician should know. *Eur J Paediatr Neurol*. 2012;16(5):422-33.
10. Katzman MA, Bilkey TS, Chokka PR, Fallu A, Klassen LJ. Adult ADHD and comorbid disorders: Clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1). doi:10.1186/s12888-017-1463-3
11. Newcorn JH, Weiss M, Stein MA. The complexity of ADHD: Diagnosis and treatment of the adult patient with Comorbidities. *CNS Spectrums*. 2007;12(S12):1-16. doi:10.1017/s1092852900026158
12. Vacas J, Antolí A, Sánchez-Raya A, Cuadrado F. Análisis de Perfiles Cognitivos en Población Clínica infantil con Trastornos del Neurodesarrollo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*. 2020;54(1). doi:10.21865/ridep54.1.03
13. Reséndiz-Aparicio JC, Poza-y-Díaz MP, Arriaga-Cruz E, Nogales-Imaca IA, Becerra-Alcántara DM, Rodríguez-Rodríguez E, et al. Attention deficit disorder, comorbidity, and treatment at the Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, Mexico City. *Revista mexicana de neurociencia*. 2020; 21(2): 41-48.
14. Lopez-Villalobos JA, Serrano-Pintado I, Delgado Sánchez-Mateos. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema* 2004; 16 (3): 402-407.
15. Faedda N, Romani M, Rossetti S, Vigliante M, Pezzuti L, Cardona F, et al. Intellectual functioning and executive functions in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (<sc>adhd</sc>) and specific learning disorder (<sc>sld</sc>). *Scandinavian Journal of Psychology*. 2019;60(5):440-6. doi:10.1111/sjop.12562
16. Wechsler D. WISC-IV Escala de Wechsler de Inteligencia para Niños-IV: manual de aplicación. México: versión traducida al español; 2005.
17. Álava S, Cantero-García M, Garrido-Hernansaiz H, Sánchez-Iglesias I, Santacreu J, González-Moreno J. TDAH e inteligencia en muestra clínica: comparación del perfil intelectual del WISC-IV entre niños con TDAH y Trastorno de Aprendizaje. *Pulso*. *Revista de Educación*. 2021; 44: 15-37.
18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ª edición, revisión de texto)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.2000.
19. Bustillo M, Servera M. Análisis Del Patrón De Rendimiento De Una Muestra De Niños Con TDAH En El WISC-IV. *Revista De Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*. 2015; 2 (2): 121-128.
20. Fenollar-Cortés J, Navarro-Soria I, González-Gómez C, Gar-

cía-Sevilla, J. Detección de perfiles cognitivos mediante WISC-IV en niños diagnosticados de TDAH: ¿Existen diferencias entre subtipos? *Revista de Psicodidáctica*. 2015; 20(1): 157-176.

21. Kubo Y, Kanazawa T, Kawabata Y, Tanaka K, Okayama T, Fujita M, et al. Comparative Analysis of the WISC between Two ADHD Subgroups. *Psychiatry Investig*. 2018;15(2):172-177.

22. Parke E. WISC-IV Profiles in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Learning Disabilities. UNLV Theses, Dissertations, Professional Papers, and Capstones. 2014; 2130.

23. Barkley R. A., DuPaul G. J., y McMurray M. B. Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1990. 58: 775-89.

24. Calhoun SL, Mayes SD. Processing speed in children with clinical disorders. *Psychology in the Schools*. 2005; 42(4): 333-343.

25. Kibby MY, Vadnais SA, Jagger-Rickels AC. Which components of processing speed are affected in ADHD subtypes?. *Child Neuropsychology*. 2019; 25(7): 964-979

26. Kotnala S, Halder S. Working memory, Verbal comprehension, Perceptual reasoning and Processing speed in ADHD and Normal children: A comparative study. *J. Indian Assoc. Child Adolesc. Ment. Health*. 2018; 14(1):60-79

27. Kermarrec S, Attinger L, Guignard JH, Tordjman S. Anxiety disorders in children with high intellectual potential. *BJPsych Open*. 2020; 6. 10.1192/bjo.2019.104.

28. Márquez-Caraveo ME, Rodríguez-Valentín R, Pérez-Barrón V, et al. Children and adolescents with neurodevelopmental disorders show cognitive heterogeneity and require a person-centered approach. *Sci Rep*. 2021;11, 18463.

29. Peredo, RA. Comprendiendo la discapacidad intelectual: datos, criterios y reflexiones. *RIP: Reflexiones en psicología*. 2016; 15: 101-122

30. Luque DJ, Elósegu E, Casquero D. Análisis del WISC-IV en una muestra de alumnos con Capacidad Intelectual Límite. *Revista de Psicología*. 2014. 23(2): 14-27.

31. Oviedo, G. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales*. 2004; (18): 89-96.

32. Boles DB, Adair LP, Joubert A. A preliminary study of lateralized processing in attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of General Psychology*. 2009; 136: 243-258

33. Bravo, Laura. Las destrezas perceptuales y los retos en el aprendizaje de la lectura y la escritura. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*. 2004; 4 (1)

34. Halder, S. Working memory, Verbal comprehension, Perceptual reasoning and Processing speed in ADHD and Normal children: A comparative study *J. Indian Assoc. Child Adolesc. Ment. Health*. 2018; 14(1):60-79





ARCHIVOS
DE INVESTIGACIÓN
PEDIÁTRICA
DE MÉXICO

Historia clínica pediátrica: un instrumento contemporáneo para la evaluación integral de la salud física y mental.

Pediatric clinical history: a contemporary instrument for the comprehensive evaluation of physical and mental health.

Maldonado-Ontiveros
Dianey Jacqueline^{1,2,3,4},
Ruiz-Jaramillo Ma. de la
Cruz^{3,4,5,6,7}, López-Vargas
Laura^{3,4,7,8,9}, Meza-Pérez
Ana Bertha^{10,11,12,13,14},
Flores-Tinajero Miguel
Ánge^{18,17,18}, Santoyo-Rincón
Salvador^{3,4,6,15,16},
González- Rubio
Román^{3,4,9,19},
Mercado-Villegas Ma.
Berenice.^{1,2,3,4}

Autor correspondiente:

Ruiz-Jaramillo Ma. de la Cruz.
Dirección postal:
Blvd. Milenio 1001-A, Predio San
Carlos, León, Gto.
Correo:
maricruiz@gmail.com

RESUMEN

La historia clínica pediátrica es el principal instrumento que a lo largo de la historia ha permitido obtener información sistematizada para llegar al diagnóstico de las enfermedades. La salud y la enfermedad han evolucionado bajo la influencia de factores individuales, sociales y ambientales, por lo tanto, los ítems que componen la historia clínica deben evolucionar para adaptarse a los cambios en la epidemiología de las enfermedades. Las enfermedades mentales se han convertido en un problema de salud pública mundial en adultos y la mayoría de ellas tienen su origen en circunstancias que ocurren en la edad pediátrica, por lo que es prioritario que la historia clínica incluya secciones que aborden temas de salud mental. Existen instrumentos validados traducidos al español cuyos ítems pueden incluirse en cada apartado del formato tradicional de la historia clínica, principalmente aquellos que abordan experiencias adversas en la infancia que causan estrés tóxico y síntomas de depresión.

Palabras clave: historia clínica pediátrica, enfermedades mentales, experiencias adversas en la infancia.

ABSTRACT

The pediatric medical record is the primary tool that has enabled the systematic collection of information to diagnose diseases throughout history. Health and disease have evolved under the influence of individual, social, and environmental factors; therefore, the items comprising the medical record must adapt to changes in disease epidemiology. Mental illnesses have become a global public health issue in adults, and most of them originate from circumstances occurring during childhood. For this reason, it is a priority that the medical record includes sections addressing mental health issues. There are validated instruments, translated into Spanish, whose items can be incorporated into each section of the traditional medical record format, particularly those addressing adverse childhood experiences that cause toxic stress and symptoms of depression.

Keywords: pediatric medical record, mental illnesses, adverse childhood experiences.

¹Hospital Civil Dr. Antonio González Guevara, Tepic, Nayarit. ²Colegio de Pediatras de Nayarit. ³Federación de Pediatría del Centro Occidente de México. ⁴Confederación Nacional de Pediatría de México. ⁵Hospital General León, Guanajuato. ⁶Colegio de Pediatras del Estado de Guanajuato. ⁷Academia Mexicana de Pediatría. ⁸Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco. ⁹Colegio de Pediatras de Jalisco. ¹⁰Asociación Psiquiátrica Mexicana. ¹¹Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. ¹²Colegio de Psiquiatras del estado de Guanajuato. ¹³Colegio Médico del Hospital Angeles León. ¹⁴Centro de Atención Integral a la Salud Mental de León. ¹⁵Hospital General de Salamanca del ISAPEG. ¹⁶Hospital General de Zona 3 Salamanca. ¹⁷Colegio de Psiquiatras de Jalisco AC. ¹⁸Asociación Médica de Jalisco Colegio Médico AC. ¹⁹Asociación Latinoamericana de Pediatría.

INTRODUCCIÓN

La Historia Clínica es un documento médico-legal que registra toda la interacción del personal sanitario con el paciente, así como los actos y actividades médico-sanitarias, cuyo objetivo es facilitar la atención médica.¹ Algunos autores, como Castellano, lo definen como un pilar fundamental para evaluar la responsabilidad profesional del médico y también lo consideran una fuente de información para elaborar estadísticas, informes y certificados.^{2,3} Perret menciona que la supervisión sanitaria en pediatría es una oportunidad única para acompañar al niño o adolescente y a su familia en el proceso de crecimiento y desarrollo, promoviendo la salud física y mental.

Para ello, se utiliza como herramienta la historia clínica pediátrica. En los últimos años se han modificado las 10 principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, siendo una de ellas los problemas de salud mental. UNICEF en 2021⁵ estima que 1 de cada 7 adolescentes tiene un trastorno mental diagnosticado condicionando un grave problema de salud pública aunado a la escasa financiación del 2% destinado a la salud mental a nivel mundial, sin embargo el impacto a lo largo de la vida de los niños, niñas y adolescentes es incalculable. Por ello, es urgente identificar los factores de riesgo para la salud de manera oportuna, con instrumentos acordes a la época actual, que permitan elevar la calidad de la atención y brindar un diagnóstico integral. El objetivo de esta revisión es proponer un instrumento para identificar los factores de riesgo para la salud física y mental en niños y adolescentes.

Orígenes de la historia general en el mundo:

Frombella describe la evolución de la historia clínica desde la mitología griega,⁶ en el templo de Epidauro se encontraron “historias preclínicas” en forma de lápidas, que documentaban el nombre del paciente y su enfermedad. Las primeras 42 historias clínicas completas se registran en *Epidemias I y III*, marcando el origen del documento médico elemental.

Sydenham en el siglo XVII escribió historias clínicas basadas en la observación meticulosa y en el último cuarto del siglo XX, la historia médica, incluidos los registros de enfermería, fue organizada y regulada. En Europa, en la segunda mitad del siglo XX, se crearon los servicios nacionales de salud, y la historia clínica quedó bajo la protección de los servicios de documentación y custodia. Bajo la influencia norteamericana, en la última década del siglo XX, se estableció la historia clínica como un documento legal obligatorio.

En España, en 1984, se publicó una orden ministerial para elaborar un informe de alta en el momento del alta, y en el siglo XXI se introdujo la historia clínica electrónica.

Orígenes de la historia médica general y pediátrica en México:

En la época de los toltecas (entre los años 900 y 1200 d.C.) y de la cultura náhuatl (entre 1430 y 1521 d.C.), ya se señalaban aspectos de asistencia y vigilancia en nutrición y medicina preventiva.

En el México independiente se estableció la Pediatría y su cátedra, impulsada por el Dr. Mario Torroella (1887-1967), considerado el pionero de la Pediatría actual⁷. En los años siguientes, la asistencia médica a los pacientes pediátricos y la forma de registrar dichos cuidados también han evolucionado.

Avances en la Historia Clínica Pediátrica:

Del Castillo analizó 96 tesis de la Escuela Nacional de Medicina, realizadas entre 1869 y 1936. Entre los temas discutidos se encuentran la metodología, la propedéutica clínica, el puericultura y la nutrición.⁸

En 1880, el profesor Secundino Sosa introdujo una forma sistemática de interrogar y en 1888, desarrolló una metodología de exploración física llamada “diálogo con el cuerpo humano”, que incluía 14 pasos: inspección, palpación, tacto-olfato, percusión, auscultación, entre otros.

Cambios en el formato de la historia clínica pediátrica:

En varios países, se ha modificado el formato de la historia clínica pediátrica para detectar riesgos para la salud física y mental, especialmente después de la pandemia de SARS-CoV-2. Algunos investigadores, como Behayani M. et al.,⁹ han incluido el origen biológico de niños y adolescentes en sus formatos de historias clínicas pediátricas.

En España, Arroba et al. destacan la mejora en las técnicas de comunicación durante la entrevista en la historia clínica pediátrica, lo que contribuye a una mejor relación médico-paciente, mayor eficiencia en la detección de problemas clínicos y mayor adherencia al tratamiento. Con la introducción de las técnicas de reproducción asistida, los investigadores Gallego y Riaño han propuesto un formato de historia clínica pediátrica con módulos de acceso restringido para preservar la privacidad del paciente.¹⁰ Sin embargo, en instituciones como el Children's Medical Center Dallas incluyen en sus historias clínicas pediátricas aspectos como la historia social, los padres sustitutos, la adopción y la historia de salud mental.¹¹

Innovaciones en la historia clínica pediátrica digital:

En las últimas décadas, la historia clínica pediátrica digital en España ha aportado nuevos usos, como la evaluación de los procesos asistenciales, promoviendo la autonomía y corresponsabilidad de los pacientes bajo la supervisión de un profesional.¹²

En Chile, en 2012, se creó el programa piloto *de Control de Salud "Juventud Saludable"*, cuyo objetivo fue contar con una historia clínica pediátrica eficiente para la detección temprana de problemas de salud física y mental, y permitir intervenciones preventivas¹³. En el Perú, la historia clínica pediátrica incluye la detección de factores de riesgo social, como el formulario de tamizaje de violencia y maltrato infantil, que debe ser actualizado en los chequeos médicos.¹⁴

Situación en México:

En México, la historia clínica está regulada por la Norma Oficial Mexicana de la Historia Clínica^{15,16} y algunas instituciones ya han adaptado este instrumento para incluir ítems sobre la salud mental de los niños, como el tipo de historia familiar, socioadaptativa y neuropsicológica.^{17,18}

Sin embargo, aún no existe un instrumento estandarizado a nivel nacional para mejorar la calidad de la atención y detectar riesgos para la salud física y mental. Un estudio de 2023, *El pediatra y la salud mental en la historia clínica: un estudio exploratorio*,¹⁹ reveló que solo un tercio de los pediatras en México consideran los elementos de salud mental infantil en sus formatos de historia clínica, el 39% de los encuestados reportó haber recibido capacitación en este tema durante su capacitación y solo el 10% conoce instrumentos validados para el tamizaje de enfermedades mentales en niños y adolescentes.

