



TRABAJOS CIENTÍFICOS

MEDICINA



SIBEN[®]

Mejorando el cuidado neonatal

M1. PRIMER CASO SUDAMERICANO REPORTADO DE SÍNDROME DE O'DONNELL-LURIA-RODAN (ODLURO): DIAGNÓSTICO, MANEJO Y DESAFÍOS EN UN PACIENTE ECUATORIANO. Anna Maria Linares Mancini; Enderson José Chávez Toro; Andrea Galarza Sánchez Universidad de Deusto. España. Email: annamariamchavez@hotmail.com

Introducción: El síndrome de O'Donnell-Luria-Rodan (ODLURO) es un trastorno genético asociado a mutaciones en el gen KMT2E. Se caracteriza por discapacidad intelectual leve, macrocefalia y predisposición al trastorno del espectro autista (TEA) y crisis epilépticas, su detección temprana es fundamental para el abordaje clínico. El espectro fenotípico y genotípico del síndrome se ha expandido con el descubrimiento de variantes y alteraciones estructurales complejas en KMT2E, lo que resalta la heterogeneidad genética del trastorno y su impacto en el desarrollo neurológico. Hasta la fecha, se han reportado menos de 50 casos a nivel mundial, sin registros previos en América del Sur.

Objetivo: Reportar el primer caso documentado en Sudamérica de ODLURO, enfatizando la importancia del diagnóstico temprano y la intervención multidisciplinaria. **Método:** Recién nacida a término (40,1 semanas), femenina, segunda gesta sin antecedentes pertinentes, cesárea electiva, Apgar 8 y 9 puntos al minuto y quinto minuto, peso 2629 gramos, talla 52 cm, perímetro cefálico 36,5 cm, egresada a las 48 horas de vida sin alteraciones aparentes y con examen metabólico, auditivo y oftalmológico normales. Seguimiento pediátrico mensual detectó macrocefalia progresiva y retraso en el desarrollo psicomotor desde el cuarto mes. Se realizaron estudios complementarios: eco transfontanelar (hidrocefalia leve), RMN cerebral (displasia de cuerpo caloso, heterotopías periventriculares), es evaluada por Neurología pediátrica quien plantea en vista de los hallazgos de trastorno de migración neuronal una Tubilinopatía TUBB3 y solicita secuenciación de exoma clínico. Se confirmó la variante heterocigota c.4239G>T (p.Lys1413Asn) en el gen KMT2E. El electroencefalograma fue normal.

Resultado: La paciente presentó macrocefalia significativa (>2 DE), rasgos faciales dismórficos, hipotonía y retraso en el lenguaje y motricidad gruesa. La RMN mostró alteraciones estructurales severas, compatibles con trastorno del neurodesarrollo. La variante heterocigota encontrada en KMT2E, aunque clasificada como de significado incierto, correlacionó con el fenotipo clínico de ODLURO. El manejo incluye estimulación temprana intensiva, fisioterapia, terapia ocupacional y seguimiento neurológico. El síndrome de O'Donnell-Luria-Rodan es una enfermedad genética, causada por mutaciones de novo en el gen KMT2E, un gen regulador epigenético involucrado en la modificación de histonas. Este gen participa en el desarrollo neurológico, la regulación de la transcripción y la organización de la cromatina, codifica una metiltransferasa implicada en la regulación epigenética del desarrollo neurológico y la expresión génica. El diagnóstico del ODLURO debe considerarse en lactantes y niños pequeños con: retraso global del desarrollo, particularmente en el lenguaje y la motricidad gruesa; hipotonía neonatal persistente, rasgos faciales

M2. ADMINISTRACIÓN MENOS INVASIVA DE SURFACTANTE PULMONAR EN PREMATUROS. SERIE DE CASOS. Osmany Martínez Lemus; Jorge Alexis Pérez González Hospital General Docente Iván Portuondo. Cuba. Email: osmanyml84@gmail.com

Introducción: La instilación de surfactante pulmonar en neonatos se realiza habitualmente a través de un tubo endotraqueal. En las últimas décadas, el auge de la ventilación no invasiva trajo consigo la implementación de métodos menos invasivos para su instilación con el fin de evitar la intubación endotraqueal, la ventilación mecánica invasiva y sus complicaciones. La cateterización traqueal es el método menos invasivo más extendido en varios países y múltiples ensayos clínicos han demostrado que reduce la necesidad de ventilación mecánica invasiva en las primeras 72 horas de vida, la incidencia de displasia broncopulmonar, muerte y otras complicaciones. **Objetivo:** Describir la evolución de los

recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria, a los que se les administró surfactante pulmonar por el método menos invasivo de cateterización traqueal. **Método:** Estudio observacional, descriptivo, longitudinal, de serie de casos, en el Hospital General Docente "Iván Portuondo" de Artemisa, Cuba, durante el periodo (2021-2024). El universo de estudio se conformó por los recién nacidos pretérminos con síndrome de distrés respiratorio que requirieron terapia con surfactante pulmonar y la muestra por los neonatos a los cuales se les suministró el surfactante por el método menos invasivo de cateterización traqueal, según criterios de selección. El surfactante utilizado fue SURFACEN®, a dosis de 100 mg/kg de peso corporal. El dispositivo utilizado para la cateterización traqueal fue un catéter umbilical y el paciente se mantuvo en ventilación con presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) antes, durante y después del procedimiento. Se analizaron variables de control (corticoides antenatales, EG, peso, vía de nacimiento, sexo, intensidad del distrés respiratorio), variables de seguridad (inserción exitosa del catéter, número de intentos de cateterización traqueal, complicaciones durante el proceder) y variables de efectividad (necesidad de intubación endotraqueal y ventilación mecánica invasiva en las primeras 72 horas de vida, dosis requeridas de surfactante pulmonar en pacientes que no fracasó el método). Se aplicaron análisis descriptivos, tablas de frecuencia por variables, tablas de contingencia en las que se utilizó test Ji-cuadrado de ajuste de Pearson. Se consideró diferencias significativas cuando $p < 0,05$. El diseño y conducción de la investigación se realizó según establecen las directrices sobre las Buenas Prácticas Clínicas en Cuba y los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, se contó con el consentimiento informado de los padres y la investigación fue aprobada por el comité de ética en la investigación del centro. **Resultado:** Se incluyeron 57 recién nacidos, con edad gestacional media de 32,1 semanas y peso de 1703 gramos, en los que prevaleció el uso de corticoides antenatales (64,9 %), sexo masculino (64,9 %), nacimientos por cesárea (71,9 %) y puntuación de Silverman-Anderson entre 1-3 puntos (56,1 %). En el 100 % de los pacientes se logró exitosamente la inserción del catéter en la tráquea sin exceder el número de tres intentos. El calibre 5Fr se utilizó en el 80,7 % de los casos y con este, se logró una tasa de éxito en el primer intento de cateterización de 63,1%. Las complicaciones durante el proceder fueron transitorias y no graves, siendo la desaturación de oxígeno (31,6 %) y reflujo de surfactante a vía digestiva (8,7%) las más frecuentes. El método menos invasivo para la instilación de surfactante pulmonar fue efectivo, al no ser necesaria la intubación endotraqueal ni ventilación mecánica invasiva en las primeras 72 horas de vida en el 78,9 % de los pacientes y el 91,2 % de ellos solo necesitó una dosis de surfactante pulmonar. La acidosis respiratoria persistente fue la principal causa de fracaso(66,6%). **Conclusiones:** El método menos invasivo de cateterización traqueal fue una alternativa eficaz para la instilación de surfactante pulmonar en prematuros con adecuado esfuerzo respiratorio.

M3. LUXACIÓN CONGÉNITA DE RODILLA: A PROPÓSITO DE UN CASO. Shabel Miranda Corrales Hugo Fernando Ramírez Peña y Gloria Julia Fleites Wong. Institución: Servicio de Neonatología del Hospital Ginecobstétrico Ramón Gonzales Coro. Cuba Email: shabymiranda1994@gmail.com

Introducción: La luxación congénita de rodilla se caracteriza por el desplazamiento anterior de la tibia en relación con el fémur. Presenta una incidencia estimada de 1 por cada 100000 casos. No se encuentran muchos casos reportados en la literatura a cerca de esta peculiar patología, cuya etiología es desconocida. El diagnóstico en las primeras horas de vida es sencillo y el estudio radiológico confirma el compromiso musculoesquelético. La terapéutica depende del grado de angulación y severidad. Existen controversias con respecto al tratamiento, algunos autores apoyan la realineación quirúrgica y otros recomiendan el método conservador. **Objetivo:** Demostrar la efectividad del diagnóstico y tratamiento precoz conservador con evolución favorable en un caso. **Método:** Se recopila

la información pre y postnatal de un paciente con luxación congénita de rodilla, clasificación según clínica y radiología, así como la conducta terapéutica y evolución clínica hasta la actualidad. **Resultado:** Se presenta un caso de un neonato del sexo femenino producto de parto eutócico con puntaje de Apgar normal al nacer. Al examen físico se constató a nivel del miembro inferior izquierdo recurvatum extremo de la tibia sobre el fémur, valorada por Ortopedia Pediátrica y a partir de la clínica y radiología se diagnostica una luxación congénita de rodilla Tipo II según la clasificación de Ferris. Se inmoviliza el miembro con yeso obteniéndose una flexión de 90° y actualmente con 5 meses de edad usa el arnés de Pavlic con una evolución favorable. **Conclusiones:** Este caso resulta interesante dada la poca incidencia de la misma y casos registrados haber logrado el diagnóstico y tratamiento conservador precoz conjuntamente a un adecuado seguimiento permitió que el paciente egresara el servicio de Neonatología sin complicaciones con una evolución favorable al seguimiento por la Esp. De Ortopedia Pediátrica sin necesidad de intervención quirúrgica

M4. INCONTINENCIA PIGMENTI Anahi Melisa Zanetti, Jorge Garcia, Griselda Perez, Cigliutti Paola Cooperativa Medica Uruguay, Concepcion del Uruguay, Entre Rios. Argentina. Email: any_zanetti@hotmail.com

Introducción: La incontinencia pigmenti es una genodermatosis poco frecuente, de herencia ligada al X y con 100% de penetrancia. Se trata de un síndrome letal para el sexo masculino, aunque se han descrito casos de sobrevivencia en aquellos varones con mosaicismos. Produce afectación de tejidos derivados del ectodermo, habiendo en ocasiones compromiso oftalmológico, neurológico y odontológico. El comienzo clínico de la enfermedad se produce generalmente a nivel cutáneo y durante las primeras semanas de vida. El pronóstico de los pacientes es generalmente bueno, aunque puede agravarse cuando hay afectación sistémica. **Objetivo:** Este trabajo reporta el caso de una niña con incontinencia pigmentis. **Método:** Presentamos el caso de un neonato de sexo femenino, con vesículas presentes desde el nacimiento cuya biopsia cutánea confirmó el diagnóstico de IP. **Resultado:** PE es una neonato de sexo femenino, producto de segunda gesta, embarazo controlado, que nace por parto, vigorosa, de peso adecuado para la edad, hija de padres sanos, no consanguíneos. Sin antecedente de abortos maternos, con serologías no reactivas y SGB negativo. En sala de recepción, se observan lesiones de piel de tipo vesiculares y ampollares con contenido mielicérico, y de tipo liquenificadas, sobre base eritematosa, de distinto tamaño, generalizadas, aunque a predominio de miembros, siguiendo líneas de Blaschko. El resto del examen físico es normal, sin observarse lesiones ungueales, dentarias o del pelo. Durante su internación en Neonatología, no presenta alteraciones en los estudios complementarios, tanto serologías como cultivos, excepto que presenta una leve eosinofilia. Cumple antibioticoterapia por sospecha de sepsis precoz, con mejora sintomática, pero tras un periodo breve de tiempo, reaparecen nuevas lesiones de iguales características. Ante la sospecha de enfermedad del neuroectodermo, se realiza ecografía cerebral y se interconsulta con Oftalmología y con Dermatología, quienes indican realizar biopsia de lesión de piel, con informe final de Incontinencia Pigmenti. Evoluciona favorablemente con tratamiento de sostén. Egresada de la Institución y acude a controles periódicos, observando aparición cíclica de nuevas lesiones. **Conclusiones:** La incontinencia pigmenti se trata de una rara dermatopatía. Debido al espectro amplio de presentación clínica, se recomienda considerar a esta entidad en el diagnóstico diferencial cuando nos encontramos frente a lesiones cutáneas, predominantemente vesiculares y que siguen una distribución siguiendo las líneas de Blaschko. La incontinencia pigmentaria es una enfermedad infrecuente y su diagnóstico requiere de una adecuada correlación clínico patológica y del conocimiento de las distintas fases de la enfermedad. El diagnóstico y reconocimiento oportuno y temprano de la entidad permitirá prevenir complicaciones

asociadas a nivel sistémico

M5. DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA GRAVE: A PROPÓSITO DE UN CASO. Anahi Melisa Zanetti, Guadalupe Massutti, Martinez Mariela, Ceresetto Martin, Gentile Ana Terea. HIAEP Sor Maria Ludovica. Argentina. Email: any_zanetti@hotmail.com

Introducción: La deshidratación hipernatrémica es un trastorno hidroelectrolítico que se define como una concentración sérica mayor o igual a 145 meq/l. Lastimosamente es frecuente en neonatos debido a una incorrecta lactancia materna, por lo que es importante sospecharla en niños con pérdida de peso mayor al 10% con respecto al peso de nacimiento. Su diagnóstico implica un tratamiento oportuno pero lento, con el fin de evitar las secuelas neurológicas a corto, mediano y largo plazo, a mencionar sobre todo hemorragia cerebral, edema cerebral y muerte. **Objetivo:** Describir un caso de deshidratación hipernatremica neonatal severa, con el fin de enfatizar en la importancia de las pautas de alarma claras y el buen entendimiento de los padres previos a la internación conjunta de la maternidad, para evitar causas eludibles de daño neurológico. **Resultado:** CL es una niña RNT 40 semanas, con peso adecuado para la edad gestacional (3160 gr), producto de primera gesta de embarazo controlado, nacida por cesárea por falta de progresión, vigorosa con Apgar 9/10, que egresa de forma conjunta de la maternidad baja complejidad a las 48 horas de vida con un descenso de peso de 10.6% (2825 gr) y turno para control por pediatría a los 14 días de vida. Consulta a los 12 días de vida en otra institución por irritabilidad e incapacidad para conciliar el sueño desde la noche previa. Al constatar un peso de 2080 gr, llevan a cabo las medidas iniciales de atención, con colocación de acceso venoso periférico y toma de muestras para laboratorio. Tras constatar natremia de 191 meq/l, acidosis metabólica y fallo renal, solicitan la derivación a nuestra Institución. Ingres a este servicio en grave estado general, coloración de mucosas pálido-grisáceas, con fontanela deprimida, irritabilidad y tendencia al sueño, con lo que se decide intubación orotraqueal para protección de la vía aérea y neurológica. Además, se coloca acceso venoso central no implantable femoral izquierdo por donde se administra volumen e inotrópicos con el fin de lograr reperfusión de tejidos. Se realizan correcciones de hipernatremia con agua libre por vía endovenosa según normas del Ministerio de Salud de la Nación. En dicho contexto clínico, ante sospecha de sepsis, se tomaron muestras para bacteriología y se medicó con ampicilina y cefotaxime. Además, presentó registros de hiperglucemia persistentes que requirieron +infusión de insulina. Permaneció con iguales medidas terapéuticas por 48 horas, con mejoría clínica y de parámetros de laboratorio, logrando descenso de 42 meq/l en 4 días, siendo 10.5 meq/l por día. Se decide su extubación y suspensión de inotrópicos, de insulina y de antibióticos. Al segundo día de internación reinicia aporte alimentario, con buena tolerancia, logrando recuperación de peso. Se realiza interconsulta con servicio de Neurología, quienes informan sin conducta por la especialidad tras corroborar examen físico normal, y con servicio de Imágenes, quienes informan ecografía cerebral normal. Además, fue evaluado por Oftalmología Infantil determinando fondo de ojos normal. Tras seis días, se decide egreso hospitalario con un peso de 2700 gr, con alimentación con lactancia materna y complemento con fórmula de inicio, pautas de alarma claras y control pediátrico a las 48 horas. **Conclusiones:** La deshidratación hipernatrémica se presenta en la mayoría de los casos como consecuencia de una ingesta pobre e inadecuada de leche, en el contexto de madres primíparas, y se asocia a control pediátrico alejado, lo que lleva a pensar en que hay fallas en las pautas de alarma previas al egreso conjunto de la maternidad. Debemos tomar con responsabilidad la tarea médica de informar a los padres.

M6. VÓLVULO DE INTESTINO MEDIO NEONATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO Anahi Melisa Zanetti, Gaita Macarena, Valdez Cecilia, Camino Daniela, Gastaldi Erica, Ceresetto Martin, Aparicio Nancy. HIAEP Sor Maria Ludovica. Argentina. Email: any_zanetti@hotmail.com

Introducción: Las anomalías de malrotación intestinal tienen una incidencia de 1/6000 recién nacidos vivos y abarcan variedad de patologías. Según clasificación de H.Bill, en la etapa I, la malrotación IA describe al intestino medio como sin punto de fijación posterior a su mesenterio, con base angosta de sustentación pedicular y movilidad creada por esta base que permite al intestino rotar en forma de vólvulo. La presentación más habitual de un vólvulo intestinal está dada por vómitos biliosos, distensión abdominal y heces melénicas o hematemesis. La resolución es quirúrgica, mediante la técnica de Ladd. Posee una mortalidad del 50% y altísima morbilidad en sobrevivientes. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con malrotación intestinal con el fin de aumentar la sospecha de emergencia quirúrgica y lograr tratamiento oportuno integral. **Resultado:** GV es un paciente masculino, RNT/AEG, que nace por parto vaginal a las 41 semanas, presentación cefálica, líquido amniótico claro, y egresa de la maternidad a las 48 horas de vida en condiciones óptimas. A los 8 días de vida consulta en Guardia Central de este nosocomio por cuadro de vómitos biliosos abundantes e ictericia. Ingres a este servicio en regular estado general, requiriendo reposo gástrico, logrando mejoría clínica en el transcurso de tres días. Se realiza radiografías de abdomen frente y perfil sin evidencia patológica. La ultrasonografía con Doppler de vasos mesentéricos al ingreso no presenta particularidades. Al 4to día de internación, comienza con enterorragia abundante, acompañada de signos francos de infección que requirieron ingreso a AVM, expansión con solución fisiológica, toma de muestras para hemocultivo y cultivo de LCR, antibioticoterapia empírica e interconsulta con Cirugía Infantil quienes indican ingreso a quirófano para laparotomía exploratoria. Foja quirúrgica arroja los siguientes datos: "...abierta cavidad salida de abundante débito citrino oscuro, envío muestra para cultivo. Evisceración intestinal, constatándose intestino delgado desvitalizado en su totalidad (desde unión duodenoyeyunal hasta válvula ileocecal), volvulado. Se procede a devolvulación del mismo, evidenciando 4 vueltas sobre su meso, el cual se observa corto y angosto. Se interpreta como malrotación intestinal, con vólvulo de intestino medio. Se colocan paños tibios constatando recuperación parcial de la vitalidad intestinal en ciertas zonas, por lo que se decide la incubación del mismo para posterior second look. Se coloca bolsa de Bogotá". Cursa postoperatorio inmediato con requerimiento inotrópico y de AVM para manejo de dolor. A las 24 horas, se procede a second look programado con abundante salida de débito seroso turbio. Se evidencia intestino delgado proximal sin áreas de necrosis delimitadas ni fascelación de mucosa y ausencia de perforaciones; coloración que mejora de forma parcheada hacia distal con vitalidad conservada a partir de 24 cm de la unión duodeno yeyunal. Se decide conducta conservadora, realizando apendicectomía. Transita nuevo postoperatorio hemodinámicamente compensado, sostenido con dosis intermedias de dopamina y parámetros ventilatorios moderados. Recibió transfusión de glóbulos rojos por hematocrito de 23%. Sin embargo, a las 72 horas de antedicha intervención presenta nuevamente enterorragia con inestabilidad hemodinámica, requiriendo intervención quirúrgica por tercera vez que constata "salida de líquido hemático oscuro (por sufrimiento de asa), del que se toma muestra para cultivo. Se observa mejoría franca de la vitalidad sobre todo hacia distal. Colon s/p. Hacia proximal, recuperación parcial de la coloración de primer asa yeyunal por lo que se decide realizar a 5 cm de la unión duodenoyeyunal ostomía sobre pezzet 12 fr, fijación a pared y exteriorización en flanco izquierdo. A partir de ahí se resecan 15 cm de yeyuno necrótico con ligadura de su meso y se aboca cabo distal (fistula mucosa) en flanco derecho y cierre de pared por planos". Se mantuvo inestable hemodinámicamente con necesidad de corrección de potasio, sedoanalgesia, AVM a setting moderado, inotrópicos y esquema antibiótico de amplio espectro que ante registro febril, se amplía aún más con antifúngicos y cobertura para

gérmenes productores de betalactamasas de espectro extendido. Presenta ostomía funcionante desde el noveno día de la tercera intervención, con pérdidas en aumento incluso por SOG a volumen total entre ambas de 50 ml/kg aproximadamente. El niño mantiene nutrición parenteral total con altos requerimientos denutrientes, por tratarse de yeyunostomía alta, altamente perdedora, y reposición de volumen según pérdidas. Se logra extubación electiva a los 9 días post última intervención, a dispositivo de alto flujo, logrando luego ventilación espontánea aire ambiente. **Conclusiones:** La patología abdominal quirúrgica neonatal es muy variada y puede manifestarse como único episodio de enterorragia, por lo que es fundamental la sospecha clínica, la celeridad para el diagnóstico y el trabajo en conjunto con el servicio de Cirugía Infantil. Es preeminente la conducta inmediata para lograr resultados como los expuestos con este caso.

