

## **CURRICULUM VITAE**

NOMBRE: Dr. HORACIO SILVA RAMIREZ.  
PROFESION: MEDICO CIRUJANO  
PEDIATRA NEONATOLOGO  
DOMICILIO: AV.EJERCITO NACIONAL # 613  
TORRE ANTONINO FERNANDEZ 5° PISO CONSULTORIO 502  
COL. GRANADA POLANCO DELG. MIGUEL HIDALGO  
C.P. 11520, MEXICO, D. F.  
TELEFONO: 55 31 97 25

### **> ESCOLARIDAD**

PROFESIONAL: UNIVERSIDAD AUTONOMA DE HIDALGO  
ESCUELA DE MEDICINA  
PACHUCA, HIDALGO  
1979 - 1983

INTERNADO DE PREGRADO: HOSPITAL GENERAL "A" S.S.A.  
PACHUCA, HIDALGO  
1983 - 1984

SERVICIO SOCIAL: CENTRO DE SALUD "B" S.S.A.  
MOLANGO, HIDALGO  
1984 - 1985

ESPECIALIDAD: PEDIATRIA MÉDICA  
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO.  
1988 - 1991

SUB-ESPECIALIDAD: NEONATOLOGIA  
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO.  
UNIVERSIDAD LA SALLE.  
1991 - 1992

### **> ASOCIACIONES**

- ASOCIACION MEXICANA DE PEDIATRIA A. C. MIEMBRO DE LA INTERNATIONAL PEDIATRIC ASSOCIATION.
- AFILIADO INTERNACIONAL DE LA AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. SOCIO ACTIVO DESDE OCTUBRE 4 DE 1995.
- SOCIEDAD MEXICANA DE PEDIATRIA A. C. SOCIO ACTIVO DESDE OCTUBRE 4 DE 1995.
- ASOCIACION DE MEDICOS NEONATOLOGOS DEL DISTRITO FEDERAL Y VALLE DE MEXICO A.C. ASOCIADO TITULAR DESDE FEBRERO 21 DE 1991.
- ASOCIACION MÉDICA DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO A.C. SOCIO ACTIVO DESDE NOVIEMBRE 23 DE 1995.
- SOCIO FUNDADOR DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRAS Y NEONATOLOGOS PROF. DR. JOSE IGLESIAS LEBOREIRO A C DESDE 2013. HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO

➤ **CERTIFICACIONES**

<u>TÍTULO</u>	<u>CÉDULA</u>	<u>CERTIFICACIÓN / VIGENCIA</u>	
• MÉDICO CIRUJANO	No. 1081697		
• ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA	No. AECEM-15342	No. 4811	DIC 2017
• ESPECIALIDAD EN NEONATOLOGIA	No. 3175441	No. 0357	FEB 2022
• INSTRUCTOR EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR NEONATAL,		F: 33913	JUN 2018

➤ **CURSOS**

Un total de 174

**PONENCIAS**

Un total de 96

**ASESORIAS DE TESIS**

Un total de 9

➤ **DOCENCIA:**

- INSTRUCTOR NACIONAL DEL CURSO DE REANIMACION NEONATAL DESDE 1993 A LA FECHA
- PROFESOR INVITADO AL CURSO DE PEDIATRIA, FACULTAD MEXICANA DE MEDICINA, HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO. UNIVERSIDAD LA SALLE DESDE 1993 A LA FECHA
- PROFESOR INVITADO AL CURSO DE NEONATOLOGIA. FACULTAD MEXICANA DE MEDICINA. UNIVERSIDAD LA SALLE, HOSPITAL ESPAÑOL DESDE 1993 A LA FECHA
- PROFESOR ADJUNTO AL CURSO DE NEONATOLOGIA, FACULTAD DD MEDICINA, UNIVERSIDAD LA SALLE. HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO DESDE 1995 A LA FECHA
- PROFESOR ADJUNTO AL CURSO DE PEDIATRIA, FACULTAD MEXICANA DE MEDICINA, UNIVERSIDAD LA SALLE. HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO DESDE 1997 A LA FECHA
- PROFESOR ASOCIADO EN EL CURSO DE INTERNADO DE PREGRADO DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO DESDE JULIO 2003 DE LA UNIVERSIDAD ANAHUAC A LA FECHA
- PROFESOR INVITADO EN EL MODULO DE PEDIATRIA DEL INTERNADO DE PREGRADO DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO, UNIVERSIDAD LA SALLE DESDE ENERO 2004 A LA FECHA
- RECONOCIMIENTO DE LA DIRECTIVA DE LA FACULTAD MEXICANA DE MEDICINA POR 15 AÑOS DE FORMAR A LOS ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD LA SALLE SEPTIEMBRE 2005

➤ **PUBLICACIONES.**

- LIBRO DE PEDIATRIA MÉDICA... AUTOR. PUBLICADO POR LA UNIVERSIDAD ANAHUAC. 1995.
- "REPORTE PRELIMINAR DE UN AÑO DE EXPERIENCIA EN EL USO DE SURFACTANTE SINTETICO". AUTOR. REVISTA MEDICINA PRIVADA. VOLUMEN 4, NUMERO 1, PAGES. 34 - 41. PRIMAVERA DE 1997.
- "SINDROME DE SMITH-LEMLI-OPITZ EN DOS HERMANOS. PRESENTACION DEL CASO". AUTOR. REVISTA MEXICANA DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA. VOLUMEN 6, NUM. 36, PAGINAS 315 AL 318, JULIO - AGOSTO, 1999.
- REVISIÓN TÉCNICA EN LA REVISTA "DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PEDIÁTRICOS". DÉCIMOTERCERA EDICIÓN EN ESPAÑOL. TRADUCIDA DE LA DECIMOSEXTA EDICIÓN EN INGLÉS. AUTORES. WILLIAM W. HAY, JR., MD, ANTHONY R. HAYWARD, MD, PHD, MYRON J. LEVIN, MD, JUDITH M. SONDHEIMER, MD. 2004



# ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Nº DE CONTROL

0256

ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE HIDALGO

REGISTRO DEL ESTADO FAMILIAR

EN EL NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE HIDALGO, Y COMO OFICIAL DEL REGISTRO DEL ESTADO DE FAMILIAR DE ESTE MUNICIPIO, CERTIFICO:

SER CIERTO QUE EN EL LIBRO NUM. 01 DEL AÑO 1961 DEL REGISTRO CIVIL.

NUM. 172V. SE ENCUENTRA ASENTADA EL ACTA NUM. 342 LEVANTADA POR

EL OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL.

C. PROPR. RAFAEL SARMIENTO MELO

EN MOLANGO, HGO., 23 DE NOVIEMBRE DE 1961

LA CUAL CONTIENE LOS SIGUIENTES DATOS: LUGAR Y FECHA

## ACTA DE NACIMIENTO

NOMBRE " HORACIO SILVA RAMIREZ "

FECHA DE NACIMIENTO 18 NOVIEMBRE 1961 HORA 3:30

PRESENTADO: VIVO ☒ MUERTO ☐ SEXO: MASCULINO ☒ FEMENINO ☐

LUGAR DE NACIMIENTO MOLANGO, HGO.

COMPARECIO: EL PADRE ☒ LA MADRE ☐ AMBOS ☐ PERSONA DISTINTA ☐ REGISTRADO ☐

### PADRES

NOMBRE FRANCISCO SILVA LOPEZ EDAD MAJOR NACIONALIDAD MEXICANA

NOMBRE MARIA RAMIREZ DE SILVA EDAD 38 NACIONALIDAD MEXICANA

### ABUELOS

ABUELO PATERNO AURELIO H. SILVA NACIONALIDAD MEXICANA

ABUELA PATERNA LORENZA LOPEZ DE SILVA NACIONALIDAD MEXICANA

ABUELO MATERNO ABEL RAMIREZ (FINADO) NACIONALIDAD MEXICANA

ABUELA MATERNA GUDELIA ACOSTA VDA. DE RAMIREZ NACIONALIDAD MEXICANA

### TESTIGOS

NOMBRE ALFONSO CASTILLO LOPEZ EDAD MAJOR NACIONALIDAD MEXICANA

NOMBRE FILIBERTO CUEVAS RAMIREZ EDAD MAJOR NACIONALIDAD MEXICANA

Nº DE CERTIFICADO DE NACIMIENTO ===== C.R.I.P. =====

PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE ===== EDAD == PARENTESCO =====

SE EXTIENDE ESTA CERTIFICACION, EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 386 DEL CODIGO FAMILIAR VIGENTE EN EL ESTADO, EN

MOLANGO, ESTADO DE HIDALGO.

A LOS 20 DIAS DEL MES DE ENERO DE 199 8

EL C. OFICIAL DEL REGISTRO DEL ESTADO FAMILIAR,

PROPR. MARTIN CASTILLO OLGUIN

SRIO. MPAL.

Nombre

Firma





# La Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

otorga al Señor

**Horacio Silva Ramírez**

el título de

**Médico Cirujano**



*En atención a que demostró tener hechos los estudios  
requeridos por la ley y haber sido aprobado por unanimi-  
dad de votos en el examen profesional Teórico Práctico  
que sustentó el día 22 de Octubre de 1985, según constan-  
cias archivadas en la Secretaría General de la misma  
Universidad.*

*[Firma manuscrita]*

*Firma del Interesado.*

*"Amor, Orden y Progreso."*

*Dado en la ciudad de Pachuca de Soto, Hgo., el día  
10 de Febrero de 1986.*

*El Rector*

*Lic. Juan Alberto Flores Álvarez.*

*El Srio. General.*

*Lic. Jorge Flirán Rosette Peragos.*



Pachuca, Hgo., 24 de febrero de 1986.  
Anotado a Fojas 25 vuelta del  
Libro respectivo Número 4  
~~Jefe del Departamento de Profesiones~~  
L. E. CESAREO JORGE MARQUEZ ALVARADO

EL CIUDADANO ARQUITECTO GUILLERMO ROSSELL DE LA LAMA, GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE HIDALGO, C E R T I F I C A :

QUE LAS FIRMAS QUE CALZAN EL PRESENTE TITULO CON LOS NOMBRES DE LIC. LIC. JUAN ALBERTO FLORES ALVAREZ Y LIC. JORGE HIRAM ROSSETTE PENAGOS, CON LAS MISMAS QUE SE ENCUENTRAN REGISTRADAS ANTE EL GOBIERNO DEL ESTADO COMO LA DEL RECTOR Y SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE HIDALGO.