PROPUESTA

Esta revisión narrativa se llevó a cabo con el fin de desarrollar un instrumento de historia clínica pediátrica que permita la identificación eficiente y oportuna de los factores de riesgo para la salud física y mental. Se identificó el aumento de enfermedades relacionadas con la salud mental infantil a nivel mundial tras la pandemia del virus SARS-COV2, por lo que consideramos necesario y urgente actualizar el instrumento de historia clínica agregando ítems en sus diferentes secciones de acuerdo a las necesidades actuales, sostenibles en el tiempo, conservando la originalidad del formato, que permite prevenir enfermedades a lo largo de la vida, emitiendo recomendaciones que favorezcan su sano crecimiento y desarrollo y proporcionando un diagnóstico integral elevando la calidad de la entrevista. En el formato que proponemos, se ha llevado a cabo incluyendo ítems que forman parte de instrumentos validados y traducidos al español que evalúan antecedentes de experiencias adversas en la infancia que generan expresiones tó-

xicas,^{20,21} así como situaciones protectoras de la salud mental, y concluye con diagnósticos genéricos en salud mental infantil según el DSM-5.²²

CONCLUSIÓN

Este formato de historia clínica propuesto cumple con uno de los mensajes clave que fueron publicados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en el documento titulado “El Estado Mundial de la Infancia

2021: En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de los niños” que dice: “Los riesgos y los factores protectores influyen en la salud mental en momentos decisivos del desarrollo”

La historia clínica es el instrumento más sólido y con base legal para que los profesionales de la salud que atienden a la población pediátrica actúen de manera oportuna y eficaz con el objetivo de controlar el aumento vertiginoso de las enfermedades mentales.

Anexo 1. Historia clínica pediátrica: un instrumento contemporáneo para la evaluación integral de la salud física y mental.

Historia Clínica Pediátrica: un instrumento contemporáneo para la evaluación integral de la salud física y mental.											
I. Hospitalaria unidad médica											
II. Motivo de consulta											
III. Ficha de identificación											
IV. Antecedentes hereditarios											
V. Antecedentes personales											
VI. Antecedentes personales patológicos											
VII. Nutrición											
VIII. Desarrollo Psicomotor prueba EDI por rangos de edad											
IX. Sistema de vacunación											
X. Sueño											
XI. Control de estatura											
XII. Educación											
XIII. Sexualidad											

Anexo 2. QR para descargar el formato de Historia Clínica en PDF.



Anexo 3. Las experiencias adversas en la infancia, 4 o más implican un alto riesgo de enfermedad física y/o mental.²³



REFERENCIAS

- Pastor BM, Rodes LIF. Medicina Legal de la Atención Pediátrica en Atención Primaria. Documentos médico-legales: Historia clínica e informe de lesiones. Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7:489-503.
- Castellano M, Cabanillas O, Fernández MJ. Problemática de la historia clínica en la información y documentación clínica, Madrid. Consejo General del Poder Judicial y Ministerio de Sanidad y Consumo. 1997;45-90.
- Chero F. La historia clínica como herramienta para mejorar el proceso asistencial. Revista Elsevier de Calidad de la Atención Médica. 2017; 32(2):115-116. Doi: 10.1016/j.cali.2016.05.005.
- Perret PC. Manual de pediatría. Facultad de Medicina de Chile. 2018.
- UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente.
- Frombella PM, Cereijo QM. Historia de la Historia Clínica. Galicia clin 2012; 73(1):21-26.
- Prado VA. Pasado y presente de la pediatría mexicana. Academia Nacional de Medicina de México. <https://www.anmm.org.mx/bgmm>.
- Del Castillo TC. La pediatría de México: Las tesis de la Escuela Nacional de Medicina (1869-1936),2020.
- Bhayani M, Chen JL, Gerber ME, Raviv J, Seligman I, Shinnors MJ. Cuestionario de Historia clínica pediátrica. Sistema de Salud de la Universidad de North Shore.
- Arroba BM, Dago R, Manzar BP. Entrevista clínica en pediatría: Teoría y práctica. Rev Ped Aten Primaria 2010; 12(19).
- Gallego RS, Riaño GI. ¿Quién decide qué datos se incluyen en la historia clínica en relación con el origen biológico? Aten Primaria 2018; 50(2):74-78. doi:10.1016/j.aprim.2017.01.009.
- Cuestionario de Historia Clínica Pediátrica. Clínica de Desarrollo de la Salud Infantil-Pediatría Conductual. Centro Médico Infantil de Dallas.
- Gorina YN, Gómez MF, diputado de Alcalá. Protocolo 02: Documentación e historia clínica en pediatría interna hospitalaria. Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria. 2021.
- Instrumento para la contemplación de la Historia Clínica de los Adolescentes. Ministerio de Salud de Chile. CLAP/OMS/OPS. 2021.
- Norma Técnica de Salud para la gestión de la Historia Clínica NTS N° 139- MINS/2018.
- Norma Oficial Mexicana de la Historia Clínica. NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.
- IMSS Historia de la Medicina Siglo XXI, Centro Médico Nacional. http://edumed.imss.gob.mx/pediatría/residentes/guia_hist_clin.pdf.
- Facultad de Medicina – Xalapa _Universidad Veracruzana <https://www.uv.mx>expedientes >medicina>2020/01>.
- Maldonado OD, Ruiz JM, López VL. El pediatra y la salud mental en la historia clínica: un estudio exploratorio. Arch Invest Pediatr Mex.2024; 16(2):21-28.
- Névarez-Mendoza B, Ochoa-Meza G. Adaptación del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia en muestras mexicanas. Psicología y Salud 2022; 32(2):203-214.
- Rodríguez-Infante T, Blinda-Vergara V, Zulueta-Baeza M. Implementación de intervenciones que abordan las experiencias adversas de la infancia en atención primaria: una revisión exploratoria. Revista de Ciencias Médicas, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2024; 49(1):7-21.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5-TR. 5ª ed. Ed. Panamericana.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Estrategia de Prevención de Experiencias Adversas en la Infancia. Atlanta, GA: Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2021. Disponible en: https://www.cdc.gov/aces/media/pdfs/ACESs-Strategic-Plan_Final_508.pdf.



ARCHIVOS
DE INVESTIGACIÓN
PEDIÁTRICA
DE MÉXICO

Alfa-dornasa (rhDNAsa) endotraqueal en recién nacido prematuro con falla respiratoria refractaria. Caso clínico.

Endotracheal alpha-dornase (rhDNAsa) in a premature newborn with refractory respiratory failure. Clinical case.

González Alma Patricia¹,
De la Rosa-Alamilla
Marisol¹, Sosa-Bustamante
Gloria Patricia.¹

RESUMEN:

Antecedentes: La falla respiratoria aguda es el problema frecuente en la unidad de cuidados intensivos neonatales, la deficiencia de surfactante la principal causa en recién nacidos pretérmino (RNPT). La rhDNAsa o Alfa-dornasa es utilizada como un agente mucolítico para el tratamiento de la mucosa hiperviscosa producida en pacientes con fibrosis quística.

Caso clínico: Se trata de un RNPT masculino de 16 días de vida, nacido por cesárea por oligohidramnios severo, a las 34 semanas de gestación, con peso: 1.500 g, Apgar: 8/9, con dificultad respiratoria progresiva requiriendo intubación orotraqueal con la administración de 2 dosis de surfactante y ventilación invasiva convencional, y luego ventilación de alta frecuencia oscilatoria por falla al manejo, con Índice de Oxigenación (IO) máximo de 20.1. Se inició tratamiento con rhDNA recombinante (Pulmozime[®]) por vía endotraqueal 2.5mg cada 24 h por 3 dosis, con mejoría notable. **Conclusiones:** Este caso clínico de falla respiratoria refractaria al manejo con surfactante y ventilación invasiva, muestra la respuesta favorable al tratamiento con rhDNA recombinante por vía endotraqueal.

Palabras clave: Síndrome de dificultad respiratoria, recién nacido prematuro, desoxirribonucleasa.

ABSTRACT:

Background: Acute respiratory failure is a frequent problem in the neonatal intensive care unit, surfactant deficiency being the main cause in preterm newborns (PT). RhDNase or Alpha-dornase is used as a mucolytic agent for the treatment of hyperviscous mucosa produced in patients with cystic fibrosis. **Clinical case:** This is a 16-day-old male PT, born by cesarean section due to severe oligohydramnios, at 34 weeks of gestation, with weight: 1,500 g, Apgar: 8/9, with progressive respiratory distress requiring orotracheal intubation with the administration of 2 doses of surfactant and conventional invasive ventilation, and then high-frequency oscillatory ventilation due to failure to manage, with a maximum Oxygenation Index (OI) of 20.1. Treatment was started with recombinant rhDNA (Pulmozime[®]) via endotracheal route 2.5 mg every 24 h for 3 doses, with notable improvement. **Conclusions:** This clinical case of respiratory failure refractory to management with surfactant and invasive ventilation, shows the favorable response to treatment with recombinant rhDNA via endotracheal route.

Keywords: Respiratory distress syndrome, premature, deoxyribonuclease.

Autor correspondiente:

González Alma Patricia.
Dirección postal:
Avenida México e Insurgentes
s/n, Colonia Los Paraísos, León
Gto.
Correo:
patipili999@hotmail.com

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Alta Especialidad HGP No 48, León Gto.

INTRODUCCION

La falla respiratoria aguda es el problema más común de admisión en la unidad de cuidados intensivos neonatales; siendo la deficiencia de surfactante la principal causa en recién nacidos pretérmino (RNPT), otras entidades son neumonía perinatal, hemorragia pulmonar y en algunos casos existen microatelectasias que impiden una buena oxigenación.¹

La desoxirribonucleasa I, rhDNAsa o Alfa-adornasa es una enzima humana que normalmente está presente en la saliva, orina, secreciones pancreáticas y sangre, y es responsable de la digestión del DNA extracelular,² La rhDNAsa fue clonada y expresada en 1990, y descubierta en 1992 como un agente mucolítico para el tratamiento de la mucosa hiperviscosa producida en pacientes con fibrosis quística (FQ)³, luego de notar en la década de 1950 que el uso de desoxirribonucleasa bovina disminuía el espesor del esputo en pacientes con FQ⁴. Actualmente rhDNAsa se ha utilizado además en niños con cuadros agudos de asma,⁵ enfermedad virus sincitial respiratorio⁶ o en recién nacidos prematuros con neumonía asociada a la ventilación.⁷ Sin embargo, aún hay limitada información sobre su uso endotraqueal en recién nacidos con falla respiratoria refractaria.

Presentamos un caso de recién nacido prematuro con falla respiratoria refractaria al manejo con ventilación de alta frecuencia, en el que aplicamos DNA recombinante por vía endotraqueal.

CASO CLÍNICO

Se trató de un RNPT, masculino de 16 días de vida, hijo de madre de 17 años, sin antecedentes de patológicos, nació por cesárea por oligohidramnios severo, a las 34 semanas de gestación por Capurro con peso de 1.500 g, Apgar: 8/9, requirió pasos iniciales de reanimación, pero desde el nacimiento se observó que presenta dificultad respiratoria progresiva, que requiere

intubación orotraqueal, además de la administración de 2 dosis de surfactante y manejo inicial con ventilación invasiva, pero presenta falla al manejo, con Índice de Oxigenación (IO) máximo de 20.1, es sometido a ventilación de la alta frecuencia oscilatoria desde su primer día de vida, a la vez que se detecta hemorragia pulmonar (Figura 1). Los índices de infección como biometría hemática con proteína C reactiva y hemocultivo fueron negativos.

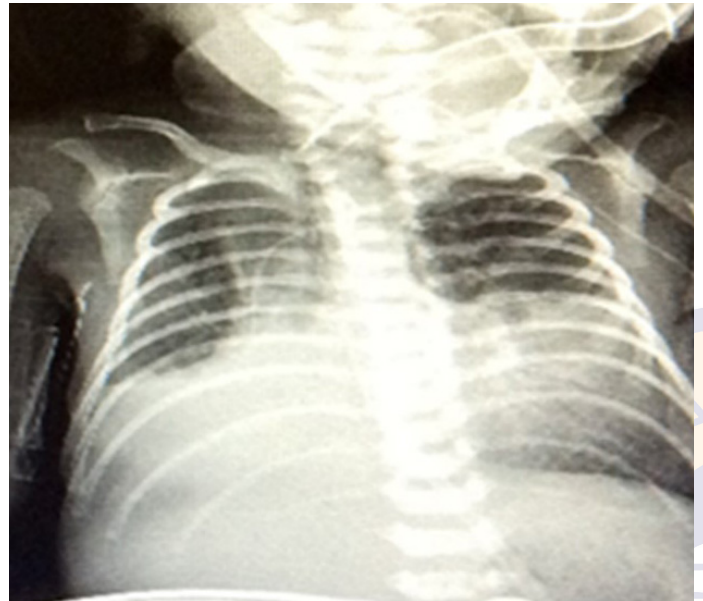


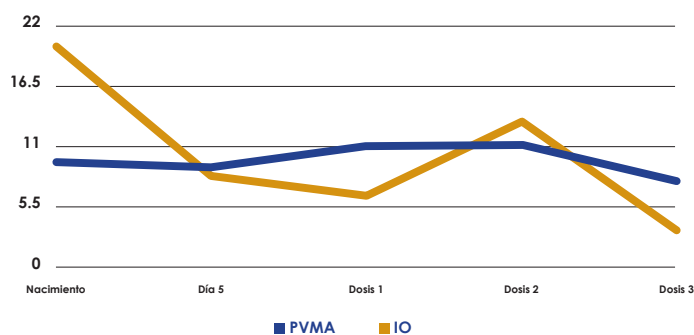
Figura 1. Radiografía de tórax anteroposterior (AP) previo a la administración de rhDNAsa.