M7. HUMANIZACIÓN DE LAS UNIDADES NEONATALES: FAMILIA, PUERTAS ABIERTAS Y LECTURA COMPARTIDA. Eduardo Elias Leveau Lujan Hospital Amazónico de Yarinacocha Peru Email: eliasleveau@hotmail.com

Introducción: La humanización forma parte del cuidado básico en las unidades de neonatología. A pesar de la gran evidencia sobre su beneficio para el niño, la familia y el equipo de salud, no es fácil llevar adelante su implementación por múltiples causas. El Hospital Amazónico de Yarinacocha está localizado en el Departamento de Ucayali, de Perú, y ha hecho de la humanización un pilar de la atención entendiendo a este tema como prioritario y un derecho de los bebés y sus familias. Como un hospital que hemos ido avanzando en logros sobre este tema pese a las limitaciones que tenemos. **Objetivo:** Difundir nuestra experiencia sobre la importancia en la recuperación de la salud de los niños y su familia, aplicando cuidados humanizados día a día, y poder transmitir a otras unidades neonatales la posibilidad de su realización para la mejora de la salud neonatal. Describiremos las principales actividades que se realizan diariamente: ingreso y permanencia de las familias con sus bebés, contacto físico, haciendo canguro y sin interrumpirlo en lo posible durante los procedimientos, lectura de cuentos, toma de fotos y videos, realización de videollamadas. En relación con el ingreso en nuestra unidad de UCIN e intermedios se incluyen hermanos, tíos, abuelos, tías. **Conclusiones:** consideramos al equipo de salud como responsable primario para que esta humanización pueda ser una realidad

M8 EL LENGUAJE DEL ESTRIDOR: CLAVES ENDOSCÓPICAS. Gabriel Miguel Castillo, Rubén Ferráz, María Gabriela García, Alexandra Andrade, Ivanna Boailchuck Salvatierra. Hospital De Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Argentina. Email: castillomdneumopediatra@gmail.com

Introducción: La obstrucción de la vía aérea se expresa en la mayoría de los casos con un estridor, sonido de tinte musical audible, sin estetoscopio, de tono variable, ocasionado cuando el flujo de aire deja de ser laminar para ser turbulento, al pasar a través de una zona estrecha. El estridor es diferente según la localización de la obstrucción en la vía aérea. Si la obstrucción se ubica por arriba de las cuerdas vocales será de tipo inspiratorio, y cuando se ubica debajo de las cuerdas vocales afectará los dos tiempos respiratorios (bifásico), cuando es espiratorio exclusivamente, corresponde topográficamente desde la carina traqueal hacia abajo (ya no es un estridor laríngeo).

Objetivo: Describir las principales causas de estridor laríngeo mediante estudio endoscópico. Identificar la localización topográfica de la obstrucción con fibronasolaringoscopia. Proponer un algoritmo diagnóstico clínico endoscópico práctico para el pediatra/neonatólogo, basado en la semiología del estridor. **Método:** Estudio descriptivo observacional retrospectivo, Población en neonatos <28 días, evaluados por estridor laríngeo (abril 2023–abril 2025). Evaluación mediante fibronasolaringoscopia

(FNL) y Evaluación de la Vía Aérea (EVA). Lugar: UNIDAD endoscopia HNRG (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez). **Resultado:** Total de pacientes: 18. Sexo: Masculino 10, Femenino 8 Pretérminos: 2 | A término: 16 Edad promedio (media aritmética): 17.2 días. Requirieron Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) previa: 3 casos (máx. 4 días) Diagnósticos encontrados por FNL y EVA: Laringomalacia: 12 casos (66.6%) dentro de este diagnóstico, fueron: Leve (aspiración de mucosa aritenoides): 7 casos; Moderada (repliegue ariepiglótico corto y epiglotis en omega); Severa (epiglotis se introduce en la glotis en tapa de inodoro): 5 casos. Cirugía supraglotoplastia (Exéresis de mucosa redundante): 5 casos. Incluye 2 prematuros (33 y 35 sem) y 1 con síndrome de Down. Vía aérea normal: 4 casos. Otros diagnósticos encontrados: Parálisis cordal izquierda + luxación cricoaritenoides: 1 caso (con ARM). Edema laríngeo + fibrina glótica (segmento posterior derecho): 1 caso (con ARM) **Conclusiones:** El rol del neonatólogo/ pediatra es clave para la detección precoz del paciente con obstrucción de la vía aérea y el abordaje interdisciplinario. La anamnesis del estridor (inspiratorio vs. bifásico) indica la localización de la obstrucción en la vía aérea. La Laringomalacia es la causa más común y frecuente, pero no es la única. La decisión quirúrgica debe basarse no solo en los hallazgos de la endoscopia, sino en la clínica del paciente: cambios de coloración, signos de dificultad respiratoria, apneas, y retraso ponderal.

M9. QUISTE DE CONDUCTO DE SKENE EN RECIÉN NACIDO FEMENINA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. Jose Manuel Payan García. Hospital Materno Ramon Gonzalez Coro. Cuba. Email: manuelyayan12@icloud.com

Introducción: Los quistes del conducto de Skene, una anomalía poco frecuente en el periodo neonatal, de etiología desconocida y origen congénito suele estar caracterizada por la presencia de una lesión quística amarillenta o blanquecina en ocasiones con vascularización notoria que se presenta incidentalmente en hallazgos del examen físico del recién nacido al momento de su nacimiento. Lesión quística con una incidencia muy baja en relación con los nacimientos con tasas estudiadas de 1 por cada 2000 nacidos vivos y que en ocasiones no suelen ser identificadas ni estudiadas al no estudiarse frecuentemente y al no tener orientaciones diagnósticas ante su sospecha clínica.

Objetivo: Describir las características y forma de presentación del quiste del conducto de Skene en pacientes recién nacidas para determinar la sospecha clínica y realizar un oportuno diagnóstico.

Método: Reporte de Caso Historia Clínica Detallada con imágenes al momento de su nacimiento donde se observa el quiste y otra imagen al momento de su resolución sin tratamiento quirúrgico.

Resultado: Paciente permanece ingresado en el servicio de Neonatología bajo vigilancia donde a horas de su ingreso drena esporádicamente, aproximadamente a las 18 horas de vida, drenando un líquido con características blanquecinas, lechosas sin presentar más eventos al momento de su resolución.

Conclusiones: El Quiste de Conducto de Skene suele tener una incidencia muy baja especialmente en periodos neonatales y suele diagnosticarse por medio del examen físico de rutina del área genital al momento del nacimiento. Una lesión poco reportada debido a su baja incidencia en la que se prefiere el manejo expectante ya que suelen drenar espontáneamente o necesitar tratamiento quirúrgico (aspiración con aguja o marsupialización) y en ocasiones es necesario realizar estudios complementarios como la ecografía para hacer diagnóstico diferencial o detectar anomalías asociadas.

M10. COMPORTAMIENTO DEL SODIO SERICO DURANTE EL TRATAMIENTO UTILIZANDO EL MÉTODO MEDIO SALINO VERSUS FÓRMULA AGUA LIBRE EN NEONATOS CON DESHIDRATACIÓN

HIPERNATREMICA Richard Hall, Mario Herrera. Hospital Roosevelt Guatemala. Email: richard.mh15@gmail.com

Introducción: La deshidratación hipernatrémica es una enfermedad con alta mortalidad que es ocasionada por una pérdida de agua extracelular y que se asocia a edema cerebral y hemorragia intracraneal, si no se trata adecuadamente puede interferir en la calidad de vida de los pacientes que la presenten ya que ocasiona alteraciones neurológicas y secuelas importantes a largo plazo (2). Es importante dar un tratamiento oportuno disminuyendo los niveles de sodio en 10-12 mEq/día para evitar complicaciones neurológicas. **Objetivo:** Determinar el comportamiento de los niveles de sodio sérico según mEq/L/h mediante la utilización de dos métodos medio salino versus fórmula agua libre en neonatos con deshidratación hipernatrémica. **Método:** La presente investigación es un estudio observacional analítico en el cual se tomaron dos poblaciones, las cuales fueron tratadas con medio salino y fórmula de agua libre, se observó los niveles de sodio a las 6, 12, 24, 48 horas, haciendo análisis estadístico de los resultados, mediante el análisis de varianza factorial de medidas repetidas utilizando el valor P para evaluar si fue estadísticamente significativo la diferencia entre el tratamiento con medio salino y agua libre evaluando el descenso por mEq/l/h con cada tratamiento. **Resultado:** Los resultados obtenidos fueron que el nivel de descenso de sodio con medio salino fue de un promedio de media de 0.55 mEq/L/h, en comparación con el tratamiento con agua libre el cual fue promedio de media de 0.46 lo cual es estadísticamente significativo según el valor $P < 0.038$. El género más frecuente fue el femenino con 52%, el 69% presentaron pérdida de peso de $>10\%$. El tipo de alimentación fue lactancia materna exclusiva con un 64%. Los signos clínicos más frecuentes fueron fiebre con 36%, irritabilidad con 17% e ictericia con 16%. La etiología más frecuente fue mala técnica alimenticia con 76%. En las complicaciones el 55% no presentó ninguna complicación, el 43% presentó falla renal y solamente el 2% presentó convulsiones. **Conclusiones:** 1) El nivel de descenso de sodio por mEq/L/h con medio salino fue de un promedio de media de 0.55 mEq/L/h, en comparación con el tratamiento con agua libre el cual fue un promedio de media de 0.46 mEq/L/h lo cual es estadísticamente significativo según el valor $P < 0.038$. 2) En relación al nivel de descenso de sodio según mEq durante el tratamiento con medio salino versus agua libre si existe diferencia significativa según el valor $p < 0.021$. 3) El nivel de descenso de sodio con agua libre durante las primeras 72 horas tuvo un promedio de media de descenso de 0.43 mEq/L/h. 4) El sexo más frecuente de pacientes con deshidratación hipernatrémica fue el femenino. La mayoría de pacientes consulto al cuarto día y presentaron pérdida de peso de $>10\%$. El tipo de alimentación que recibieron los pacientes fue lactancia materna exclusiva. Los signos clínicos más frecuentes fueron fiebre, irritabilidad, disminución de la succión e ictericia. 5) La etiología más frecuente fue mala técnica alimenticia seguida mala producción. 6) Entre las complicaciones que se presentaron en los pacientes con deshidratación hipernatrémica, el 43% presentó falla renal y solamente el 2% presentó convulsiones.

M11. PREVALENCIA DE HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR DETECTADA EN LA ECOGRAFÍA TRANSFONTANELAR EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS, EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SANTÍSIMA TRINIDAD, PERIODO 2019 A 2022. Emilio Javier Arriola Bareiro. Universidad de Norte. Paraguay. Email: arriolae@gmail.com

Introducción: La hemorragia intraventricular es la variedad más frecuente de hemorragia intracraneal neonatal, y es característica del prematuro, se origina en la matriz germinal.

Objetivo: Determinar la prevalencia de hemorragia intraventricular detectada en la ecografía transfontanelar en recién nacidos prematuro en el Hospital Materno Infantil de Santísima Trinidad,

periodo 2019 a 2022. **Método:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, a través de la revisión de fichas clínicas de pacientes con estudios ecográficos y, los datos fueron recopilados en un cuestionario previamente elaborado. **Resultado:** Se pudo constatar una prevalencia del 8% RNpT con HIV con mayor incidencia fueron menores de 34 semanas con un total del 42% en menor medida con el 22% (13) fueron mayores de 35 semanas, así referente a su peso la mayor incidencia fueron los menores de 1500 gr, con el 34% (20) neonatos, en menos frecuencias con el 17% (10) pacientes presentaron un peso mayor a 2000 gr, en su gran mayoría con el 66% (39) fueron masculino, la hemorragia grado II fue la de mayor presentación con un total del 39% (23) neonatos, Grado III y IV en prematuros con edad gestacional <32 semanas representa el 33% (7/21), se observa que los pacientes mayores de 1,500 gr. presentaron hemorragia intraventricular Grado I (5/12) pacientes representando el 42%. **Conclusiones:** La prevalencia de HIV en neonatos fue del 8%, la más predominante fue la Grado II. Se encontró que la edad gestacional y la HIV están íntimamente relacionadas. Los RN menores de 32 SDG son susceptibles a desarrollar HIV. Es fundamental realizar ultrasonidos transfontanelar al RNpT.

M12. IMPLEMENTACIÓN DE LA ESCALA PREMIE Y SU IMPACTO EN EL PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS EN MADRES CON LACTANCIA MATERNA.

Perla Karina García May, Ana Gabriela Pardo Tovar. Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE. México. Email: perlakmay@hotmail.com

Introducción: La escala PRIME (Primera Evaluación de la Lactancia Materna) es una herramienta utilizada para evaluar aspectos relacionados con la lactancia materna, con el objetivo de identificar necesidades y áreas de apoyo para madres lactantes. Existen escalas para evaluar la eficacia de la lactancia materna en recién nacidos a término, pero en prematuros son poco conocidas, existiendo poca información a nivel mundial del uso de esta escala, por lo que realizar un seguimiento adecuado a través de la Escala PRIMIE ayudará a incrementar la lactancia materna efectiva en los pacientes recién nacidos prematuros de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. **Objetivo:** Evaluar el impacto en el peso de los recién nacidos prematuros tras la implementación de la Escala PRIMIE en madres con lactancia materna en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. **Método:** Diseño Experimental, prospectivo, longitudinal, cuasi experimental. Población de estudio: Recién nacidos prematuros hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos. Variables de estudio: Edad, resolución de embarazo, evaluación de la lactancia con escala PRIMIE, recién nacido prematuro, semanas de gestación, sexo, peso al nacer, edad, tomas de leche, administración de leche, transferencia de leche, ganancia ponderal, percentil de peso. Análisis estadístico: Los datos obtenidos se analizarán descriptivamente con medidas de tendencia central y de localización, con frecuencias, proporciones y comparación de estas con χ^2 , las variables cuantitativas comparando medias con T de student de una sola muestra o su variante no paramétrica dependiendo de normalidad corroborada por Kolmogorov-Smirnov, se realizarán los estudios Wilcoxon. Se cuenta con aprobación del comité de investigación y ética del hospital, así como consentimientos informados autorizados por los padres. **Resultado:** La muestra de pacientes fue de 63. Vía de nacimiento parto $n= 6$ (9.6 %), cesárea $n= 57$ (90.4 %), sexo mujer $n= 39$ (61.9%), hombre $n = 24$ (38.1%), semanas de gestación 28 – 36, estimación media de $34.513 + 0.424$. Se obtuvo una correlación positiva de la transferencia de leche por semanas de gestación, es decir que, a menor semanas, menor transferencia de leche, a mayores semanas de gestación, mayor transferencia de leche $0 - 45$ mL, estimación media $16.349 + 2.886$ mL ($p < 0.001$). Lo mismo para el peso, a menor peso menor transferencia, a mayor peso, mayor transferencia. Se observó una correlación de Pearson negativa entre transferencia de leche y número

de tomas, ya que a mayor transferencia menos tomas de leche recibió el paciente. Se observó una correlación de Pearson positiva para transferencia de leche y peso antes de comer, así como para peso después de comer, reflejado en la ganancia ponderal, así como en el percentil de peso del recién nacido al egreso hospitalario. Podemos observar una correlación de Pearson positiva entre transferencia de leche por interacción con el seno, así como con la succión, coordinación, deglución, extracción de leche, comportamiento y reflejado en los días de estancia intrahospitalaria. **Conclusiones:** El uso de la escala PRIMIE en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales demostró la transferencia de leche por interacción al seno materno en forma positiva, a mayores semanas de gestación, mayor transferencia de leche, esto ayuda a la madre a adquirir mayor confianza en la producción de leche, así como al personal de salud le ayuda a disminuir la sobrealimentación de los pacientes prematuros. El uso de la escala PRIMIE debe aplicarse en todas las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.

M13. USO DEL FORTIFICADOR LÍQUIDO DE LECHE HUMANA VS FÓRMULA EN LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS. Perla Karina García May, Ana Gabriela Pardo Tovar. Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE. México. Email: perlakmay@hotmail.com

Introducción: Se ha demostrado que, durante las primeras semanas de alimentación con leche materna los bebés prematuros crecen satisfactoriamente. Sin embargo, muchos requieren suministros adicionales de nutrientes, especialmente los < 1500 gramos.

Objetivo: Evaluar el crecimiento de los recién nacidos prematuros alimentados con fortificador líquido de leche humana vs fórmula. Calcular los días de estancia hospitalaria.

Método: Es un estudio observacional, retrospectivo, analítico, longitudinal. Casos y controles anidados en una cohorte histórica. Se incluyeron bebés prematuros menores de 36 semanas de gestación, nacidos en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y Crecimiento y desarrollo con peso menor de 1800 g. Se dividieron 2 grupos. Grupo 1: Leche humana exclusiva más fortificador líquido de leche humana, grupo 2: Sucedáneo de leche humana de 24 kcal/onza. Se inició la alimentación enteral de acuerdo con las indicaciones del médico tratante. Ya que el prematuro alcanzó su vía enteral en 100 ml/kg/día se agregaba el fortificador líquido de leche humana a la toma de leche. Se utilizó leche humana de la propia madre. Se siguieron a lo largo de 4 semanas durante su estancia hospitalaria. La somatometría era realizada por el personal de enfermería de la unidad. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 30. Se utilizó estadística descriptiva mediante el cálculo de frecuencias. Se calculó correlación de Pierson. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $P < 0.05$.

Resultado: Una muestra de 40 pacientes. Grupo 1 (n=20), grupo 2 (n=20) en iguales proporciones. Con peso de 760 a 1800 gramos (p 0.083), talla 32 a 42 cm (p <0.001), perímetro cefálico 21.8 a 32 cm (p 0.002), 33.1 + 0.295 semanas de gestación (32.504 – 33.696 SDG). Durante el seguimiento en 4 semanas, en cuanto a peso y talla no hubo diferencias, excepto en perímetro cefálico a favor del grupo 2 en las semanas 2, 3 y 4, con una correlación de Person positiva p <0.001, en cuanto a días de estancia intrahospitalaria 38.05 + 5.46 días, 32.59 – 43.51 días aproximadamente, menos días en el grupo1 (15 días menos) vs grupo 2 (hasta 65 días) sin significancia estadística pero clínicamente relevante (p 0.899), días de estancia en UCIN 22.05 + 5.947 días, (16.103 – 27.997) sin significancia estadística p 0.726. Hubo 1 caso de enterocolitis necrotizante en el grupo 1, 3 casos en el grupo 2.

Conclusiones: La leche materna es la primera opción de alimentación enteral para los prematuros, pero los niveles de proteína son limitantes para su crecimiento y esto se puede mejorar con el uso del fortificador líquido de leche humana, en caso de no contar con leche humana, el sucedáneo para

prematuros de 24 Kcal/onza es recomendado por el contenido de macro y micronutrientes.

M14.EVALUACIÓN DEL CREMATOCRITO EN LECHE HUMANA DONADA EN UN BANCO DE LECHE HOSPITALARIO. Perla Karina García May, Alberto Enrique Alvarado Zúñiga. Hospital General Dr. José María Rodríguez. México. Email: perlakmay@hotmail.com

Introducción: La leche humana contiene múltiples componentes, incluyendo macronutrientes que proveen energía para el lactante en crecimiento y desarrollo. El contenido calórico de la leche humana se estima es de 670 kcal/L. El crematocrito es un método simple y rápido para estimar el contenido de grasa y energía en la leche humana, fue descrito por Lucas en 1978. El crematocrito es el porcentaje de la columna de crema separada de la leche mediante centrifugación, expresado como porcentaje de la longitud total de la columna de leche. El crematocrito tiene una fuerte correlación con la concentración de lípidos y el contenido energético de la leche humana, tanto fresca como congelada y descongelada. **Objetivo:** Evaluar el crematocrito de la leche materna en el Banco de leche del Hospital General Dr. José María Rodríguez en el Estado de México.

Método: Es un estudio observacional, retrospectivo, analítico, transversal. Se determinó el crematocrito de la leche humana donada congelada de menos de 15 días de extracción en 200 muestras de leche durante 4 meses de mayo a agosto del año 2024 (50 muestras cada mes, escogidas al azar). Se calculó el crematocrito con la fórmula: $\% \text{ grasa} = \frac{\text{mm de grasa} \times 100}{\text{mm de leche}}$. $\% \text{ grasa} = \frac{\% \text{ grasa} - 0.59}{1.46}$. $\text{Kcal} = \% \text{ grasa} \times 66.8 + 290$. Se realizó un análisis estadístico, estimación media, desviación estándar. **Resultado:** Se analizaron 200 muestras de leche humana donada del Banco de leche del Hospital General Dr. José María Rodríguez durante los meses de mayo a agosto del año 2024. El crematocrito fue de 480 kcal/L hasta 760 Kcal/L. Estimación media de $576 + 38.999$ kcal/L. Desviación estándar de 537.501 a 615.499 Kcal/L. La edad promedio de las madres donadoras fue de $27.2 + 2.823$ años, desviación estándar de 24.377 a 30.023 años, edad mínima 18 años, edad máxima 44 años. En cuanto a semanas de gestación (SDG), las semanas fueron de $34.7 + 1.816$ SDG, desviación estándar de 32.884 a 36.516 SDG, mínimo 28 SDG, máximo 41 SDG. El crematocrito fue independiente de las semanas de gestación de la madre donadora. Ya que se encontraron crematocritos de 482 kcal/L a 501 kcal/L tanto a las 28 SDG como a las 40 SDG. **Conclusiones:** Se observó un crematocrito de $576 + 38.999$ kcal/L en la medida de la grasa tras congelación en leche cruda y pasteurizada. Inferior al valor estimado promedio de la leche humana que es de 670 kcal/L. La congelación no impide la acción de la lipasa y también afecta al glóbulo de grasa. El crematocrito es el método que se utiliza para determinar las kilocalorías en los Bancos de leche de México, es barato, útil y confiable. El determinar este aporte calórico nos ayuda a clasificar la leche en el Banco de leche y ofrecerla a los recién nacidos de acuerdo a sus necesidades calóricas, a los más prematuros con mayor kilocalorías, y las hipocalóricas o de concentración normal a los recién nacidos a término, independientemente de las semanas de gestación de las donadoras, ya que había donadoras de leche con 28 SDG pero con leche hipocalórica.