SUPRAGIO EFECTUO: NO SE EFECTUO.  
PACHUCA, HGO., 17 DE JUNIO DE 1986  
EL GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO

ARO. GUILLERMO ROSSELL DE LA LAMA.



Dirección de Gobernación  
del Estado.

SECRETARIO GENERAL DE GUBERNACIÓN.

PROFR. JORGE MARQUEZ ALVARADO

REGISTRADO A FOJAS 194 Frute  
DEL LIBRO No. 10  
CLAVE No. E/101.004/86  
REQ. PROF. 3847-1245  
Pachuca, Hgo., a 24 de junio de 1986  
El Director Gral de Profesiones,  
[Firma]  
Lic. Francisco González Vargas.



REVISADO Y CONFRONTADO	SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA	
	DIRECCION GENERAL DE PROFESIONES	
	Registrado a fojas <u>225</u>	del libro <u>Mil Cuarenta y Veintinueve</u>
	de Registro de Títulos Profesionales y Grados	
	Académicos bajo el número <u>II</u> cédula	
	No. <u>1031697</u> Up <u>Millon ochenta y un mil sesientos</u>	
	Pachuca, Hgo. a <u>7</u> de <u>agosto</u> de <u>1986</u>	
	EL RESPONSABLE DEL REGISTRO	
	<u>[Firma]</u>	

Luz Carlos Lopez Flores.



S. E. P.  
Unidad de Servicio  
Educativo a Descen  
Profesiones  
HIDALGO

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA  
DIRECCION GENERAL DE PROFESIONES  
Nº 1081697

EN VIRTUD DE QUE HORACIO

SILVA RAMIREZ

CUMPLIO CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA LEY REGLAMENTARIA DEL ARTICULO 5º CONSTITUCIONAL EN MATERIA DE PROFESIONES Y SU REGLAMENTO. SE LE EXPIDE LA PRESENTE

CEDULA

CON EFECTOS DE PATENTE  
PARA EJERCER LA PROFESION DE

--MEDICO CIRUJANO--

MEXICO, D.F. 7 DE agosto DE 19 86

EL DIRECTOR GENERAL DE PROFESIONES  
LIC. ANTONIO CUELLAR SALAS

CEDULA Nº 1081697

TITULO REGISTRADO A FOJAS 225

DEL LIBRO MIL CIENTO VEINTIUNO

DE REGISTRO DE TITULOS PROFESIONALES Y GRADOS ACADEMICOS



FIRMA DEL INTERESADO

TGN.

cedi  
0015302

# El Hospital Español de México

otorga el presente





al

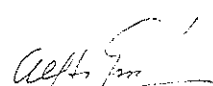
Dr. Horacio Silva Ramírez


Por haber cursado la Especialidad de:  
**Pediatría**

del 1º de marzo de 1988 al 28 de febrero de 1991

  
Dr. Jose Garabana Porta  
Presidente de la Sociedad  
de Beneficencia Española

  
Dr. Guillermo Alamilla Gutierrez  
Director Médico

  
Dr. Alfredo Gómez Lepe  
Jefe del Dpto. de Enseñanza

  
Dr. Samuel Fernández Peña  
Jefe del Curso



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

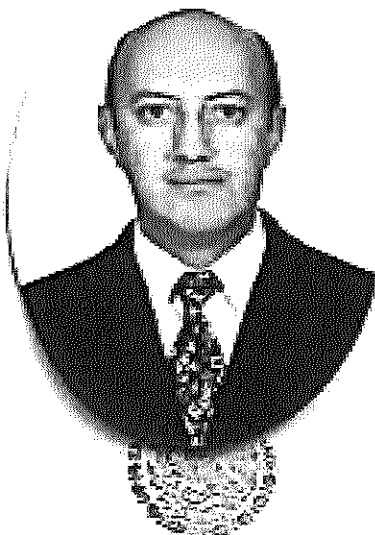
SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN SUPERIOR E  
INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES.

AUTORIZACIÓN NO. AECM-15342

M. C. HORACIO SILVA RAMÍREZ  
PRESENTE.

En relación a la solicitud que usted presentó, para ejercer la especialidad en PEDIATRÍA, se ha dictado un Acuerdo cuyo texto es el siguiente:



S. E. P.

DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES  
"DEPARTAMENTO DE AUTORIZACIONES"

ACUERDO.- Visto el dictamen que antecede y conforme a lo previsto en los numerales 5º y 23º fracción III de la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal y toda vez que el interesado posee el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

y la cédula número 1081697 con efectos de patente para el Ejercicio Profesional, en virtud de que ha acreditado haber cursado los estudios previstos, en los planes correspondientes a la especialidad de referencia, procede expedir a su favor:

AUTORIZACIÓN PARA EJERCER LA ESPECIALIDAD EN  
PEDIATRÍA

En consecuencia hágase la inscripción respectiva.

La presente quedó debidamente registrada a fojas 370 del Libro XXXV de Autorizaciones Definitivas.

México, D.F., 13 de diciembre de 1999.

"SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN"  
DIRECTOR DE AUTORIZACIÓN  
Y REGISTRO PROFESIONAL

LIC. ROBERTO SANDOVAL HERNÁNDEZ

MADC-gra





La

# Universidad La Salle Escuela Mexicana de Medicina

Otorga a

Dr. Horacio Silva Ramírez

El Diploma de

Especialista en Neonatología

En atención a que terminó los Estudios De Postgrado del Curso de Neonatología  
que se llevó a cabo del 1o. de Marzo de 1991 al 28 de Febrero de 1992,  
en el Hospital Español de México, con Reconocimiento de la  
Escuela Mexicana de Medicina

“Indivisa Manent”

Dado en la Ciudad de México el 28 de Febrero de 1992

El Rector

Mtro. Lucio Carrón De Schrijver

El Secretario  
Dr. José Ramírez Degollado

El Vicerrector

Ing. Ambrosio Luna Salas

CÉDULA 3175441

**SEP**



México D.F. 3 de Agosto del 2000



FIRMA DEL TITULAR

3/8/00

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES

CÉDULA 3175441

EN VIRTUD DE QUE

HORACIO

SILVA

RAMÍREZ

CURP: SIRH611116HHGLMR09

CUMPLIO CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA LEY  
REGlamentaria DEL ARTÍCULO 5º CONSTITUCIONAL  
RELATIVO AL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES EN EL  
DISTRITO FEDERAL Y SU REGLAMENTO SE LE EXPIDE

EN EDUCACIÓN DE TIPO SUPERIOR LA

**CÉDULA**

PERSONAL CON EFECTOS DE PATENTE PARA  
EJERCER PROFESIONALMENTE EN EL NIVEL DE

ESPECIALIDAD EN

NEONATOLOGÍA

LIC. DIANA CECILIA ORTEGA AMIEVA  
DIRECTORA GENERAL DE PROFESIONES

EL CONSEJO MEXICANO DE  
CERTIFICACIÓN EN PEDIATRÍA, A.C.

extiende el presente

**CERTIFICADO**

como

ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

AL:



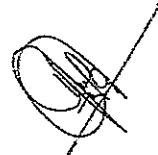
*Dr. Horacio Silva Ramírez*

en virtud de haber demostrado la competencia  
requerida para el ejercicio de la especialidad  
en los Estados Unidos Mexicanos

Vigencia de: 30 de Marzo de 2018 a 30 de Marzo de 2023



Dr. Salvador Jáuregui Pulido  
*Presidente del Consejo*



Dr. Fernando García Pérez  
*Responsable del Proceso de Evaluación*



Dr. Onofre Muñoz Hernández  
*Presidente del Comité Normativo Nacional  
de Consejos de Especialidades Médicas*

Ciudad de México, 30 de Marzo de 2018

COMITÉ NORMATIVO NACIONAL DE CONSEJOS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS A.C.

2018 - 2023

Con fecha 30 de Marzo de 2018,  
quedó inscrito a fojas \_\_\_\_\_ del libro \_\_\_\_\_,  
de Certificaciones de éste Consejo.  
No. de Certificado 4811

\_\_\_\_\_  
Responsable de la elaboración del presente Certificado

Dr. Horacio Silva Ramírez  
P r e s e n t e.

A nombre del Sr. Rector de la Universidad La Salle, Dr. Enrique Alejandro González Álvarez, y a propuesta de esta Dirección, se le ha designado Profesor Adjunto de la Especialidad de:

### **Pediatría**

Durante el periodo comprendido del 1° de marzo del 2017 al 28 de febrero del 2018.

La Facultad Mexicana de Medicina espera contar con su entusiasta colaboración.

Atentamente  
**"Indivisa Manent"**



Dra. María Guadalupe Castro Martínez  
Directora

**DR. HORACIO SILVA RAMÍREZ**  
Presente.

A nombre del Sr. Rector de la Universidad La Salle,  
MTRO. ENRIQUE ALEJANDRO GONZÁLEZ ÁLVAREZ, y a  
propuesta de esta Dirección, se le ha designado PROFESOR  
ADJUNTO DE LA ESPECIALIDAD DE:

### **NEONATOLOGÍA**

Durante el periodo comprendido del 1° DE MARZO DEL 2015  
AL 29 DE FEBRERO DEL 2016.

La Facultad Mexicana de Medicina espera contar con su entusiasta  
colaboración.

Atentamente  
"Indivisa Manent"



Dra. María Guadalupe Castro Martínez  
Directora

**DR. HORACIO SILVA RAMÍREZ**  
Presente.

A nombre del Sr. Rector de la Universidad La Salle,  
MTRO. ENRIQUE ALEJANDRO GONZÁLEZ ÁLVAREZ, y a  
propuesta de esta Dirección, se le ha designado PROFESOR  
ADJUNTO DE LA ESPECIALIDAD DE:

### **NEONATOLOGÍA**

Durante el periodo comprendido del 1° DE MARZO DEL 2014  
AL 28 DE FEBRERO DEL 2015.