Figura 2. Radiografía de tórax AP después de la tercera dosis de rhDNAsa.

Se inició tratamiento con rhDNA recombinante (Pulmozime®) por vía endotraqueal 2.5mg cada 24 h por 3 dosis, las radiografías de tórax previo y posterior al manejo se muestran en la Figura 1 y 2, así como la determinación de IO (Figura 3).

Figura 3. Evolución ventilatoria del recién nacido.



Los parámetros de la ventilación de alta frecuencia fueron disminuidos hasta su retiro y colocación de CPAP nasal a las 24 horas después de la tercera dosis del rhDNA recombinante. La radiografía de tórax de control se muestra en la Figura 3.

DISCUSION

El paciente RNPT presentó distrés respiratorio (SDR) con falla al tratamiento con surfactante y ventilación invasiva, incluso ventilación de alta frecuencia y, es posible que esto favoreció que su tracto respiratorio se haya colonizado por bacterias, lo que induce inflamación y acumulación de neutrófilos en la zona afectada que al degradarse conducen a una mayor cantidad de ADN altamente polimerizado, que resulta en engrosamiento aún mayor de la mucosa y la presencia de material de ADN de los neutrófilos lo cual da como resultado el taponamiento de las vías respiratorias del paciente⁸ además de incremento de las propiedades viscoelásticas de las secreciones de la vía aérea que dependen de la presencia del DNA extracelular de los neutrófilos degradados,^{9,10} llevando al RNPT a presentar atelectasias de difícil resolución. Desde el nacimiento, el paciente presentó falla respiratoria con deterioro progresivo, manejado con surfactante

y ventilación invasiva de forma intensiva por 5 días, sin mostrar mejoría, y posterior a la administración de rhDNAsa por cánula endotraqueal, con dosis similares a lo reportado por Mackinnon *et al*,¹¹ de 2.5 mg de rhDNAsa por vía endotraqueal administrado cada 24 horas por 3 dosis, el RNPT presentó mejoría respiratoria con disminución del índice de oxigenación desde el inicio del tratamiento, como se muestra en Figura 3.

Se sabe que la rhDNAsa, hidroliza el DNA extracelular de las secreciones tráqueo bronquiales, en cuestión de minutos hidroliza las secreciones del estado en gel viscoso a un líquido, que fluye con facilidad y esta reducción de la viscosidad está asociado con la disminución del tamaño del ADN en las secreciones de la mucosa¹⁰, lo que en el recién nacido, tradujo en la resolución de atelectasia con evolución favorable desde la primera dosis en el paciente, permitiendo que los parámetros de ventilación de alta frecuencia fueran disminuyendo hasta lograr el cambio a ventilación convencional y posteriormente a presión positiva continua de la vía aérea o CPAP nasal a las 24 horas de la última dosis administrada, y la radiografía de tórax posterior al tratamiento con mejoría en la aireación pulmonar se observa en la Figura 2.

Durante la administración del tratamiento no observamos efectos adversos, por lo que, ante la falla respiratoria progresiva y refractaria al manejo convencional con surfactante y ventilación invasiva, esta estrategia puede ser una alternativa efectiva en el tratamiento; sin embargo, se requiere estudios clínicos con diseño longitudinales y controlados que apoyen este resultado.

CONCLUSIONES

Este caso clínico de un RNPT con falla respiratoria refractaria al manejo con surfactante y ventilación invasiva, muestra la evolución ventilatoria favorable al tratamiento con rhDNA recombinante por vía endotraqueal desde la aplicación de la primera dosis.

REFERENCIAS

1. Sweet DG, Carnielli VP, Greisen G, Hallman M, Klebermass-Schrehof K, Ozek E, Te Pas A, Plavka R, Roehr CC, Saugstad OD, Simeoni U, Speer CP, Vento M, Visser GHA, Halliday HL. European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome: 2022 Update. *Neonatology*. 2023;120(1):3-23. doi: 10.1159/000528914.
2. Fuchs HJ, Borowitz DS, Christiansen DH, Morris EM, Nash ML, Ramsey BW, Rosenstein BJ, Smith AL, Wohl ME. Effect of aerosolized recombinant human DNase on exacerbations of respiratory symptoms and on pulmonary function in patients with cystic fibrosis. The Pulmozyme Study Group. *N Engl J Med*. 1994; 8;331(10):637-42. doi: 10.1056/NEJM199409083311003.
3. Shak S, Capon DJ, Hellmiss R, Marsters SA, Baker CL. Recombinant human DNase I reduces the viscosity of cystic fibrosis sputum. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1990 Dec;87(23):9188-92. doi: 10.1073/pnas.87.23.9188.
4. Raskin P. Bronchospasm after inhalation of pancreatic dornase. *Am Rev Respir Dis*. 1968 Oct;98(4):697-8. doi: 10.1164/arrd.1968.98.4.697.
5. Patel A, Harrison E, Durward A, Murdoch IA. Intratracheal recombinant human deoxyribonuclease in acute life-threatening asthma refractory to conventional treatment. *Br J Anaesth*. 2000 Apr;84(4):505-7. doi: 10.1093/oxfordjournals.bja.a013479.
6. Boogaard R, Hulsmann AR, van Veen L, Vaessen-Verberne AAPH, Yap YN, Sprij AJ, Brinkhorst G, Sibbles B, Hendriks T, Feith SWW, Lincke CR, Brandsma AE, Brand PLP, Hop WCJ, de Hoog M, Merkus PJFM. Recombinant human deoxyribonuclease in infants with respiratory syncytial virus bronchiolitis. *Chest*. 2007 Mar;131(3):788-795. doi: 10.1378/chest.06-2282.
7. Scala M, Hoy D, Bautista M, Palafoutas JJ, Abubakar K. Pilot study of dornase alfa (Pulmozyme) therapy for acquired ventilator-associated infection in preterm infants. *Pediatr Pulmonol*. 2017 Jun;52(6):787-791. doi: 10.1002/ppul.23656. Epub 2017 Jan 3. PMID: 28052587.
8. Altaf R, Parmar M. Dornase Alfa. [Updated 2023 Jun 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556018/>
9. Shak S, Capon DJ, Hellmiss R, Marsters SA, Baker CL. Recombinant human DNase I reduces the viscosity of cystic fibrosis sputum. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1990 Dec;87(23):9188-92. doi: 10.1073/pnas.87.23.9188. PMID: 2251263; PMCID: PMC55129.
10. Potter JL, Spector S, Mattheew LW, Lemm J. Studies on pulmonary secretion: the nucleic acids in whole pulmonary secretion from patients with cystic fibrosis, bronchiectasis and laryngectomy. *Am Rev Respir Dis* 1969; 9: 909-996
11. MacKinnon R, Wheeler KI, Sokol J. Endotracheal DNase for atelectasis in ventilated neonates. *J Perinatol*. 2011 Dec;31(12):799-801. doi: 10.1038/jp.2011.38. PMID: 22124516.



ARCHIVOS
DE INVESTIGACIÓN
PEDIÁTRICA
DE MÉXICO

Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto, una expresión clínica inicial de lupus eritematoso sistémico. Reporte de dos casos.

Kikuchi-Fujimoto disease, a clinic expression of systemic lupus erythematosus. Report of two cases.

Barroso-Santos Joel¹,
Robledo-Martínez
Angelina Ingrid²,
Ramírez-Vázquez María
Guadalupe³, Aparicio-
Vera Luis⁴, Velasquez-
Perez Rubén Darío⁵,
Madrid-Gómez-Tagle José
Antonio⁶, Arteaga-García
Felipe⁷, Hurtado del Ángel
Rubén Genaro.⁸

Autor correspondiente:

Barroso-Santos Joel.
Dirección Postal:
Hospital de Niño DIF, Hidalgo.
Blvd. Felipe Ángeles Km 84.5,
Venta Prieta, 42083 Pachuca de
Soto, Hgo.
Correo:
Joelbarrosoallergy@gmail.com

RESUMEN

La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto o Linfadenitis necrotizante histocítica es una patología rara, asociada a enfermedades autoinmunitarias como Lupus eritematoso sistémico. Se presenta con mayor frecuencia en el género femenino, se caracteriza por fiebre de presentación aguda, subaguda acompañado de linfadenopatía habitualmente unilateral, que llega a ser dolorosa, así como presencia de artralgias, mialgias y diaforesis nocturna, su diagnóstico es por estudio histopatológico que evidencia la presencia de histiocitos, zonas de necrosis en el ganglio linfático. El tratamiento es sintomático, sin embargo, en manifestaciones sistémicas el uso de fármacos inmunosupresores ha tenido buen resultado.

Palabras clave: Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto, lupus eritematosos sistémico, linfadenitis necrotizante.

ABSTRACT

Kikuchi-Fujimoto's disease or histocytic necrotizing lymphadenitis is a rare pathology, associated with autoimmune diseases such as systemic lupus erythematosus. It occurs more frequently in the female gender, it is characterized by acute, subacute fever accompanied by generally unilateral lymphadenopathy, which becomes painful, as well as the presence of arthralgia, myalgia and nocturnal diaphoresis, its diagnosis is by histopathological study that shows the presence of histiocytes, zones of necrosis in the lymph node. Treatment is symptomatic, however in systemic manifestations the use of immunosuppressive drugs has had good results.

Keywords: Kikuchi-Fujimoto disease, systemic lupus erythematosus, necrotizing histiocytic lymphadenitis.

¹Medico Adscrito al departamento de Alergia e Inmunología Clínica Pediátrica, Hospital Niño DIF Hidalgo. ²Médico Residente de Alergia e Inmunología Clínica Pediátrica del Hospital Regional Valentín Gómez Farias, Zapopan, Jalisco. ³Medico Adscrito al departamento de Alergia e Inmunología Clínica Pediátrica, Hospital del Niño DIF Hidalgo. ⁴Médico Reumatólogo pediatra, adscrito al departamento de Reumatología Pediátrica, Hospital para el niño Poblano, Puebla, Puebla. ⁵Medico Anatomopatólogo y Patólogo pediatra, Adscrito al departamento de Anatomía Patológica, Hospital del Niño DIF Hidalgo. ⁶Medico Infectólogo Pediatra. Consultorio Privado "Club Pediatría". Pachuca, Hidalgo. ⁷Medico Neonatólogo, subdirector Médico del Hospital del Niño DIF, Hidalgo. ⁸Medico Pediatra, director Médico del Hospital del Niño DIF, Hidalgo.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto también se conoce como linfadenitis histiocítica necrotizante. Fue descrita por primera vez en 1972 por el hematólogo el Dr. Mashiro Kikuchi en la revista de la sociedad japonesa de hematología y de manera simultánea el Dr. Fujimoto la describió en otra revista como linfadenitis necrotizante de origen desconocido.¹

Es una patología rara que se presenta principalmente en el género femenino con una edad promedio de 20-30 años. La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto se caracteriza por linfadenopatía unilateral dolorosa, habitualmente localizada en región cervical, fiebre, artralgias y diaforesis nocturna.²

La etiología es aún desconocida, pero se tienen dos hipótesis. La primera asociada a algún proceso infeccioso ya sea viral o bacteriano y la segunda a procesos autoinmunitarios, especialmente lupus eritematosos sistémico.³

Se reporta el caso de dos pacientes femeninas con Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto diagnosticados en el Hospital del Niño DIF, Hidalgo.

Caso clínico 1

Femenina de 12 años 3 meses, residente de Santiago, Tezontlale, Ajacuba Hidalgo. Antecedentes heredo-familiares; Abuelo materno finado por cáncer de colon, abuela materna finada por trombosis venosa, Antecedentes personales patológicos; hipoacusia derecha en manejo con aparato auditivo, queiloplastia a los 5 meses de edad y palatoplastia al año secundario a labio paladar hendido, tubos ventilación a los 4 y 5 años. Inicio padecimiento en julio con otalgia izquierda, punzante, intermitente. Acude a valoración con otorrinolaringología quienes comentan que se trata de dolor referido de la articulación temporomandibular secundario a maloclusión, manejo con metocarba-

mol. En septiembre se agrega dolor a la extensión de ambas manos, niega edema, eritema y calor, de 3 días de evolución y remitió de forma espontánea. Una semana después se agrega edema sin dolor de manos, pies y bípalmpebral, acude con médico pediatra quien da manejo con antihistamínico y furosemida con lo que remitió. Posteriormente regresa otalgia izquierda e hipoacusia, se solicita TAC ante sospecha de proceso infeccioso crónico y refiere a donde fue valorado por pediatría, ORL e infectología quienes no encontraron datos de otomastoiditis y es egresada.

El 21 de septiembre presenta nuevamente otalgia, eritema en mejilla derecha y febrícula de 37.5, se da manejo con paracetamol, cefixima y clindamicina ante sospecha de eritema infeccioso, sin mejoría. A partir del 24 de septiembre presenta fiebre dos veces al día que se asocia a rash eritematoso en mejillas y espalda. Se ingresa por fiebre de origen a determinar.

Exploración física. Paciente consciente, pupilas isocóricas normorreflécticas, cavidad oral con ulcera lingual izquierda, faringe hiperémica, cuello con múltiples adenomegalias, la mayor de 3 cm dolorosa a la palpación. Presencia de adenomegalias de hasta 1.5 cm en región axilar derecha e inguinales. Tórax con murmullo vesicular bilateral, sin estertores ni sibilancias. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos.

Abdomen con dolor a la palpación profunda de forma generalizada, sin datos de irritación peritoneal, borde hepático a 1 cm del reborde costal y esplenomegalia. Extremidades íntegras sin alteraciones en la movilidad. Piel con presencia de rash eritematoso en mejilla y región malar derecha.

Durante su estancia presentó linfocitosis hemofagocítica (fiebre, esplenomegalia, anemia, linfopenia, hipotrigliceridemia, ferritina elevada) por lo que se administró el 03 de diciembre dosis de gammaglobulina IV a 1gr/kgdo, se decidió abordaje para descartar autoinmunidad con toma de: Factor reumatoide,

anti-ANA, Anti DNA doble cadena, C3,C4, Anti-Smith, Infectología solicito pruebas serológicas para Epstein Barr, Citomegalovirus y PPD, así como abordaje por oncología quien solicito un aspirado de medula ósea y biopsia de ganglio.