M15.CONTENIDO CALÓRICO DE LA LECHE MATERNA: RESPUESTA A UNA ESTRATEGIA NUTRICIONAL SEMANAL EN MADRES LACTANTES.. Perla Karina García May, Itzel Monserrat Girón Rosales. Hospital General Dr. José María Rodríguez. México. Email: perlakmay@hotmail.com

Introducción: La nutrición de la mujer lactante es un tema crucial para la salud tanto de la madre como del lactante. Las mujeres lactantes tienen que recibir un aumento de requerimientos nutricionales, ya que durante la lactancia, las necesidades de casi todos los nutrientes aumentan debido a la producción

de leche materna. En cuanto a la ingesta calórica se recomienda un exceso de 500 calorías diarias para satisfacer las demandas de producción de leche. Sin embargo, muchas mujeres no alcanzan este nivel de ingesta energética. Las deficiencias más comunes que presentan las mujeres lactantes es la deficiencia de vitamina A, folato, vitamina D, selenio y yodo solo con la dieta. **Objetivo:** Determinar el creatocrito en madres lactantes donadoras de leche humana después de la asesoría nutricional individualizada. **Método:** Se realizó un estudio prospectivo, observacional, analítico, longitudinal. En el Banco de leche del Hospital General Dr. José María Rodríguez del Estado de México. Se determinó el creatocrito de 20 muestras de madres donadoras, a las que se les ofreció asesoría nutricional cada semana por 3 semanas consecutivas y posteriormente al mes de la última consulta, total 56 días de seguimiento. Midiéndose semanalmente el creatocrito. La asesoría nutricional era individualizada por la nutrióloga del Banco de Leche. La asesoría nutricional era en base a una dieta de 2500 kcal/día de acuerdo con las recomendaciones internacionales en nutrición de la mujer lactante, aportando 50% de carbohidratos, 26 - 27 % proteínas y grasas 23 – 24%. Durante 8 semanas se citó a la paciente midiendo el creatocrito los días 14, 21, 28 y 56 de lactancia. **Resultado:** Se realizó un análisis estadístico, mínimos, máximos, media, desviación estándar. Se seleccionaron 20 pacientes, las cuales tenían una edad de 27.2 años, desviación estándar de 24.377 a 30.023, mínimo 18 años, máximo 44 años. Las semanas de gestación fueron de 34.7 + 1.816 SDG, mínimo 32.884, máximo 36.516, el creatocrito inicial (día 14 de la fase de lactancia) fue de 576.5, el segundo creatocrito a los 7 días de la primera asesoría nutricional fue de 663.6 (día 21 lactancia), el tercer creatocrito fue de 744.35 a los 28 días de lactancia, el cuarto creatocrito fue 827.35, a los 56 días de lactancia con 3 asesorías nutricionales. **Conclusiones:** Es crucial proporcionar educación nutricional a las madres lactantes. Es importante que las mujeres lactantes reciban asesoramiento nutricional adecuado para garantizar una dieta variada y equilibrada así como satisfacer sus necesidades nutricionales aumentadas durante el período de lactancia. El valor de creatocrito es independiente de las semanas de gestación de la madre donadora, ya que madres de bebés prematuros tenían creatocrito bajo (400 kilocalorías), madres de bebés a término creatocrito alto (700 kilocalorías) a los 14 días de lactancia. Después de las asesorías nutricionales, el creatocrito incrementó en promedio 43.5% demostrando que el creatocrito de la mujer lactante está influenciado por su nutrición independientemente sea leche madura.

M16. NEOBOT: ASISTENTE VIRTUAL BASADO EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO QUIRÚRGICO. Angel Francisco Samanez Obeso, Carlos Manuel Ponce Medianero; Milagros Danivia Santibañez Ninanya; Osman Rafael Vilchez Aguirre; Mercedes del Carmen Díaz Pichiule. Universidad Científica del Sur. Perú. Email: asamanez@cientifica.edu.pe

Introducción: En el marco del Objetivo de Desarrollo Sostenible N.º 3 sobre Salud y Bienestar, las Naciones Unidas promueven la reducción de muertes evitables en recién nacidos para el 2030. En Perú, la mortalidad neonatal es de 8 por cada 1000 nacidos vivos, y las malformaciones congénitas representan el 15% de las causas. El manejo del neonato quirúrgico requiere decisiones oportunas y basadas en evidencia, pero aún existen brechas en el acceso al conocimiento actualizado. Para enfrentar este desafío, desarrollamos NeoBot, un asistente virtual basado en inteligencia artificial, diseñado con una arquitectura de generación aumentada por recuperación (RAG), que ofrece respuestas clínicas confiables. **Objetivo:** Compartir la experiencia en el diseño e implementación de NeoBot, un asistente virtual con inteligencia artificial, como herramienta de apoyo clínico para el manejo estandarizado del recién nacido quirúrgico.

Método: Se trata de un reporte de experiencia tecnológica sobre el desarrollo de NeoBot, un asistente virtual basado en inteligencia artificial para la atención del recién nacido quirúrgico.

La metodología incluyó: -Curaduría de una base documental especializada en neonatología quirúrgica, conformada por artículos científicos, guías clínicas y protocolos publicados entre 2010 y 2024. - Identificación de etapas con potencial de mejora y/o automatización con técnicas novedosas de AI, enfocándose en fases subsecuentes al proceso cognitivo (flujos de trabajo) involucrado en investigaciones y procedimientos realizados por un neonatólogo. -Diseño e implementación de un sistema de flujos ágenticos las cuales incluyeron: a) Integración de arquitecturas RAG (Retrieval-Augmented Generation) incluyendo variantes jerárquicas (Hierarchical RAG) y grados de conocimiento (knowledge graphs). b) Incorporación de módulos de razonamiento y reflexión, para facilitar la toma de decisiones complejas y verificación de hipótesis clínicas. c) Implementación del enfoque human in the loop, para las etapas de filtro de chunks recuperados y selección manual de agentes. d) Uso de modelos de lenguaje largos (LLMs) de tipo multimodal, multipropósito y razonadores, tales como GPT o4/o3/4o, Llama4-maverick (acelerado por Groq) y MedGemma en tareas referentes al campo médico. - Construcción de una interfaz web accesible, desarrollada con tecnologías React, FastAPI, LangChain, Vercel, Render, K8s, MCP y hosted GPU. No se utilizó población humana ni métodos estadísticos, ya que se trata de una experiencia de desarrollo e implementación de tecnología clínica con fines exploratorios. **Resultado:** El desarrollo de NeoBot permitió integrar una arquitectura de inteligencia artificial basada en generación aumentada por recuperación (RAG), combinando comprensión semántica y búsqueda eficiente en una base documental curada sobre neonatología quirúrgica. Se construyó una base de datos con más de 400 documentos relevantes (artículos científicos, guías clínicas y protocolos técnicos), organizados por tópicos como respiratorio, infecciones, nutrición y farmacología neonatal. La interfaz permitió realizar consultas clínicas en lenguaje natural, devolviendo respuestas fundamentadas y con citas bibliográficas precisas. Entre las funcionalidades implementadas destacan: •Consulta por texto o voz. •Navegación por patologías frecuentes (ej. hernia diafragmática, gastrosquisis). •Historial de interacciones para revisión de casos previos. Durante la fase exploratoria, NeoBot demostró generar respuestas clínicamente coherentes, actualizadas y trazables. Además, su uso fue validado con fines académicos por un grupo inicial de profesionales y docentes de neonatología, quienes reportaron una experiencia satisfactoria respecto a accesibilidad, relevancia clínica y utilidad en la toma de decisiones. **Conclusiones:** El desarrollo de NeoBot representa una experiencia innovadora en la aplicación de inteligencia artificial para el apoyo clínico en neonatología quirúrgica. Se logró integrar una arquitectura robusta, una base documental curada y una interfaz funcional adaptada a las necesidades clínicas. La validación preliminar por expertos en neonatología evidenció su potencial como herramienta educativa y de soporte para la toma de decisiones. No obstante, se requieren fases posteriores de prueba en escenarios reales para evaluar su impacto clínico y operativo.

M17 ASCITIS SECUNDARIA POR EXTRAVASACION DE NUTRICION PARENTERAL POR DESPLAZAMIENTO DE CATETER UMBILICAL VENOSO EN RECIEN NACIDO PREMATURO. A PROPOSITO DE UN CASO. Yoseila Perez Sanchez, Diana Torres Azcárate, Andrés Marinovic, David Cevallos. Hospital Las Higueras, Talcahuano. Chile. Email: Drayoseilaperez@gmail.com

Introducción: La extravasación de nutrición parenteral en el peritoneo a través de un catéter umbilical en recién nacidos es una complicación grave que puede ocurrir debido a la mala posición del catéter. Esta situación puede llevar a complicaciones como ascitis, deshidratación, hemoconcentración, y en casos severos, necrosis hepática y otras complicaciones hepáticas. La causa más común de

extravasación es la inserción inadecuada del catéter, lo que resulta en su salida del vaso sanguíneo y la fuga de la solución hacia el espacio peritoneal. El catéter, si no está correctamente posicionado, puede erosionar el vaso sanguíneo, causando perforación y extravasación. **Objetivo:** En casos de mala posición del catéter, la nutrición parenteral puede causar daño hepático, incluyendo necrosis, hematomas y acumulaciones de grasa, especialmente en recién nacidos prematuros. La acumulación de líquido en el peritoneo (ascitis) provoca distensión abdominal. El paciente puede presentar dolor y sensibilidad a la palpación en el abdomen. Dependiendo de la gravedad de la extravasación y de las complicaciones asociadas, se pueden observar otros síntomas como fiebre, dificultad respiratoria, y cambios en los signos vitales. En este artículo presentamos el caso de una recién nacida con ascitis e hiponatremia después de recibir Nutrición Parenteral Total (NPT) a través de un CUV **Método:** A PROPOSITO DE UN CASO: **Resultado:** Se trata de RN masculino nació a las 30 semanas de gestación con un peso de 1190 g; el puntaje de Apgar fue de 9-9-10. Ingresa con antecedentes de RPM 4 días y Observación de sepsis, con SDR inicial apoyado con CPAP, y colocación de CUV para inicio de NPT sin posibilidad de recibir LM, Se le insertó un CUV de 3,5F para la NPT el día 1, con el extremo colocado a la altura de la T8-9 en las radiografías, superpuesto sobre el hígado (Figura 1- A). Al 2do día de vida presenta desaturación y apneas, progresa con distensión abdominal y se apoya con VMI radiografía con CUA alto y CUV en T9, se retiran 1 cms, abdomen con asas distendidas con sospecha de enterocolitis IA, sin embargo, en control Radiográfico del 3er día se aprecia velamiento de área abdominal y deterioro clínico, por lo que evaluado por cirugía infantil y eco FAST, se sospecha de ascitis confirmada con paracentesis. En los análisis de laboratorio se observaron hipokalemia (2.7 mmol/l) e Hiperglicemia 219mg/dl; la gasometría, el hematocrito, las enzimas hepáticas y la proteína C-reactiva estuvieron dentro de los límites normales. En primera instancia, se sospechó de enterocolitis necrosante de rápido avance debido al intenso dolor a la palpación abdominal, la distensión observada durante el examen físico, la ausencia de gases abdominales en la radiografía y el líquido intraabdominal excedente en la ecografía, con radiografía que se observa ascitis (Figura 1- B). Mediante una incisión en el cuadrante inferior derecho, se drenaron aproximadamente 30ml de un líquido de apariencia lechosa (el aspecto típico y el análisis bioquímico coincidieron con la NPT). La distensión abdominal se resolvió y se deja un drenaje para seguimiento. Se diagnosticó extravasación intraperitoneal de la NPT desde el CUV y se le retiró el catéter. Se extrajo el drenaje a las 48hrs ya que durante el seguimiento no se observó ninguna secreción de líquido (Figura 1- C). El recién nacido permaneció estable, sin signos de septicemia ni deshidratación. Se le administraron antibióticos y líquidos complementarios por 5 días. Se inicia VO con aumento lento y progresivo sin incidentes en su alimentación. **Conclusiones:** El cateterismo venoso umbilical es el método de acceso vascular más frecuentemente usado en los cuidados intensivos neonatales. Las ventajas de este procedimiento son que facilita la obtención de muestras de sangre, la administración de NPT y de medicamentos, esto reduce el estrés y dolor causados por las punciones constantes de las venas periféricas. El extremo del catéter umbilical debe quedar sobre el diafragma, en la unión de la vena cava inferior con la aurícula derecha. Después del cateterismo, se debe controlar la posición del catéter mediante radiografías de tórax y abdomen. El extremo del CUV debe estar entre la octava y la novena vértebras torácicas o justo por encima del diafragma en la radiografía. En nuestro caso, en la radiografía se observó que el extremo del CUV estaba a la altura de la T8-9, por lo que los médicos lo consideraron adecuado en su momento; en consecuencia, no se modificó la posición del catéter antes de iniciar la nutrición parenteral. Un CUV puede permanecer colocado durante un máximo de 14 días. La NPT debe administrarse, siempre que sea posible, a través de una vía central, por ejemplo, una vía central percutánea o un CUV. La NPT también puede administrarse a través de una vena periférica, según la concentración de dextrosa y la

osmolaridad de la solución. Si la concentración de dextrosa es superior al 12,5% o la solución es hipertónica, no debe administrarse la NPT a través de una vena periférica. Se han informado muchas complicaciones, tanto sistémicas como locales, tales como laceración hepática, acumulación de líquido en el hígado, ascitis, absceso hepático, necrosis hepática y perforación de un vaso tras la colocación de un CUV por debajo del nivel adecuado. En nuestro caso actual el paciente presentó ascitis precoz al 3er día, sin alteración hemodinámica que amerite drenaje inmediato dentro de la Unidad por paracentesis dejando solo un drenaje de vigilancia, como complicación secundaria se evidencia por ecografía hematoma subcapsular hepático que fue resolviéndose en tamaño al paso de los días. La duración del uso del CUV también podría relacionarse con la aparición de complicaciones asociadas al hígado. La administración directa de NPT en el hígado podría dañar el parénquima hepático y con el tiempo, la cápsula del hígado como en este caso. Afortunadamente en nuestro caso presentado el paciente evoluciona de forma satisfactoria con alimentación enteral total a los 7 días post evento sin falla hepática ni de otros órganos asociados a esta complicación secundaria a extravasación de CUV.

M18 TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA EN UNA SERIE DE PACIENTES DE UN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL SECTOR PÚBLICO PERIODO 2019-2023. Gonzalo Díaz Berlingeri, Juan Gesuele, Gabriela Greising. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Uruguay. Email: gdiabberlingeri@gmail.com

Introducción: La toxoplasmosis congénita (TC) afecta a 1-2 cada 1000 nacidos vivos, y es causa de importantes secuelas visuales, auditivas y del neurodesarrollo. En Uruguay, el cribado de esta enfermedad es rutina durante el embarazo; sin embargo, son pocos y antiguos los datos que analizan esta estrategia. **Objetivo:** El objetivo de este trabajo es describir la prevalencia de anticuerpos anti toxoplasma en las mujeres embarazadas en el primer trimestre y la tasa de seroconversión durante el embarazo, además de describir la incidencia y la forma de presentación de neonatos con TC. **Método:** Se obtuvieron los perfiles serológicos de las embarazadas en el periodo del estudio mediante el sistema informático SIP y posteriormente se identificaron los casos mediante el listado de los fármacos utilizados para el tratamiento de la TC, cruzando los datos con los estudios serológicos realizados en el hospital. En una segunda instancia fueron analizadas las historias clínicas para certificar el diagnóstico, de manera retrospectiva, analizando caso a caso la infección, tratamiento y seguimiento. Dentro de las variables utilizadas, se encuentran edad materna, momento de diagnóstico de seroconversión, tratamiento materno, edad promedio de inicio de tratamiento del recién nacido, secuelas, entre otras. **Resultado:** Se confirmaron un total de 13 casos de TC durante el periodo estudiado, con un 0% de mortalidad. 16,2% no contaba con este screening finalizado el primer trimestre. El 45,4% de las embarazadas tenían inmunidad previa al embarazo y 53% eran sensibles. Presentaban el perfil IgM + IgG + en el primer trimestre 0,7%. La tasa de viraje serológico fue de 5,8 cada mil embarazadas. El 46% tuvieron la seroconversión durante tercer trimestre y solo 7/13 embarazadas recibieron tratamiento. La incidencia fue entre 0.37 a 0.68 cada mil nacidos vivos, con una tasa promedio de 0.5 cada mil nacidos en los 5 años analizados. El 70% de los pacientes afectados iniciaron tratamiento durante el periodo neonatal, el resto lo comenzó siendo lactantes dado diagnóstico tardío. El único efecto adverso reportado fue la neutropenia. El retraso de neurodesarrollo se destacó como parte de la afectación neurológica durante el seguimiento de los afectados. **Conclusiones:** La incidencia de toxoplasmosis congénita en nuestro medio es similar a la reportada en literatura internacional y presenta tendencia al aumento en los últimos años. El diagnóstico oportuno materno brinda la posibilidad de instaurar tratamiento en la gestante y prevenir o disminuir las secuelas neonatales de esta entidad.

M19 SECUENCIA DE PERFUSIÓN ARTERIAL REVERSA GEMELAR EN EMBARAZO MONOCORIAL: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO. Fátima Lourdes Galeano, José Bogado, Gloria Riveros, María Esther Gómez. Instituto de Previsión Social, Hospital Central Servicio de Neonatología, Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Paraguay Email: fatimagaleano02@gmail.com

Introducción: La secuencia de perfusión arterial reversa gemelar (TRAP) es una complicación poco frecuente pero grave de los embarazos monocoriales. Se caracteriza por la presencia de un gemelo acardio, con malformaciones severas de estructuras cardíacas y cefálicas, que recibe sangre por perfusión retrógrada desde el gemelo sano (“pump”) mediante anastomosis arterio-arteriales placentarias. Esto genera una sobrecarga hemodinámica que compromete la evolución fetal. Su incidencia se estima en 1 % de los embarazos monocoriales (1 por cada 35 000 gestaciones). **Objetivo:** Describir un caso clínico de secuencia TRAP diagnosticado por ecografía con doppler, analizar las implicancias clínicas del manejo y revisar brevemente los elementos diagnósticos y terapéuticos relevantes de esta entidad. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo con diseño de reporte de caso clínico. Se documentó la evolución obstétrica y neonatal de una gestante de 27 años con embarazo monocorial biamniótico, diagnosticada con secuencia TRAP. Las variables analizadas fueron: hallazgos ecográficos, edad gestacional al parto, condición neonatal y complicaciones asociadas. No se aplicaron métodos estadísticos. **Resultado:** A las 12 semanas, la ecografía mostró un feto vital y otro sin actividad cardíaca. En controles posteriores, el gemelo acardio presentó múltiples malformaciones mayores (holoprosencefalia, ascitis, hidrotórax, ausencia de cráneo). A las 28 semanas, ante riesgo de descompensación del gemelo “pump”, se indicó cesárea. El acardio nació sin signos vitales. El gemelo funcional presentó puntuación Apgar de 4/7 y requirió reanimación neonatal avanzada. **Conclusiones:** La secuencia TRAP representa una amenaza potencialmente letal para el gemelo sano. El diagnóstico precoz mediante ecografía y doppler permite planificar una intervención fetal oportuna. Un estudio retrospectivo en un centro terciario (2009–2022) informó supervivencia del 100 % tras intervención (ligadura o RFA), con procedimientos realizados sin complicaciones. El diagnóstico precoz y el enfoque intervencionista temprano con técnicas como RFA o coagulación láser intrafetal ofrecen oportunidades concretas para mejorar drásticamente las tasas de supervivencia del gemelo sano. No obstante, se requiere investigación prospectiva para optimizar los protocolos de tratamiento y evaluar los resultados a largo plazo. La falta de acceso a terapias intrauterinas limita el manejo, por lo que el seguimiento intensivo y la interrupción del embarazo en el momento adecuado son fundamentales.