La Facultad Mexicana de Medicina espera contar con su entusiasta  
colaboración.

Atentamente  
"Indivisa Manent"

  
Dra. Ma. Teresa Garzón Rincón Gallardo  
Directora

La Facultad Mexicana de Medicina agradece al:

**Dr. Horacio Silva Ramírez**

Por su participación como Jurado en el Examen de la Especialidad de Pediatría de la *Dra. Gabriela Leticia Ruiz Paniagua*, que se llevó a cabo el 21 de octubre de 2015.

*México, D. F., Octubre de 2015.*

*"Indivisa Manent"*



**Dra. Ma. Teresa Garzón Rincón Gallardo**  
Secretaria Académica



La Facultad Mexicana de Medicina de la  
Universidad La Salle  
*Agradece al:*

**Dr. Horacio Silva Ramírez**

Por su participación como Jurado en el Examen de la Especialidad de  
Pediatria de la Dra. Karen Gabriel Rosales Mariscal, que se llevó a cabo el  
23 de enero de 2019.

*"Indivisa Marent"*



Dr. Jorge Arturo Madero Villegas  
Secretario Académico

# MÉXICO

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



# SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

LA SECRETARÍA DE SALUD  
Y LA SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD,  
A TRAVÉS DEL CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y  
SALUD REPRODUCTIVA OTORGAN LA PRESENTE

## CONSTANCIA DE VIGENCIA

A

### SILVA RAMIREZ HORACIO

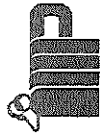
COMO INSTRUCTORES EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR  
NEONATAL, ACORDE A LOS LINEAMIENTOS DEL SUBCOMITÉ  
NACIONAL EN REANIMACIÓN NEONATAL Y DEL PROGRAMA  
“ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA”.

DR. EDUARDO PESQUEIRA VILLEGAS  
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE  
EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

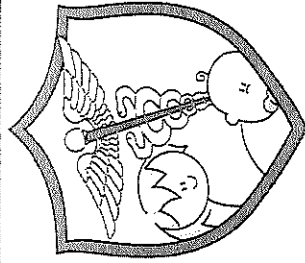
Vigente de 06/2018 a 06/2021

Folio N° 33913





ASOCIACION MEXICANA DE PEDIATRIA, A.C.  
Miembro de la Asociación Mexicana de Pediatría, A.C.



"Sociedad de Pediatras y Neonatólogos"  
Profesor Dr. José Iglesias Leboeiro, A. C."



International Pediatric Association  
Association Internationale de Pédiatrie  
Associação Internacional de Pediatria

# La Sociedad de Pediatras y Neonatólogos "Profesor Dr. José Iglesias Leboeiro" A.C. Otorga la Presente Constancia a: **DR. HORACIO SILVA RAMÍREZ**

Por su Participación como  
**ASISTENTE**

A la Sesión de Actualización Médica Continua

## "ASPECTOS LEGALES DE LA PRÁCTICA PEDIÁTRICA"

Llevada a cabo el día 27 de marzo del 2019

**Dr. José Iglesias Leboeiro**  
Presidente Honorario y vitalicio

Sociedad de Pediatras y Neonatólogos  
"Profesor Dr. José Iglesias Leboeiro" A.C.

**Dra. Isabel Hernández Zapata**  
Vicepresidente

Sociedad de Pediatras y Neonatólogos  
"Profesor Dr. José Iglesias Leboeiro" A.C.

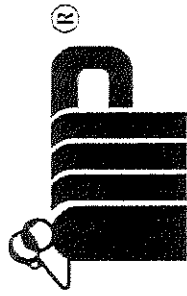
**Dr. Horacio Silva Ramírez**  
Secretario de Actas

Sociedad de Pediatras y Neonatólogos  
"Profesor Dr. José Iglesias Leboeiro" A.C.

**Dr. Moisés Gerardo del Hoyo**  
Secretario Tesorero

Sociedad de Pediatras y Neonatólogos  
"Profesor Dr. José Iglesias Leboeiro" A.C.

Reconocido por el Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, con un total de 1 punto de valor curricular para fines de Educación Médica Continua con la clave CMCP-PED-S29219



ASOCIACION MEXICANA DE PEDIATRIA

**Otorga la Presente**

**CONSTANCIA**

**A: DR. HORACIO SILVA RAMÍREZ**

**Como: ASISTENTE**

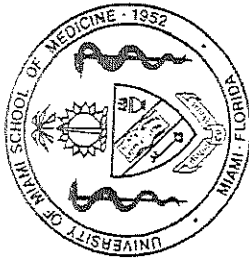
De la 1ª. Sesión de Actualización en Pediatría AMP con el Módulo “RCP Actualidades”, celebrada el 19 de Febrero de 2019, en el Auditorio del Hospital Angeles Lindavista.

Reconocido por el Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría con 2 PUNTOS de valor total curricular para fines de educación médica continuá con la clave CMCP-PED-F3019

**Dra. Ma. De la Luz Sánchez Tirado**  
**SECRETARIA AMP**

**Dr. Francisco J. Zamora García**  
**PRESIDENTE AMP**

**Dra. Patricia Salinger Simental**  
**VICEPRESIDENTE AMP**



# Certificate of Attendance

The University of Miami Miller School of Medicine  
Department of Pediatrics  
Division of Neonatology

Certifies that

**DR. HORACIO SILVA RAMÍREZ**

*Name*

has participated in the International Conference

**“Miami Neonatology 2018”**

November 12<sup>th</sup> - 14<sup>th</sup>, 2018

**Charles R. Bauer, M.D.**  
Professor of Pediatrics, Obstetrics/Gynecology  
and Psychology  
Associate Director, Division of Neonatology  
Program Co-Director

**Eduardo Bancalari, M.D.**  
Professor of Pediatrics, Obstetrics/Gynecology  
Director, Division of Neonatology  
Program Co-Director



In association with

Bariloche University School of Medicine

Brought by

MEDINSCRIBE

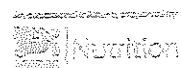
# TRANSCRIPT OF CERTIFICATE

Dr Horacio Silva Ramírez

has successfully fulfilled  
the requirements for completion of the  
**Post Graduate Program in PEDIATRIC NUTRITION**  
and has been awarded the following scores:

Level	Module	Title of the Module	Score Obtained
I	1	<b>Importance of Early Nutrition and Health Outcomes</b>	100%
	2	Role of Nutrition in Optimal Growth and Immunity	100%
	3	Understanding Dietary Requirements and Nutritional Assessment in Children	100%
	4	<b>Prevention and Nutritional Management of Undernutrition and Micronutrient Deficiencies</b>	100%
II	1	<b>Prevention and Nutritional Management of Cow's Milk Protein Allergy (CMPA) in children</b>	100%
	2	Enteral Nutrition for Preterm Infants	100%
III	1	Appropriate Complementary Feeding: An Opportunity to Prevent Malnutrition	80%

Year of Issue - 2016





La Asociación de Médicos Neonatólogos del  
Distrito Federal y Valle de México, A.C.

Otorga el presente

# NOMBRAMIENTO AL

**Dr. Horacio Silva Ramírez:**

VOCAL DE LA COMISIÓN DE EVENTOS SOCIALES  
DE LA MESA DIRECTIVA 2019-2021

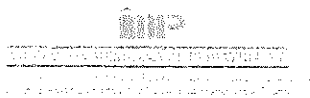
Ciudad de México, 17 de enero de 2019

  
\_\_\_\_\_  
**Dra. Martha Lucía Granados Cepeda**  
**Presidenta**

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Gabriel Lara Flores**  
**Vicepresidente**



Ciudad de México, a 14 de enero de 2019



MESA DIRECTIVA  
2018-2020

PRESIDENTE  
DRA. ALICIA MANDUJANO MANDUJANO

VICIPRESIDENTE  
DRA. CLAUDIA OLIVARES SOLÍS

TESORERO  
DR. PEDRO RIVERO BORRILL DE LA PARRA

SECRETARIO  
DRA. JANNETTE MORALES BARRA

VOCALES  
DRA. DELIA KARNATSKAYA BASTISTA  
DR. CARLOS VAIR GARFAS SAU  
DRA. LUCILA DEL CARMEN BANCHEZ ORTIZ

**DR. HORACIO SILVA RAMIREZ**

Presidente de Sociedad de Pediatras y Neonatólogos

"Prof. Dr. José Iglesias Leboreiro", A.C.

Presente.

Es un gusto saludarlo y aprovechar la oportunidad para enviarle nuestros mejores deseos para este año.

La Asociación Médica del Hospital Infantil Privado y Star Médica Hospital Infantil Privado, a través del Comité Organizador, se complace en invitarlo a la Inauguración del **XXI CONGRESO INTERAMERICANO DE PEDIATRÍA** como INVITADO ESPECIAL, la cual se llevará a cabo el día 23 de enero a las 08:30 hrs. en los Salones Olmeca 1, 2 y 3 del World Trade Center, Ciudad de México.

Agradeciendo de antemano el contar con su valiosa asistencia, reciba un cordial saludo.

Atentamente

**Dra. Alicia Mandujano Mandujano**  
Presidente AMHIP

**Dra. Patricia Saltigeral Simental**  
Coordinadora General

*"Por la Salud y Alegría del Niño"*





"Sociedad de Pediatras y Neonatólogos"  
Profesor Dr. José Iglesias Leboeiro, A. C."


La Sociedad de Pediatras y Neonatólogos "Profesor Dr. José Iglesias Leboeiro A.C."  
otorga la presente constancia al:


***Dr. Horacio Silva Ramírez***


como

**Coordinador General**


de la 3era Reunión de Ex-alumnos de Pediatría y Neonatología del Hospital Español de México, celebrada del 25 al 30 de mayo del 2015, con reconocimiento del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría.  
(CMCP-PED-B38415; 2 puntos)

  
Dr. José Iglesias Leboeiro  
Presidente Honorario y vitalicio de la  
Sociedad de Pediatras y Neonatólogos  
"Profesor Dr. José Iglesias Leboeiro A.C."

  
Dra. Isabel Bernárdez Zapata  
Vicepresidente de la Sociedad de  
Pediatras y Neonatólogos "Profesor  
Dr. José Iglesias Leboeiro A.C."