Laboratorios.

- 17.09 Biometría hemática: Hb11.6, plaquetas 138,000, leucocitos 6140, neutrófilos 3653, linfocitos 1983.
- Colesterol 128, triglicéridos 216, HDL 20, albúmina 4.1
- EGO: proteínas 30mg/dl, resto negativo.
- 19.09 Biometría hemática: Hb 10.9, plaquetas 222, leucocitos 6880, neutrófilos 4974, linfocitos 1362.
- 27.09 Hemocultivo: negativo, urocultivo negativo. Recolección de orina de 24 hrs: 498mg/ 17mg-m2schora.
- Factor reumatoide 38.2
- PCR: 19.4
- 30.09 ferritina 879
- 02.10 Biometría hemática: Hb 10, plaquetas 221,000, leucocitos 4920, neutrófilos 4010, linfocitos 674.
- 04.10: Cr 0.45, urea 32, BUN 15, ácido úrico 3.75.
- Aspirado de medula ósea: medula ósea reactiva, neutrófilos 75%, bandas 10%, linfocitos 15%.
- Serología VEB: indeterminado, CMV: indeterminado, PPD Negativo.

Inmunológicos.

- 29.09 IgA 236, IgG 2174, IgM 181, IgE 202.
- 30.09 complemento: C4: 5.5, C3 26.3
- ANA (método IFI) 1:1280, Anti-DNAdc 3845, Anti-Smith: > 200

Gabinete.

- USG: esplenomegalia.

Histopatología.

- Biopsia de ganglio, necrosis central importante (compatible con linfadenitis necrotizante histocítica).

En 06 octubre por eritema malar, artritis, trombocitopenia, linfopenia, nefritis con proteinuria significativa, ANA (método IFI) Positivos, Anti DNAdc Positivos, Anti-Smith positivos, hipocomplementemia marcada se da el diagnóstico de lupus eritematosos sistémico y enfermedad de Kikuchi-Fujimoto.

Paciente con enfermedad autoinmune sistémica, por lo que se inicia tratamiento de inducción a la remisión con esteroide (metilprednisolona 2mg/kg/día) así como FARME: Micofenolato de mofetilo 500mg vo cada 25 hrs por 48 hrs y en caso de tolerar ajustar a 1.5gr/día.

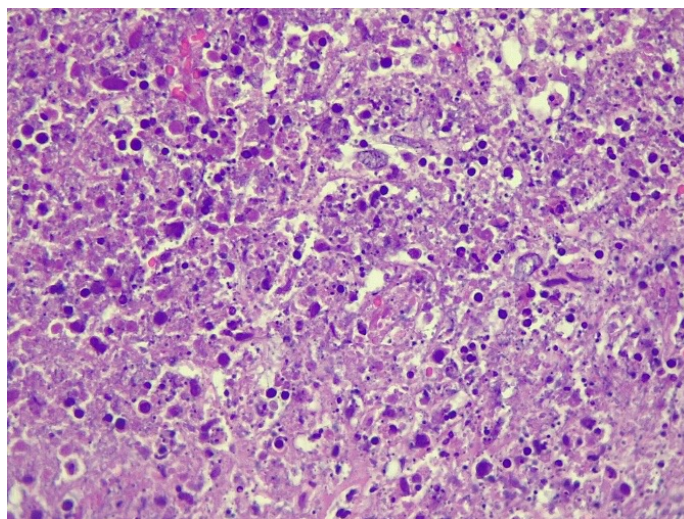


Figura 1. Área con necrosis, células mononucleares y restos cariorrecticos (HE, 40X).

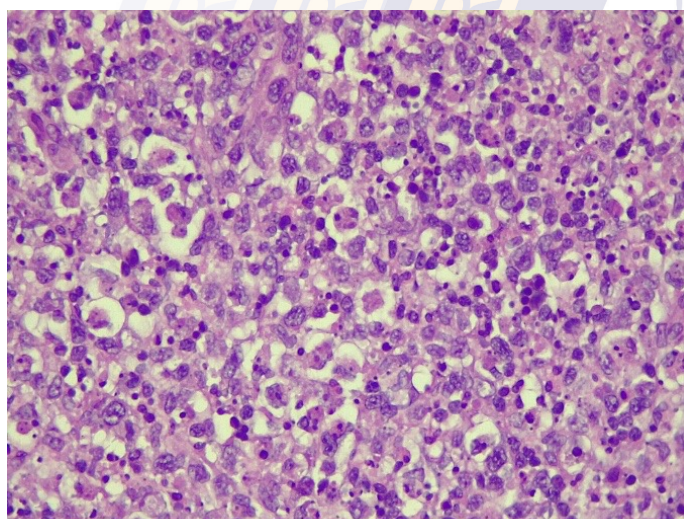


Figura 2. Numerosos histiocitos, varios con núcleos en forma de C o torcidos (HE, 40X).

Caso clínico 2.

Femenina de 10 años, originaria de Tulancingo, Hidalgo. Residente de Cuauhtepic, Hidalgo. Antecedentes heredofamiliares: Carga genética para diabetes mellitus e hipertensión arterial, sin antecedentes de autoinmunidad. Antecedentes personales no patológicos: sin importancia para padecimiento actual. Antecedentes personales patológicos: Alergia a trimetoprima con sulfametoxazol, amoxicilina con ácido clavulánico y claritromicina.

Inicio padecimiento actual el 06 noviembre con dolor punzante de rodillas, bilateral, sin irradiaciones, que interfiere con la deambulacion, que mejora con el uso de AINES, sin rigidez matutina. El 18 de noviembre presenta aumento de volumen cervical derecho, doloroso, punzante, que se exacerba al movimiento, que mejora con el reposo y con el uso de AINES, el 24 de noviembre presento fiebre recurrente, de predominio vespertino-nocturno, cuantificada en más de 38.5, que mejora con el uso de AINES.

El 28 de noviembre se da tratamiento antibiótico con amikacina y azitromicina, sin mejoría de la fiebre. El 04 de diciembre se cambió azitromicina por claritromicina, presentando, no inmediatamente; erupción cutánea de predominio facial, por lo que se prescribe aciclovir por 5 días, sin mejoría por lo que acuden a valoración. A la exploración física: buen estado general, conjuntivas eritematosas, narinas permeables, mucosa pálida, hipertrofia de cornetes grado I, sin lesiones, adenomegalia cervical derecha en triángulo posterior derecho, dolorosa de 3x3 cm, móvil, sin cambios de coloración la piel, cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen sin alteraciones, extremidades superiores e inferiores sin limitación para la flexión y extensión; tobillo derecho con dolor a la palpación con leve flogosis.

Durante su estancia continuo con fiebre de predominio nocturno (23 días), se solicita valoración por

inmunología quien solicita estudios de laboratorio autoinmunes con toma de PE c3, c4, Antinucleares, anti-DNAc. Por parte de infectología se solicitó serología para Epstein Barr, citomegalovirus, parvovirus.

Laboratorios.

- 8.12.20 Hb 12.9, Hto 38.4%, plaquetas 266, 000, leucocitos 3320, neutrófilos 1380, linfocito 1650.
- Cr. 0.5, LDH 433, fosfatasa alcalina 214.
- Perfil hepático: AST 42, ALT 50.
- Ego normal/urocultivo negativo, hemocultivo negativo.
- Serología: IgM VEB <10, IgG > 750 (positivo), Ag Nuclear IgG > 600 (positivo), Anti CMV IgG 63.4 (positive), Anti CMV IgM 0.2, Anti parvovirus
- B19 IgG <1, IgM 0.2.
- 18.07.21 Hb 132, Hto 41.1, plaquetas 377, 000, leucocitos 6070, neutrófilos 3035, linfocitos 2428, eosinófilos 164.
- 09.10.21 Proteínas en orina de 24 hrs: 349mg/8.8mgm2schora.
- 28.11.21 Proteínas en orina de 24 hrs: 533mg / 13mgm2schora.
- 11.01.11 Proteínas en orina de 24 hrs 740mg/18mgm2schora.
- 10.02.22 Proteínas en orina de 24 hrs 407mg/10mgm2schora.
- 15.03.23 Biometría hemática: Hb 14.1, plaquetas 307,000, leucocitos 5440, neutrófilos 2720, linfocitos 2300, proteínas en orina de 24 hrs 101mg/2.5mgm2schora.

Inmunológicos.

- 10.12.20 IgG 1407, IgM 125.7.
- 11.12.20 ANA positivo 1:640, C3 145 (90-180), C5 31.4 (10-40), Anti DNAc 10 (Negativo)
- 14.01.21 Anti Ro 9.94 (neg), Anti La Neg, Anti Smith 2 (neg), Anti RNP 2 (Neg), Anti SCL70 2 (Neg), Anti Jo 2 (Neg), ANTI CLP 2 (Neg).
- 16.04.21 C3 122.4, C4 19.4, Anti ANA 1:320.
- 10.12.22 Anti DNAc < 10, ANA 1:160, C3 108, C4 19.

Histopatología.

- Biopsia de ganglio linfático: compatible con linfadenitis necrotizante histocítica.

Paciente con diagnóstico de enfermedad de Kikuchi Fujimoto y Lupus eritematoso sistémico. Se inicia tratamiento con esteroide (deflazacort 1mg/kg/día) y posterior esquema de reducción, así como hidroxicloroquina, se egresa y se da seguimiento por consulta externa con estudios de laboratorio.

En noviembre de 2021 por datos de proteinuria significativa se inicia micofenolato de mofetilo a 2gr/día. Actualmente en manejo con hidroxicloroquina 200mg/día (dic-20 – a la fecha), micofenolato de mofetilo 2gr/día (noviembre 2021 – Fecha).

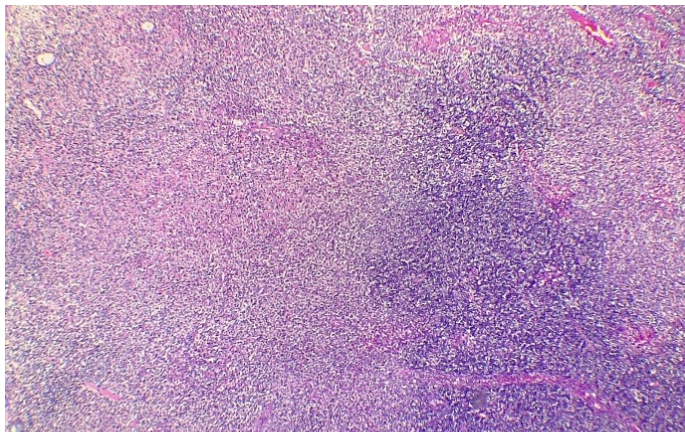


Figura 3. Área con necrosis y tejido linfoide residual del ganglio linfático (esquina inferior derecha) (HE, 40X).

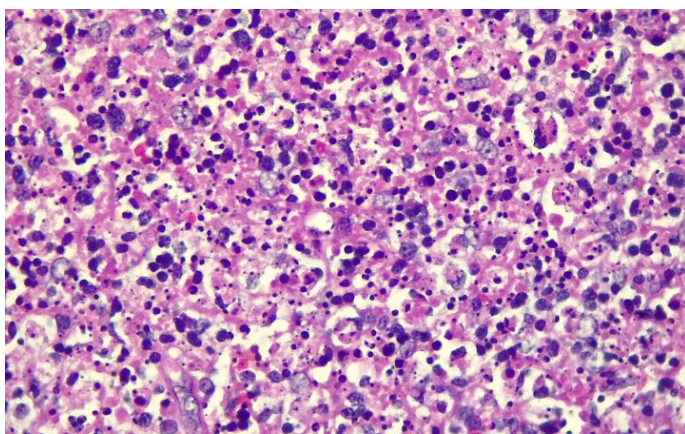


Figura 4. Numerosos histiocitos, varios con núcleos en forma de C o torcidos (HE, 40X).

DISCUSIÓN

La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto es una entidad rara que se presenta en pacientes jóvenes, con una recurrencia reportada del 3% al 4%. Con edad de presentación de los 20 a los 30 años en una relación de 4:1 entre hombres: mujeres.⁴

Sin embargo, también se ha descrito en menores de 20 años, con una relación 1:1 entre hombres: mujeres. Tiene preferencia por población asiática, con predisposición con el antígeno leucocitario humano clase II; HLA-DPB1 y HLA DPA1.⁵ Se sabe que la enfermedad de Kikuchi-Fujimoto ocurre junto con lupus eritematoso sistémico en el 30% y en un 23% de los casos se encontró que la enfermedad de Kikuchi-Fujimoto seguía al lupus eritematoso sistémico.⁶

La etiología sigue siendo aún desconocida, sin embargo, numerosos virus se han considerado como posible causa etiológica, entre ellos; citomegalovirus, herpes virus, Epstein Barr, parvovirus, virus de inmunodeficiencia humana, varicela zoster, parainfluenza, rubeola, hepatitis B, etc., por otro lado, las bacterias también se han visto involucradas dentro de la patogénesis, como; *Yersinia enterocolitica*, *Brucelosis*, *Bartonella henselae*, *Entamoeba Histolytica* y *Mycobacterium szulgai*, se ven asociadas. También se ha asociado con condiciones autoinmunes, comúnmente a lupus eritematoso sistémico en un 23-24%, granulomatosis de Wegener, Síndrome de Sjögren, enfermedad de Graves, enfermedad de Still.⁷

Dentro de las principales manifestaciones clínicas se encuentra la fiebre en un 30-50 % de la población, con una duración de 1 a 7 semanas, con rangos de 38.6 a 40.5°; presencia de adenopatía cervical comúnmente dolorosa y unilateral, que varía de 0.5cm a 4 cm de diámetro en un 35-77% de los casos, hay reportes de linfadenopatía generalizada, sin embargo es raro del 1-22% de los casos,⁸ diaforesis nocturna, cefalea, pérdida de peso, rash cutáneo; erupciones acneiformes,

eritema facial, pápulas, purpuras o nódulos, náuseas, vomito, diarrea, artralgias, mialgias.⁹ Se ha encontrado que la presencia de manifestaciones cutáneas es indicativo de una presentación clínica más severa.¹⁰ Se ha documentado en un 30% linfocitosis hemofagocítica secundario a la proliferación histiocítica, hemofagocitosis e inflamación sistémica, con una mortalidad a la presentación de 20-42%.⁸ A la exploración física se ha descrito hepatomegalia y esplenomegalia en el 5% de los pacientes.⁹

No existe ningún estudio de laboratorio preciso para diagnosticar esta enfermedad, pero se recomienda realizar los estudios necesarios para diagnósticos diferenciales como; biometría hemática, reactantes de fase aguda (VSG, PCR, procalcitonina), examen general de orina, LDH, perfil hepático, serología para citomegalovirus, Epstein Barr, herpes virus, parvovirus, PPD, estudios inmunológicos: perfil de inmunoglobulinas, complemento, Anti ANA, Anti DNA, aspirado de médula ósea cuando se considere necesario, radiografía de tórax.¹⁰

Podemos encontrar leucopenia en un 50% de los casos, y en 2-5% de los casos leucocitosis, aumento de LDH, AST , ALT.¹¹

Se ha descrito complemento dentro de valores normales. Sin embargo, el diagnóstico de enfermedad de Kikuchi-Fujimoto es por toma de biopsia del ganglio linfático afectado, en donde se reporte por estudio histopatológico, existen 3 tipos: proliferativo, necrótico y xantomatoso, siendo el proliferativo el más común con proliferación de células linfoides, histiocitos y células dendríticas con apoptosis variable y activación de fagocitosis.¹²

Entre los diagnósticos diferenciales considerar patológicas malignas se incluye cáncer de mama, linfoma, leucemia, melanoma. De las causas benignas se encuentra la vacuna de COVID-19 sin embargo la causa aún no ha sido bien dilucidada, procesos infecciosos

como esporotricosis. Algunos diagnósticos diferenciales asociados con la linfadenopatía necrotizante histiocítica se incluye el linfoma, tuberculosis, mononucleosis infecciosa, etc.¹³

En general la enfermedad de Kikuchi-Fujimoto es una enfermedad subaguda que suele autolimitarse (1 a 3 meses) pero puede llegar a persistir hasta por un año. No existe un tratamiento universal para esta patología, ya que el tratamiento antibiótico no es efectivo, pero puede llegar a usarse para evitar posibles infecciones bacterianas.