M20. ASOCIACIÓN ENTRE EL GRADO DE SEVERIDAD DE ENTEROCOLITIS NECROSANTE DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE BELL MODIFICADOS Y EL INICIO DE ALIMENTACIÓN ENTERAL TEMPRANA VS TARDÍA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. Sharyam Margarita Caicedo Cabrera, Letzuryck Garcia Linas. Hospital de la Mujer. México. Email: shary542@hotmail.com

Introducción: La enterocolitis necrosante (ECN) es una de las patologías que se presentan con mayor frecuencia en los recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer. Asociada además a una gran morbilidad llegando a ser necesarias en ciertas ocasiones múltiples intervenciones quirúrgicas que pueden llevar al recién nacido al uso de forma prolonga de nutrición parenteral, infecciones asociada a su estancia en la unidad de cuidados intensivos, síndrome de intestino corto, entre muchas otras. La alimentación enteral se considera el segundo factor de riesgo para el desarrollo de enterocolitis necrosante en especial si esta se inicia de forma tardía. **Objetivo:** Conocer la asociación entre el grado de severidad de enterocolitis necrosante de acuerdo a los criterios de Bell modificados y el inicio de

alimentación enteral temprana vs tardía en recién nacidos prematuros en la unidad de cuidados intensivos neonatales en un periodo comprendido entre 01 de enero de 2022 al 30 de abril del 2024. **Método:** Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, con un muestreo no probabilístico donde se colocaron todos los expedientes de recién nacidos de menor de 37 semanas de gestación y peso al nacimiento de menos de 2500g con enterocolitis necrosante tratados en la unidad de cuidados intensivos neonatales, se analizaron los factores relacionados con el desarrollo de esta patología dando especial importancia a la alimentación enteral durante el periodo del 1 de enero de 2022 al 30 de abril de 2024. **Resultado:** Ciento treinta y tres recién nacidos prematuros fueron incluidos en este análisis. La mayoría (58%) fueron de sexo masculino y 52% de sexo femenino, la edad gestacional promedio fue de 31.1 semanas con un peso promedio al nacimiento de 1339 gr. La mayoría (92%) no recibieron leche materna y la totalidad de los RN recibieron fórmula. 70 pacientes, un poco más de la mitad (52.6%) recibieron alimentación enteral temprana, 63 pacientes (47.4%) la recibieron después de los 4 días de vida. De acuerdo a los criterios de Bell, aproximadamente el 73% de todos los recién nacidos que recibieron alimentación enteral temprana tuvieron un grado de ECN IA-IB, es decir sospecha de enterocolitis necrosante; en comparación con aproximadamente el 40% de los que recibieron alimentación enteral tardía. De igual forma, los recién nacidos que recibieron alimentación enteral temprana tuvieron menor porcentaje de enterocolitis severa IIIA-IIIB (4.3%), en comparación con aproximadamente el 10% de los que recibieron alimentación enteral tardía que presentaron enterocolitis necrosante severa. La administración de nutrición enteral temprana está asociada con una disminución estadística del 72% y del 74% de la probabilidad de presentar ECN leve y moderada, en comparación con los que recibieron nutrición enteral tardía. Se observó también, una disminución no estadística del 60% de la probabilidad de tener ECN severa en aquellos que recibieron nutrición enteral temprana en comparación con los que recibieron tardía. Estas asociaciones se mantuvieron después del ajuste por confusores como sexo, edad gestacional, peso al nacer y la administración de leche materna. Cuando el análisis se realizó categorizando a la ECN moderada y severa como una sola, la asociación protectora se mantuvo. Es decir, la administración temprana de alimentación enteral disminuyó estadísticamente en aproximadamente un 70% la probabilidad de presentar ECN leve o ECN moderada y severa. En el análisis univariado, los factores que fueron estadísticamente asociados con un menor porcentaje de ECN (leve, moderada o severa) fueron la edad gestacional de 32 a 34 semanas y de 35 a 36 semanas (cuando se compara con los RN de <32 semanas), y la administración de la nutrición enteral temprana que está asociada estadísticamente con un 75% menos probabilidad de presentar ECN leve, moderada o severa. El peso gestacional menor a 1000 gr estuvo asociado con un incremento estadístico de ECN (cuando se compara con los RN de 1500 a 2500 gr) En el análisis multivariado después de ajustar la asociación por sexo, edad gestacional, peso al nacer y administración de la leche materna, los factores que permanecieron estadísticamente asociados con ECN fueron: una edad gestacional de 32 a 34 semanas, estos tuvieron una disminución estadística de un 20% en la posibilidad de presentar ECN leve, moderada o severa cuando se compararon con los recién nacidos de menos de 32 semanas. La administración de nutrición enteral temprana estuvo estadísticamente asociada con una disminución del 71% de la posibilidad de presentar ECN leve, moderada o severa independientemente del sexo del RN, de la edad gestacional, el peso al nacimiento y la administración de leche materna, en comparación con los que recibieron una nutrición enteral tardía. **Conclusiones:** Con la evidencia analizada se pueden concluir puntos importantes como el hecho de que la implementación temprana de nutrición enteral en cualquiera de sus formas presenta una asociación baja respecto al desarrollo de enterocolitis necrosante y no únicamente esto, sino que una vez desarrollada dicha patología el grado de severidad de aquellos pacientes con

alimentación enteral temprana fue significativamente menor en comparación con aquellos que recibieron alimentación enteral tardía, en la cual el grado de severidad fue mucho mayor de acuerdo a los criterios de Bell. Es importante señalar que no se encontró una asociación entre el sexo y el grado de severidad de enterocolitis necrosante

M21. EXTRAVASACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL A PERITONEO SECUNDARIO A DESPLAZAMIENTO DE CATÉTER VENOSO UMBILICAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Andrés Marinovic Melgarejo, Yoseila Pérez Sánchez, Diana Torres Azcarate. Hospital las Higueras. Chile. Email: marinovic.ped@gmail.com

Introducción: La cateterización venosa umbilical (CVU) se ha utilizado ampliamente como acceso venoso central para proporcionar soporte nutricional en el cuidado intensivo de recién nacidos prematuros. Sin embargo, puede causar diversas complicaciones debido a un posicionamiento inadecuado. El mal posicionamiento del CVU, junto con su uso prolongado, puede provocar complicaciones en diferentes órganos, directamente asociadas a la duración de uso. A continuación, presentamos un caso de extravasación de nutrición parenteral (NPT) al espacio peritoneal en un recién nacido prematuro. Esta complicación fue resultado de la extravasación de NPT debido a una colocación inadecuada del CVU.

Objetivo: Dar a conocer una complicación grave del mal posicionamiento de los CVU. **Método:** Recién nacido de pre término 27 semanas de edad gestacional adecuado a la edad gestacional, sexo femenino. Parto vía vaginal, apgar 6 - 9 - 9. Peso de nacimiento 985 gramos. Ingres a UCI neonatal, bajo soporte ventilatorio con ventilación nasal no invasiva, con favorable evolución respiratoria inicial, se confirma diagnóstico de enfermedad de membrana hialina. **Resultado:** Al tercer día de vida presenta eventos de apnea frecuentes, que requieren intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica convencional. Con deterioro progresivo, destacando hipotensión al 5o día de vida, posterior a volemicación con suero fisiológico presenta distensión abdominal, con radiografía y ecografía abdominal que evidencian abundante cantidad de líquido libre intra abdominal. Cirujano de turno realiza drenaje peritoneal salida a abundante líquido quiloso de aspecto y análisis citoquímico posterior sugerente de extravasación de NTP. Por probable sepsis de foco abdominal 2^a a extravasación de NTP se indica tratamiento antibiótico con amikacina y cloxacilina desde su 6^o día de vida. Presenta anuria por 48 horas, en contexto de falla renal aguda mixta, con hiponatremia e hipokalemia severos, con lenta recuperación posterior. Se deja Penrose que se retira al 9^o día de vida. Presenta además HIV grado II bilateral evidenciada con ECO cerebral al 7o día de vida y convulsiones del recién nacido en tratamiento con fenobarbital y levetiracetam desde su 3er día de vida. Seguimiento ecográfico abdominal descarta lesión hepática asociada, sin alteración de función hepática posterior. Alta a los 76 días de vida, mantiene seguimiento por neurología infantil, destacando retraso severo de desarrollo psicomotor, presenta quiste de fosa posterior que requiere drenaje cistoperitoneal al año de vida. **Conclusiones:** La extravasación de nutrición parenteral al espacio peritoneal constituye una complicación grave asociada al desplazamiento de catéter venoso umbilical. Es necesario reevaluar periódicamente la posición del catéter para detectar su migración. Ante el deterioro inexplicado de un recién nacido debe buscarse en forma dirigida complicaciones asociadas al cateterismo umbilical, apoyados por radiografía abdominal en 2 proyecciones y ecografía. La pronta realización de un drenaje peritoneal de emergencia puede disminuir la morbimortalidad asociada a esta complicación.

M22. INFECCIÓN NEONATAL DE INICIO TARDÍO EN TRES SITIOS CENTINELAS DEL OCCIDENTE DE CUBA.

Tania Roig Alvarez, Dianelys Quiñones Pérez, Elizabeth de la Caridad López González, Ana María Santisteban Portas, Ivette Varona Capiro, Yamila Salgado Caraballo. Centro de Investigaciones Clínicas, La Habana, Cuba. Email: tania.roig.tr@gmail.com

Introducción: A pesar de los avances en la terapia antibiótica, de las medidas de soporte y del conocimiento de los factores de riesgo infeccioso; la sepsis continúa siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad en las unidades neonatales, sobre todo en los países en vías de desarrollo. En Cuba, los estudios sobre el comportamiento de la infección neonatal de inicio tardío son puntuales y poco socializados. **Objetivo:** Describir el comportamiento de la infección neonatal de inicio tardío en tres servicios de neonatología del occidente del país. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo transversal de mayo del 2023 a diciembre del 2024, en el cual se incluyeron 80 eventos de sospecha de sepsis clínica de inicio tardío, en 71 pacientes; en dos servicios de neonatología de la Habana y uno de Pinar del Río. Se analizaron en estos el diagnóstico definitivo, agente causal, algunos factores de riesgo perinatales y postnatales y la letalidad. Para el análisis de los datos se utilizaron medidas descriptivas de resumen y frecuencias absolutas y relativas. **Resultado:** Fueron considerados infección de inicio tardío el 92,5% de los eventos estudiados (74/80); 59 neonatos tuvieron un episodio de infección, seis dos y uno tres. Predominaron los diagnósticos de sepsis/meningitis del < 1500 gramos (25,7%), sepsis clínica (23%) e infección del torrente sanguíneo asociado a catéteres (16,2%); en el caso de la categoría sepsis/meningitis del < 1500 gramos un solo paciente tuvo infección del sistema nervioso central. Se determinó el agente causal en el 56,8 % de los eventos (42/74). Predominaron los microorganismos gram negativos (73,8%) y dentro de este grupo los géneros *Serratia* sp. y *Klebsiella* sp. fueron los más frecuentes; 38% y 34%, respectivamente. La mayoría de los pacientes con infección tardía pesaron al nacer entre 1000 y 1499 gramos, tuvieron una edad gestacional entre 28 y 31,6 semanas y una valoración nutricional entre el 10 y el 90 percentil (39,4%, 40,9% y 59,1%; respectivamente). Previo al evento infeccioso el 82,4% tuvo al menos un catéter vascular profundo, el 74,3% algún esquema de antibiótico y el 66,2% nutrición parenteral. La letalidad relacionada directamente con el proceso infeccioso fue de 7,6%. **Conclusiones:** Predominan las infecciones a microorganismos gram negativos, las de mayor desafío dada la capacidad que tienen esos agentes de desarrollar resistencia a antimicrobianos de elección y a la limitación de alternativas terapéuticas en los países de bajos recursos. La vulnerabilidad es mayor para los de menor peso y menor edad gestacional que se atienden en estas unidades.

M23. EL USO DE ERITROPOYETINA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS MENORES DE 34 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL COMO REDUCTOR EN EL NÚMERO DE TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS EN LA UCIN DEL HOSPITAL ISSSTE REGIONAL

MONTERREY. Alondra Estefany Zapata de la Cruz, María de Jesús Martínez Rodríguez. Universidad de Monterrey. México. Email: alondra.zapata@udem.edu

Introducción: La «anemia» del «prematuro» integra un abordaje exhaustivo ya que puede comprometer la «vida» del mismo, es por eso que en la actualidad se ha visto la necesidad de disminuir su «prevalencia» con la disminución de «toma de muestras», uso de agentes estimulantes de la «eritropoyesis», así como proveer «seguridad» ante la «administración» de componentes eritrocitarios.

Objetivo: Identificar si el uso de «eritropoyetina» en «recién nacidos prematuros» disminuye el uso de transfusiones. **Método:** Se estudió a «recién nacidos prematuros» de la UCIN con uso de EPO y el número de transfusiones sanguíneas que requirieron durante su estancia hospitalaria. Se realizó un muestreo no probabilístico con diferencia de proporciones de los recién nacidos prematuros menores de 34 semanas de edad gestacional ingresados a la unidad de cuidados intensivos neonatales del 01 de marzo al 15 de diciembre de 2024. Obteniéndose como resultado con un nivel de confianza del 95% con un poder estadístico del 80% y ajuste de pérdida del 5% , quedando 19 sujetos por grupo.

Resultado: Se analizaron 28 pacientes, los cuales fueron considerados en razón 1:1 en manejo con y sin eritropoyetina. La edad promedio fue de 32 SDG con una vida extrauterina de 19 días. Se busco analizar el impacto de la eritropoyetina en la transfusiones, flebotomías, días de hospitalización y diferencia entre hematocrito al nacimiento y al egreso. **Conclusiones:** El uso de eritropoyetina en recién nacidos prematuros menores de 34 semanas de edad gestacional no disminuye el número de transfusiones y por contrario, incrementa el número de hospitalización, como el número de flebotomías. Mediante la prueba de T de Student encontramos que al comparar no fue significativa la diferencia entre el número de transfusiones($p=0.332$). Sin embargo, en pacientes con eritropoyetina si se encontró un aumento significativo en el número de flebotomías ($p=0.0197$). Los días de hospitalización tampoco fueron afectados por el uso de este fármaco ($p=0.070$). Por otro lado un análisis mediante la misma prueba comparando el hematocrito de cada grupo concluyo que en ambos hay una disminución del mismo comparado con el nacimiento ($p=0.0355$) sin embargo, esta diferencia es más significativa en pacientes con eritropoyetina ($p=0.0002$). Al comparar ambos grupos nos encontramos con que no hay una diferencia significativa. ($p=0.317$)

M24. HIPERINSULINISMO CONGÉNITO POR VARIACIÓN EN EL GEN ABCC8: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN EL MANEJO DE LA HIPOGLICEMIA NEONATAL PERSISTENTE. Leidy Yolima Alfaro Anganoy, Claudia Ximena Valencia Sandoval, Liliana María Mejía Zapata. Fundación Valle del Lili. Colombia. Email: leidyolima@unicauca.edu.co

Introducción: El hiperinsulinismo congénito (HIC), es la principal causa de hipoglicemia grave y persistente en la etapa neonatal, por secreción inadecuada de insulina causada por una alteración genética en el receptor de sulfonilurea (SUR) en la célula beta pancreática. Su incidencia es de 1/50.000 nacidos vivos. Se reporta el caso de un recién nacido macrosómico, quien presenta hipoglicemia severa, refractaria al tratamiento. Requirió flujos metabólicos mayores a 12mg/kg/min octeotride, diazoxido y pancreatectomía subtotal, confirmándose Nesidioblastosis difusa. El estudio genético revelo dos variantes probablemente patogénicas en el gen ABCC8, confirmando hiperinsulinismo congénito. **Objetivo:** Describir el caso clínico de un paciente con HIC y la importancia del diagnóstico y manejo oportuno. **Método:** Reporte de caso, revisión retrospectiva de la historia clínica de un neonato con Hiperinsulinismo congénito de difícil control. **Resultado:** Masculino 38 semanas grande para la edad gestacional, hijo de padres no consanguíneos; peso al nacer 4720 gramos($>p97$), talla: 53 cm($p>90$), con control de glucemia a las 6 horas de vida en 39 mg/dl, toman muestra crítica, obteniendo resultado de cortisol 9.23 ug/dl (vn5-25 ug/dl), insulina 125 Uu/ml (vn<1 Uu/ml) relación insulina/ glucosa de 3,3 (vn>0,3), con requerimiento de dextrosados con flujo metabólico alto >12 mg/kg/min, refractario al manejo, por lo cual requirió altas dosis de diazóxido, octreotide e hidrocortisona, sin obtener resultados, por lo que fue llevado a pancreatectomía subtotal con reporte patología de Nesidioblastosis difusa, se obtiene reporte de estudio genético en la que se detectaron dos variantes probablemente patogénicas relacionadas al fenotipo del paciente con alteraciones en el gen ABCC8 variante 4387dup, p. Val1463GlyfsTerS1 y la variante 398C>G, p.Pro133Arg. **Conclusiones:** Paciente con HIC de muy difícil control, se halla una condición heterocigota, resistente a manejo con diazóxido con posterior pancreatectomía subtotal. El canal de potasio sensible a ATP (KATP) en las células beta pancreáticas, juega un papel crucial en la secreción de insulina, está compuesto por dos proteínas: SUR1 (codificada por el gen ABCC8) y Kir6.2 (codificada por el gen KCNJ11), claves en la liberación de la insulina por la célula beta pancreática. Se han reportado más de 150 mutaciones en gen ABCC8 Y 25 en KCNJ11. Se caracteriza clínicamente por persistencia de hipoglucemias en etapa neonatal de difícil control.

Requiriendo manejo con flujos metabólicos altos, diazóxido y/o octreotide e incluso pancreatectomía subtotal para su control. En el paciente se evidencian 2 variantes patogénicas en el gen ABCC8 que codifica para el canal de Sulfonilureas, variantes 4387dup, p. Val1463GlyfsTerS1 y la variante 398C>G, p.Pro133Arg. En Colombia se ha reportado el HIC, sin embargo, en la literatura nacional revisada, no se encontró la descripción de la mutación que lleva a la enfermedad. La importancia de este reporte es concientizar sobre la patología para dar manejo adecuado evitar morbimortalidad neonatal y conocer las alteraciones genéticas que se presentan en nuestra población y con base en ello, dar un manejo dirigido y consejería genética a los padres.

M25. USO PROFILÁCTICO DE FLUCONAZOL EN NEONATOS (REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA). Boris Leonel. Hospital Vithas. Esp. Email: borisleonelp@gmail.com

Introducción: En las últimas décadas, el aumento de las infecciones por *Candida* spp. ha ido en aumento, especialmente entre los neonatos, más específicamente en los niños con muy bajo peso al nacer (MBPN) y extremadamente bajo peso al nacer (EBPN) por múltiples causas. Se estima que afecta al 10 % de los neonatos de muy bajo peso al nacer y hasta un 15 % de los neonatos de extremo bajo peso al nacer, siendo *Candida albicans* el microorganismo más comúnmente aislado. **Objetivo:** Analizar la evidencia científica publicada en los últimos 10 años sobre el uso profiláctico de fluconazol en neonatos, especialmente en aquellos con muy bajo peso al nacer (MBPN) y extremadamente bajo peso al nacer (EBPN), en la prevención de infecciones fúngicas invasivas (IFI). Identificar los factores de riesgo asociados a la candidemia y a la infección micótica invasiva en la población neonatal. Evaluar la eficacia del fluconazol profiláctico en la reducción de la incidencia de colonización e infección por especies de *Candida* en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). **Método:** Para esta revisión bibliográfica se realizó una búsqueda de artículos médicos relacionados con la profilaxis en neonatología para la candidiasis por medio de PUBMED y COCHRANE con la consigna de búsqueda (neonates) AND (prophylaxis fluconazole) NOT (sepsis) con margen de búsqueda desde el año 2014 al 2024, intentando resumir los últimos avances en este campo de los últimos 10 años. Esta búsqueda nos arrojó 17 artículos originales, de los cuales 12 fueron seleccionados para esta revisión por poseer el mismo tema de interés. **Resultado:** La literatura revisada muestra evidencia consistente de que el uso profiláctico de fluconazol, en dosis de 3 a 6 mg/kg dos veces por semana, reduce significativamente la incidencia de infecciones fúngicas invasivas en neonatos MBPN y EBPN, especialmente en UCIN con alta incidencia de *Cándida*. La mayoría de estudios no evidencian un beneficio claro en la supervivencia global, aunque sí en la reducción de la mortalidad atribuible a IFI en ciertos contextos de alto riesgo. El uso de fluconazol disminuye la colonización por *Candida* spp. en múltiples localizaciones anatómicas, lo que puede contribuir a la reducción de la infección sistémica. Los efectos adversos más comunes son leves y transitorios, principalmente alteraciones gastrointestinales y elevación de enzimas hepáticas; sin embargo, existe preocupación por el desarrollo de resistencia antifúngica (particularmente en *C. parapsilosis*) y por la falta de datos sólidos sobre efectos a largo plazo en el neurodesarrollo. Las guías internacionales (IDSA, ESCMID) recomiendan el uso profiláctico de fluconazol únicamente en neonatos de alto riesgo y en UCIN con elevada tasa de IFI, priorizando además medidas de control de infecciones y reducción de factores de riesgo modificables. Alternativas como nistatina han mostrado efectividad en la prevención de IFI, aunque su impacto en la mortalidad no es significativo; se propone su uso cuando haya resistencia a fluconazol o limitaciones en su disponibilidad. El análisis conjunto de revisiones y metaanálisis refuerza la necesidad de protocolos individualizados basados en el riesgo, para evitar el uso indiscriminado y preservar la eficacia del fármaco. **Conclusiones:** Prevención y

Tratamiento de Infecciones por Candida en Neonatos Prematuros: *Resumen de Revisiones*

Estrategias Generales de Prevención y Tratamiento: • Control riguroso de infecciones en la unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU) • Manejo adecuado de catéteres venosos centrales. • Uso racional de antibióticos de amplio espectro. • Evaluación y minimización de factores de riesgo modificables. *Profilaxis Antifúngica:* • Fluconazol: 1. Efectividad en dosis de 3, 4 o 6 mg/kg dos veces por semana. 2. Reducción significativa en la incidencia de candidiasis invasiva. 3. Consideraciones sobre toxicidad, resistencia y efectos adversos a largo plazo. • Otras opciones: 1. Nistatina como alternativa segura y efectiva. *Enfoques de Profilaxis Personalizada:* • Identificación de neonatos de muy bajo peso al nacer con acceso vascular central como grupo de alto riesgo. • Limitación de la profilaxis a neonatos con exposición prolongada a antibióticos u otros factores de riesgo específicos. • Protocolos de profilaxis basados en el riesgo para reducir la incidencia de candidiasis invasiva. **Evidencia de Estudios y Revisiones:** • Resultados positivos en la reducción de infecciones fúngicas invasivas con el uso de fluconazol profiláctico. • Preocupaciones sobre resistencia a antifúngicos y efectos secundarios. • Necesidad de más investigación sobre seguridad a largo plazo y resistencia

M26. MALFORMACIÓN ADENOMATOIDEA QUÍSTICA CONGÉNITA EN RECIÉN NACIDO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. Carlos Ángel García Cárdenas, Nora Selene Martínez Félix, Cabanillas Ayón Marisol, Estrella Gisselle López Rios, Xitlali Hazel Pérez García. Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud (CIDOCS) del Hospital Civil de Culiacán (HCC). México. Email: Cagc00@hotmail.com

Introducción: La malformación adenomatoidea quística congénita (MAQC), o malformación congénita de la vía aérea pulmonar, es la anomalía pulmonar congénita más frecuente, representando hasta el 95% de las malformaciones quísticas pulmonares. Se caracteriza por quistes no funcionales derivados de bronquiolos terminales y su diagnóstico puede realizarse en la etapa prenatal mediante ultrasonido o posnatalmente por hallazgos clínicos o radiológicos. El tratamiento suele ser quirúrgico, incluso en pacientes asintomáticos, debido al riesgo de infección, neumotórax o de transformación a una neoplasia maligna. **Objetivo:** Presentar el caso de un recién nacido con diagnóstico de MAQC tipo 1 y revisar la literatura actual sobre esta patología. **Método:** Reporte de caso y revisión bibliográfica. Se documenta su evolución clínica, los hallazgos imagenológicos y el manejo quirúrgico de un recién nacido con MAQC tipo 1, complementando con búsqueda bibliográfica en bases de datos como PubMed, SciELO y Google Scholar. **Resultado:** Se presenta RN masculino de 37 SDG, con dificultad respiratoria severa, neumotórax y diagnóstico tomográfico de múltiples quistes bilaterales predominantes en lóbulo inferior izquierdo. Se realizó lobectomía izquierda al día 13 de vida. El posoperatorio se complicó con fuga aérea persistente, VM prolongada y hemorragia pulmonar con paro cardiorrespiratorio, con recuperación posterior exitosa. La tomografía y la evolución clínica fueron compatibles con MAQC tipo 1. La revisión de literatura señala mejor pronóstico con diagnóstico prenatal y resección electiva, así como la necesidad de seguimiento prolongado por riesgo, aunque bajo, de malignización. **Conclusiones:** La MAQC puede presentarse con compromiso respiratorio grave desde el nacimiento. El diagnóstico prenatal optimiza la planificación quirúrgica y mejora resultados. Incluso en pacientes asintomáticos, la resección electiva es recomendable para prevenir complicaciones y permitir diagnóstico histológico definitivo.