  
Dr. Horacio Silva Ramírez  
Secretario de Actas de la  
Sociedad de Pediatras  
y Neonatólogos "Profesor  
Dr. José Iglesias Leboeiro A.C."

  
"Sociedad de Pediatras y Neonatólogos"  
Profesor Dr. José Iglesias Leboeiro, A.C."

  
Dr. Moisés Noé Gerardo del Hoyo  
Secretario Tesorero de la  
Sociedad de Pediatras  
y Neonatólogos "Profesor  
Dr. José Iglesias Leboeiro A.C."

Hospital Español, Complejo Médico Antonino Fernández, Avenida Ejército Nacional 613-302  
Colonia Granada, Delegación Miguel Hidalgo, México D.F., C.P. 11520



ASOCIACIÓN MEXICANA DE PEDIATRÍA

# XV CONGRESO INTERNACIONAL TEMAS SELECTOS DE NEONATOLOGÍA



LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE PEDIATRÍA OTORGA EL PRESENTE

## DIPLOMA

DR. HORACIO SILVA RAMÍREZ

A:

COMO:

PROFESOR DEL TALLER "CUIDADOS ESCENCIALES PARA CADA BEBE"

en el XV Congreso Internacional Temas Selectos de Neonatología,  
celebrado en el Hotel Marriott, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas  
del 17 al 19 de Octubre de 2018.



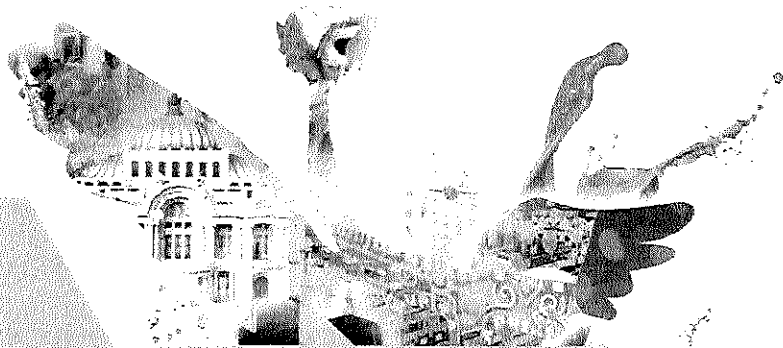
ASOCIACIÓN NACIONAL DE  
NEONATOLOGÍA DE MÉXICO, A.C.

Dr. Francisco J. Zamora García  
COORDINADOR GENERAL

Dr. José Luis Pinacho Velázquez  
COORDINADOR GENERAL

Dr. Manuel A. Correa Flores  
COORDINADOR GENERAL

Dra. María de la Luz Sánchez Tirado  
COORDINADORA



ASOCIACION MEXICANA DE PEDIATRIA

*La Asociación Mexicana de Pediatría A.C.  
distingue el presente:*

# Diploma

a: **DR. HORACIO SILVA RAMIREZ**

como: **CONGRESISTA**

en el **36° Congreso Nacional de Pediatría**

*Celebrado del 24 al 27 de Julio de 2018 en el World Trade Center, Ciudad de México.*

RECONOCIDO POR EL CONSEJO MEXICANO DE CERTIFICACION EN PEDIATRIA CON UN TOTAL DE 7 PUNTOS DE VALOR CURRICULAR PARA FINES DE EDUCACION MEDICA CONTINUA CON LA CLAVE CMCP-PED-E13418

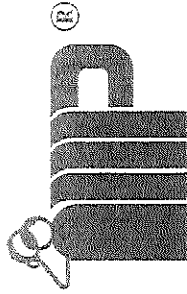
Dr. Manuel Ángel Correa Flores  
SECRETARIO AMP

Dr. José Luis Pinacho Velázquez  
PRESIDENTE AMP

Dr. Francisco J. Zamora García  
PROFESOR ADJUNTO

*"La salud del niño es nuestra misión"*





ASOCIACION MEXICANA DE PEDIATRIA

Otorga la Presente

# CONSTANCIA

**A: DR. HORACIO SILVA RAMÍREZ**

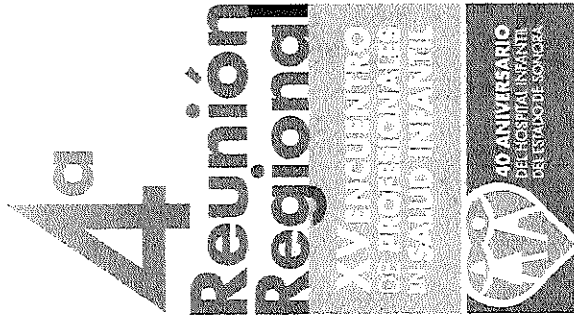
**Como: COORDINADOR**

De la 3era. Sesión de Actualización en Pediatría AMP con el Módulo "Peculiaridades en la práctica de la pediatría a nivel privado", celebrada el 19 de Junio de 2018, en el Auditorio "Angel Urraza" del Hospital Español.

Dr. Manuel A. Correa Flores  
SECRETARIO AMP

Dr. José Luis Pinacho Velázquez  
PRESIDENTE AMP

Dr. Francisco J. Zamora García  
VICEPRESIDENTE AMP



ASOCIACIÓN MEXICANA DE PEDIATRÍA

La Asociación Mexicana de Pediatría A.C. otorga el presente:

# DIPLOMA

a: **DR. HORACIO SILVA RAMIREZ**

COMO: **PROFESOR DEL TALLER: AYUDANDO A RESPIRAR AL BEBÉ**

en la **4a. Reunión Regional**  
**y XV Encuentro de Profesionales en Salud Infantil**  
celebrados del 25 al 27 de Octubre de 2017 en el Hotel Fiesta Americana, Hermosillo, Sonora.

*Manuel Ángel Correa Flores*

Dr. Manuel Ángel Correa Flores  
Coordinador Adjunto

*José Luis Pinacho Velázquez*

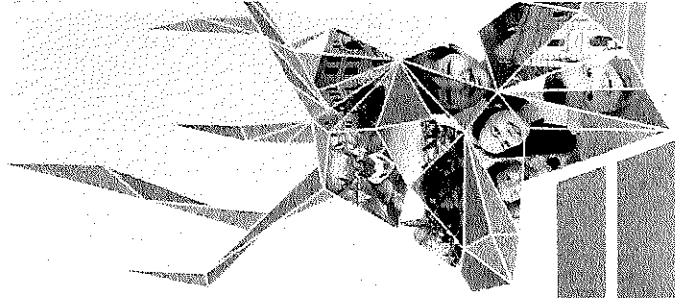
Dr. José Luis Pinacho Velázquez  
Presidente  
Asociación Mexicana de Pediatría

*Francisco Javier Zamora García*

Dr. Francisco Javier Zamora García  
Vicepresidente  
Asociación Mexicana de Pediatría

*Claudia Montesinos Ramírez*

Dra. Claudia Montesinos Ramírez  
tesoro  
Asociación Mexicana de Pediatría





La Secretaría de Salud y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud,  
a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva otorgan la presente

# CONSTANCIA DE VIGENCIA

a:

**HORACIO SILVA RAMIREZ**

como **Instructor en Reanimación Cardiopulmonar Neonatal**, acorde a los lineamientos  
del Subcomité Nacional en Reanimación Neonatal y del programa “Arranque parejo en la Vida”.

Dr. Ricardo Juan García Cavazos  
Director General del Centro Nacional de  
Equidad de Género y Salud Reproductiva

Vigente de 06/2015 a 06/2018

Folio N°. 33913



## Agentes virales y bacterianos identificados por PCR en neumonías de adquisición comunitaria en pediatría

Nadia Villa-Alanis,\* José Iglesias-Leboreiro,\*\* Isabel Bernárdez-Zapata,\*\* Horacio Silva-Ramírez,\*\*  
Mario Enrique Rendón-Macías\*\*\*\*

\* División de Postgrado, Facultad Mexicana de Medicina Universidad La Salle, Ciudad de México, México.

\*\* Servicio de Pediatría del Hospital Español de México, Ciudad de México, México.

\*\*\* Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México.

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar los agentes identificados por estudios moleculares de secreciones naso-orofaríngeas en niños con neumonía de adquisición comunitaria (NAC) y las acciones terapéuticas. **Material y métodos:** Pacientes de un mes a 16 años sin comorbilidades con bronconeumonía, neumonía lobar, intersticial o complicada. Con o sin prueba rápida para influenza y VSR y/o PCR viral y/o bacteriano. Se analizó el tratamiento y modificaciones ante alguna identificación. **Resultados:** 187 pacientes (94 mujeres), 94 (50.2%) bronconeumonías, 90 (48.1%) neumonías lobares, dos intersticiales y una complicada con derrame. A 107 (57.3%) se les realizó alguna prueba molecular. 80/107 (74.7%) con detección de al menos un agente, en 56/80 (70%) sólo virus, en 18/80 (22.5%) virus y bacterias y seis (7.5%) sólo bacterias. En 26/80 (32.5%) hubo alguna modificación al tratamiento. **Conclusiones:** Cuando se buscó identificar molecularmente algún agente infeccioso en NAC, éste fue alto ( $\approx 75\%$ ) con predominio de virus solos o en co-infección, pero con bajo impacto en las decisiones terapéuticas.

**Palabras clave:** Neumonía de adquisición comunitaria, reacción en cadena de la polimerasa (PCR), agentes virales, agentes bacterianos, niños.

*Virus and bacteria identified by PCR in children with community-acquired pneumonia*

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the agents identified by molecular studies of naso-oropharyngeal secretions in children with community-acquired pneumonia (CAP) and the therapeutic actions. **Material and methods:** Patients without co-morbidities between 1m to 16y with bronchopneumonia, lobar pneumonia, interstitial pneumonia or complicated pneumonia. With or without rapid test for influenza and RSV and/or PCR viral and/or bacterial. Treatment and changes to some identification was analyzed. **Results:** 187 patients (94 women), 94 (50.2%) bronchopneumonia, 90 (48.1%) lobar pneumonia two interstitial pneumonia and complicated with pleural effusion. A 107 (57.3%) underwent a molecular test. 80/107 (74.7%) with identification of at least one agent, in 56/80 (70%) single virus, in 18/80 (22.5%) virus and bacteria, and 6 (7.5%) only bacteria. In 26/80 (32.5%) had some modification to treatment. **Conclusions:** When looking for molecular identification of an infectious agent in CAP, this was high ( $\approx 75\%$ ), with predominance of virus alone or in co-infection; but with low impact on therapeutic decisions.