El uso de tratamiento esteroideo se ha utilizado para aliviar y acortar el curso de la enfermedad y ha resultado eficaz para mujeres embarazadas. Sin embargo, en algunos casos en el que los pacientes presentan síntomas sistémicos significativos, el uso de antiinflamatorios no esteroideos, corticosteroides y fármacos inmunosupresores deben considerarse para ayudar a controlar los síntomas.¹⁴

Entre los fármacos inmunosupresores usados se encuentra la hidroxiquina, ciclosporina y azatioprina que han mostrado beneficio en el tratamiento de esta patología.^{15, 16}

CONCLUSIONES

La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto es una entidad rara, caracterizada por síntomas sistémicos en la mayoría de los casos, que llega asociarse de manera simultánea o que precede a patologías autoinmunitarias, entre ellas; el lupus eritematoso sistémico. Por lo que en todo paciente con fiebre de origen a determinar se recomienda realizar un abordaje multidisciplinario.

Y ante un diagnóstico histopatológico de linfadenitis necrotizante histiocítica reconocer a pesar de su resolución espontánea, un monitoreo posterior dado su recurrencia, coexistencia y progresión a lupus eritematoso sistémico.

REFERENCIAS

1. Córdova-Pluma VH, Vega-López CA, Alarcón-Sotelo A, Riancho-Guzmán JA y col. Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto. *Med Int Méx.* 2017;33(4):540-547.
2. Almeida Esquivel Y, Piñón García K, Creagh García J. Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto. *Rev Ciencias Médicas.* 2021; 25(1). Disponible en: <http://revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4563>.
3. Vithoosan, S., Karunarathna, T., Shanjeeban, P., Piranavan, P., Matthias, T., Gamlaksha, D., Liyadipita, A., & Kulatunga, A. Kikuchi-Fujimoto disease associated with systemic lupus erythematosus complicated with hemophagocytic lymphohistiocytosis: A case report. *Journal of Medical Case Reports.* 2019;13(1). <https://doi.org/10.1186/s13256-019-2100-1>.
4. Faria, C., Fernandes, M., Cunha, R., Moreira, H., & Costa, R. Kikuchi-Fujimoto Disease: Diagnosis in a Relapsing Case. *Cureus.* 2021;13 (11):2-5. <https://doi.org/10.7759/cureus.19542>.
5. Khan, A. M., Ahmad, M., Muhammad, O., Taj, S., & Shiza, S. T. (2021). Kikuchi-Fujimoto Disease in a Young Female: A Case Report and Literature Review. *Cureus.* 2021; 13 (11): 2-4. <https://doi.org/10.7759/cureus.19321>.
6. Jagadeesan, S., Rani, S., Porwal, Y. C., & Patel, P. Lupus and Kikuchi-Fujimoto Disease: A Combination for Catastrophe. *Cureus.*2022; 14(7): 2-5. <https://doi.org/10.7759/cureus.27423>.
7. Singh, J. M., & Shermetaro, C. B. Kikuchi-Fujimoto Disease in Michigan: A Rare Case Report and Review of the Literature. *Clinical Medicine Insights: Ear, Nose and Throat.* 2019; 12: 1-5 <https://doi.org/10.1177/1179550619828680>.
8. Kamargiannis, N., & Papadopoulou, D. Kikuchi-Fujimoto disease- a rare cause of cervical lymphadenopathy. *Surgical Chronicles.* 2015; 20(1): 233-234. <https://doi.org/10.7759/cureus.17021>.
9. Perry, A. M., & Choi, S. M. (2018). Kikuchi-Fujimoto disease: A review. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine.*2018; 142(11): 1341-1346. <https://doi.org/10.5858/arpa.2018-0219-RA>.
10. Sotelo Cruz Norberto, Lopez Cervantes Guillermo. Revisión de la Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto en las edades Pediátricas. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son,* 2014; 31(1): 34-37.
11. Liu, C., Jin, Y., Huang, H., Ding, F., Yang, Z., Xu, X., Bao, S., Ma, J., & Jin, Y. (2022). Kikuchi-Fujimoto disease as the initial manifestation of systemic lupus erythematosus complicated with macrophage activation syndrome: two case reports and a review of literature. *BMC Pediatrics.*2022; 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03703-6>.
12. AlShieban, S., Masuadi, E., Alghamdi, R., Alshalfan, A., Alessa, S., Alqarni, A. K., Alotaibe, Z., & Bamefleh, H. Pathological Features and Clinical Characteristics of Kikuchi-Fujimoto Disease: A Tertiary Hospital Experience in Riyadh, Saudi Arabia. *Cureus.* 2023; 15 (1): 4-7 <https://doi.org/10.7759/cureus.33683>.
13. Betancur, V., Net, J., Chapman, J., & Yepes, M. Kikuchi-Fujimoto-like lymphadenopathy following COVID-19 vaccine: diagnosis and management. *BMJ Case Reports.* 2022;15(12). <https://doi.org/10.1136/bcr-2022-252030>.
14. Xu, S., Sun, W., & Liu, J. Kikuchi-Fujimoto disease: A case report and the evaluation of diagnostic procedures. *BMC Oral Health.*2019;19(1). <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0920-4>
15. Mrówka-Kata, K., Kata, D., Kyrzcz-Krzemień, S., & Helbig, G. Kikuchi-Fujimoto and Kimura diseases: The selected, rare causes of neck lymphadenopathy. In *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology.*2010; 267(1): 5-11. <https://doi.org/10.1007/s00405-009-1120-7>.
16. Dalugama, C., & Gawarammana, I. B. Fever with lymphadenopathy - Kikuchi Fujimoto disease, a great masquerader: A case report. *Journal of Medical Case Reports.*2017; 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13256-017-1521-y>.



ARCHIVOS
DE INVESTIGACIÓN
PEDIÁTRICA
DE MÉXICO

Dacriocistocele congénito reporte de un caso en el Hospital General de Tulancingo.

Congenital dacryocystocele: case report from the General Hospital of Tulancingo.

García-Naranjo Marina
Alejandra¹,
Betanzos-Jiménez Patricia²,
Betanza Jorge.³

RESUMEN

Introducción. Dacriocistocele es una alteración de la vía lagrimal congénita que incluye la dilatación quística del conducto lagrimal debido a la inaccesibilidad de la porción del ángulo naso cantal. La patogénesis de la dacriocistocele congénito está ligada a la obstrucción completa del conducto nasolagrimal como resultado de la obstrucción distal en la válvula de Hasner y la obstrucción proximal a nivel de la válvula de Rosenmüller. **Descripción del caso.** Femenina con presencia de aumento de volumen a nivel lagrimal izquierdo, se ingresa a hospitalización por datos de corioamnionitis materna, se inicia antibioticoterapia ante riesgo de sepsis neonatal temprana. Durante su estancia, ante la presencia de dacriocistocele con mucocele se interconsulta con Oftalmología. Tomografía de cráneo simple sin involucro a orbita, se inician masajes de canal lagrimal con drenaje de primera intención, evolución tórpida por lo que se realiza sondeo y drenaje lagrimal volviendo a presentar aumento de volumen posterior al procedimiento, se decide inicio de impregnación antibiótica, esteroide antiinflamatorio local y se realiza procedimiento quirúrgico con endoscopia nasal y dacriointubación del saco conjuntival izquierdo, colocando sonda de Crawford con tubos silastic, se egresa al paciente con resolución de la patología. **Discusión.** Dacriocistocele, representa aproximadamente el 9% de las patologías congénitas oftalmológicas, cerca del 96% se resuelven con masajes del conducto y se reporta cerca del 2% de recurrencias. **Conclusión.** El diagnóstico y el abordaje de patologías de las vías lagrimales suele representar un reto para el médico pediatra, sin embargo, en nuestra paciente se pudo completar el abordaje y tratamiento.

ABSTRACT

Introduction. Dacryocystocele, congenital tear duct alteration that includes cystic dilation of the tear duct due to inaccessibility of the nasocanthal angle portion. The pathogenesis of congenital dacryocystocele is linked to complete obstruction of the nasolacrimal duct as a result of distal obstruction at the Hasner valve and proximal obstruction at the level of the Rosenmüller valve. **Case description.** Female with the presence of increased volume at the left lacrimal level, admitted to hospital due to signs of maternal chorioamnionitis, antibiotic therapy was started due to the risk of early neonatal sepsis. During her stay, given the presence of dacryocystocele with mucocele, she consulted with Ophthalmology. Simple cranial tomography without involvement of the orbit, lacrimal canal massages with first intention drainage are started, torpid evolution so probing and lacrimal drainage are performed, again presenting an increase in volume after the procedure, it is decided to start antibiotic impregnation and Surgical procedure was performed with nasal endoscopy and dacriointubation of the left conjunctival sac, placing a Crawford probe with silastic tubes, the patient was discharged with resolution of the pathology. **Discussion.** Dacryocystocele represents approximately 9% of congenital ophthalmological pathologies, about 96% are resolved with duct massages and about 2% of recurrences are reported. **Conclusion.** Diagnosing and addressing pathologies of the tear ducts usually represents a challenge for the pediatrician; however, in our patient the approach and treatment could be completed.

Autor correspondiente:

García-Naranjo Marina
Alejandra.
Dirección Postal:
Pediatria, Hospital General
Tulancingo, Hidalgo, México.
Correo:
marina_garcia94@outlook.com

¹Residente de tercer año, Pediatría, Hospital General Tulancingo. ²Médico Adscrito Servicio de Pediatría, Hospital General Tulancingo. ³Médico adscrito Servicio de Cirugía, Hospital General Tulancingo.



REFERENCIAS

1. Barham HP, Wudel JM, Enzenauer RW, Chan KH. Congenital Nasolacrimal Duct Cyst/Dacryocystocele: An Argument for a Genetic Basis. *Allergy & Rhinology*. 2012;3(1). doi:10.2500/ar.2012.3.0024.
2. Pérez Gallegos, D., Letort, B., Larco, C., Molinari, A., Castillón, R., & Letort, J. (2020). Quiste congénito del conducto nasolacrimal/dacriocistocele: causa de dacriocistitis no diagnosticada. *Metro Ciencia*, 28(3), 4-7. <https://doi.org/10.47464/metrociencia/vol28/3/2020/4-7>.
3. Barham HP, Wudel JM, Enzenauer RW, Chan KH. Quiste congénito del conducto nasolagrimal/dacriocistocele: un argumento a favor de una base genética. *Alergia y Rinología*. 2012;3(1). doi: 10.2500/ar.2012.3.0024.





ARCHIVOS
DE INVESTIGACIÓN
PEDIÁTRICA
DE MÉXICO

Confederación Nacional de Pediatría de México, A.C. 1975, la transformación.

Confederación Nacional de Pediatría de México, A.C. 1975, the transformation.

González-Rubio Román¹,
Baeza-Bacab Manuel
Antonio², Ruiz-González
José Ignacio²,
Urquidi-Espinosa José
Norberto², Vázquez-León
Ignacio.²

RESUMEN

Las sociedades pediátricas que existían en el país en 1951, fundaron el 20 de abril de ese año la Asociación Nacional de Pediatría de México en respuesta a la necesidad de contar con una agrupación nacional que representara al país en la recientemente creada International Pediatric Association, siendo su primer presidente el Dr. Roberto L. Sánchez. Pasado el tiempo, con la llegada a la presidencia del Dr. y Gral. Jesús Lozoya Solís, en 1973, se planteó la necesidad de transformar la estructura jurídica legal de la agrupación para poder cumplir con las obligaciones de la Ley de Profesiones y el código Sanitario vigente, convirtiéndola en una asociación civil, transformando a las sociedades que la conformaban en colegios y a las zonas geográficas en federaciones. Por lo anterior, en el marco de las V Jornadas Pediátricas del Sureste realizadas en Campeche, Campeche se llevó a cabo una asamblea, el 11 de octubre de 1975, donde se acordó transformar a la Asociación Nacional de Pediatría de México en la Confederación Nacional de Pediatría de México, la cual, de conformidad con su acta constitutiva debería continuara toda la labor consolidada por su predecesora.

Palabras clave: Pediatría, historia, pediatría mexicana.