M27. USO EMPÍRICO DE ANTIBIÓTICOS EN RECIÉN NACIDOS CON SOSPECHA DE SEPSIS NEONATAL TEMPRANA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. Carlos Ángel García Cárdenas. Nora Selene Martínez Félix, Cabanillas Ayón Marisol, Estrella Gisselle López Ríos, Xitlali Hazel Pérez García. Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud (CIDOCS) del Hospital Civil de Culiacán (HCC). México. Email: cagc00@hotmail.com

Introducción: La sepsis neonatal temprana (SNT) es una infección bacteriana sistémica en las primeras 72 h de vida y una causa importante de morbilidad neonatal. La inespecificidad de la clínica y la baja sensibilidad de las pruebas microbiológicas favorecen el inicio empírico de antibióticos sin confirmación. Factores como ruptura prolongada de membranas, fiebre, corioamnionitis, infección urinaria o cervicovaginitis incrementan el riesgo. El uso injustificado de antimicrobianos se asocia a disbiosis, resistencia bacteriana, mayor estancia hospitalaria y separación madre-hijo. Las Guías del CENETEC y la SIBEN recomiendan integrar clínica, factores de riesgo y biomarcadores para optimizar el manejo. **Objetivo:** Describir el uso empírico de antibióticos en RN ≥ 34 SDG con sospecha de SNT, considerando factores de riesgo perinatales, biomarcadores y hemocultivos. **Método:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa, México, revisando expedientes de RN hospitalizados por sospecha de SNT entre enero 2011 y diciembre 2020. Se incluyeron RN ≥ 34 SDG con determinación de proteína C reactiva (PCR) y procalcitonina (PCT), y registro clínico completo. Se analizaron factores de riesgo perinatales, resultados de biomarcadores y hemocultivos, y la duración de antibióticos (si es que lo recibieron durante su estancia intrahospitalaria). En un subgrupo con PCT negativa se evaluaron también signos clínicos y criterios de respuesta inflamatoria sistémica (RIS). Como parte de la evaluación demográfica se incluyeron variables como sexo, peso y edad gestacional al momento del nacimiento. El análisis se realizó con frecuencias absolutas y relativas. **Resultado:** Se evaluaron 593 RN; 67.6% presentaron ≥ 1 factor de riesgo, predominando infección urinaria materna (53.6%) y cervicovaginitis (43.6%). Otros factores clásicos como fiebre materna (10.5%), ruptura prolongada de membranas (6.5%) y corioamnionitis (4.0%) fueron menos frecuentes. El 99.8% recibió antibióticos, pero solo el 3% tuvo hemocultivo positivo (19 aislamientos, incluyendo uno con coinfección). La PCT mostró sensibilidad y valor predictivo negativo del 100%, con especificidad del 27.3%; la PCR tuvo una sensibilidad del 33.3% y una especificidad del 74.4%. En el subgrupo con PCT negativa (n=157), el 51.6% no presentó clínica compatible y 57 RN (9.6% de la muestra total) fueron tratados sin clínica, PCR positiva ni aislamiento bacteriano, iniciando su manejo solamente por la presencia de alguno de los factores de riesgo encontrados en la muestra. El esquema empírico estándar (ampicilina + aminoglucósido o ampicilina + cefalosporina de 3ª generación) se utilizó en el 93.7% y el 82.4% recibió tratamiento por >3 días, incluso en ausencia de criterios clínicos o microbiológicos. **Conclusiones:** Existe una discrepancia significativa entre la indicación de antibióticos y la evidencia clínica o microbiológica en RN con sospecha de SNT. La integración sistemática de biomarcadores como la PCT, los factores de riesgo y la evaluación clínica, conforme a las guías del CENETEC y de la SIBEN, es fundamental para optimizar el uso de antibióticos, reducir la exposición innecesaria y sus consecuencias adversas, mejorar la calidad de la atención médica y racionalizar recursos en neonatología, así como también el no interrumpir la relación madre-hijo y el consecuente retraso en el inicio de la lactancia materna.

M28. UTILIDAD DEL ÍNDICE DE RESISTENCIA (IR) DE LA ARTERIA CEREBRAL ANTERIOR (ACA) A LAS 24 HORAS DE VIDA COMO PREDICTOR DE HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR (HIV) EN NEONATOS PREMATUROS ≤ 32 SEMANAS. Mario Sergio Zuta Rojas, Juanita Lisset Ríos Olivos, Oscar Augusto

Eguiluz Loaiza. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Peru. Email: mzuta.92@gmail.com

Introducción: La unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) enfrenta un desafío importante en el manejo de los neonatos prematuros debido a la vulnerabilidad y las complicaciones neurológicas que pueden presentarse. La autoregulación cerebral es inmadura y deficiente en los neonatos prematuros, lo que los predispone a lesiones cerebrales como la hemorragia intraventricular. La implementación del Ultrasonido transfontanelar doppler ha demostrado ser relevante para la evaluación del flujo sanguíneo cerebral. Este estudio, ofrece una forma no invasiva y precisa, a través del índice de resistencia de la arteria cerebral anterior en las primeras 24 horas, estimar la hemodinamia cerebral de los prematuros.

Objetivo: Evaluar la utilidad del índice de resistencia (IR) de la arteria cerebral anterior (ACA) a las 24 h de vida como predictor de hemorragia intraventricular (HIV) en neonatos prematuros ≤ 32 semanas.

Método: Estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo en neonatos prematuros hospitalizados en UCIN durante 2024. Se incluyeron < 37 semanas con medición del índice de resistencia de la arteria cerebral anterior por Doppler transfontanelar entre las 48–72 h y seguimiento para HIV. Se excluyeron malformaciones cerebrales, cromosomopatías, patologías neurológicas previas e infecciones graves. Se aplicaron análisis descriptivo, comparativo, regresión logística y curva ROC.

Resultado: Se analizaron 297 neonatos; 21 (7,1%) presentaron HIV, con incidencia de 22,5% en ≤ 32 semanas (n=89). Valores bajos de índice de resistencia de la arteria cerebral anterior se asociaron significativamente con HIV, tanto en ACA derecha (OR 2,43; IC95%: 1,60–3,69; $p < 0,001$) como izquierda (OR 2,35; IC95%: 1,11–4,95; $p = 0,001$), ajustado por edad gestacional y peso. Cada semana adicional de gestación redujo 28% el riesgo ($p = 0,03$). Factores clínicos asociados incluyeron sexo masculino ($p = 0,013$), uso de surfactante, ventilación mecánica, hemoderivados y ductus arterioso persistente (todos $p < 0,001$). El peso al nacer no mostró asociación significativa. El grado III fue el más frecuente (10,1%) y la mortalidad en HIV alcanzó 55,6%. La curva ROC global mostró AUC de 0,0503, posiblemente influida por la heterogeneidad poblacional; sin embargo, en el subgrupo ≤ 32 semanas con IR muy bajo, la asociación fue consistente y clínicamente relevante.

Conclusiones: El índice de resistencia de la arteria cerebral anterior a las 24 h, pese a la baja capacidad discriminativa global, presenta una asociación estadística sólida con HIV en prematuros ≤ 32 semanas, lo que respalda su valor como marcador temprano en subgrupos de muy alto riesgo. La edad gestacional protege, mientras que factores clínicos críticos aumentan la vulnerabilidad. La elevada mortalidad observada subraya la necesidad de integrar la medición del índice de resistencia de la arteria cerebral anterior en protocolos de monitorización cerebral precoz en UCIN para optimizar intervenciones y pronóstico neurológico.

M29. ANILLOS VASCULARES EN NEONATOS: CARACTERÍSTICAS Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS. Jared Emil Oliván Rosas, Luis Gerardo Martínez Valades; Itzamary Elizabeth Peña Álvarez, Theo Yasser Contreras Alvarado. Hospital de Ginecología y Obstetricia de Monterrey. México. Email: jaredolivan@hotmail.com

Introducción: Los anillos vasculares son alteraciones congénitas o variantes anatómicas del arco aórtico que pueden ejercer presión sobre la tráquea, el esófago o ambos, provocando problemas respiratorios o dificultades para tragar. Su frecuencia es baja, ya que constituyen menos del 1% de las malformaciones vasculares congénitas. Se observan con mayor frecuencia en el sexo masculino y, por lo general, se presentan como anomalías aisladas. Dado que el diagnóstico de estas malformaciones requiere un alto grado de sospecha clínica, el propósito de presentar este caso clínico de un recién nacido, es hacer una revisión sobre los anillos vasculares completos identificados, así como las manifestaciones clínicas.

Objetivo: Identificar las características clínicas asociadas con más frecuencia

a los anillos vasculares en el recién nacido. Valorar diagnóstico temprano de patología. **Método:** Reporte de caso de paciente femenino pretérmino de 38 semanas de gestación por cesárea; se reporta de manera prenatal a las semanas 26.4 SDG como cardiopatía probable: arco aórtico derecho vs doble arco aórtico. Al momento de nacimiento sin eventualidades solo recibiendo pasos iniciales con posterior adecuada transición por lo que se decide pasar a alojamiento conjunto, durante su estancia en el cunero presenta evento de cianosis generalizada con pérdida del tono, se adjudica a presencia de abundantes de secreciones después de alimentación, al notar desaturación persistente se decide su ingreso a UCIN par abordaje. **Resultado:** Se realiza ecocardiograma que reporta ARCO AÓRTICO A LA DERECHA Y SUBCLAVIA IZQUIERDA ABERRANTE CON ANILLO VASCULAR COMPLETO TRAQUEOESOFÁGICO, por lo que se da manejo conjunto con Neumología y Gastroenterología. Se interconsulta con el servicio de gastroenterología y neumología quienes deciden la realización de esofagograma que reporta zona de estenosis extrínseca de aproximadamente el 30% a nivel del tercio medio del esófago secundario a anillo vascular traqueoesofágico. Además, se realiza angioTAC que reporta arco aórtico a la derecha con divertículo de Kommerell y arteria subclavia izquierda aberrante, el cual forma anillo vascular completo traqueoesofágico. Durante su estancia se vigila adecuada alimentación primero por medio de sonda orogástrica para progresar posteriormente a succión con monitorización continua, no presenta eventos de aspiración posterior a la alimentación por lo que al tener adecuada evolución con estudios complementarios sin eventualidades se decide egreso para dar seguimiento por la consulta externa. **Conclusiones:** Los anillos vasculares, aunque raros, deben sospecharse ante síntomas respiratorios o digestivos en neonatos. Su diagnóstico oportuno mediante estudios de imagen permite un manejo multidisciplinario efectivo, como se demuestra en este caso de anillo vascular completo traqueo esofágico con evolución clínica favorable.

M30. ULTRASONIDO PULMONAR EN PREMATUROS CON DIFICULTAD RESPIRATORIA. SERIE DE CASOS.

Jorge Alexis Pérez González, Osmany Martínez Lemus. Hospital Iván Portuondo. Cuba. Email: jorgeperez@infomed.sld.cu

Introducción: El síndrome de dificultad respiratoria en los recién nacidos constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad y representa entre el 30 % - 40 % de las causas de ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales a nivel mundial. Dentro de la etiología de este síndrome, las causas pulmonares constituyen el grupo más frecuente y habitualmente el diagnóstico de imagen se realiza mediante una radiografía de tórax. En las últimas décadas el ultrasonido pulmonar al pie de la cama es la herramienta diagnóstica más empleada en muchas unidades neonatales, con ventajas para el recién nacido al ser un procedimiento no invasivo, que no emite radiaciones al paciente. **Objetivo:** Exponer los resultados tras la implementación del ultrasonido pulmonar como herramienta diagnóstica inicial en prematuros con dificultad respiratoria. **Método:** Estudio observacional, descriptivo, longitudinal, de serie de casos, en el Hospital General Docente "Iván Portuondo" de Artemisa, Cuba, durante el periodo (2022-2024). El universo de estudio se conformó por los recién nacidos pretérminos con síndrome de dificultad respiratoria y la muestra por todos los pretérminos a los cuales se les realizó ultrasonido pulmonar en las primeras dos horas de vida y siempre previo a la administración del surfactante pulmonar o de la asistencia ventilatoria. Para realizar el ultrasonido se empleó un Ultrasound Equipment TOSHIBA Model SSA-320A y transductor PLG-805S de 8MHz. Se exploraron tres zonas en cada pulmón (anterosuperior, anteroinferior y lateral) y se le asignó una puntuación de 0 puntos (presencia de líneas A o menos de tres líneas B por espacio intercostal), 1 punto (tres o más líneas B por espacio intercostal que ocupen menos del 50 % del área

de escaneo), 2 puntos (líneas B compactas y coalescentes que ocupan más del 50 % del área de escaneo y originan un pulmón blanco), 3 puntos (consolidaciones pulmonares extendidas), para una puntuación total entre 0-18 puntos. Se analizaron variables de control (corticoides antenatales, edad gestacional, peso, vía de nacimiento, sexo, puntuación de Silverman-Anderson, necesidad de surfactante pulmonar, valor de pH, PaO₂, PaCO₂, relación PaO₂/FiO₂) y variables de ultrasonido pulmonar (puntuación ultrasonográfica pre-surfactante pulmonar y seis horas después de la instilación). Se realizaron análisis descriptivos y tablas de frecuencia por variables, para evaluar la correlación se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman (rho). Se consideró diferencias significativas cuando el valor de $p < 0,05$. El diseño y conducción de la investigación se realizó según los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y la investigación fue aprobada por el comité de ética en la investigación del centro. **Resultado:** Se incluyeron 58 recién nacidos, con edad gestacional media de 31,5 semanas y peso de 1461 gramos, en los que prevaleció el sexo masculino (62,1 %), nacimientos por cesárea (67,2 %), puntuación de Silverman-Anderson entre 1-3 puntos (50,0 %) y el 69,0 % de los pacientes había recibido corticoides antenatales. El diagnóstico más frecuente fue el distrés respiratorio del prematuro (74,1 %) y la taquipnea transitoria (22,4 %). El 67,2 % del total de pacientes (39/58) requirió terapia con surfactante pulmonar y de ellos, el 97,4 % tenía una puntuación de ultrasonido pulmonar mayor o igual a 8 puntos. La puntuación media pre-surfactante fue 11 puntos y pos-surfactante 3 puntos. Como predictor de la necesidad de surfactante pulmonar, con un punto de corte en 8 puntos, se obtuvo una sensibilidad de 97,4 % (86,8 % - 99,5 %) y especificidad de 78,9 % (56,7 % - 91,5 %), con valor predictivo positivo (VPP) de 90,5 % y valor predictivo negativo (VPN) de 83,8 % (índice de Youden 0,8). Se encontró una correlación negativa moderada estadísticamente significativa entre puntuación ultrasonográfica pre-surfactante y valor de PaO₂ ($\rho = -0,4788$; $p = 0,0001$) y PaO₂/FiO₂ ($\rho = -0,6391$; $p = 0,0010$). En relación a la correlación puntuación pre-surfactante con el valor de pH se obtuvo una correlación negativa baja ($\rho = -0,3546$; $p = 0,0063$) y con el valor de PaCO₂ una correlación positiva ($\rho = 0,2735$; $p = 0,0378$), también con diferencias estadísticas significativas. **Conclusiones:** El ultrasonido pulmonar constituyó una herramienta eficaz para el diagnóstico de las afecciones respiratorias y una puntuación de ultrasonido pulmonar con un punto de corte en 8 puntos mostró alta sensibilidad para predecir la necesidad de surfactante pulmonar.

M31. ENCEFALOPATÍA POR HIPERBILIRRUBINEMIA CON CONVULSIÓN. A PROPOSITO DE UN CASO EN HOSPITAL LAS HIGUERAS. CHILE. Yoseila Perez Sanchez, Juan Fasce Casanueva. Hospital Las Higueras. Talcahuano. Chile. Email: drayoseilaperez@gmail.com

Introducción: La hiperbilirrubinemia neonatal es un hallazgo común en recién nacidos, pero su progresión a niveles extremadamente altos de bilirrubina indirecta no conjugada puede ser neurotóxica. Cuando la bilirrubina indirecta cruza la barrera hematoencefálica y se deposita en los ganglios basales, el hipocampo, el cerebelo y otros núcleos cerebrales, puede causar encefalopatía bilirrubínica aguda (EBA), una condición grave que, si no se trata a tiempo, puede evolucionar a kernicterus (encefalopatía bilirrubínica crónica), con secuelas neurológicas permanentes. **Objetivo:** Los signos clínicos de EBA varían según la fase de la intoxicación. Inicialmente, el recién nacido puede presentar letargo, hipotonía y succión débil. En etapas intermedias, pueden aparecer irritabilidad, opistótonos, fiebre y llanto agudo. La fase avanzada se caracteriza por estupor profundo o coma, convulsiones, apnea y muerte. La detección temprana y el manejo agresivo de la hiperbilirrubinemia son cruciales para prevenir estas complicaciones devastadoras. En nuestro centro usamos la medición de la Escala de BIND. *Neurología

neonatal de un vistazo. Alfredo García-Alix-Juan Arnáez. Pag 174-176. Graduación de Encefalopatía Aguda por bilirrubina (BIND SCORE) **Método:** Presentación del Caso Clínico: Se trata de RN 38 sem AEG. Obtenido por CESAREA para esterilización, Madre ORH+ Y DEL RN ORH+ TCD (-), es dado de alta a las 48hrs de vida sin eventualidad, se alimenta solo con LME, madre acude a urgencias al 3er día de vida ya que lo notaba un poco irritable y no quería comer muy bien y no había tenido deposiciones en 2 días, en urgencias se realiza exámenes generales con HGT 35mg y le colocan bolo de sol glucosada y llama la atención Na+ elevado 163, k 5.1 Cl 128, con Bilirrubina total 36.72 a expensa de la Bilirrubina Indirecta 35.28, por lo que requiere cupo UCI para exanguinotransfusión y manejo. Examen ingreso: Fontanelas levemente deprimidas, irritable, decaído. Se aplica score de BIND para graduación de encefalopatía por bilirrubina (EAB) con puntaje de 4-6 moderada PIEL: deshidratada, saliva escasa, Ictericia hasta muslos, mucosas y escleras ictéricas. Este caso ilustra un escenario crítico de hiperbilirrubinemia neonatal que progresó a encefalopatía aguda, manifestada por letargo, hipotonía y, crucialmente, una convulsión. La presencia de convulsiones es un signo de alarma mayor que indica una encefalopatía bilirrubínica en fase avanzada y requiere una intervención de emergencia. La bilirrubina total sérica de 35.28 mg/dL en un recién nacido de 72 horas de vida, incluso sin la convulsión, ya se encontraba en un rango que exige exanguinotransfusión según las guías actuales de la Academia Americana de Pediatría (AAP) para prevenir el kernicterus. El Coombs directo negativo SIN incompatibilidad de grupo sanguíneo (madre O+, bebé O+) es un hallazgo importante. Otros marcadores, como un aumento de reticulocitos, podrían haber sugerido una hemólisis, aunque en este caso NO estaban elevados. La ausencia de otras causas evidentes de hemólisis significativa o colestasis (bilirrubina directa normal) refuerza la sospecha de una hiperbilirrubinemia por producción excesiva de bilirrubina o un déficit en su conjugación y excreción. El manejo inmediato de este paciente incluyó: Manejo de la convulsión, Fototerapia intensiva de emergencia, Preparación para exanguinotransfusión. Se realizó tan pronto como fue posible, intercambiando dos volúmenes de sangre. Este paciente requerirá un seguimiento neurológico a largo plazo para evaluar posibles secuelas como parálisis cerebral, sordera o retraso en el desarrollo. Sin embargo, con RMN cerebral al mes del evento normal. Se mantiene en evaluación y seguimiento en nuestro servicio. **Conclusiones** •La educación parental sobre signos de alarma de ictericia es crucial. •El seguimiento temprano post-alta es fundamental, especialmente en neonatos con factores de riesgo. •A pesar de las guías actuales, la EBA y el kernicterus siguen siendo amenazas reales. •Las convulsiones en neonatos con ictericia deben alertar sobre una encefalopatía bilirrubínica avanzada, requiriendo intervención inmediata (fototerapia intensiva y exanguinotransfusión).