**Key words:** Community-acquired pneumonia, chain reaction polymerase, viral agents, bacterial agents, children.

### INTRODUCCIÓN

La neumonía de adquisición comunitaria (NAC) es una infección aguda del tracto respiratorio inferior en un paciente inmunocompetente, adquirida en

la comunidad y sin antecedente de hospitalización en los últimos siete días. Se manifiesta por fiebre y síntomas respiratorios.<sup>1,2-5</sup> Según la Organización Mundial de la Salud ocurren 150 millones de casos por año a nivel mundial con predominio en los meses fríos y de los cuales 20 millones requerirán manejo hospitalario por su severidad.<sup>6</sup>

Los patógenos que causan comúnmente las NACs varían según la edad del paciente; sin embargo, la mayoría son por virus.<sup>1,2,5,6</sup> En los lactantes el virus

Financiamiento: Ninguno. Conflicto de intereses: Ninguno.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en  
<http://www.medigraphic.com/rliip>

más frecuente es el sincitial respiratorio (VSR) y en los menores de cinco años son el VSR, parainfluenza, influenza y adenovirus. En el grupo de bacterianos el *Mycoplasma pneumoniae* y el *Chlamydia pneumoniae* se encuentran en mayores de cinco años, sobre todo en neumonías intersticiales. Al *Streptococcus pneumoniae* se le relaciona con neumonías en cualquier edad pediátrica.<sup>1-5</sup> Sin embargo, este último ha ido cambiando por la introducción de la vacuna antipneumocócica.<sup>1,2</sup>

A pesar de la alta incidencia y morbilidad, es escasa la información sobre las herramientas para establecer el diagnóstico etiológico o por lo menos la sospecha diferencial entre una infección viral contra una bacteriana. Por ejemplo, la cuenta de glóbulos blancos y la proteína C reactiva tienen una especificidad aceptable con baja sensibilidad, lo cual permite establecer con alta confianza la posibilidad de una infección bacteriana ante sus cifras muy altas, pero no descarta su presencia en cifras normales o bajas.<sup>1,8-13</sup>

La radiografía de tórax proporciona información útil en pacientes con neumonía severa o complicada.<sup>2,7-12</sup> La neumonía oculta o neumonía radiológica se presenta entre 5 y 10% de los pacientes sin síntomas respiratorios ni hallazgos a la exploración física.<sup>3</sup>

Para hacer el diagnóstico etiológico definitivo de neumonía se necesitan procedimientos invasivos, lo que hace difícil identificar al organismo causal.<sup>1,2,6,7</sup> Los estudios para determinar el agente etiológico se ven obstaculizados por la dificultad en la obtención de muestras de tejido pulmonar y el aislamiento del agente patógeno. Por lo tanto, la información sobre el agente etiológico es indirecta, ya que la muestra se obtiene de secreciones del tracto respiratorio superior y los agentes aislados con frecuencia son flora normal del tracto respiratorio superior y no necesariamente se correlaciona con la causa de la neumonía.<sup>1,4,5</sup> A menudo se aísla más de un agente viral, bacteriano o ambos y en 50% de los casos no se aísla nada.<sup>5</sup> Las pruebas serológicas no son útiles en las causas de la neumonía bacteriana.<sup>1</sup> Los hemocultivos son positivos en 10-20% de las neumonías bacterianas y se les considera confirmadores de la causa si resultan positivos para un patógeno respiratorio reconocido.<sup>1</sup>

La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es una técnica de diagnóstico molecular, cuyo objetivo es amplificar un fragmento del material genético para identificar el agente. Su elevada sensibilidad, sencillez y automatización en su realización la han convertido en una excelente herramienta diagnóstica en la clínica.<sup>17</sup>

En condiciones habituales ante un paciente previamente sano, la decisión de manejo de una NAC se basa en su edad, las manifestaciones clínicas y la epidemiología de los agentes más probablemente involucrados en su enfermedad. La decisión de iniciar antibióticos es con base en esta información empírica. Incluso, las guías para el tratamiento de niños con NAC recomiendan antibióticos de espectro estrecho, sobre todo en pacientes que requieren ser hospitalizados.<sup>9-13</sup> Sin embargo, en algunos centros se dispone de pruebas rápidas para detectar agentes virales y con ello potencialmente decidir un manejo más específico relacionado con sus resultados.

El objetivo de este trabajo es analizar la conducta terapéutica tomada para el tratamiento de NAC cuando se dispone de pruebas moleculares de detección de algunos agentes virales y bacterianos por PCR.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional y descriptivo realizado en pacientes de un mes a 16 años, atendidos en un hospital general pediátrico por neumonía adquirida en la comunidad durante el periodo de noviembre de 2012 a enero de 2014. Se incluyeron todos aquéllos que por su dificultad respiratoria ameritaron ser hospitalizados. El diagnóstico se estableció con datos clínicos sugestivos con imagen radiológica compatible.

A consideración del médico tratante se les realizaron o no estudios moleculares para identificar agentes virales y/o bacterianos, los cuales consistieron en: (a) prueba rápida por hisopado nasofaríngeo para detección de virus de influenza (A y B) por técnica de inmunocromatografía; (b) prueba rápida por aspiración de secreciones para virus sincitial respiratorio por técnica de inmunocromatografía; (c) determinación por reacción en cadena de la polimerasa de muestras por aspiración e hisopado nasofaríngeo para virus sincitial respiratorio (A y B), virus influenza (A y B), virus parainfluenza (1, 2, 3 y 4), adenovirus, coronavirus (229E, NL63 y OC43), metapneumovirus, rinovirus (A, B y C), bocavirus y enterovirus. Las bacterias buscadas fueron *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, *Bordetella pertussis*, *Bordetella parapertussis* y *Mycoplasma pneumoniae* por técnica de PCR-tiempo real y PCR-punto final (panel RV16, Panel RB5 y panel Pneumobacter).

De los expedientes se analizaron las características de la neumonía con base en la imagen



## Fiebre en lactantes sin foco infeccioso aparente: su valoración y manejo

(Fever without source in infants: Evaluation and management)

Erika María Dahmlow-Narváez,\* José Iglesias-Leboreiro,\*\*

Isabel Bernárdez-Zapata,\*\* Horacio Silva-Pamírez, \*\*\*

Claudia del Carmen López-Enríquez,\*\*\*\* Mario Enrique Rendón-Macías\*\*\*\*\*

### RESUMEN

**Objetivo:** Conocer las recomendaciones para el diagnóstico en los lactantes con fiebre sin foco infeccioso aparente, así como saber la frecuencia de empleo de antibióticos en estos niños.

**Pacientes y métodos:** Estudio de revisión de casos en niños lactantes entre uno y 36 meses hospitalizados entre 2006 y 2011. Se revisan los estudios de laboratorio y/o gabinete, los antibióticos prescritos y los diagnósticos finales, según el grupo de edad.

**Resultados:** 60 niños cumplieron con criterios de fiebre sin foco de fiebre aparente: 31 tuvieron infección bacteriana grave (51.6%), 3 con meningitis (5%), 7 con neumonía (11.6%), 12 con infecciones de las vías urinarias (20%), 8 con enteritis (13.3%) y 1 con sepsis (1.6%). El resto tuvo infecciones virales. En dos niños, la causa fue no infecciosa (neoplásica e inmunológica); en 35 niños (58%) no se cumplieron los estudios que se han recomendado en la primera fase para el diagnóstico nosológico. Los antibióticos fueron administrados en la mitad de los pacientes.

**Conclusiones:** La principal causa de fiebre fue de origen infeccioso, principalmente por infecciones de vías urinarias. El estudio de diagnóstico inicial mostró un bajo cumplimiento a las recomendaciones internacionales; en la mayoría de casos en estudio hubo un correcto uso de antibióticos.

**Palabras clave:** Niños lactantes, fiebre sin foco infeccioso, infección bacteriana grave.

### SUMMARY

**Objective:** Learn about the recommendations for the diagnosis of febrile infants without infectious focus apparent, as well as to know the frequency of the use of antibiotics in these children.

**Patients and methods:** Descriptive study of patients aged one to 36 months hospitalized during the period of 2006-2011. The laboratory tests, image studies, antibiotic indication and final diagnoses (frequencies according to age groups).

**Results:** 60 infants with criteria of fever without source in 5 years were included. 31 patients (51.6%) presented serious bacterial infection: three with meningitis (5%), seven with pneumonias (11.6%), twelve with urinary tract infections (20%), eight with enteritis (13.3%) and one with sepsis (1.6%). The rest had viral infections. Two patients presented noninfectious causes (neoplastic and immunologic disease). In 35 infants (58%), the first phase studies for the etiologic diagnosis were not taken. Antibiotics were used in almost the half of the infants.

**Conclusions:** The main cause in infants with fever without source was a bacterial infection, especially urinary tract infections. The initial diagnostic approach showed a low compliance with the international guideline recommendation; in most cases there was an appropriate use of antibiotics.

**Key words:** Infants, fever without source, serious bacterial infection.

\* Presidente de Pediatría.

\*\* Jefe de Neonatología, Hospital Español de México (HEM).

\*\*\* Profesor adjunto en Pediatría y Neonatología.

\*\*\*\* Enfermedades infecciosas (HEM), Profesor adjunto en Pediatría y Neonatología.

\*\*\*\*\* Investigador Asociado D, UIEC, Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Sgo XXI, IMSS.