ABSTRACT

The pediatric groups that existed in the country in 1951 founded the National Pediatric Association of Mexico on April 20 of that year in response to the need to have a national group that would represent the country in the recently created International Pediatric Association, with Dr. Roberto L. Sánchez as its first president. After some time, with the arrival of Dr. and General Jesús Lozoya Solís to the presidency in 1973, the need arose to transform the legal structure of the group in order to comply with the obligations of the Law of Professions and the current Health Code, turning it into a civil association, transforming the societies that formed it into colleges and the geographic areas into federations. For this reason, within the framework of the V Pediatric Conference of the Southeast held in Campeche, Campeche, an assembly was held on October 11, 1975, where it was agreed to transform the National Association of Pediatrics of Mexico into the National Confederation of Pediatrics of Mexico, which, in accordance with its constitutive act, should continue all the work consolidated by its predecessor.

Keywords: Pediatrics, history, mexican pediatrics.

Autor correspondiente:

Baeza-Bacab Manuel Antonio.
Dirección postal:
Calle 54 No. 365-112, Centro
Médico de las Américas, Colonia
Centro, C.P. 97000, Mérida,
Yucatán, México.
Correo:
mbaezabacab@gmail.com

¹Presidente de la Confederación Nacional de Pediatría de México, A.C. ²Comité de Historia de la Confederación Nacional de Pediatría de México. A.C.

INTRODUCCIÓN

A continuación, se presenta el proceso de transformación que siguió la Asociación Nacional de Pediatría de México para constituirse, en 1975, en lo que hoy conocemos como Confederación Nacional de Pediatría de México (CONAPEME), la agrupación pediátrica más grande del país, conformada por 32 colegios estatales de profesionistas, cinco federaciones, veintidós agrupaciones multiprofesionales afiliadas y un organismo técnico. Su emblema tiene un origen precolombino. Durante una visita, en 1960, al parque Museo La Venta ubicado a orillas de la Laguna de las Ilusiones en Villahermosa, Tabasco, los doctores Luis Garibay Gutiérrez, entonces presidente de la Asociación y Jesús Lozoya Solís, se encontraron con el altar a la madre o altar 5, el cual por su significativa trascendencia y a iniciativa de sus nuevos descubridores fue estilizada para que constituyera el emblema de la pediatría nacional, que se mantiene hasta la actualidad.

El lema, adoptado en la Asamblea General Ordinaria celebrada en Tlaxcala, Tlaxcala el 8 de diciembre del año 2000, es un fiel reflejo de la misión pediátrica: “*Por un crecimiento y desarrollo armónico del niño*”. Asimismo, en las estrofas de su himno, estrenado en el marco del X Congreso Nacional de Pediatría CONAPEME celebrado en Acapulco, Guerrero el 24 de agosto de 2005, se habla de la función del pediatra mexicano: “*proteger al niño, promover al hombre*”. Finalmente, la agrupación también ha declarado su misión y visión que se presentan en el Cuadro 1. Esta es, en síntesis, la Confederación Nacional de Pediatría de México, que este año celebra el cincuentenario de su transformación.¹

1951- LA FUNDACIÓN

Para iniciar, es menester viajar en el tiempo hasta 1951, año de la fundación de la primera agrupación pediátrica de carácter nacional la: Asociación Nacional de Pediatría de México. En ese entonces, existían

en nuestro país diez agrupaciones pediátricas: Sociedad Mexicana de Pediatría (fundada en 1930), Sociedad Jalisciense de Pediatría (1937), Sociedad Poblana de Pediatría (1944), Sociedad Yucateca de Pediatría (1946), Sociedad Chihuahuense de Pediatría (1947), Sociedad de Pediatría de Nuevo León (1948), Sociedad Pediátrica del Centro, conformada por los estados de Hidalgo, Morelos, México y Querétaro (1950), Sociedad Potosina de Pediatría (1950), Sociedad de Pediatría de La Laguna, integrada por las ciudades de Torreón, Monclova y Saltillo, Coahuila (1950), y Sociedad Veracruzana de Pediatría (1951). A principios de ese año, el Dr. Federico Gómez Santos envió una carta a los presidentes de las agrupaciones mencionadas, informando que durante el VI Congreso Internacional de Pediatría celebrado en Zúrich, Suiza en julio de 1950, se había integrado la directiva de International Pediatric Association (IPA) y que había sido designado vocal de dicha asociación, por lo que consideraba necesario contar con una agrupación pediátrica nacional que representara a México en dicha asociación.^{2,3}

Poco después, los doctores Federico Gómez y Roberto L. Sánchez, presidente de la Sociedad Mexicana de Pediatría, acordaron conseguir fondos para solventar los gastos de una reunión con los presidentes de las organizaciones pediátricas del país en la Ciudad de México, con el fin de poner las bases de una agrupación nacional. La reunión se realizó del 20 al 27 de abril en el domicilio del Dr. Sánchez, acudiendo los doctores Federico Gómez; Roberto L. Sánchez; Carlos Villamar Talledo (Sociedad Chihuahuense de Pediatría); Jesús Hinojosa Ortiz (Sociedad de Pediatría de La Laguna), Arturo Chávez Hayhoe (Sociedad Jalisciense de Pediatría), Guillermo Coronado (Sociedad Pediátrica del Centro), Gregorio Vergara (Sociedad Poblana de Pediatría), Juan Arau Reus (Sociedad Veracruzana de Pediatría), Guillermo Siller Rodríguez (Sociedad de Pediatría de Nuevo León), Francisco Padrón Puyou (Sociedad Potosina de Pediatría) y José Lavalle Peniche (Sociedad Yucateca de Pediatría).^{2,4}

La reunión tenía un solo propósito: fundar un organismo que, por acuerdo voluntario y unánime de todas las agrupaciones pediátricas de la nación representara a la pediatría mexicana organizada. Así nació la Asociación Nacional de Pediatría de México. Su fundación se llevó a cabo al inicio de la reunión, redactando el acta constitutiva el 20 de abril de 1951. La primera directiva estuvo integrada por los doctores Roberto L. Sánchez, presidente; Francisco Padrón Puyou, vicepresidente; Guillermo Coronado, secretario-tesorero (Figura 1); y como vocales los presidentes de las sociedades que participaron en su fundación. Además, se designó presidente honorario al Dr. Federico Gómez. Cabe señalar que una de sus primeras resoluciones fue fundar un organismo técnico la: Academia Mexicana de Pediatría.^{2,4}

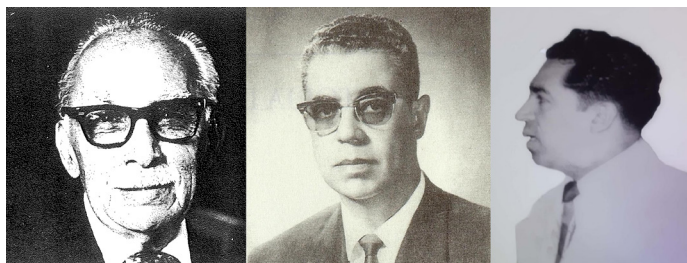


Figura 1. Primera Mesa Directiva de la Asociación Nacional de Pediatría de México. De izquierda a derecha: Dres. Roberto L. Sánchez, presidente; Francisco Padrón Puyou, vicepresidente; y Guillermo Coronado, secretario-tesorero.

1970 - LOS PRIMEROS CAMBIOS.

Pasado el tiempo, en el marco del XII Congreso Nacional de Pediatría realizado en Monterrey, Nuevo León del 29 de abril al 2 de mayo de 1970, fue electo presidente de la Asociación Nacional de Pediatría de México el Dr. Heriberto Méndez Pérez (Figura 2), un pediatra originario de Cansahcab, Yucatán, pero vecindado en Torreón, Coahuila, a quien acompañaron en el Consejo Directivo los Dres. Adalberto Estrada Viesca, vicepresidente; Gregorio Molina Chávez, secretario; y, Jesús R. Díaz de León, tesorero. Durante su gestión, el Dr. Méndez organizó a las sociedades pediátricas que conformaban la Asociación en seis zonas o regiones geográficas con la finalidad de facilitar

su administración y la comunicación (Figura 3). Los coordinadores de las regiones fueron los Dres. Alfonso Bastián Cue, Zona 1; Ernesto García Herrera, Zona 2; Antonio García Pavón, Zona 3; Héctor M. Quintero Martínez, Zona 4; José Luis Valdosierra, Zona 5 y Genaro González Barajas, Zona 6.⁵



Figura 2. Dr. Heriberto Méndez Pérez, presidente de la Asociación Nacional de Pediatría de México 1970-1973, autor de la organización por zonas o regiones geográficas.



Figura 3. División territorial por zonas de la Asociación Nacional de Pediatría de México, actualmente denominadas federaciones.

1973 - INICIA LA TRANSFORMACIÓN.

En la asamblea de la Asociación Nacional de Pediatría de México realizada en el Auditorio del Centro Médico Nacional de la Ciudad de México el 24 de agosto de 1973, tomó posesión como su presidente el Dr. y Gral. Jesús Lozoya Solís (Figura 4). La toma de protesta estuvo a cargo del Dr. Carlos Campillo Sáinz, subsecretario de Asistencia, y acompañaron al Dr. Lozoya en el Consejo Directivo, los Dres. Horacio Padilla Muñoz,

vicepresidente; Genaro González Barajas, tesorero; y Alfonso Bastián Cué, secretario. Los coordinadores para las seis zonas geográficas que conformaban la Asociación fueron los Dres. Héctor Fernández Varela, Zona 1; Gregorio Molina Chávez, Zona 2; Ramón Rodríguez Barrera, Zona 3; Alberto Chávez Cázares, Zona 4; César León Flores González, Zona 5 y Oscar Nasta Castán, Zona 6.^{5,6}

En su mensaje de toma de posesión, el Dr. Lozoya manifestó que México necesitaba pediatras con profundo sentido social, advirtiendo que era necesaria la integración de la pediatría mexicana en una estructura orgánica que permitiera a los profesionales participar en la difusión, formación académica, certificación profesional y creación de organismos mutualistas que les permitiera mejorar sus condiciones socio-económicas.⁶ Un año después, en el marco del XIV Congreso Nacional de Pediatría realizado en el Auditorio del Centro Médico Nacional de la ciudad de México del 30 de abril al 4 de mayo de 1974, se celebró la Primera Asamblea del Consejo de Gobierno correspondiente a la gestión del Dr. Lozoya. En dicha asamblea, se expuso a los médicos pediatras mexicanos la conveniencia de modificar la estructura funcional de la agrupación, constituyendo asociaciones civiles donde las sociedades se denominarían colegios y cada zona se llamaría federación con la finalidad de adecuarlas a las nuevas leyes de educación y salubridad pública de México. A partir de ese momento, los coordinadores de las zonas iniciaron un cabildeo con los presidentes de las sociedades que las integraban para dar a conocer los pormenores del nuevo marco legal.⁷

Los resultados no se hicieron esperar y el 10 de agosto de ese año, los representantes de las agrupaciones pediátricas de la Zona 6 se reunieron en San Miguel de Allende, Guanajuato para constituir la Federación de Pediatría del Centro Occidente de México, la cual quedó registrada oficialmente el 2 de octubre de 1975.⁸ El acuerdo para la transformación se fortaleció durante la Segunda Asamblea de la Asociación Nacional de

Pediatría de México, realizada en Jurica, Querétaro el 13 de septiembre de 1974, pues meses después las sociedades que conformaban la Zona 3, constituyeron la Federación de Colegios, Sociedades y Organismos Pediátricos del Sureste en la ciudad de Campeche, Campeche el 22 de enero de 1975.⁹



Figura 4. Dr. y Gral. Jesús Lozoya Solís, durante su toma de posesión como último presidente de la Asociación Nacional de Pediatría de México.

1975 - CAMPECHE: LA TRANSFORMACIÓN.

El 26 de septiembre de 1975, el Dr. Lozoya Solís, presidente de la Asociación Nacional de Pediatría de México, convocó a través del Diario Oficial de la Federación (Figura 5) a la segunda Asamblea Nacional de Gobierno de la corporación a celebrarse el 11 de octubre de 1975, en el auditorio de la Cámara de Diputados en la ciudad de Campeche (Figura 6) durante las V Jornadas Pediátricas del Sureste, con la finalidad, entre otras, de constituir la Confederación Nacional de Pediatría de México, integrada por todos los organismos que hasta ese día formaban la Asociación Nacional de Pediatría de México y que continuarían con la labor de dicha agrupación.^{10,11}

Al iniciar la asamblea se eligieron como presidente de debates, un relator y escrutadores a los Dres. Lozoya, Giovanni Porrás Ramírez, José de la Garza García y Antonio Rodríguez Pavón, respectivamente. A continuación, se llevó a cabo el pase de lista que confirmó un quorum legal con 40 asistentes y seis ausentes. Se procedió a leer los informes de los Dres. Genaro Gon-

zález Barajas, tesorero; Alberto Amor Villalpando, presidente del Comité de Certificación; José M. Camarena Bolaños, presidente del Comité de Mutualismo; Ramiro Vega Valdez presidente del Comité Organizador del Congreso Nacional de Pediatría a celebrarse en Ciudad Juárez, Chihuahua en septiembre de 1976; y Gregorio Molina Chávez presidente del Comité de Formación del Directorio de la Asociación Nacional de Pediatría de México.¹¹

DIARIO OFICIAL <small>ORGANO DEL GOBIERNO CONSTITUCIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS</small> Director: MARIANO D. URDANVIA			
Registrado como artículo de la clase en el año de 1951	MEXICO, VIERNES 26 DE SEPTIEMBRE DE 1975	TOMO CCCXX:II	No. 19
AVISOS GENERALES ASOCIACION NACIONAL DE PEDIATRIA DE MEXICO, A. C. CONVOCATORIA Por la presente se convoca a los Presidentes de Federaciones, Colegios, Sociedades, Asociaciones y Organismos Pediátricos confederados en la Asociación Nacional de Pediatría de México, A. C., a la Segunda Asamblea Nacional de Gobierno de esta Asociación, a celebrarse de las 9:00 a las 12:00 horas del sábado 11 de octubre de 1975 en el Auditorio de la Cámara de Diputados en la Ciudad de Campeche, Camp., durante las V Jornadas Pediátricas del Sureste, que se realizarán entre los días 8 y 11 de octubre de 1975. Esta Asamblea se realizará bajo la siguiente ORDEN DEL DIA: I.—Designación de Presidente de Denates, Relator y Escrutador que cumplirán durante esta asamblea. II.—Pasar lista a todos los Organismos Pediátricos confederados en la Asociación Nacional de Pe-			
diatría de México, A. C., comprobando la presencia legal de sus Representantes con derecho a voz y voto para la integración del quórum. III.—Informe del Tesorero, Sr. Dr. Genaro González Barajas. IV.—Informe del Presidente del Comité de Certificación Pediátrica, Sr. Dr. Alberto Amor Villalpando. V.—Informe del Presidente del Comité de Mutualismo, Sr. Dr. Jose M. Camarena Bolaños. VI.—Informe del Sr. Dr. Ramiro Vega Valdez, Presidente del Comité Organizador del XV Congreso Nacional de Pediatría, a celebrarse en Cd. Juárez, Chih., en septiembre de 1976. VII.—Informe del Comité para la integración del Consejo Nacional de Certificación en Pediatría, A. C., por el Sr. Dr. Ovidio Pedraza Ch. VIII.—Informe del estado actual del Directorio de la Asociación por el Presidente del Comité Sr. Dr. Gregorio Molina Chávez. IX.—Palabras por el Cronista Oficial de la Asociación, Sr. Dr. Francisco Padrón Puyou. X.—Informe del 2o. Año de Labores del Presidente de la Asociación, Sr. Dr. y Gral. Jesús Lozoya Solís y presentación ante la Asamblea de la forma de integración legal de la Confederación Nacional de Pediatría de México, A. C. México, D. F., 26 de septiembre de 1975. El Presidente de la Asociación Nacional de Pediatría de México, A. C., Dr. y Gral. Jesús Lozoya Solís. 26 septiembre. (R.—4050)			

Figura 5. Convocatoria a la segunda Asamblea Nacional de Gobierno de la Asociación Nacional de Pediatría de México publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de septiembre de 1975.