M32.TENDENCIA DE LA SÍFILIS CONGÉNITA EN UN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE PARAGUAY: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE CINCO AÑOS (2019-2023). Ilsa Carolina Britez Martinez, Patricia Mujica, Iván Allende, Gloria Verón, Leticia Gini, Rodrigo Valdez. Hospital General de Barrio Obrero, Servicio de Neonatología. Paraguay. Email: carobritez74@hotmail.com

Introducción: La sífilis congénita representa un problema de salud pública persistente y grave en Paraguay. Un estudio realizado entre 2006 y 2007 en el país reportó una incidencia de 8.3 por cada 1000 nacidos vivos. La sífilis congénita, que resultó en una incidencia del 0.4% en 2022, es una complicación directa de la infección materna por *Treponema pallidum*. Si una mujer embarazada no recibe un tratamiento adecuado, la infección puede transmitirse al feto por vía transplacentaria, lo que provoca aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro o infecciones neonatales graves. Estas complicaciones son totalmente prevenibles con el acceso oportuno y adecuado al tratamiento. **Objetivo:**

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal analizar la tendencia de la sífilis congénita y describir las características clínico-demográficas de las madres y los recién nacidos afectados en un servicio de neonatología durante un período de cinco años. **Método:** Se realizó un estudio retrospectivo, cualitativo y de corte transversal. Se analizaron los registros de nacimientos e internaciones de recién nacidos en un servicio de salud desde enero de 2019 hasta diciembre de 2023. Se incluyeron todos los casos de neonatos diagnosticados con sífilis congénita, evaluando tanto los datos demográficos y clínicos maternos como los hallazgos neonatales. **Resultado:** Tendencia Epidemiológica En el período de estudio, el número total de nacimientos fue de 6109. A pesar de una disminución general de los nacimientos, el número de casos de sífilis congénita aumentó de 38 en 2019 a 84 en 2023, totalizando 293 casos. Características Maternas Procedencia y Contexto Social: El 87% de las madres (258) provenían de zonas cercanas al servicio, caracterizadas por una población vulnerable, de bajos recursos económicos, escasa escolarización y menor acceso a medicamentos. Edad Materna y Gesta: La población más afectada por la sífilis fueron las madres jóvenes, con el 70% de los casos en el rango de 19 a 30 años. Se observó que el 28,8% de las madres fueron diagnosticadas en su primera gesta. Control Prenatal: El 49,1% tenían un control prenatal suficiente, el 32% contaban con CPN insuficiente y un 18,7% con control prenatal nulo. Comorbilidades: Se encontró que 80 madres tenían antecedentes de adicción a sustancias. Además, 14 madres tenían un resultado positivo (IgG, IgM) para enfermedades del grupo STORCH. Del total de la muestra, se obtuvo que 217 madres tenían bolsa íntegra. Y en 54 madres se ha encontrado bolsa rota, que corresponde a un 18,4%. Características Neonatales El 94% de los recién nacidos provenían del mismo servicio de salud. En cuanto a la vía del parto, 165 fueron partos vaginales y 132 cesáreas. El 28% de los recién nacidos fueron prematuros, con un 71% a término. 61 recién nacidos presentaron bajo peso al nacer (BPN). 24 recién nacidos presentaron microcefalia. 263 recién nacidos tuvieron un Apgar de 7/8 o mayor al primer minuto. Presentación Clínica y Evolución: De los 293 casos de sífilis congénita, se ha encontrado que el 55,6% (163) presentaron algún síntoma y el 44,3% (130) fueron asintomáticos. Un total de 21 recién nacidos presentaron afectación neurológica. el signo clínico más frecuente es la hiperbilirrubinemia, seguido por la prematuridad y retardo de crecimiento. 50 casos presentaron defectos congénitos. Se reportaron 6 óbitos en los 5 años. Cultivos: De los 237 recién nacidos a quienes se les realizaron cultivos, 49 resultaron positivos a otros gérmenes. Las ecografías cardíacas mostraron patologías en 111 de 203 estudios, siendo el ductus arterioso persistente (DAP) la más común (32 casos). En los ecoencefalogramas, 21 de 149 mostraron hallazgos patológicos, con la hemorragia intraventricular (HIV) como la más frecuente (9 casos). **Conclusiones:** El incremento de la sífilis congénita en el servicio de salud, a pesar de la disminución de nacimientos, es una señal de alarma. La alta prevalencia en madres jóvenes y la baja tasa de control prenatal adecuado son factores determinantes en la transmisión vertical de la enfermedad. El perfil epidemiológico de la población materna, caracterizada por ser vulnerable, con antecedentes de adicción, dificulta el acceso a la atención médica y al tratamiento oportuno. El diagnóstico de sífilis en la primera gesta en un 28.8% de los casos sugiere que el embarazo es a menudo el primer contacto de estas mujeres con el sistema de salud. Las consecuencias en los recién nacidos son significativas, evidenciadas por la alta tasa de prematuridad, bajo peso al nacer y complicaciones severas como neurolúes. Esto no solo genera un impacto negativo en la salud del neonato, sino que también ejerce una presión considerable sobre los recursos del servicio de salud, aumentando los días de internación y la ocupación de camas. Es preocupante la cantidad de casos asintomáticos que pueden pasar desapercibidos sin un tamizaje adecuado.

M33. CASO CLÍNICO: INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS EN UN RECIÉN NACIDO. Sara Pereira, Belén González, Gloria Riveros, Gloria Samudio. Instituto de Previsión Social (IPS). Paraguay. Email: sariluchi91@gmail.com

Introducción: La infección congénita por citomegalovirus (CMV) es la causa más frecuente de infección viral intrauterina a nivel mundial. Aunque en adultos suele ser asintomática, en recién nacidos (RN) puede provocar manifestaciones graves como petequias, plaquetopenia, colestasis y secuelas neurológicas. Este caso ilustra un cuadro típico de CMV congénito en un RN prematuro, destacando la importancia del diagnóstico temprano mediante PCR en orina y el manejo oportuno con antivirales para mejorar el pronóstico. RN femenino de 35 semanas, peso 1520 g, talla 40 cm, hijo de madre primigesta de 25 años con antecedente de preeclampsia y serologías TORCH negativas. Apgar 7/8, parto cesárea. **Objetivo:** Objetivos: Describir las manifestaciones clínicas y el abordaje diagnóstico-terapéutico de un caso de CMV congénito con síntomas graves (plaquetopenia severa, petequias, colestasis). Resaltar la utilidad de la PCR en orina para el diagnóstico y la eficacia del ganciclovir. Concientizar sobre la inclusión del CMV en el diagnóstico diferencial de RN con hallazgos anormales (ej: "muffin baby"). **Método:** Evaluación inicial: Al examen físico petequias generalizadas ("muffin baby"), signos de inmadurez. Pruebas diagnósticas de laboratorio: Plaquetopenia severa (20,000/ μ L), hiperbilirrubinemia directa (colestasis). PCR para CMV en orina (positivo). Imágenes: Ecoencefalograma (hemorragia interventricular), otoemisiones acústicas y fondo de ojo normales. Intervenciones: Ingreso a UCIN, transfusión de plaquetas. Tratamiento antiviral con Ganciclovir por 6 semanas. Seguimiento multidisciplinario por neurología, oftalmología y infectología. **Resultado:** Hallazgos clave: Clínicos: Petequias, ictericia, bajo peso al nacer. Laboratorio: PCR positiva para CMV, plaquetopenia severa resuelta post-transfusión. Imágenes: Hemorragia interventricular (única complicación neurológica identificada). Evolución: Mejoría clínica y laboratorial después de 6 semanas de ganciclovir. No se detectaron alteraciones auditivas ni oftalmológicas al egreso. **Conclusiones:** La PCR en orina fue crucial para confirmar la infección por CMV, evitando retrasos en el tratamiento. El ganciclovir demostró eficacia en la resolución de síntomas y prevención de secuelas graves. Se recomienda incluir CMV en el diagnóstico diferencial de RN con petequias, plaquetopenia o colestasis, incluso con serologías TORCH negativas, monitorear secuelas neurológicas y sensoriales a largo plazo. Este caso refuerza la necesidad de sospecha clínica temprana y abordaje multidisciplinario en infecciones congénitas por CMV, especialmente en prematuros, para reducir morbilidad.

M34. EFECTO DE LA CAFÉINA EN LA ALVEOLOGÉNESIS EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE DAÑO PULMONAR INDUCIDO POR HIPEROXIA. Lemus-Varela ML, Godínez-Rubí JM, Villanueva-Pérez A, Zúñiga-González GM, Torres-Mendoza BM. Hospital de Pediatría, UMAE, Centro Médico Nacional de Occidente (CMNO). Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Guadalajara, Jalisco. México. Email: lulalemus@gmail.com

Introducción: El fenotipo histopatológico de la displasia broncopulmonar se caracteriza por la interrupción del desarrollo alveolar, denominado simplificación alveolar, que traduce menor número de alveolos y de mayores dimensiones, con lo cual se reduce la superficie de intercambio gaseoso. La cafeína podría ejercer protección pulmonar, preservando la alveologénesis. **Objetivo:** Evaluar el efecto de la cafeína en la alveologénesis, en un modelo experimental de daño pulmonar inducido por hiperoxia. **Método:** Experimento controlado, aleatorizado y cegado. Apareamos 5 ratas Wistar, cuyas crías integraron al azar 4 grupos: n=8crías/grupo: 1.Control negativo: sin intervención, los grupos 2, 3 y 4 nacieron en ambiente hiperóxico (FiO₂ 80%) mantenido los primeros 5 días de edad postnatal (DEP). El grupo 2.Control positivo: O₂ sin intervención, grupo 3: O₂+placebo: 0,1 ml/kg de solución salina

0.9%, del 1° al 14° DEP y grupo 4: O₂+cafeína, 20 mg/kg 1° DEP y 5 mg/kg, del segundo al 14° DEP. Fueron sacrificadas el 15° DEP, disecamos el bloque cardiopulmonar, embebido en parafina, realizamos cortes de 4μ, teñidos con hematoxilina/eosina, analizados por patólogas quienes ignoraban a que grupo pertenecían; realizaron: conteo alveolar radial, (CAR) y midieron la intersección lineal media (ILM). Análisis de resultados con SPSS versión 27: ANOVA, de una sola vía y Bonferroni. Significancia $p < 0.05$. Experimento aprobado por el Comité de Investigación y Ética. **Resultado:** El CAR en el grupo 1: 12.4 ± 2.6 e ILM: 61.2 ± 6.6 , en contraste con el grupo 2: 7.6 ± 1.5 , ($p = 0.003$) e ILM: 79.3 ± 11.9 , ($p = 0.02$) por tanto, demostramos el modelo de daño pulmonar. El grupo 3: 8.4 ± 2.8 ($p = 0.04$), e ILM: 73.3 ± 10.7 ($p = 0.03$) y en el grupo 4: se preservó el CAR: 12 ± 2.3 ($p = 1.00$), consecuentemente se mantuvo el ILM: 58 ± 8.8 ($p = 0.4$). **Conclusiones:** Los resultados indican que la cafeína podría actuar como protector ante la lesión pulmonar inducida por hiperoxia; atribuido a sus propiedades antioxidantes y su capacidad para modular el proceso de inflamación pulmonar inducido por oxígeno.

M35. HIPOTERMIA TERAPÉUTICA: EXPERIENCIA EN UN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA NIVEL IIIB PERTENECIENTE A LA RED SIBEN. Lara Valentini, Culasso Facundo, Favareto Maria Veronica, Conzolino Sergio. Hospital Provincial de Rosario. Argentina. Email: verofavareto@hotmail.com

Introducción: La hipotermia terapéutica se convirtió en un standard de cuidado para pacientes con asfixia perinatal y EHI moderada a severa, no estando disponible en todas las unidades de cuidado intensivo neonatal. **Objetivo:** Describir las características y evolución de los pacientes tratados con hipotermia terapéutica (HT) en el Servicio de Neonatología del Hospital Provincial de Rosario, unidad perteneciente a la Red SIBEN, del 01/03/2019 al 22/06/25. **Método:** Los datos se recolectaron de las historias clínicas de los pacientes, la base de datos informatizada del servicio y la Red SIBEN. Criterios de inclusión: Guías del Ministerio de Salud de Argentina (2021), se excluyeron menores de 1800 grs, menores de 35 semanas EG y pacientes con malformaciones congénitas mayores de SNC. Se utilizó colchón térmico frío-calor AMRRATERM HTF, Temperatura objetivo: 33.5°C. Se monitorizó la actividad cerebral con EEG convencional y EEGa. **Resultado:** ingresaron 106 pacientes a HT, EG promedio 39 semanas (35-41.6s), PN promedio 3140 (1810- 5000 grs), 78 fueron derivados de otros efectores (73%), promedio tiempo de ingreso: 3 horas 30 min (mín 1.5h, máx 7h8). Presencia evento centinela: 23%, más frecuente: desprendimiento de placenta (13). Factores de riesgo asociados más frecuentes: expulsivo prolongado(17), alteración del bienestar fetal(14), LAM(13), dbts materna(6). Ingresaron 68 con EHI moderada, 31 grave, 7 leve. Se medican por SSCN con ampicilina-gentamicina 53% (56 pacientes), 2 se confirma infección. En 104 se usó fentanilo para sedación. Presentaron convulsiones 70%(65% dentro de las primeras 24 horas de vida). Medicación más utilizada fenobarbital más levetiracetam 43%, 6 pacientes requirieron más de dos medicaciones y dos de ellos goteo de midazolam por estatus convulsivo. En 104 pacientes se hizo EEG convencional y en el 50% se agregó aEEG. Presentaron complicaciones el 68%, las más frecuentes alteraciones del metabolismo de la glucosa (24) y trastornos de la coagulación (23). Presentaron HTP 61%, HTP severa 18 pacientes, 4 requirieron VAFO y 8 ON. El inotrópico más utilizado fue dobutamina, requirieron 3 o más inotrópicos 19 pacientes. Ingresaron a ARM 72% de los pacientes, mínimo 1 hora, máximo 47 días de ARM. IACS: 17% (7 sepsis EEOR, 5 ITU). Promedio de días de internación: 14 días (mín 6- máx 99 días). Ecografía cerebral se realizó en el 97% de los casos, 77% resultado normal. Se hizo RMI en el 76%, de los cuales resultaron alteradas el 55%. Fallecieron 12 pacientes (11,3%). En comparación con los que sobrevivieron, los fallecidos presentaron más frecuentemente presencia de evento centinela (58 vs 18%), Apgar 0 al minuto (50 vs 7.4%), EHI grave (75 vs 23%), convulsiones (100 vs 65%), HTP severa

(92 vs 23%), requerimientos de inotrópicos(100 vs 47%), requerimiento de ARM (100 vs 66%).
Conclusiones: La mayoría de los pacientes ingresados fueron derivados de otras instituciones resultando fundamental mejorar el tiempo de traslado Ingresaron 7 pacientes con EHI leve, no siendo este un criterio de ingreso a HT según nuestro protocolo, lo cual implica una necesidad de mejoría en la evaluación neurológica de estos recién nacidos, no sólo a nivel del centro derivador, sino también del receptor. Los pacientes fallecidos presentaron más frecuentemente necesidad de VPP por más de 10 minutos, Apgar 0 al minuto e HTP severa que los sobrevivientes. Sólo se realizó RMI en el 76% de los casos, si bien el 55% de la RMI fueron alteradas quedaría por analizar si las lesiones de las RMI son compatibles con EHI.

M36. DUPLICACIÓN ANORRECTAL PERINEAL EN NEONATO FEMENINO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Melina Casagrande, Pérez Muñoz Leonardo Luis, Alvarez Noelia, Formigo Gustavo, Mendoza Manuel, Grazulis Tamara. Clinica Del Niño de Quilmes. Argentina. Email: neocnq@gmail.com

Introducción: Las duplicaciones intestinales son anomalías congénitas raras que pueden ocurrir en cualquier nivel del tracto digestivo. Su manifestación perineal es aún más inusual y obliga a descartar patologías genitales, las cuales pueden ser malignas. Entre las patologías a descartar se encuentran el ureterocele, el prolapso ureteral y el sarcoma botroide. Presentamos el caso de una neonato con una tumoración a nivel perineal con diagnóstico prenatal. **Objetivo:** Presentar el caso de una recién nacida con duplicación anorrectal y su estructura anómala en región genital como malformación infrecuente. **Método-Resultado:** Paciente hija de madre de 21 años, primigestante, con antecedentes de hiperémesis gravídica, serologías negativas, que en sus controles prenatales presenta ecografía donde se reporta presencia de masa genital. Luego del diagnóstico prenatal es derivada a centro de mayor complejidad. Nace por parto vaginal. Apgar 08/10. Al examen físico paciente de 40 semanas de gestación con peso al nacer de 2330 gramos, presenta restricción de crecimiento intrauterino y tumoración en zona genital pediculada. En la imagen ecográfica se informa lesión en periné ovalada de bordes definidos, heterogénea conectada aparentemente con el introito de 22x10 mm. Se realiza resonancia magnética abdomino-pélvica que descarta rhabdomyosarcoma y masa dependiente del útero. Se interconsulta con endocrinología quien estudia y excluye enfermedad germinal. En el mismo acto quirúrgico se realiza cistouretrografía para valorar fistulas y biopsia de lesión que confirma duplicación anorrectal, con posterior exéresis completa de la masa y reconstrucción vaginal sin complicaciones, por lo que se entregó el alta sanatorial. **Conclusiones:** La duplicación anorrectal forma parte de un grupo de malformaciones congénitas de la vía digestiva. Estos casos son raros y aislados con una incidencia de 2 cada 10.000 nacidos vivos. Se clasifican en quísticas o tubulares con pared de músculo liso y revestimiento mucoso de tipo gastrointestinal. Su presentación puede ocurrir a lo largo de todo el tracto digestivo por lo que la mucosa que recubre su interior depende del segmento intestinal afectado, siendo el más común la mucosa gástrica. El intestino delgado es el sitio más frecuentemente afectado, seguido por estómago, duodeno y recto. El origen de estas malformaciones puede deberse a la persistencia del conducto neuroentérico o accidentes vasculares intrauterinos. A nivel rectal, suelen ser quísticas, y no tubulares; y presentar malformaciones a nivel vertebral y genitourinarias. La manifestación rectal es la más rara de todas, ocupando solo el 5% de los casos. Las manifestaciones clínicas pueden ir desde perforación intestinal y hemorragia, si la mucosa es gástrica, hasta masas abdominales que generen obstrucción intestinal o sin manifestaciones clínicas. En el caso expuesto, se trata de una duplicación anorrectal que protruye, sin otra manifestación clínica por lo que su origen es desconocido. El diagnóstico se establece mediante estudios por imágenes como ecografías, Resonancia

magnética nuclear y cistouretrógrafías para descartar lesiones en otras secciones del tracto gastrointestinal y fistulas. Su confirmación se hace a partir de la biopsia de la lesión donde se visualiza el tejido mucoso gastrointestinal. El tratamiento es quirúrgico con resección completa de la lesión. La morbilidad depende de la zona afectada, pero suele ser baja. El caso clínico presentado se trata de una duplicación anorrectal en región perineal. Su diagnóstico prenatal, acompañado del examen físico, estudios por imágenes y biopsia permitió descartar patología maligna y otras afectaciones clínicas. Se pudo realizar una cirugía segura con buena evolución clínica.

M37. SÍNDROME FEMOROFACIAL A PROPOSITO DE UN CASO. Pérez Muñoz Leonardo Luis, Casagrande Melina, Alvarez Noelia, Formigo Gustavo, Brun Paloma. Clínica del Niño de Quilmes. Argentina. Email: neocnq@gmail.com

Introducción: El síndrome de hipoplasia femoral y facies inusual es una condición clínica rara con expresividad variable y sin etiología específica, caracterizado por la malformación del fémur que puede estar presente en una extremidad o en ambas, asociado con dismorfismo facial. Asimismo, se pueden encontrar otras alteraciones esqueléticas como la displasia pélvica, malformaciones en la columna vertebral, pie equino varo, entre otras. Fue descrito inicialmente por Daentl en 1975. Tiene una prevalencia de 0,1 a 0,2 casos por 10.000 nacidos vivos, se presenta por igual en hombres y mujeres; y la afectación de ambos fémures está presente en el 10-15% de los casos. **Objetivo:** Describir la presentación de un neonato con Síndrome Femoral Facial y sus características dada la baja frecuencia de aparición. **Método:** Hijo de madre de 38 años, gesta 2 con antecedente de obesidad e hipertensión crónica que recibió labetalol y alfa metildopa. Serologías negativas. Durante sus controles prenatales solicitan ecografía donde reportan hipoplasia bilateral de fémur. Por lo que se deriva a Centro de mayor complejidad. Nace por cesárea, presentación pelviana. Apgar 09/10. Al examen físico RNT de 37 semanas con retrognatia, implantación de orejas bajas y rotadas, hemangioma en rostro en zona centro-frontal, con nariz pequeña, labio superior delgado, miembros inferiores derecho e izquierdo con acortamiento a expensas del muslo. Con peso al nacer de 2925 gramos (P 50-90) y talla de 40 cm (P<3). En la imagen radiográfica se encontró agenesia bilateral de fémur. Se realizó una evaluación por especialistas que descartaron otras malformaciones asociadas. El cariotipo prenatal CGH Array aguarda resultado. Ecografía cerebral normal y ecografía abdominal reportó hernia diafragmática izquierda con resolución quirúrgica. No se detectó ningún déficit de tipo cognitivo, motor o sensorial hasta su egreso. **Resultado:** La mayoría de los casos reportados son esporádicos, aunque hay pocos casos que se han publicado con un patrón hereditario autosómico dominante. Este padecimiento puede manifestarse como una entidad o en asociación con otras. Aunque la etiología específica de este síndrome es desconocida, se han identificado factores asociados como la diabetes insulino dependiente materna, exposición a talidomida, infecciones virales, radiación, isquemia focal o trauma; además de la restricción fetal severa secundaria a oligohidramnios. Esta condición está caracterizada clínicamente por la existencia de micrognatia, filtrum largo, labio superior delgado, pliegue del epicanto, malformación de orejas, nariz pequeña con alas hipoplásicas y paladar hendido. Pueden existir otras malformaciones asociadas a este padecimiento como malformaciones en vértebras, cadera, heterotropía cerebral, agenesia del cuerpo calloso y ventriculomegalia, pulmón hipoplásico, riñones displásicos y conducto arterioso persistente. En presencia de estas anomalías la mortalidad puede incrementarse a más del 80%. **Conclusiones:** El cuadro clínico del SHFFI tiene una expresividad variable, se caracteriza por fémur hipoplásico uni o bilateral, asociado a alteraciones faciales características. El diagnóstico en este

caso se basó en la presencia de la agenesia de fémur bilateral asociada con micrognatia, filtrum largo, labio superior delgado, nariz pequeña. En imagen radiográfica muestra agenesia de fémur bilateral. La mayoría de los casos descritos, se han presentado de manera esporádica como en nuestro caso. El SHFFI ha sido reportado más frecuentemente en infantes de madres diabéticas. La patogénesis de este síndrome implica el desarrollo deficiente de la porción subtrocantérea del cartilago femoral lo que resulta en la porción proximal del fémur más corto de lo normal. La diabetes justifica el efecto teratogénico de la hiperglucemia, los cuerpos cetónicos, déficit de ácido araquidónico y la inhibición de la somatomedina en el fémur; pero no así las anomalías craneofaciales. Por este motivo, es recomendable un buen control metabólico de la diabetes durante el embarazo. En nuestro caso, la madre del paciente no tenía antecedentes de diabetes. El pronóstico fue bueno, ya que no presentó alteraciones ni complicaciones cardiacas, renales ni neurológicas. El caso clínico presentado concuerda con el espectro clínico del SHFFI. Dada la rareza de esta condición clínica, es factible que los factores ambientales, medicamentos de la madre tengan un papel más importante que los genéticos desde el punto de vista etiopatogénico. Sin embargo, a pesar de la fuerte asociación de este síndrome con la diabetes materna, en este caso fue descartada. En general, el pronóstico es bueno cuando no existen complicaciones neurológicas, renales o cardiacas. Finalmente, el alargamiento óseo es una técnica quirúrgica segura y constituye una alternativa terapéutica excelente para el tratamiento de la hipoplasia femoral no aplicable en nuestro paciente por agenesia bilateral de fémur.