División de Postgrado Facultad de Medicina, Universidad La Salle

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rmp>

En los niños lactantes con fiebre, es frecuente probar que su origen obedece a un foco infeccioso; al respecto, hay cierta controversia acerca del enfoque de diagnóstico y manejo en estos niños. Es así que en los niños menores de 36 meses, es frecuente que los padres recurran a su pediatra cuando los niños tienen fiebre arriba de 38 °C, sin que haya alguna evidencia clara de que la fiebre sea de origen infeccioso.<sup>1,2</sup> Ante tal situación, el médico pediatra se pone en alerta ante la posibilidad de que el niño tenga una infección bacteriana grave como: meningitis, sepsis, osteomielitis, infección de las vías urinarias (en particular, pielonefritis) o enteritis, enfermedades en las que de no hacer el diagnóstico temprano pueden ocasionar la muerte del infante.<sup>3</sup>

Ante esta situación, se ha propuesto catalogar a estos niños con FIE como de origen infeccioso o no infeccioso,<sup>4</sup> de tal manera que, en la generalidad de los casos, ésta se identifica como infecciosa, siendo con frecuencia bacteriana el origen de la fiebre en estos niños, lo que representa un mal pronóstico.<sup>4</sup> Es así como es deseable identificar tempranamente el agente causal para iniciar el tratamiento del niño en forma oportuna. Al respecto, cabe mencionar que en los lactantes entre uno y tres meses de edad, por su inmadurez inmunitaria, la fiebre puede ser por un foco infeccioso, sin que haya tenido manifestaciones clínicas de una infección.

Por la dificultad que suele haber para hacer un diagnóstico clínico oportuno, se ha propuesto clasificar a estos niños de acuerdo a la apreciación clínica como de alto y bajo riesgo de tener una infección bacteriana grave;<sup>5</sup> es así como se ha propuesto considerar a un niño de riesgo alto de infección bacteriana grave cuando su apariencia clínica es calificada por el médico como tóxica, con letargia, taquipnea, taquicardia, dificultad respiratoria, piel moteada, llenado capilar prolongado, tono muscular disminuido, irritabilidad y cianosis, lo que contrasta con aquellos calificados como de bajo riesgo, previamente sanos, sin evidencia de colección infecciosa y sin apariencia tóxica en un entorno social y familiar favorable, con una cifra leucocitaria entre 5,000 y 15,000/mm<sup>3</sup> y con menos de 1,500 leucocitos en banda, con un examen general de orina normal, y si el niño tiene diarrea, con menos de cinco leucocitos por campo.<sup>6</sup>

Es conveniente mencionar que hay guías de práctica clínica basada en la evidencia acerca de las estrategias para el diagnóstico y recomendaciones para hacer estudios, o bien, para el inicio y manejo de medicamentos, en particular para los antibióticos en estos niños; aun- que la decisión final dependerá de factores relacionados con los conocimientos y experiencias que previamente hayan tenido los médicos tratantes, así como de los recursos disponibles en cada hospital.

En los hospitales privados, que son sitios de oportunidades para conocer el cumplimiento de los médicos a cerca de las recomendaciones del manejo de estos niños; recomendaciones hechas en guías internacionales de manifestaciones como la fiebre sin foco infeccioso aparente, sin embargo, generalmente no se sigue un protocolo para usar los recursos de laboratorio y de radiografía disponibles. Es por eso, que el objetivo de este trabajo fue conocer las recomendaciones para el diagnóstico en los lactantes con fiebre/sin fiebre sin foco infeccioso aparente, así como para saber la frecuencia del empleo de antibióticos en los niños.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en niños entre uno a 36 meses de edad, quienes fueron admitidos en la Sala de Urgencias para después ser hospitalizados, todos con el diagnóstico de «fiebre sin foco infeccioso aparente»; quienes fueron atendidos en un hospital privado en el lapso del 1° de octubre de 2006 al 1° de octubre de 2011. De éstos, se excluyeron aquellos que tenían una enfermedad acompañada de inmunodeficiencia, fuese congénita o adquirida y/o aquellos niños que tenían antecedentes de haber recibido algún medicamento inmunosupresor.

De los expedientes de estos niños, se obtuvo información acerca de su fecha de ingreso y egreso, su edad y sexo e información clínica acerca de la evolución de la fiebre, la prescripción de antibióticos o antivirales y su temperatura corporal al ingreso. Se revisó también la presencia de datos clínicos como letargia, taquipnea, taquicardia, datos de dificultad respiratoria, cianosis o piel marmórea y llenado capilar prolongado. También se registró si recibió medicamentos antivirales o antibacterianos y los estudios de laboratorio y de gabinete durante su estancia.

En cuanto al análisis de los datos recabados, la información se agrupó y analizó de acuerdo a la metodología estadística de carácter descriptivo.

## RESULTADOS

Durante el lapso de estudio, se captaron 60 niños que cumplieron con los criterios de inclusión; en el cuadro 1 se puede ver que predominaron los menores de un año, y de ellos, con una misma distribución en cuanto al género (30 varas 30). En 48 (80.0%), la temperatura corporal a su ingreso fue menor de 40 °C; en 32 (53.3%), su evolución fue muy rápida: con fiebre en no más de cuatro días, y a 21 (35.0%) se les había administrado antes de su ingreso un antibiótico.

## Frecuencia de hipoacusia neonatal en un hospital privado. Tamiz auditivo

(Frequency neonatal hypoacusia at the Hospital Español [2009-2011]. Hearing screening)

Martha Aurora Sandoval-García,\* José Iglesias-Leboreiro,\*\* Horacio Silva-Ramírez,\*\*  
Jaime Frid-Chernitzky,\*\*\* Mario Enrique Rendón-Macías\*

### RESUMEN

**Objetivo:** Conocer mediante el tamiz auditivo la frecuencia de hipoacusia, en los neonatos a término nacidos en el hospital.

**Neonatos y metodología:** En los niños nacidos en el hospital, e ingresados al cuerno, se planeó hacer el tamizaje de emisiones otoacústicas, primero con una distorsión a cuatro frecuencias, considerando como anormal un nivel de presión sonora menor a menos cinco decibelios, confirmando los casos de hipoacusia mediante emisiones otoacústicas a ocho frecuencias, y con potenciales evocados al mes de edad. La frecuencia se calculó por mil estudios.

**Resultados:** Setenta y seis de los 432 neonatos estudiados tuvieron una respuesta anormal (17.6%, IC<sub>95%</sub>: 10.4-24.8%). En tres niños se confirmó la hipoacusia (6 x 10<sup>3</sup> tamizados, IC<sub>95%</sub>: 1-20 x 10<sup>3</sup>): uno tenía *microtia-atresia* y sordera *ipsilateral*; los dos restantes, hipoacusia unilateral, sin malformaciones, y fueron clasificados como *corticopatía idiopática*, a éstos se les dio rehabilitación temprana y apoyo auditivo. El neonato con *microtia-atresia* se programó para implante coclear. Los 73 neonatos restantes tuvieron una inmadurez auditiva transitoria.

**Conclusiones:** El margen de niños con hipoacusia coincidió en su frecuencia con lo informado por otros autores. Por otra parte el tamiz mostró ser sensitivo para reconocer hipoacusia.

**Palabras clave:** Tamiz auditivo, hipoacusia, neonatal.

### SUMMARY

**Objective:** To determine the hypoacusia frequency in term newborns by hearing screening.

**Patients and methods:** Hearing screening by otoacoustic emission (four frequencies) was done by request in newborns without asphyxia during their nursing state. A score less than 5 decibels was considered abnormal. The confirmation was made at month of age by eight frequency otoacoustic emissions and brainstem auditory evoked potentials. The frequency was counted in 1,000 studies.

**Results:** 76 of 432 newborns had abnormal studies (17.6%, IC<sub>95%</sub>: 10.4-24.8%). The hypoacusia was confirmed in three (6 x 10<sup>3</sup>, IC<sub>95%</sub>: 1-20 x 10<sup>3</sup>). One newborn had *microtia-atresia* and *ipsilateral* hypoacusia; remain had unilateral hypoacusia without malformation, defined as *idiopathic corticopathy*. All received hearing support and rehabilitation. The patient with *microtia* will receive a cochlear implant. The other with abnormal results had transitory immature hearing loss.

**Conclusions:** Frequency was similar as world report. The hearing screening was sensitive for hypoacusia detection. Although the benefit justifies the screening, its implementation will depend on the cost.

**Key words:** Hearing screening, hypoacusia, newborns.

\* División de Postgrado, Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle.

\*\* División de Pediatría, Hospital Español de México.

\*\*\* Servicio de Audiología y Otoneurología, Hospital Español.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en  
<http://www.medigraphic.com/rmp>

La detección temprana de hipoacusia en los niños recién nacidos radica en el papel que a largo plazo tiene la audición en el desarrollo intelectual y en la evolución psicosocial de los niños en edades tempranas de la vida, y concierne a una deficiencia sensorial que es potencialmente incapacitante, ésta es razón suficiente para procurar hacer el diagnóstico precoz y la detección temprana en los niños, para tratar de reducir el impacto de la incapacidad que genera en ellos el defecto auditivo; lo cual puede

evitar algunos de los daños en el desarrollo psicosocial de los niños, a la vez que facilita su rehabilitación.

Cabe mencionar que existen cuatro tipos de hipoacusia: conductiva, mixta, sensorial y central, y que las pérdidas conductivas se deben a un problema del oído externo o medio; la pérdida sensorial ocurre por problemas interrelacionados con malformaciones del oído interno: sean éstos debidos a factores de origen genético, infeccioso o idiopático. En lo que atañe a las pérdidas acústicas de tipo mixto, en éstas pueden encontrarse implicadas, causas conductivas y sensoriales. En cuanto a las hipoacusias de origen central: éstas se deben a diferentes procesos anormales, asociados a las vías auditivas y, en particular al nervio auditivo;<sup>2</sup> por eso es importante, para los niños, que el diagnóstico se haga precozmente, con el objetivo de iniciar el tratamiento temprano de este defecto, sobre todo antes de los seis meses de edad, de esta manera es posible valorar la adaptación de los niños a los equipos auditivos auxiliares, a partir de los seis meses de edad.