Ya que estaba próximo el arribo del C. Gobernador del Estado de Campeche, Lic. Rafael Rodríguez Barrera, quien acudiría a clausurar las V Jornadas Pediátricas del Sureste, el Dr. Francisco Padrón Puyou cronista oficial de la Asociación decidió no pronunciar las palabras anunciadas en el Orden del Día para utilizar ese tiempo en el informe del segundo año de labores del Dr. Lozoya y en la presentación de la propuesta de integración legal de la Confederación Nacional de Pediatría de México. Por lo que se procedió a presentar el informe y posteriormente el proyecto de integración,

el cual, después de una amplia discusión se sometió a votación aprobándose por mayoría de votos, solicitando los que votaron en contra que se asentara en el acta su oposición y sus nombres: Dres. Alfonso Bastián Cué, secretario; Héctor Fernández Varela, coordinador de la zona 1; César Salazar Juárez, presidente de la Asociación Médica de los Hospitales Infantiles del Distrito Federal; David Santos Atherton, presidente de la Sociedad Mexicana de Pediatría; y Joaquín Azpiroz Contreras, presidente de la Sociedad Mexicana de Cirugía Pediátrica. Además, se aprobaron otras dos propuestas: el ingreso de la Asociación Científica de Profesionistas para el Estudio Integral del Niño, y la organización del Grupo Mutualista Familiar.¹¹

En la nueva Acta Constitutiva puede leerse lo siguiente:¹¹

La aportación de la evolución histórica y dialéctica de la Asociación Nacional de Pediatría de México permite que de hoy en adelante quede constituida por Colegios, Sociedades y Organismos Pediátricos a lo largo y ancho de la República Mexicana de la siguiente manera:

Federación Pediátrica del Centro, presidida por el Dr. Gregorio Molina Chávez e integrada por: Colegio de Pediatras del Centro, Colegio de Pediatras del Estado de México, Colegio de Pediatras de Puebla, Colegio de Pediatras de Querétaro, Colegio de Pediatras del Valle de México, Sociedad de Pediatría de Guerrero, Sociedad de Pediatría de Hidalgo, Sociedad de Pediatría de Morelos y la Asociación Científica de Profesionistas para el Estudio Integral del Niño.

Federación Pediátrica del Centro-Occidente, presidida por el Dr. Salvador Guerra Jiménez e integrada por: Colegio de Pediatras de Colima, Colegio de Pediatras de Guanajuato, Colegio Michoacano de Pediatría, Colegio de Pediatras de Nayarit, Sociedad de Pediatría de Aguascalientes, Sociedad de Pediatría de Jalisco, Sociedad de Pediatría de San Luis Potosí, y Sociedad de Pediatría de Zacatecas.

Federación Pediátrica del Noreste, presidida por el Dr. César León Flores González e integrada por: Colegio de Pediatras de Coahuila, Colegio de Pediatras de Durango, Sociedad de Pediatría de Nuevo León y Sociedad de Pediatría de Tamaulipas.

Federación Pediátrica del Noroeste, presidida por el Dr. Alberto Chávez Cázares e integrada por: Colegio de Pediatras de Baja California Sur, Colegio de Pediatras de Chihuahua con sus tres capítulos Ciudad Juárez, Chihuahua y Parral; Colegio de Pediatras de Sinaloa con sus tres capítulos Culiacán, Los Mochis y Mazatlán; Colegio de Pediatras de Sonora y la Sociedad de Pediatría de Baja California Norte con sus tres capítulos Ensenada, Mexicali y Tijuana.

Federación Pediátrica del Sureste, presidida por el Dr. Ramón Rodríguez Barrera e integrada por: Sociedad de Pediatría de Campeche, Colegio de Pediatría de Chiapas con sus dos capítulos Tapachula y Tuxtla Gutiérrez; Sociedad de Pediatría de Oaxaca, Colegio de Pediatría de Quintana Roo, Sociedad de Pediatría de Tabasco, Colegio de Pediatría de Veracruz, y Sociedad Yucateca de Pediatría.

Grupo del Distrito Federal, presidido por el Dr. Héctor Fernández Varela e integrado por: Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México, Asociación de Hospitales Infantiles del Departamento del Distrito Federal, Asociación de Médicos Militares Pediatras, Sociedad Mexicana de Cirugía Pediátrica, Sociedad Mexicana de Enfermeras Pediatras, Sociedad Mexicana de Pediatría, y Sociedad de Pediatría del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Y los tres Organismos Técnicos de la Asociación Nacional de Pediatría de México: Asociación Mexicana de Profesores de Pediatría, Academia Mexicana de Pediatría, y Asociación de Investigación Pediátrica. Todos estos organismos se confederan a partir de hoy en la Confederación Nacional de Pediatría de México, que continuara toda la labor hasta hoy consolida-

da por la Asociación Nacional de Pediatría de México, y se estructura en forma jurídica legal para poder cumplir con las obligaciones de la Ley de Profesiones y del código Sanitario vigente, usufructuando todos los derechos que estas posibilidades legales abren a la pediatría mexicana organizada.

Terminada la asamblea, los doctores Alfonso Bastián Cué, 1er. secretario propietario, y Héctor Fernández Varela, coordinador del Grupo del Distrito Federal renunciaron voluntariamente a sus puestos.

Ese mismo día se aprobó el nuevo estatuto, del cual vale la pena rescatar el texto de sus dos primeros artículos, que a la letra dicen:¹¹

*Artículo Primero. Los firmantes, en representación de las organizaciones que se mencionan a continuación y en uso del derecho que a sus representados concede el Artículo 74 del Reglamento de Profesiones en vigor, hacen constar que todas estas organizaciones pertenecen a la Asociación Nacional de Pediatría de México y desean **adaptar** dicha Asociación a las obligaciones que imponen y a los derechos que confieren el Reglamento de Profesiones y el Código Sanitario hoy vigentes, **sin que esta adaptación establezca cambios fundamentales en su organización original**, excepto en lo siguiente:*

1º.- A excepción de la Zona correspondiente al Distrito Federal, las cinco zonas restantes de la Asociación Nacional de Pediatría de México quedan constituidas cada una como Federación de Colegios, Sociedades y Organismos Pediátricos.

*2º.- Las cinco federaciones pediátricas anteriores, las siete asociaciones y sociedades pediátricas que constituyen el Grupo del Distrito Federal y los tres organismos técnicos oficiales de la Asociación Nacional de Pediatría de México se confederan y **constituyen la Confederación Nacional de Pediatría de México, nombre con el cual se conocerá en adelante la antigua Asociación Nacional de Pediatría de México.***

Además de lo anterior y para entender los acontecimientos que ocurrieron en los años posteriores, es necesario revisar dos de los artículos transitorios del Estatuto:

I.- El Primer Consejo Directivo de la Confederación (Figura 5) queda integrado por quienes ocupaban los cargos equivalentes en la Asociación Nacional de Pediatría de México, al integrarse la Confederación Nacional de Pediatría de México, en la siguiente forma y con solo dos cambios, por las renunciaciones voluntarias ya mencionadas: presidente Dr. y Gral. Jesús Lozoya Solís; vicepresidente Dr. Horacio Padilla Muñoz; tesorero Dr. Genaro González Barajas; 1er. secretario propietario Dr. José Marcelino Camarena Bolaños; 2º. secretario propietario y presidente de la Federación Pediátrica del Centro Dr. Gregorio Molina Chávez; 1er. secretario suplente y presidente de la Federación Pediátrica del Centro-Occidente Dr. Salvador Guerra Jiménez; 2º. secretario suplente y presidente de la Federación Pediátrica del Noreste Dr. César León Flores González; subtesorero y presidente de la Federación Pediátrica del Noroeste Dr. Alberto Chávez Cázares; 1er. vocal y presidente de la Federación Pediátrica del Sureste Dr. Ramón Rodríguez Barrera; y 2º. vocal y coordinador del Distrito Federal Dr. Sergio Sanoja Castillo.

II.- Este Consejo Directivo deberá renovarse en la Asamblea General Ordinaria que ha de celebrar la Confederación Nacional de Pediatría de México en septiembre de 1976 en Ciudad Juárez, Chihuahua, durante el XV Congreso Nacional de Pediatría.

El segundo Artículo Transitorio nos confirma que la nueva Confederación es la misma Asociación, pues al programar el cambio de Consejo Directivo en 1976 da certeza a dos situaciones, primero permitir que el último Consejo Directivo de la Asociación, convertido ya en el primer Consejo Directivo de la Confederación, pueda completar el período para el cual había sido electo, 1973-1976; y segundo, permitir la llegada del primer Consejo Directivo de la Confederación electo

por votación. Se debe aclarar que en aquel entonces los períodos administrativos duraban tres años y el vicepresidente no llegaba a la presidencia, sino que se elegía un nuevo Consejo Directivo completo.

Poco después, en noviembre de 1975, el presidente de la Academia Mexicana de Pediatría, Dr. Rafael Ramos Galván, dirigió al Dr. Jesús Lozoya, presidente de la Confederación Nacional de Pediatría de México, la siguiente comunicación: “obedeciendo a la solicitud de un grupo importante y mayoritario de miembros constituyentes y de número de la Academia Mexicana de Pediatría, informo a usted que esta corporación ha tomado el acuerdo de abstenerse de formar parte de la agrupación que preside.

Lo que pongo en su conocimiento”,¹² dejando de ser organismo técnico de la Confederación a partir de ese momento. Casi un año después, junio de 1976, algunas asociaciones pertenecientes al grupo del Distrito Federal, entre las que se encontraban la Sociedad Mexicana de Pediatría, la Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México, la Asociación Médica de Hospitales Infantiles del Departamento del Distrito Federal y la Sociedad Mexicana de Enfermeras Peditras, se separaron de la Confederación Nacional de Pediatría de México y fundaron en la ciudad de México una nueva agrupación denominada Asociación Mexicana de Pediatría.¹³



Figura 6. Edificio de la Cámara de Diputados del Estado de Campeche.



Figura 7. Primera Mesa Directiva de la Confederación Nacional de Pediatría de México. De izquierda a derecha: Dres. Jesús Lozoya Solís, presidente; Horacio Padilla Muñoz, vicepresidente; José Marcelino Camarena Bolaños, primer secretario propietario; y, Genaro González Barajas, tesorero.

Como podemos ver, la Confederación Nacional de Pediatría de México no es una agrupación nueva, sino una institución que modificó su nombre y estructura, pasando de una Asociación a una Confederación constituida por Colegios, Sociedades y Federaciones, adaptándose a los vientos de la modernidad de aquella época, pero, manteniendo sus derechos y obligaciones, lo que le permitió conservar su carácter de representante de la pediatría organizada del país en la International Pediatric Association, Asociación Latinoamericana de Pediatría, Federación Mesoamericana y del Caribe de Pediatría y Federación Nacional de Colegios Médicos de México, entre otras.

De conformidad con lo anterior, este año, 2025, conmemoramos el septuagésimo cuarto aniversario de su fundación y el quincuagésimo aniversario de su transformación. **¡Larga vida a la Confederación Nacional de Pediatría de México, A.C.!**

Cuadro 1. Misión y visión de la Confederación Nacional de Pediatría de México.

Misión:

“Promover y preservar la buena comunicación y armonía para compartir experiencias e información científica y cultural de sus miembros, así como propiciar la excelencia académica de los miembros, para con ello lograr las condiciones óptimas de salud en la población pediátrica mexicana y su entorno”.

Visión:

“Ser un organismo autosuficiente, líder a nivel nacional en organización y administración que proporcione el mejor apoyo académico, legal y moral a sus agremiados”.