M38. PREVALENCIA DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA ASOCIADO AL BAJO PESO AL NACER EN NIÑOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS: REVISIÓN NARRATIVA. Alejandro Alter. Abriendo Caminos Argentina. Argentina. Email: alejandroalter@gmail.com

Introducción: Investigaciones recientes han arrojado luz sobre las graves consecuencias que enfrentan los bebés prematuros en su desarrollo neurológico, incluyendo la posibilidad de trastornos del espectro autista (TEA) (Mohammed, Wahass, & Mahmoud, 2016) que podrían afectar considerablemente la vida de estos individuos a lo largo de toda su vida (Zhao, y otros, 2023). Esta situación se documentó en el "Estudio ELGAN", dirigido por Kuban et al. en 2009, cuyo objetivo principal era identificar las características y exposiciones que aumentan el riesgo de trastornos neurológicos. **Objetivo:** La presente revisión narrativa se propone analizar críticamente la evidencia científica disponible en los últimos 5 años respecto a la prevalencia de trastorno del espectro autista asociado al bajo peso al nacer en niños recién nacidos prematuros **Método:** Diseño: el presente estudio corresponde a una revisión narrativa (Salinas, 2020). La misma intenta presentar una visión actualizada respecto de la literatura disponible en los últimos 5 años (2018 a 2023) acerca prevalencia de trastorno del espectro autista asociado al bajo peso al nacer en niños recién nacidos prematuros. **Resultado:** Hasta la fecha se ha propuesto que la exposición temprana al entorno extrauterino afecta significativamente el proceso temprano de desarrollo neurológico, lo que podría servir como sustrato biológico e indicador de deficiencias posteriores en el desarrollo neurológico, permitiendo un diagnóstico temprano. **Conclusiones:** La variabilidad en la prevalencia del Trastorno del Espectro Autista (TEA) subrayó la complejidad del proceso de diagnóstico, afectado por factores como la detección temprana, herramientas de evaluación y experiencia de profesionales de la salud. La heterogeneidad en las prevalencias, especialmente entre Oriente y Occidente, sugirieron posibles factores regionales. Las tasas elevadas de TEA en prematuros resaltaron la necesidad de reducir los nacimientos prematuros a través de una gestión sistemática, promoción temprana, supervisión y la intervención temprana para bebés

nacidos antes de las 34-37 semanas de gestación con anomalías del desarrollo. La exposición temprana al entorno extrauterino se postuló como un indicador de deficiencias posteriores en el desarrollo neurológico, subrayando la importancia del diagnóstico temprano

M39. ACIDOSIS TUBULAR RENAL PROXIMAL EN UN NEONATO: A PROPÓSITO DE UN CASO INFRECUENTE. Nathalia Barajas, Luis Andrés Robles, Carmen Rodríguez. Centro Policlínico del Olaya. Colombia. Email: nathaliaa.barajasr@gmail.com

Introducción: La acidosis tubular renal (ATR) es un trastorno poco frecuente en neonatos, caracterizado por acidosis metabólica con anión gap normal e hipercloremia en el contexto de función glomerular conservada. La forma proximal (tipo 2), secundaria a un defecto en la reabsorción de bicarbonato en el túbulo proximal, puede presentarse como parte de un síndrome de Fanconi. Se presenta el caso de un neonato de 15 días con acidosis metabólica persistente, hipercalciuria, magnesuria, pérdidas renales de sodio y potasio, activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona y déficit severo de vitamina D, con buena respuesta a terapia con bicarbonato, lo cual sugiere disfunción tubular proximal transitoria

Objetivo: Describir el caso clínico de un neonato con acidosis tubular renal, su presentación, abordaje diagnóstico y tratamiento. **Método:** Neonato de 15 días llevado a urgencias por cuadro de 5 días de aumento en la frecuencia de las deposiciones, asociado a irritabilidad y alteración del patrón de succión. Antecedentes perinatales: nacido a término (38 semanas), madre de 30 años, G5A2V2, con controles prenatales adecuados, perfil infeccioso y ecografías normales. Parto vaginal sin complicaciones, adaptación neonatal espontánea y egreso a las 24 horas de alojamiento conjunto con lactancia materna exclusiva. Al ingreso se encuentra irritable, febril, con desaturación y pérdida del 17% del peso, motivo por el cual se considera inicialmente una sepsis neonatal tardía. Paraclínicos de ingreso: acidosis metabólica con anión gap normal, hipercloremia, hipernatremia y lesión renal aguda con TFG disminuida y elevación marcada del nitrógeno ureico. Se inicia hidratación endovenosa con recuperación progresiva del estado de hidratación, peso y función renal. Cultivos negativos a las 72 horas, se suspenden antibióticos y se descarta sepsis. A pesar de la rehidratación, persiste con acidosis metabólica con hipercloremia, potasio elevado y anion gap normal por lo que se sospecha acidosis tubular renal proximal y se inicia suplementación con bicarbonato de sodio (7.5 mEq/kg/día), observándose mejoría del equilibrio ácido-base, normalización del cloro sérico y resolución de la lesión renal. Estudios adicionales: pH urinario normal, hipercalciuria, anión gap urinario negativo, déficit severo de vitamina D, excreción urinaria aumentada de sodio, potasio y magnesio, con niveles de renina y aldosterona marcadamente elevados (recibidos posterior al egreso). Ecografía abdominal sin hallazgos patológicos. El paciente egresa tras 12 días de hospitalización, con buena respuesta clínica y metabólica al tratamiento alcalinizante. **Resultado:** La acidosis tubular renal proximal (tipo 2) es un trastorno infrecuente en neonatos, originado por un defecto en la reabsorción de bicarbonato a nivel del túbulo proximal. Se manifiesta como acidosis metabólica hiperclorémica con anión gap normal y función glomerular inicialmente conservada o transitoriamente comprometida. Aunque puede ser secundaria a condiciones adquiridas como hipovitaminosis D, infecciones o fármacos, también puede corresponder a enfermedades genéticas, especialmente cuando se presenta en el periodo neonatal con alteraciones multitransportadoras. En este caso, el paciente presentó acidosis metabólica persistente con hipernatremia, hipercloremia, pérdida renal de bicarbonato, hipercalciuria, magnesuria y excreción aumentada de sodio y potasio, hallazgos coherentes con un trastorno del túbulo proximal. El pH urinario bajo en presencia de acidosis sistémica descarta una ATR distal y apoya el diagnóstico de ATR proximal.

La activación marcada del sistema renina-angiotensina-aldosterona, en ausencia de hipokalemia, sugiere una respuesta fisiológica a pérdidas urinarias inapropiadas de sodio y volumen. A pesar de las pérdidas renales de potasio, no se inició citrato de potasio ya que el paciente persistió con potasio en el límite superior tras la corrección del estado ácido-base. Si bien el cuadro mostró una respuesta favorable al tratamiento con bicarbonato, la presentación tan precoz, el patrón de pérdidas urinarias múltiples y la presencia de un déficit severo de vitamina D sin causa externa evidente plantean la posibilidad de una tubulopatía proximal de origen genético, como una forma incompleta o inicial de síndrome de Fanconi, o una mutación en genes como SLC4A4 (NBCe1). Aunque no hay hallazgos clínicos francos de enfermedades como cistinosis, galactosemia o enfermedad de Wilson, el seguimiento a largo plazo será clave para evaluar la necesidad de estudios genéticos dirigidos. Este caso resalta la importancia de considerar tanto causas secundarias como genéticas en neonatos con acidosis metabólica persistente, y subraya el valor del enfoque bioquímico y fisiológico detallado en el diagnóstico diferencial de las tubulopatías. **Conclusiones:** El conjunto de hallazgos apoya el diagnóstico de una acidosis tubular renal proximal (tipo 2) en probable contexto de síndrome de Fanconi incompleto, posiblemente secundario a déficit severo de vitamina D. Sin embargo, la edad de inicio neonatal, la afectación multitransportadora persistente y la activación del RAAS sin hipokalemia franca justifican considerar una tubulopatía proximal de origen genético, como una mutación en el cotransportador NBCe1 (SLC4A4) u otro desorden tubular hereditario. El seguimiento clínico y metabólico, así como la evaluación genética si persisten las alteraciones, son esenciales.

M40. HIPERTENSIÓN PULMONAR SEVERA ASOCIADA A NEUMONÍA INTRAUTERINA EN RN DE TÉRMINO. Alondra Estefany Zapata de la Cruz, Manuel Adrián Andrade Martínez, Lorena Castañeda Hernández. Universidad de Monterrey-Hospital ISSSTE Regional Monterrey, México. Email: alondra.zapata@udem.edu.mx

Introducción: La hipertensión pulmonar puede ser resultado de un desarrollo insuficiente de los pulmones junto con su lecho vascular, mala adaptación del lecho vascular pulmonar, mal desarrollo del lecho vascular pulmonar in útero. Con frecuencia la causa subyacente ha sido secundaria a un proceso in útero. Un ciclo de flujo sanguíneo pulmonar disminuido, hipoxemia, acidosis, falla en la ventilación-perfusión. Que puede evolucionar a hipoperfusión sistémica severa y shock. Los factores de riesgo son desde enfermedades pulmonares, trastornos sistémicos, cardiopatías congénitas y factores perinatales. **Objetivo:** Es por eso que presentamos el siguiente caso de un RN de término de 38 SDG con adecuado control prenatal sin factores de riesgo durante el embarazo, durante el nacimiento en hospital privado se obtiene masculino con Apgar 8/9, presentando en el período de transición a los 30 minutos de nacimiento desaturación de hasta 86%, aleteo nasal, quejido, tiraje intercostal, requiriendo apoyo de fase I y II de la ventilación, el cual terminó en fase III con HPRN severa en 72mmHg con disfunción ventricular derecha. **Método:** Es trasladado a nuestra unidad donde se decide intubar con TOT 3.5fr fijado a 9cm se decide iniciar VAFO debido a acidosis respiratoria persistente y resultado de PSP 72mmHg con disfunción ventricular derecha, se inicia inodilatador milrinona, sildenafil requiriendo iNO2 a 20pp, a las 24 horas presenta mejoría permitiendo desescalar FiO2 del 20% así como disminución de iNO2, presentó adecuada evolución cambiando a ventilación convencional y las 48 horas de cambio de modalidad de ventilación permitió extubación exitosa, progresando a mantenerse al aire ambiente, cabe mencionar que se inició vía oral posterior a cambio de ventilación convencional tolerada adecuadamente. Al control ecocardiograma se resolvió hipertensión pulmonar sin tener disfunción ventricular, con FEVI 75%. **Resultado:** Continuó en progreso, egresando sin presentar eventualidades

a los 10 días de su ingreso a nuestra unidad con adecuado control del niño sano e hitos del desarrollo a la fecha. **Conclusiones:** Es de vital importancia el manejo de la HPRN en las primeras horas del cuadro clínico debido a que pueden perjudicar la función cardíaca, empeorar el pronóstico, así como presentar desenlaces mortales. Sin embargo durante éste caso se siguieron los algoritmos de uso de iNO₂, milrinona, sildenafil, manejo de VAFO, ventilación convencional, progreso de la vía oral, respondiendo de forma adecuada, por lo que permite presentar academia tanto para la formación de neonatólogos como el día a día en nuestra práctica médica.

M4-1.MIOCARDITIS NEONATAL. REPORTE DE UN CASO. Jessica J. Narvaez, Norma Ruiz, Carmen Maldonado. Hospital General de San Lorenzo. Paraguay. Email: jejitonarvaez10@gmail.com

Introducción: La miocarditis neonatal es una inflamación poco común pero grave del corazón que puede causar miocardiopatía dilatada e insuficiencia cardíaca en recién nacidos. Las infecciones virales son la causa principal, especialmente por enterovirus y otros virus cardiotrópicos. Su diagnóstico es desafiante debido a la presentación inespecífica y la disponibilidad limitada de pruebas diagnósticas especializadas en neonatología. El reconocimiento y tratamiento temprano con soporte inotrópico, inmunoglobulinas y corticosteroides pueden mejorar la función cardíaca y reducir la mortalidad. Sin embargo, un tercio de los casos puede progresar a insuficiencia cardíaca crónica o muerte súbita.

Objetivo: Presentar un caso clínico de miocarditis neonatal con el fin de resaltar la importancia de incluir esta patología en el diagnóstico diferencial de neonatos con insuficiencia cardíaca o shock, y fomentar la implementación temprana de protocolos diagnósticos y terapéuticos que permitan mejorar la supervivencia y reducir las secuelas a largo plazo. Además, se busca contribuir al conocimiento clínico y reforzar la necesidad de un abordaje multidisciplinario en el manejo de esta enfermedad poco frecuente pero de alto impacto **Método:** PRESENTACION DEL CASO CLINICO: Recién nacida femenina, remitido del Hospital Distrital de Curuguaty a los 8 DDV, sin antecedentes maternos patológicos, cuatro controles prenatales, parto cesárea, líquido amniótico claro, EG 36 semanas, peso 3800 gramos, Apgar 8/9. Recibe cuidados de rutina y se constata distrés respiratorio y cianosis distal requerimiento internación y posterior traslado en su 8DDV por evolución tórpida. Referido al servicio con un ecocardiograma con los diagnósticos de hipocontractilidad miocárdica moderada, cavidades cardíacas dilatadas e insuficiencia mitral y tricúspidea. Ingresó con de oxígeno por cánula nasal y goteo de Dobutamina, furosemida y enalapril. Por falla hemodinámica requiere ingreso a ARM e inicio de Milrinona, adrenalina y noradrenalina, progresa a shock refractario iniciándose hidrocortisona, además de progresión a falla de múltiples órganos. En control ecocardiográfico en nuestro servicio informa disfunción sistólica, disfunción diastólica del VI, ventrículo izquierdo dilatado e hipoquinesia global. Fracción de eyección de 36% y acortamiento 27%. Ante este informe ecocardiográfico y controles de laboratorio con troponina I y pro BNP elevadas se asume el cuadro clínico como miocarditis iniciándose inmunoglobulina. Se toma muestra para virus cardiotropicos, serología para STORCH, perfil metabólico los cuales retornaron negativos. En control posterior Ecocardiografía informa dimensiones cardíacas en límite superior, con función de VI conservada a expensas de drogas FE 48% FA 29%. Presento durante la internación sepsis por Pseudomonas y St epidermidis. Es dado de alta a los 37 DDV/29 DDI en buenas condiciones clínicas en tratamiento con enalapril, furosemida y espirolactona, e indicación de seguimiento cardiológico. **Resultado:** Discusión La miocarditis neonatal, aunque poco frecuente, puede causar insuficiencia cardíaca grave y shock. Las infecciones virales continúan siendo la causa principal. El diagnóstico oportuno mediante biomarcadores y ecocardiografía es clave para iniciar tratamiento precoz con soporte inotrópico e inmunomodulación, lo que mejora la recuperación cardíaca. A pesar

del tratamiento, algunos pacientes pueden evolucionar a miocardiopatía dilatada. Este caso resalta la importancia de la sospecha temprana y el manejo multidisciplinario. Conclusiones: La miocarditis neonatal representa un reto diagnóstico y terapéutico debido a su baja incidencia y presentación clínica inespecífica. El diagnóstico temprano y el manejo oportuno con soporte inotrópico e inmunomodulación son esenciales para mejorar la evolución clínica y reducir la morbimortalidad. Reportamos este caso para destacar la importancia de incluir esta patología en el diagnóstico diferencial de neonatos con insuficiencia cardíaca, promover una evaluación integral y enfatizar el valor de un abordaje multidisciplinario temprano para optimizar el pronóstico.

M42. A PROPOSITO DE UN CASO: HIPERNATREMIA COMO SINTOMA INICIAL DE UN TUMOR CEREBRAL EN UN RECIEN NACIDO DE TERMINO GEMELAR. Sonia Elizabeth Alavar, Viviana Karina Alvarez. Hospital Materno Infantil. Argentina. Email: zoniano@gmail.com

Introducción: Los trastornos hidroelectrolíticos son frecuentes en el recién nacido, especialmente en prematuros y en niños con enfermedades graves. La causa más frecuente de hipernatremia en la primera semana de vida suele ser la deshidratación por falta de aporte en niños de término o las pérdidas insensibles aumentadas en niños prematuros. Dentro de las causas poco frecuentes se encuentra la pérdida excesiva de agua de origen central por diabetes insípida secundaria a tumores cerebrales. La incidencia de tumores cerebrales congénitos varía de 0,3% a 2,9% casos por 100000 niños vivos en todo el mundo. Su pronóstico y tasa de supervivencia depende de múltiples factores, entre ellos el subtipo histológico **Método:** Madre de 27 años procedente de Ledesma, tercigesta, cursando embarazo gemelar, bien controlado (7 CPN, primer control 11 semanas), antecedentes familiares de Diabetes mellitus, serología materna negativa, embarazo gemelar bicorial biamniótico. Bebé que nace en Hospital Zonal el 30/07/21 por cesárea, primer gemelar, 37 SEG/ 2800 gramos, apgar 8/9. Pasa a internación conjunta. Al tercer día de vida, se interna por Hiperbilirrubinemia con incompatibilidad ABO, deshidratación hipernatremica (Na 156 meq/l) con un descenso de peso del 14%. Se realizan 5 correcciones de agua libre persistiendo la hipernatremia (Na 158 mEq/l) A los 11 días de vida se deriva a hospital de referencia con diagnóstico de hipernatremia persistente para estudio y tratamiento. En hospital de referencia se realizan estudios complementarios: 11/08/21 Laboratorio informa ionograma normal (Na 148 mEq/l) función renal y EAB normal, orina completa con densidad urinaria 1005 ionograma urinario normal. (Sodio 19 mEq/l) 13/08/21 Ecografía cerebral que informa ventriculomegalia bilateral a predominio izquierdo, ecografía abdominal y renal normal. Fondo de ojo con hipoplasia bilateral de nervio óptico. El 21/08/21 en IC con endocrinología se asume como panhipopituitarismo por laboratorio hormonal que muestra hipotiroidismo, hiperprolactinemia, insuficiencia suprarrenal, diabetes insípida. El 27/08/21 se realiza RMN de cerebro que informa masa heterogénea a predominio hiperintensa en T1 en ventrículo lateral izquierdo que produce compresión de cisterna ambiens, perimesencefálica, pedúnculo cerebral izquierdo y acueducto de Silvio con dilatación de tercer ventrículo y ventrículos laterales. No se observan calcificaciones. El 6/09/21 se realizó exeresis tumoral parcial. El informe de Anatomía patológica informa astrocitoma difuso NOS (Who grado II). En interconsulta con oncología pediátrica se concluye glioma de bajo grado. Durante su primer año de vida, niño desarrolla Higroma quístico izquierdo que requirió colocación de VDVP el 20/04/22. Realiza quimioterapia con carboplatino y cumple medicación por panhipopituitarismo. En el aspecto metabólico presenta episodios repetidos de hiponatremia con status convulsivo. Resultado y Conclusiones: Los gliomas de bajo grado son tumores cerebrales de crecimiento lento que se originan en las células gliales que brindan soporte y nutrición a las neuronas. Se clasifican según el tipo de

célula neuroglial afectada. El astrocitoma es el tipo más frecuente de tumor cerebral neonatal y generalmente se encuentra en el cerebelo o el hipotálamo pudiendo generar un desequilibrio hidroelectrolítico por déficit hormonal secundario a panhipopituitarismo. Si bien los tumores cerebrales no presentan alta incidencia deberían contemplarse dentro de los diagnósticos diferenciales ante una hiponatremia persistente al nacer, ya que su diagnóstico y tratamiento temprano mejoran su pronóstico y resultados.

M43. UN NEONATO CON SÍNDROME DE PEARSON: UNA CAUSA RARA DE APLASIA MEDULAR Y ACIDOSIS LÁCTICA. Luz Adriana Canales Montoya, Mario Gerardo Villarreal Padilla, Luis Gerardo Martinez Valdez, Itzamary Peña Álvarez. Universidad Autónoma de Nuevo León. México. Email: adriana.cmtya@gmail.com

Introducción: El síndrome de Pearson es una enfermedad genética rara que afecta principalmente a los niños pequeños, los pocos casos reportados en la actualidad suelen presentarse en lactantes, se caracteriza por la disfunción del páncreas exocrino y la insuficiencia de médula ósea. Es una enfermedad prácticamente mortal, en la que se requieren altas necesidades transfusionales **Objetivo:** Existe poca literatura sobre este síndrome, siendo en neonatos extremadamente rara, por lo que se resalta la importancia del conocimiento médico sobre esta enfermedad debido a la alta mortalidad. **Método:** PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO. Recién nacido masculino de 37 semanas de gestación con antecedente de restricción del crecimiento intrauterino tipo 1, control prenatal adecuado y cariotipo sin aneuploidias, antecedente materno de IgM positivo para herpes virus y FTA. ABS anti treponema pallidum positivo 1:10 recibiendo tratamiento. Nace por cesarea programada, se ingresa a la UCIN debido a un síndrome de dificultad respiratoria y presentar dificultad palidez generalizada, se toman laboratorios de ingreso presentando anemia normocítica normocromica con cifra de hemoglobina en 6 gr/dl y lactacidemia, con procalcitonina positiva, se inicia apoyo ventilatorio no invasivo y esquema de antibiótico, en los siguientes días de internamiento se resuelve la acidosis láctica sin embargo persiste con pancitopenia dependiente de transfusiones sin recuperación medular. El paciente se presenta en condiciones estables, tolerando vía oral por lo que se decide egresar con seguimiento por consulta externa con biometría hemática de control y transfusiones ambulatorias, interconsultado a genética médica quien realiza estudio genético reportando un síndrome de delección de ADN mitocondrial compatible clínicamente con Síndrome de Pearson. Resultado: Se expone la presentación clínica de un neonato con anemia clínica al nacer y acidosis metabólica refractaria que requirió múltiples transfusiones hasta llegar al diagnóstico clínico de una causa genética de supresión medular. **Conclusiones:** El síndrome de Pearson es un trastorno mitocondrial extremadamente raro, y su diagnóstico suele ser un desafío para los pediatras en el período neonatal ya que se presenta de manera atípica, lo que hace cada vez más difícil distinguir entre patologías neuromusculares, infecciosas y/o digestivas, de ahí la amplia gama de diagnósticos posibles. Actualmente no existe cura para esta enfermedad, es de importancia para los pediatras tener esta afección en mente como diagnóstico diferencial en pacientes en los que no se encuentra un diagnóstico común de aplasia medular, donde el tratamiento es en gran medida de apoyo y el pronóstico, lamentablemente es malo.