En cuanto a la tasa de incidencia de hipoacusia neurossensorial bilateral, ya que ésta varía en frecuencia, en la literatura médica, entre 0.5 a 3 casos por cada 1.000 niños recién nacidos,<sup>1</sup> sin embargo cabe mencionar que esta frecuencia es mayor en los niños con síndrome de Down o en la parálisis cerebral infantil.<sup>5</sup>

Parece que para atender y dar respuesta a este problema de salud pública en el país, este problema fue considerado en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, para lo cual, la SSA diseñó el Programa de Tamiz Auditivo Neonatal e Intervención Temprana, avalado por la norma: NOM-173-SSA1-1998, para la atención integral a personas con discapacidad auditiva.<sup>6</sup> Esta misma recomendación ha sido emitida por los Institutos Nacionales de Salud en EUA, en consenso con la Academia Americana de Pediatría.<sup>4</sup>

Afortunadamente, con la tecnología disponible, ahora es posible identificar alrededor de 30 casos por cada 10,000 neonatos, por lo que esta estrategia parece ser costo-efectiva,<sup>12</sup> pues la prueba del tamiz auditivo en neonatos permite identificar, después de las primeras 24 horas de nacido, si el neonato tiene algún grado de pérdida auditiva: esto se logra con el empleo de equipos de emisiones otoacústicas (EOA), o bien, con los equipos de potenciales evocados auditivos automatizados (PEAA o AABR, por sus siglas en inglés).

El procedimiento más usado para este escrutinio son las EOA: cuya sensibilidad se ha estimado en 90%, y su costo es menor.<sup>8</sup> Hay también cuatro tipos de EOA: espontáneas (EOAE), que son tonos puros que pueden registrarse en el conducto auditivo externo en ausencia de estímulos auditivos; las EOA transientes provocadas

(EOAT), generadas por estímulos de corta duración como el «clic», tonos breves o ruidos; las EOA por productos de distorsión (EOAPD), son respuestas tonales a dos tonos puros, presentados simultáneamente con frecuencias y a intensidades diferentes; y las EOA por estímulos frecuencia específicos (EOAF), son los sonidos emitidos en respuesta a un simple tono de estimulación.<sup>8</sup>

Una vez identificada la hipoacusia, su confirmación se debe hacer con un estudio de potenciales evocados auditivos de tallo cerebral, y/o con potenciales evocados auditivos de estado estable (PEAEE o ASSR, por sus siglas en inglés).

No obstante, esta pesquisa no ha sido cabalmente considerada en el sector privado: a pesar de que la hipoacusia congénita es más frecuente que la fenilcetonuria y el hipotiroidismo;<sup>5</sup> posiblemente, por la falta de difusión y/o por la percepción de los familiares de un costo alto.

El objetivo de este trabajo fue conocer la frecuencia de neonatos a término, con alteraciones auditivas: detectados mediante el tamiz auditivo en niños nacidos en un hospitalario privado.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Entre enero de 2009 a octubre de 2011, se hizo el tamiz auditivo en 432 neonatos del cunero del Hospital Español de México, con el objetivo de conocer la frecuencia de niños nacidos con alteración auditiva; para este propósito, se registró la respuesta ante las emisiones otoacústicas provocadas, de las EOAPD, a cuatro frecuencias. Los estudios fueron hechos a solicitud o por indicación del pediatra del recién nacido, cabe mencionar que para el estudio se incluyeron sólo aquellos nacidos con 37 o más semanas de gestación, de acuerdo con la fecha de la última menstruación, confirmando su edad mediante la evaluación física y el método de Capurro: sin antecedentes perinatales de hipoxia o infecciosos. El estudio se hizo después de las 24 horas de vida extrauterina, y preferentemente a las 48 horas de nacidos los niños.

Para hacer las mediciones auditivas, se colocó al niño en un cuarto cerrado, creando un ambiente silencioso y bajo sueño fisiológico; una vez calibrado el aparato de EOAPD, se enviaron dos estímulos con intensidades y frecuencias distintas: estos estímulos buscan, en cada una de las frecuencias, el punto de distorsión de las células que se encuentran activas: emitiendo un sonido en niveles de presión sonora (decibelios SPL) no audible. Para su evaluación, se instaló en el conducto auditivo del niño el micrófono del equipo cubierto por una oliva, para lograr un sello hermético; este dispositivo tiene una doble función: generar el estímulo, y por otra

# Influencia de la apnea central del niño prematuro en la enfermedad por reflujo gastroesofágico

Edgardo Suárez-Morán,\* Gerardo Alfonso Morales-Fuentes,\*\* Jesús Alejandro Inzunza-González,\*\*\*  
Ivonne Cedillo-Ley,\* Moisés Gerardo-del Hoyo,\* Horacio Silva-Ramírez\*

## Resumen

**Introducción:** El reflujo gastroesofágico ocurre frecuentemente entre recién nacidos. Se ha sospechado una relación con la apnea del prematuro; los intentos para probarlo no han sido exitosos. Este trabajo tiene como finalidad determinar dicha relación, partiendo de la inmadurez de estructuras, especialmente del músculo liso esofágico.

**Material y métodos:** Estudio longitudinal, analítico, comparativo y observacional de una serie de casos y controles, realizado en el Servicio de Terapia Intensiva Neonatal y en la Sección de Fisiología Gastrointestinal del Hospital Español de México, entre enero de 2002 y diciembre de 2004.

**Resultados:** Se recabaron 22 pacientes, 11 niñas y 11 varones, con edad promedio de  $17.8 \pm 8.4$  días. Prematuros: 72.72% ( $n = 16$ ). Edad gestacional:  $33.1 \pm 4.18$  semanas. Todos los casos fueron sospechosos de apnea central, excepto tres con apnea mixta. Se realizó pHmetría esofágica de 24 horas y polisomnografía simultáneas. La polisomnografía fue positiva en 59% ( $n = 13$ ) y la pHmetría en 50% ( $n = 11$ ). La prematuridad tuvo una relación fuertemente positiva con apnea central (razón de momios = 15,  $p = 0.0154$ ). La razón de momios para la asociación de apnea central y reflujo gastroesofágico fue de 3.2,  $p = 0.2037$ .

**Conclusiones:** Se demuestra que la apnea central del prematuro no es causa de enfermedad por reflujo gastroesofágico, pero los recién nacidos prematuros con apnea central están más propensos a la enfermedad en los primeros días de vida extrauterina. Ante cuadro clínico compatible con apnea central es recomendable evaluar la necesidad de excluir reflujo patológico.

**Palabras clave:** Reflujo gastroesofágico, apnea central, recién nacido, polisomnografía.

## Abstract

**Background:** Gastroesophageal reflux occurs frequently in newborns. A relationship has been suspected between reflux and apnea of prematurity. The objective of this study is to determine this relationship, owing to the fact that premature newborns have immaturity of structures, especially esophageal smooth muscle.

**Methods:** We conducted a longitudinal, analytical, comparative, and observational case/control study. The study was carried out at the Neonatal Intensive Care Unit and in the Gastrointestinal Physiology Department of the Hospital Español (Mexico City) between January 2002 and December 2004.

**Results:** We included 22 patients: 11 females and 11 males. Mean age was  $17.8 \pm 8.4$  days. Premature newborns represented 72.72% ( $n = 16$ ). Mean gestational age was  $33.1 \pm 4.18$  weeks. All cases were suspicious for central apnea except for three patients with a mixed cause of apnea. All were submitted to a 24-h pHmetry and a simultaneous polysomnography. Polysomnography was positive in 59% ( $n = 13$ ) and pHmetry was positive in 50% ( $n = 11$ ). Prematurity had a strong positive relation with central apnea of the newborn (odds ratio: 15 ( $p = 0.0154$ )). Odds ratio for association of central apnea and gastroesophageal reflux was 3.2 ( $p = 0.2037$ ).

**Conclusions:** We demonstrate that central apnea in the premature newborn is not a cause of gastroesophageal reflux. However, these patients are more likely to have gastroesophageal reflux in the first days of extrauterine life. It is recommended to exclude pathological gastroesophageal reflux when the newborn presents a clinical scenario compatible with central apnea.

**Key words:** Gastroesophageal reflux, central apnea, newborn, polysomnography.

\* Sección de Fisiología Gastrointestinal, Hospital Español de México, México D. F.

\*\* Residente de quinto año de Gastroenterología, Hospital Español de México, México D. F.

\*\*\* Servicio de Gastroenterología, Hospital General de Culiacán "Bernardo J. Gastélum", Secretaría de Salud, Sinaloa, México.

\* Servicio de Neonatología, Hospital Español de México, México D. F.

## Correspondencia:

Edgardo Suárez-Morán.

Sección de Fisiología Gastrointestinal, Hospital Español de México,

Av. Ejército Nacional 613, Col. Granada, Del. Miguel Hidalgo, 11520 México, D. F.

Tel.: (55) 5255 9600, extensión 9113.

E-mail: gerar3d@yahoo.com

Recibido para publicación: 20-10-2010

Aceptado para publicación: 04-03-2011

## Introducción

La apnea del recién nacido (RN) es el cese de la respiración por más de 20 segundos acompañado de bradicardia, desaturación de oxígeno, cianosis, palidez, hipotonía o acidosis metabólica. Es un hecho frecuente en el RN prematuro, ya que 80% de los menores de 1000 g y 50% de los menores de 1500 g presentarán algún episodio de este tipo durante su evolución.<sup>1</sup> La bradicardia observada durante la apnea se debe a la inhibición de la frecuencia cardíaca inducida por quimiorreceptores en ausencia de esfuerzo respiratorio,<sup>2</sup> y es significativa cuando enlentece al menos 30 latidos por minuto de la frecuencia cardíaca en reposo. Una desaturación de oxígeno menor de 85% durante al menos cinco segundos es considerada patológica. Todo esto ocurre raramente en el RN de término,<sup>3</sup> ya que en ellos la apnea es un acontecimiento poco frecuente y asociado habitualmente con una enfermedad seria.

Existen diferentes tipos de apneas según su origen y etiología:

- *Apnea central:* se origina en el sistema nervioso central y se caracteriza por ausencia de flujo de aire y falta de esfuerzo respiratorio.
- *Apnea obstructiva o periférica:* hay esfuerzo respiratorio pero sin que se produzca flujo de aire.
- *Apnea mixta:* es una combinación de ambas; representa aproximadamente 50 a 75% de todos los casos de apnea del RN prematuro. Según la etiología puede ser primaria o idiopática del prematuro y apnea secundaria a otra patología.