REFERENCIAS

1. Baeza-Bacab MA. Confederación Nacional de Pediatría de México. Origen y destino. Mérida: Kóokay Ediciones. 2024.
2. Méndez Pérez H. Coahuila, Durango y la Comarca Lagunera. En: Ávila Cisneros I, Padrón Puyou F, Frenk S, Rodríguez Pinto M, Coord. Historia de la Pediatría en México. México: Fondo de Cultura Económica. 1997: 405-22.
3. International News and Reports. The sixth International Pediatric Congress, Zurich, Switzerland, 1950. *Pediatrics* 1949; 4: 261-4.
4. Ávila Cisneros I, Frenk S. La Sociedad Mexicana de Pediatría y su papel en el desarrollo de la especialidad. En: Ávila Cisneros I, Padrón Puyou F, Frenk S, Rodríguez Pinto M, Coord. Historia de la Pediatría en México. México: Fondo de Cultura Económica. 1997: 357-62.
5. Méndez-Pérez H. Certamen Nestlé de Pediatría. México. 1972.
6. Urgen pediatras con un profundo sentido social. *El Informador diario independiente (Guadalajara, Jal)*. 25 de agosto de 1973; 1 (col. 6).
7. Lozoya-Solís J. Discurso de la inauguración del XIV Congreso Nacional de Pediatría de México. 30 de abril de 1974. *Rev Mex Pediatr* 1974; 43: 225-7.
8. Martínez-Martínez R. La fundación de la Federación de Pediatría Centro Occidente de México FEPECOME. En: Martínez-Martínez R, Carboney-de Martínez ME, Valencia-Zalapa MA, eds. Historia de la Federación de Pediatría del Centro Occidente de México. Guadalajara. 2013.
9. Notaría No. 10. Escritura pública número 8 relativa a la Constitución de la Federación de Colegios, Sociedades y Organismos Pediátricos del Sureste Asociación Civil. Campeche, Camp., 22 de enero de 1975.
10. Asociación Nacional de Pediatría de México, A. C. Convocatoria. *Diario Oficial*. México, viernes 26 de septiembre de 1975. No. 19.
11. Notaría No. 10. Escritura pública número 133 relativa a la constitución de la Confederación Nacional de Pediatría de México, A. C. Campeche, Camp., 11 de octubre de 1975.
12. Cuellar-Ramírez A. Academia Mexicana de Pediatría, A. C. Reseña histórica. Edición conmemorativa del XXXIII aniversario de su fundación. México: Academia Mexicana de Pediatría. 1985.
13. Anónimo. Historia de la AMP. Consultado el 2 de febrero de 2023 en: <https://amp.org.mx/historia-de-la-amp/>.



ARCHIVOS
DE INVESTIGACIÓN
PEDIÁTRICA
DE MÉXICO

GUÍA PARA AUTORES.

Publicación Oficial de la Confederación Nacional de Pediatría de México y considerará para su publicación los trabajos relacionados con la Pediatría y sus especialidades. La revista consta de las siguientes secciones:

a) EDITORIAL

Discusión de avances recientes en Pediatría. Estos artículos son por encargo del equipo editorial de la revista.

b) ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos de investigación sobre etiología, fisiopatología, anatomía, patológica, diagnósticos, prevención y tratamiento. Los diseños recomendados son de tipo analítico en forma de estudios transversales, descriptivos, longitudinales, casos y controles, estudios de cohorte, ensayos controlados, meta-análisis, revisión sistemática, ensayos clínico-controlados. En esta sección, los trabajos (sin incluir resumen, bibliografía, tablas y pies de figuras) no tienen límite de extensión. Deben incluir: Título, resumen, palabras clave, título en inglés, Abstract, key words, introducción, material y métodos, tipo de estudio, análisis estadístico, resultados, conclusiones y discusión. Mínimo 20 citas bibliográficas.

c) ARTICULOS DE REVISION

Estos artículos serán solicitados por el comité editorial y abordarán temas de importancia a la pediatría. Deberán incluir: Título, resumen, palabras clave, título en inglés, abstract, key words y redactarlo con su debida introducción y objetivo, desarrollando la revisión con orden, por temas y subtemas, conclusiones y panorama actual de la investigación con nuevas aportaciones. Mínimo 30 citas bibliográficas.

d) CASOS CLÍNICOS

Descripción de casos clínicos de excepcional observación que suponga una aportación importante al conocimiento de la enfermedad. La extensión máxima del texto completo (incluido el resumen) es de 2000 palabras, el número de citas bibliográficas será de mínimo 10 y máximo 20 referencias, deberá contener un máximo de 4 figuras y tablas, en formato jpg, png o tiff. Es aconsejable que el número de firmantes no sea superior a cinco y es imprescindible que todos hayan participado en la elaboración del manuscrito, independiente de la atención al paciente.

e) IMÁGENES EN PEDIATRÍA

En el caso de las imágenes en pediatría, se deberá enviar máximo de dos figuras en formato jpg, png o tiff. y 500 palabras. Todos los contenidos en las imágenes se explicarán adecuadamente en el texto. Incluir un máximo de 4 citas bibliográficas. El número de firmantes no será superior a tres.

f) PEDIATRÍA BASADA EN EVIDENCIA

En esta sección se publicarán normas nacionales o trabajos de la CONAPEME que tengan influencia en la evidencia presentada, así como tópicos abordados críticamente en la relación a artículos relevantes publicados en otras revistas pediátricas, pero que tengan una revisión y análisis crítico de acuerdo a las normas del centro para la medicina basada en evidencia de la universidad de Oxford (www.cebm.net).

g) HERRAMIENTAS EN LECTURA CRÍTICA

Sección donde se publicarán trabajos que muestren a los lectores diversas herramientas para la fácil comprensión de la lectura científica, evidencia y estadística aplicada. Podrán ser a solicitud del comité editorial o sometidos a evaluación por pares. La extensión máxima será de 2, 500 palabras, excluyendo un resumen inicial de 250 palabras. El número máximo de citas no deberá exceder a 15 ni ser menor de 10. Es recomendable que el número de firmantes no sea superior a 3.

e) CARTAS AL EDITOR

En esta sección se admitirán breves comunicaciones, incluyendo notas clínicas, y comunicaciones preliminares que sus características puedan ser resumidas en un breve texto, así mismo, aquellas comunicaciones en relación a trabajos publicados en ARCHIVOS DE INVESTIGACIÓN PEDIÁTRICA DE MÉXICO siempre que introduzcan aportaciones novedosas. La extensión máxima será de 750 palabras, el número de citas bibliográficas no será superior a 5 y se admitirá una figura y una tabla o 2 figuras en formato jpg, png o tiff. Es aconsejable que el número de firmantes no sea superior a cuatro.



ARCHIVOS
DE INVESTIGACIÓN
PEDIÁTRICA
DE MÉXICO

INFORMACIÓN PARA AUTORES.

Todos los artículos deben de ir acompañados de una carta firmada por todos los autores del trabajo, manifestando que:

- El manuscrito es remitido en exclusiva a Archivos de Investigación Pediátrica de México y que no se está enviando a otra publicación (ni sometida a consideración), que no ha sido previamente publicado total o parcialmente. Estas restricciones no son aplicables a los resúmenes derivados de las presentaciones en Congresos u otras reuniones científicas.
- Los autores son responsables de la investigación.
- Los autores han participado en su concepto y diseño, análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección del manuscrito, así como que aprueban el texto final sea publicada dentro de la revista.
- El equipo editorial acusará de recibido. El manuscrito será inicialmente examinado por el equipo editorial y si se considera válido, será remitido a dos revisores externos cegados.

El Editor en Jefe, directamente y una vez atendida la opinión de los revisores, se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer las modificaciones de los mismo que considere necesarias. Antes de la publicación electrónica del artículo, el autor de correspondencia recibirá por correo electrónico las pruebas del mismo para su corrección, que deberán de ser devueltas en el plazo de 48 horas siguientes a su recepción. Compruebe el contenido de su envío: página titular incluyendo: título, lista de autores cargo y adscripciones, nombre y dirección del centro, financiación, teléfono, e- mail, recuento de palabras, fecha de envío, resumen en español e inglés, palabras clave en español e inglés, texto, bibliografía, leyendas de las figuras (en hoja aparte), figuras en JPG o TIFF, tablas, figuras identificadas.

Enviar trabajos a:
publicaciones@archivospediatria.com



ARCHIVOS
DE INVESTIGACIÓN
PEDIÁTRICA
DE MÉXICO

PRESENTACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS.

Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de ARCHIVOS DE INVESTIGACIÓN PEDIÁTRICA DE MÉXICO y no podrán ser reproducidos parcial o totalmente sin permiso de la misma.

Enviar en formato de Word, letra Arial 12, espacio 1.5, márgenes inferior y superior 2 cm, derecha e izquierda 3 cm.

Los componentes tendrán el siguiente orden:

1. PÁGINA PRINCIPAL

Debe presentarse en un documento separado del resto del texto y deberá contener los siguientes datos:

- Título del artículo: deberá ser lo más explícito posible y en cualquier caso de la manera más breve posible. No deberá incluir palabras como “niño”, “infancia”, “pediatría”, etc., ya que queda implícito en el título de la revista.
- Título abreviado: no más de 40 letras
- La lista de autores debe de ir en el mismo orden en el que deben aparecer en la publicación. Deben citarse los dos apellidos con un guion entre ellos y el nombre. Se debe tener en cuenta que el formato que los autores elijan para su firma será en caso de publicación del artículo, el mismo que se indexará en las distintas bases de datos bibliográficas en las que se encuentra la revista.
- Adscripción y cargo: de autores y dirección completa del mismo. Se marcarán con números arábigos consecutivos en superíndice.
- Si el trabajo ha sido financiado debe incluirse el origen y numeración de dicha financiación, así como cualquier conflicto de interés.
- Presentación previa en reuniones, congresos o simposios, con nombre, ciudad y fecha.
- Nombre, dirección, número de teléfono y e-mail del autor al que debe de dirigirse la correspondencia.
- Recuento de palabras del texto propiamente dicho, excluyendo resúmenes, bibliografía, tablas y pies de figuras.
- Fecha de envío.

2. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Se incorporará resumen estructurado de 250 palabras a los trabajos originales con los siguientes apartados: introducción, material o pacientes y métodos, resultados y conclusiones, que describirán el problema/motivo de la investigación, la manera de llevar a cabo la misma, los resultados más destacados y las conclusiones que deriven de los resultados.

Los autores deben procurar que el resumen incluya con detalle los resultados más importantes del trabajo, debido a que aparecerá en distintos sistemas digitales (en inglés). Se deberá incluir de 3 a 5 palabras clave al final de la página donde figure el resumen. Deberá usarse los términos incluidos en el Medical Subject Headings del Index Medicus y en Descriptores en Ciencias de la Salud de la Biblioteca Virtual en Salud. Deberá incluirse una traducción al inglés del título, resumen y palabras clave.

3. TEXTO

Se recomienda la redacción del texto impersonal. Conviene dividir los trabajos en secciones, los originales en: introducción, material o pacientes y métodos, resultados y discusión; los casos clínicos en: introducción, Caso Clínico y Revisión de la Literatura. Se recomienda que cada sección encabece páginas separadas. Todas las abreviaturas deberán ser definidas en el momento de su primera aparición. No deberán existir abreviaturas en el título y en el resumen. Los autores pueden utilizar tanto las unidades métricas de medida como las unidades del Sistema Internacional (SI). Cuando se utilicen las medidas SI es conveniente incluir las correspondientes unidades métricas inmediatamente después en paréntesis. Los fármacos deben mencionarse por su nombre genérico siempre, dosis/kg/día y si es posible tiempo de administración, salvo que hubiese empleado el de patente, marcando el laboratorio productor y su dirección, y sólo la primera vez en aparecer en el texto. Los instrumentos utilizados para realizar técnicas de laboratorio u otras, deben ser identificados, en paréntesis, por la marca así como por la dirección de sus fabricantes. Los resultados de laboratorio deben incluir las unidades de medida. Evite redacción estilo nota médica.

4. BIBLIOGRAFÍA

Las citas bibliográficas deben ser numeradas consecutivamente por orden de aparición en el texto en superíndice con números arábigos, después de punto y sin paréntesis. La referencia de artículos de revistas se hará en el orden siguiente: Autores, empleando el o los apellidos seguido de la inicial del nombre, sin puntuación, y separado cada autor por una coma; el título completo del artículo en lengua original; nombre de la revista según abreviaturas del Index Medicus disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>, año de aparición, volumen(número) e indicación de la primera y última página. Deben mencionarse todos los autores cuando sean seis o menos; cuando sean siete o más deben citarse los seis primeros y añadir después las palabras “et al”. No deben incluirse en la bibliografía citas del estilo de “comunicación personal”, “en separación”, “cometido a publicación” o de resúmenes de Congresos que no estén publicados en una revista científica. Si se considera imprescindible citar dicho material debe mencionarse su origen en el lugar correspondiente del texto. Para elaborar la bibliografía puede consultar las normas de Vancouver (edición 1997). Disponible en: <http://www.icmje.org>.

5. TABLAS

Deben ser numeradas en caracteres arábigos por orden de aparición en el texto. Serán escritas a doble espacio, no sobrepasarán el tamaño de un folio y se remitirán en hojas separadas. Tendrán un título en la parte superior que describa concisamente su contenido, de manera que la tabla sea comprensible por sí misma sin necesidad de leer el texto del artículo. Si se utilizan abreviaturas deben explicarse al pie de la tabla. Debe evitarse presentar los mismos datos en texto, tablas y figura. El formato de las imágenes debe de ser en JPG.

6. FIGURAS

Tanto se trate de gráficas, dibujos o fotografías, se numerarán en caracteres árabes de manera correlativa y conjunta como figuras, por orden de aparición en el texto. Para la confección de gráficos, los autores deben seguir las pautas establecidas en el documento “Gráficos de datos estadísticos en medicina” disponible en: <http://www.seh-lilha.org/graficos.html>.

Si se reproducen fotografías o datos de pacientes, estos no deben ser relacionados al paciente. En todos los casos deben acompañarse de un consentimiento informado escrito de los padres que autoricen su publicación, reproducción y divulgación en soporte papel e internet en formato de libre acceso en ARCHIVOS DE INVESTIGACION PEDIATRICA DE MEXICO. Las figuras se acompañarán del correspondiente pie, escrito en hoja incorporada al texto. El formato será TIFF a 300 dpi o JPG y no deberá exceder los 5 Mb. Se deberán enviar estrictamente como imágenes separadas, no anexadas a ningún otro tipo de archivo.

7. RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Los autores son responsables de obtener los oportunos permisos para reproducir en ARCHIVOS DE INVESTIGACIÓN PEDIÁTRICA DE MÉXICO material (texto, tablas o figuras) de otras publicaciones. Estos permisos deben solicitarse tanto al autor como a la editorial que ha publicado dicho material.

8. AUTORÍA

En la lista de autores deben figurar únicamente aquellas personas que han contribuido intelectualmente al desarrollo del trabajo. Haber ayudado en la colección de datos o haber participado en alguna técnica no son criterios suficientes para figurar como autor. En general, para figurar como autor se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Haber participado en la concepción y realización del trabajo que ha dado como resultado el artículo en cuestión.
- Haber participado en la redacción del texto y en las posibles revisiones del mismo
- Haber aprobado la versión que finalmente va a ser publicada. El Comité Editorial de ARCHIVOS DE INVESTIGACIÓN PEDIÁTRICA DE MÉXICO declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publican en la Revista.