En cuanto a la fisiopatología, existen diferentes teorías:

- *Inmadurez del control respiratorio:* como la apnea es más frecuente en el RN prematuro se piensa que hay algún tipo de inmadurez, probablemente secundaria a tráfico aferente disminuido de los receptores periféricos a la formación reticular.<sup>4</sup> Al madurar el cerebro, las interconexiones dendríticas y otras sinápticas se multiplican y el control de la respiración mejora, por lo tanto, la apnea del RN prematuro tiende a resolverse. Esta resolución típicamente ocurre después de las 34 a 52 semanas de la concepción.<sup>5</sup>
- *Respuesta al sueño:* el sueño desempeña un papel importante en el desarrollo de las apneas, sobre todo en el RN prematuro, quien duerme 80% de su tiempo. Actúan reflejos inhibitorios sobre las motoneuronas respiratorias y sus aferentes; además, la caja torácica se hace inestable debido a la disminución del tono muscular.<sup>4</sup>
- *Debilidad muscular:* hay músculos que intervienen en la respiración y otros que mantienen la permeabilidad

de la vía aérea. El tono faríngeo está disminuido en los RN prematuros y durante la inspiración la presión negativa generada por el diafragma puede colapsar la musculatura faríngea.

- *Inmadurez del control respiratorio:* por fallas de impulsos nerviosos del centro respiratorio.<sup>6</sup>

La etiología se sospecha según la edad gestacional: si se trata de un RN de término la apnea nunca es fisiológica y debe buscarse una causa, y si se trata de un RN prematuro lo más probable es que se trate de apnea del prematuro.<sup>7</sup>

Los estados patológicos que pueden llegar a producir apneas son los siguientes: asfixia perinatal, hemorragia, meningitis, hidrocefalia y convulsiones (sistema nervioso central);<sup>8</sup> hipoxia, obstrucción de la vía aérea, enfermedad pulmonar (sistema respiratorio);<sup>9</sup> persistencia del conducto arterioso, insuficiencia cardíaca congestiva, hipoplasia ventricular izquierda y transposición de grandes vasos (sistema cardiovascular); enterocolitis necrotizante y reflujo gastroesofágico (sistema gastrointestinal);<sup>10</sup> anemia y policitemia (sistema hematológico); hipotermia, hipertermia y sepsis (otras afecciones); hiponatremia, hipernatremia, hipocalcemia e hipoglucemia (alteraciones metabólicas); algunas drogas como los sedantes y el uso de anestesia general también pueden producir apnea. El diagnóstico de la apnea del prematuro debe plantearse después de excluir las patologías anteriores,<sup>11</sup> por lo que todos los niños en riesgo deben ser monitorizados.

La polisomnografía es el estándar de oro para el diagnóstico de los trastornos respiratorios y a través de ella se monitorizan múltiples variables.<sup>12</sup> Para realizarla se necesita contar con electroencefalograma, electrooculograma y electromiograma (barbilla y miembros inferiores); la evaluación de la ventilación se lleva a cabo con una banda torácica y abdominal para registrar los movimientos respiratorios correspondientes, un sensor de flujo aéreo de nariz y boca y un saturómetro de oxígeno; y, por último, para evaluar el ritmo cardíaco solo es necesario un electrocardiograma. Al analizarla se evalúa sueño, ventilación, movimiento y alteraciones del ritmo cardíaco. El informe polisomnográfico debe incluir la estructura del sueño, registrar el número e índice de apneas e hipopneas, tipos de las mismas, duración y repercusiones sobre la saturación del oxígeno, actividad del electroencefalograma, ritmo cardíaco y conducta del paciente, saturación de oxígeno en las diferentes fases del sueño, respuesta a los procedimientos realizados durante el registro (cambios posturales, oxígeno, presión continua positiva en la vía aérea) y una conclusión.

El manejo del RN con apnea consta básicamente del tratamiento específico de la causa que se logró identificar. Lo primordial es el adecuado suplemento de oxígeno, ya que al aumentar la concentración de oxígeno en el aire inspirado



MESA DIRECTIVA

2019-2020

Presidente

Dr. Francisco J. Zamora García  
Vicepresidente

Dra. Patricia Saltinger Simental  
Secretaria

Dra. Ma. De la Luz Sánchez  
Titulo

Tesorero

Dr. Manuel Angel Corrua Flores

Vocales

PRESIDENTES DE LAS  
SIGUIENTES ASOCIACIONES,  
SOCIEDADES Y COLEGIOS

Asociación de Médicos del Hospital  
Infantil de México, A.C.  
Dr. Julio Erdmenger Orellana

Asociación Médica de los Hospitales  
Infanciales del  
Departamento del Distrito Federal, A.C.  
Dr. Jorge Trejo Hernández

Asociación de Pediatría que  
Trabaja para el IMSS, A.C.  
Dr. Carlos Juárez Ortiz

Asociación Médica del Hospital  
Infantil Privado, A.C.  
Dra. Alena Mandujano Mandujano

Asociación Médica del Instituto  
Nacional de Pediatría, A.C.  
Dr. Francisco J. Cuevas Solís

Asociación de Pediatría Mexiquense,  
A.C.  
Dr. David Villaseñor Ramos

Asociación de Pediatras de  
Petrópolis Mexicanos, A.C.  
Dr. Raymundo Hernández Chivaz

Colegio de Pediatras de Yucatán, A.C.  
Dr. Miguel Ignacio Flores Montiel

Sociedad Mexicana de Pediatría, A.C.  
Dr. Carlos García Bolanos

Sociedad de Pediatría del ISSSTE, A.C.  
Dra. Mónica Romero Nolasco

Sociedad Pediatría del Sur de Veracruz,  
A.C.  
Dr. Jaime Peláez Ruiz

Colegio de Médicos Pediatras y  
Especialistas en la Niñez de Tabasco  
A.C.  
Dra. Mónica Martínez Torres

Sociedad Pediatría Chiapaneca A.C.  
Dra. Laura Mota Martínez

Asociación de Pediatras y  
Subespecialistas de Sonora, A.C.  
Dr. Héctor M. Espinoza Ledezma - Pre  
Cap Hermosillo, Son.  
Dr. Germán C. Acosta Corona - Pre. Cap  
Cd. Culiacán, Son.

Asociación Pediatría del Puerto de  
Veracruz, A.C.  
Dr. Rafael B. Díaz Salcedo

Sociedad de Pediatras y Neonatólogos  
Prof. Dr. José  
Iglesias Leboeiro, A.C.  
Dr. Horacio Silva Ramírez

Convenios de Colaboración

Asociación de Médicos Neonatólogos del  
D.F. y Valle de México, A.C.

Asociación Mexicana de Infectología  
Pediatría, A.C.

Asociación Mexicana de Vacunología,  
A.C.

## ASOCIACION MEXICANA DE PEDIATRIA, A.C.

MIEMBRO DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE PEDIATRIA  
AFILIADO INTERNACIONAL DE LA AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS  
MIEMBRO DE LA ASOCIACION LATINOAMERICANA DE PEDIATRIA

Ciudad de México, a 12 de Marzo de 2019.

**DR. HORACIO SILVA RAMÍREZ**

**PRESIDENTE**

**SOCIEDAD DE PEDIATRAS Y NEONATOLOGOS**

**"PROF. JOSÉ IGLESIAS LEBOREIRO", A.C.**

**P R E S E N T E .**

Estimado Dr. Silva:

Reciba usted un cordial y bienvenido a la Asociación Mexicana de Pediatría, administración 2019-2020, en su calidad de Vocal.

Estamos seguros de que sus aportaciones y esfuerzos redundarán en un fructífero cumplimiento de los mejores objetivos de nuestra agrupación.

Atentamente,  
"LA SALUD DEL NIÑO ES NUESTRA MISIÓN"

  
**DR. FRANCISCO J. ZAMORA GARCÍA**  
**PRESIDENTE**

Montecito No. 38, Piso 18, Oficina 37  
Col. Nápoles / México D.F. / C.P. 03810  
Tel. y Fax: 5564 29 99 / 5564 77 25  
E-Mail: [asocmexped@yahoo.com.mx](mailto:asocmexped@yahoo.com.mx)  
[www.ampn.org.mx](http://www.ampn.org.mx)



**SIBEN**

*Mejorando el cuidado neonatal*

Sociedad Iberoamericana de Neonatología SIBEN

Certifica que

**HORACIO SILVA RAMIREZ**

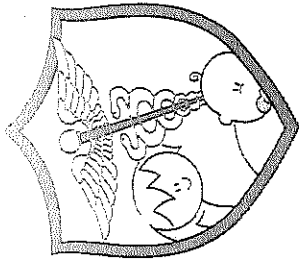
Es miembro activo de SIBEN.

El presente certificado es válido hasta 31 de marzo de 2020

Dr. Sergio Golombek  
Presidente de SIBEN

JUNTA DIRECTIVA DE SIBEN





"Sociedad de Pediatras y Neonatólogos"  
Profesor Dr. José Iglesias Leboreiro, A. C."

Socio No. 003

La Sociedad de Pediatras y Neonatólogos "Profesor Dr. José Iglesias Leboreiro A.C."

Otorga la Presente

**CONSTANCIA**

a

**Dr. Horacio Silva Ramírez**

COMO

**SOCIO FUNDADOR**

Ciudad de México, 20 de mayo 2017

**Dr. José Iglesias Leboreiro**

Presidente Honorario y vitalicio  
de la Sociedad de Pediatras y Neonatólogos  
"Profesor Dr. José Iglesias Leboreiro A.C."

**Dr. Isabel Hernández Zapata**

Socia Honoraria y vitalicia  
de la Sociedad de Pediatras y Neonatólogos  
"Profesor Dr. José Iglesias Leboreiro A.C."

**Dr. Horacio Silva Ramírez**

Presidente saliente y socio fundador  
de la Sociedad de Pediatras y Neonatólogos  
"Profesor Dr. José Iglesias Leboreiro A.C."

**Dr. Moisés Gerardo del Hoyo**

Presidente  
de la Sociedad de Pediatras y Neonatólogos  
"Profesor Dr. José Iglesias Leboreiro A.C."