M44 DESENLACES CLÍNICOS DEL USO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO CON SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA MENORES DE 32 SEMANAS EN 2 INSTITUCIONES DE CALI, COLOMBIA ENTRE LOS AÑOS 2023-2024. María Isabel García, Javier Torres

Muñoz, Enid Leticia Gómez Guzman. Universidad Del Valle. Colombia. Email: mariaisabelg2610@gmail.com

Introducción: El desarrollo y la evolución de la ventilación no invasiva en recién nacidos prematuros desde 1970 ha sido impulsada por la búsqueda de alternativas menos invasivas y más seguras para el soporte respiratorio en esta población vulnerable, hoy en día la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) se considera el tratamiento de primera línea para el síndrome de dificultad respiratoria en bebés prematuros. **Objetivo:** Evaluar los desenlaces clínicos del uso de la ventilación no invasiva (VMNI) en recién nacidos pretérmino menores de 32 semanas y con peso menor o igual de 1500 gramos que logran iniciar la VMNI antes de las 72 horas de vida, de dos unidades neonatales de la ciudad de Cali, Colombia. **Método:** Estudio observacional analítico de cohorte retrospectiva, en dos unidades de cuidados intensivos neonatales de la ciudad de Cali, Colombia. El tamaño de muestra correspondió a 154 pacientes prematuros, atendidos entre los años 2023 y 2024 en dos instituciones de la ciudad de Cali, Colombia. Los recién nacidos fueron incluidos en el estudio según los criterios clínicos y protocolos institucionales que determinaban la necesidad de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y el momento de su inicio. La población estuvo conformada por neonatos prematuros hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), menores de 32 semanas de edad gestacional, que iniciaron manejo con VMNI antes de las 72 horas de vida. Se realizó un análisis estadístico univariado y bivariado. En las variables continuas se exploraron distribuciones, medidas de tendencia central y de dispersión, así como la presencia de pérdida de datos y la consistencia de la información, de acuerdo con su clasificación. Las variables categóricas se analizaron mediante la prueba χ^2 o la prueba exacta de Fisher, según correspondiera. La normalidad de las variables continuas se evaluó con la prueba de Shapiro-Wilk, y para aquellas que no cumplían criterios de normalidad se empleó la prueba de Mann-Whitney. Finalmente, se estimó la fuerza de asociación a través de razones de disparidad (OR) con sus intervalos de confianza del 95% (IC95%). El análisis y procesamiento de datos se realizó con el programa STATA, versión 14. **Resultado:** En la evaluación inicial, la mediana de edad gestacional fue de 29 semanas (RIQ 28,2–31,5) y la mediana de peso al nacer de 1.049 g (RIQ 1.049–1.425). El 60% de los recién nacidos requirió ventilación mecánica no invasiva (VMNI). En el análisis comparativo, los neonatos que recibieron VMNI presentaron un menor tiempo de oxigenoterapia suplementaria, con una mediana de 9 días (RIQ 4–34,5), en contraste con aquellos con falla de la VMNI, cuya mediana fue de 24 días (RIQ 8–45) ($p = 0,01$). La falla a la VMNI se asoció de manera significativa con la necesidad de reanimación neonatal (OR 2,82; IC95%: 1,94–4,08) y con el uso de surfactante pulmonar (OR 5,04; IC95%: 3,25–7,80). Asimismo, los recién nacidos manejados con VMNI mostraron una menor probabilidad de neumotórax en un 92% (OR 0,08; IC95%: 0,04–0,15) y de mortalidad en un 78% (OR 0,22; IC95%: 0,14–0,33). En cuanto a otras complicaciones, como enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular o displasia broncopulmonar, no se observaron diferencias estadísticamente significativas; sin embargo, se evidenció una tendencia a mayor frecuencia en el grupo con falla de la VMNI. **Conclusiones:** En el presente estudio se identificó que la aplicación de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) durante las primeras 72 horas de vida en prematuros de menos de 32 semanas de edad gestacional se asocia con una reducción en el tiempo de requerimiento de oxígeno suplementario, así como con una menor incidencia de neumotórax y mortalidad, en comparación con aquellos que presentaron falla a la VMNI y requirieron ventilación mecánica invasiva. Estos hallazgos se documentan en el contexto de una región de ingresos medianos y bajos.

M45. RESULTADOS CLÍNICOS DEL DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE EN PREMATUROS EXTREMOS: COMPARACIÓN ENTRE MANEJO MÉDICO Y OBSERVACIÓN SIN INTERVENCIÓN, EN DOS UCIN DE CALI (2023–2024). Javier Torres Muñoz, Diana María Pérez Manrique, Lesly Georjany Escobar Gordillo, Angie Marcela Guapacha Alomia. Universidad del Valle. Colombia. Email: javier.torres@correounivalle.edu.co

Introducción: El ductus arterioso persistente (DAP) es una de las cardiopatías congénitas más frecuentes en el recién nacido pretérmino (RNPT), con una prevalencia reportada entre el 20 y el 50% de los casos, y que puede alcanzar hasta el 60% en neonatos con edad gestacional (EG) menor de 28 semanas. Esta condición se asocia a un incremento en la morbimortalidad neonatal, lo que hace necesario optimizar las estrategias de diagnóstico y tratamiento. En este contexto, el presente estudio busca aportar evidencia local sobre la efectividad y seguridad de las intervenciones terapéuticas utilizadas, con el fin de apoyar la toma de decisiones clínicas y contribuir a mejorar los desenlaces en esta población. **Objetivo:** Evaluar los resultados clínicos de recién nacidos prematuros extremos (26 a 32 semanas de EG) con diagnóstico de DAP, según recibieran manejo conservador o manejo médico, en dos unidades de cuidado intensivo neonatal (UCIN) de alta complejidad en Cali, Colombia, entre 2023 y 2024. **Método:** Diseño del estudio: Estudio observacional, analítico, de cohorte retrospectiva, realizado en dos UCIN de alta complejidad de la ciudad de Cali, Colombia. Evaluación: El tamaño de muestra incluyó a 154 recién nacidos prematuros extremos con diagnóstico de DAP, hospitalizados entre 2023 y 2024 en dos instituciones de la ciudad de Cali, Colombia. La población estuvo conformada por neonatos prematuros hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), con edad gestacional menor de 32 semanas o peso al nacer inferior a 1500 gramos, y diagnóstico de ductus arterioso persistente (DAP) confirmado por ecocardiografía después de la primera semana de vida. Se excluyeron los pacientes con edad gestacional menor de 26 semanas, fallecidos antes del diagnóstico o del inicio del manejo del DAP, así como aquellos con DAP sin repercusión hemodinámica. La información se recolectó mediante un formato estandarizado en EpiInfo versión 7.2. Se realizó un análisis estadístico univariado y bivariado. Para las variables continuas se exploraron distribuciones, medidas de tendencia central y dispersión, así como la consistencia de los datos. Las variables categóricas se analizaron mediante la prueba χ^2 o la prueba exacta de Fisher, según correspondiera. La normalidad de las variables continuas se evaluó con la prueba de Shapiro–Wilk; en caso de no cumplir criterios de normalidad, se utilizó la prueba de Mann–Whitney. La asociación entre variables se estimó mediante razones de disparidad (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC95%). El análisis estadístico se realizó en STATA versión 14. **Resultado:** La mediana de la edad gestacional fue de 29 semanas (RIQ: 27–31) y la del peso al nacer de 1280 g (RIQ: 1070–1475). El 30% de los recién nacidos requirió tratamiento farmacológico para el cierre del DAP. En el análisis comparativo, los neonatos que recibieron tratamiento farmacológico presentaron menor edad gestacional (mediana 27 semanas; RIQ: 26,5–28) frente a los que no lo recibieron (30 semanas; RIQ: 28–31,5; $p < 0,001$), así como menor peso al nacer (805 g; RIQ: 705–1009) frente a 1280 g (RIQ: 1070–1475; $p < 0,001$). El tiempo de oxigenoterapia suplementaria fue significativamente mayor en el grupo con tratamiento farmacológico (44 días; RIQ: 12–87) comparado con el grupo de manejo conservador (15,5 días; RIQ: 5–38,5; $p < 0,001$). Los recién nacidos que requirieron manejo farmacológico tuvieron mayor riesgo de complicaciones: displasia broncopulmonar (OR 3,58; IC95%: 1,46–8,77), enterocolitis necrotizante (OR 5,83; IC95%: 1,88–18,01), sepsis (OR 3,80; IC95%: 1,48–9,78) y mortalidad (OR 4,86; IC95%: 1,85–12,73). **Conclusiones:** En neonatos prematuros menores de 32 semanas con diagnóstico de ductus arterioso persistente (DAP) hemodinámicamente significativo, el manejo conservador se asoció con una menor frecuencia de complicaciones y con una mayor supervivencia en comparación con el

tratamiento farmacológico. Estos hallazgos respaldan la necesidad de considerar estrategias conservadoras en este grupo de pacientes. No obstante, se requieren estudios adicionales que permitan actualizar los protocolos de manejo del DAP y optimizar el pronóstico de estos prematuros. Agradecimientos: al equipo de las unidades de cuidado intensivo de la clínica Versalles y el Hospital Universitario del Valle de la ciudad de Cali Colombia. Financiamiento: no contó con financiamiento. No se declara conflicto de intereses por parte de los autores

M46. PREVENCIÓN DE IAAS EN UCIN: UNA REVISIÓN DE ALCANCE. Luz Adriana Canales Montoya, Luis Gerardo Martínez Maldez, Jessica M. Aragón Ballesteros, Jenifer P. Giraldo-López, Diego Carrion Alvarez, Alejandro I. Trejo Castro. Universidad Autónoma de Nuevo León México. Email: adriana.cmtya@gmail.com

Introducción: Las infecciones asociadas a la atención de la salud se han convertido en un problema a nivel mundial, principalmente debido a su incremento como carga en el sistema de salud de manera económica y social; asimismo se vuelve de importancia por los microorganismos multirresistentes y la alta mortalidad de las mismas en las unidades de terapia intensivas pediátricas comparado con otras áreas hospitalarias. Debido al incremento de nuevas tecnologías y técnicas para mantener la esterilidad en la unidad de terapia intensiva neonatal, el propósito de este estudio es determinar y reportar medidas preventivas publicadas en los últimos 11 años mediante una revisión sistemática. **Objetivo:** Realizar una revisión de alcance en la que se permita encontrar las mejores medidas en materia de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud en la UCIN. **Método:** Se realizó una búsqueda sistemática utilizando el protocolo PRISMA con las siguientes palabras clave (Nosocomial-Infections OR health-associated infections OR healthcare associated infections AND Neonatal Intensive Care Unit AND Prevention) en las bases de datos SCOPUS, EBSCO CINAHL y PubMed del 2012 al 2023. Se consideraron estudios experimentales o cuasi-experimentales con resultados expresados con medidas de tendencia central o análisis estadístico. Se excluyeron análisis observacionales y series de casos relacionadas con el control de brote y artículos cuyos resultados se enfocarán en variables como días de estancia hospitalaria mortalidad o pérdida de peso sin reportar la incidencia de infecciones asociadas a la atención de la salud. Se utilizó Mendeley para descartar duplicados. Se realizó la selección mediante dos investigadores independientes mediante el formato PICO. Se analizó el riesgo de sesgo mediante la herramienta de Cochrane incluyendo únicamente estudios con bajo riesgo de sesgo. **Resultado:** Se obtuvieron 833 artículos, incluyendo únicamente 44 relacionados con el tema. Estos se enfocan en su mayoría en aumentar el entrenamiento del personal de salud, la correcta higiene de manos y el uso de técnicas estériles para los procedimientos invasivos, así como otras medidas que involucran el uso de nuevas tecnologías como la simulación clínica y el monitoreo en tiempo real. **Conclusiones:** La higiene de manos y la educación continúan siendo las medidas con un mejor costo-beneficio para la prevención de infecciones.

M47. DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE EVALUACION DE SEGURIDAD DE LA SUCCIÓN DEGLUCIÓN EN RECIEN NACIDOS DE ALTO RIESGO NEUROLÓGICO. Víctor Manuel López Morales. Hospital del Niño y la Mujer de Querétaro. México. Email: vicmalo@yahoo.com

Introducción: La succión nutritiva normal es aquella donde el recién nacido obtiene su alimento en un proceso rítmico y coordinado entre la succión, la respiración y la deglución, sin que haya señales de

asfixia o atragantamiento y que asegure una ingesta calórica y volumen que satisfaga la demanda metabólica. La evaluación de esta función y el diagnóstico temprano de su disfunción a través de instrumentos clínicos no invasivos, de fácil acceso y de bajo costo nos permitirá determinar el grado de disfunción y seguridad, los efectos de la intervención rehabilitadora y la indicación de vías alternativas de alimentación para proteger la vía aérea. **Objetivo:** Determinar la validez y confiabilidad de la escala de evaluación de la seguridad de la succión-deglución en recién nacidos de alto riesgo neurológico. **Método:** La escala de seguridad de la succión-deglución en el recién nacido de alto riesgo neurológico es una herramienta que permite evaluar en forma objetiva, accesible, económica, no invasiva la funcionalidad y seguridad del proceso de alimentación del neonato de alto riesgo, considerando las tres dimensiones clave: la expresión-succión, la deglución, coordinación e impacto en los sistemas respiratorio. La escala se validó mediante tres estrategias •Juicio de expertos: se determinó la validez de contenido con el coeficiente V de Aiken•Aplicación: en 100 neonatos de alto riesgo neurológico del servicio de incremento de peso, del hospital de especialidades del niño y la mujer de Querétaro, Qro. •Análisis de fiabilidad interna: con el coeficiente alfa de Cronbach **Resultado:** Las puntuaciones para cada uno de los 6 ítems arrojaron un resultado de 0.7 a 1, con una V de Aiken global del 0.97 lo que indica que los expertos están de acuerdo en que los ítems de la escala son relevantes y representan adecuadamente el fenómeno a evaluar. En un segundo apartado se solicitó a los expertos una evaluación global del instrumento donde se calificó la claridad, la objetividad, la actualidad, la organización, la suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia, metodología, y pertinencia de cada uno de los ítems. Los resultados del coeficiente V de Aiken evidencian una opinión general de aplicabilidad del instrumento con valores superiores a 0.80. Respecto a la consistencia interna del instrumento se determinó el coeficiente alfa de Cronbach, para este apartado se aplicó el instrumento en una cohorte de 100 neonatos de alto riesgo neurológico, las puntuaciones obtenidas fueron analizadas mediante un software diseñado para tal objetivo y que arrojó un alfa de Cronbach de 0.807 **Conclusiones:** La escala de seguridad de la succión-deglución en neonatos de alto riesgo neurológico es una escala válida y confiable para determinar la seguridad del neonato de alto riesgo neurológico y puede ser utilizada en el servicio de crecimiento y desarrollo del Hospital del Niño y la Mujer de Querétaro para decidir un alta hospitalaria segura.

M48. CARACTERIZACIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS \leq 32 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL NACIDOS DEL 1/1/2024 AL 31/12/2024, INCIDENCIA DE RCEU Y SU EVOLUCIÓN, EN UN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA NIVEL IIIB PERTENECIENTE A LA RED SIBEN. Sofia Garozzo, Favareto MV, Conzolino S. Hospital Provincial de Rosario. Argentina. Email: verofavareto@hotmail.com

Introducción: Los pacientes prematuros menores o iguales a 32 semanas constituyen una población de alto riesgo biológico y social. La incidencia de RCEU no ha disminuido, constituyendo un factor de peor pronóstico en la evolución de estos pacientes. **Objetivo:** Describir las características y evolución de los recién nacidos prematuros \leq 32 semanas de edad gestacional nacidos del 1/1/24 al 31/12/24, incidencia de RCEU y su evolución en un Servicio de Neonatología del Hospital Provincial de Rosario unidad III B, perteneciente a la RED SIBEN. **Método:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron las historias clínicas de los pacientes internados en el Servicio de Neonatología del HPR, SICAP y la base de datos de la RED SIBEN. **Resultado:** Ingresaron 58 pacientes menores o iguales a 32 semanas nacidos del 1/1/24 al 31/12/24. El 100% nació en el HPR. Fallecieron 15 pacientes. De los 43 sobrevivientes: 21 sexo femenino, 22 masculino, EG media 30 semanas (25-32 semanas), peso al nacer

media 1365 gramos (800- 2300 grs), diagnóstico de RCIU (12%), recibieron MPF completa 54%, nacieron por cesárea el 82%. En el 100% se colocó un acceso vascular central. Media de días de internación 55 días (mín 11- máx 115 días), 26% se fueron de alta con diagnóstico de RCEU (80% de los RCIU se fueron como RCEU). Al analizar pacientes con RCEU y peso adecuado al alta: no se encontraron diferencias en sexo ni en EG al nacer. Los pacientes con RCEU presentaron menor peso al nacer en promedio (1100 gramos versus 1477 gramos), mayor frecuencia de RCIU (36 versus 3%), preeclampsia materna (45 vs 28%), más días de nutrición parenteral (media 17 versus 8,5 días), más días en alcanzar el aporte enteral completo (19 versus 13, máxima de 46 versus 26 días, más IACS (55 vs 22%), mayor requerimiento de ARM (73 vs 47%), más frecuencia de DAP (18 vs 9%) y DBP (18 vs 9%), más días de internación (media de 71 vs 45%). No se encontraron diferencias en el uso de NPT, comienzo de proteínas, lípidos ni uso de fortificadores de leche humana, ni tampoco en alimentación al egreso. **Conclusiones:** La presencia de preeclampsia materna y HIE en el embarazo parecería ser un factor de riesgo asociado a RCEU. La presencia de RCIU parecería ser un factor de riesgo para RCEU en nuestra población. Los pacientes con RCEU tuvieron menor peso al nacer en promedio que los de peso adecuado al alta. El porcentaje de RCEU es elevado. Alto porcentaje de infecciones asociadas a los cuidados de salud. Los pacientes con RCEU presentaron más días de NPT, tardaron más días en alcanzar la alimentación enteral en forma completa, tuvieron mayor porcentaje de IACS, DAP y DBP

M49. CHAGAS CONGENITO: MANIFESTACIONES CARDIACAS SEVERAS EN UN RECIÉN NACIDO. Belkis Eunice Martinez Lopez, Dilcia Paola Pagoaga, Claudia Fuentes. Hospital de Occidente. Honduras. Email: eunice.martinez61@gmail.com

Introducción: La enfermedad de Chagas es causada por el protozoo *Trypanosoma cruzi*, transmitido por vía vectorial, transfusiones, trasplantes y de madre a hijo durante el embarazo. La transmisión congénita ocurre entre 1 y 10% de los hijos de madres infectadas y constituye un problema relevante de salud pública en América Latina. Aunque la mayoría de los recién nacidos son asintomáticos, algunos pueden presentar complicaciones graves como miocarditis e insuficiencia cardíaca en la etapa aguda. El diagnóstico temprano y el inicio de tratamiento con benznidazol en el primer año de vida permiten tasas de curación superiores al 90%. **Objetivo:** Describir el caso de un recién nacido con diagnóstico de enfermedad de Chagas congénita que presentó compromiso cardíaco severo con evolución a insuficiencia cardíaca y miocarditis, resaltando la importancia del diagnóstico oportuno y la adherencia terapéutica. **Método:** Reporte de caso. **Resultado:** Recién nacido masculino, producto de embarazo de 38.1 semanas, peso 3240 g, madre de 36 años con diagnóstico confirmado de enfermedad de Chagas durante la gestación. Nació por parto vaginal, Apgar 8/9, sin necesidad de reanimación avanzada. A los 2 días de vida se confirmó infección por *Trypanosoma cruzi* y se inició tratamiento con benznidazol. Ecocardiograma inicial: comunicaciones interventriculares musculares de 2 y 3 mm con gradiente leve, válvula aórtica trivalvular engrosada con estenosis ligera, fracción de eyección ventricular izquierda conservada (60%). Fue dado de alta al cuarto día de vida con tratamiento indicado en domicilio. La madre no administró el medicamento y a los 15 días de vida el paciente ingresó nuevamente con fiebre de 38 °C, pobre succión y dificultad respiratoria. Presentaba Silverman-Anderson 5, cianosis periférica, soplo sistólico y signos de insuficiencia cardíaca. Requirió ingreso a cuidados intensivos, ventilación mecánica invasiva, soporte inotrópico con milrinona y tratamiento con furosemida y espironolactona. Un nuevo ecocardiograma evidenció estenosis aórtica ligera, comunicaciones interventriculares con gradiente de 30 mmHg, fracción de eyección 45% y dilatación ventricular izquierda, compatibles con

miocarditis por *T. cruzi*. Durante su evolución presentó dos intentos fallidos de extubación, logrando finalmente la retirada exitosa al cuarto intento con mejoría progresiva.

Tras 15 días hospitalizado, egresó en condiciones estables con esquema completo de benznidazol por dos meses y seguimiento estrecho en consulta externa de pediatría y cardiología pediátrica.

Conclusiones: El compromiso cardíaco severo en la enfermedad de Chagas congénita, aunque infrecuente, representa una complicación grave en el período neonatal. Este caso enfatiza la importancia del diagnóstico oportuno, inicio inmediato de tratamiento y adherencia terapéutica para evitar secuelas irreversibles. No existen conflictos de interés ni financiamiento.

M50. EFECTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON IBUPROFENO VS PARACETAMOL EN EL CIERRE DEL CONDUCTO ARTERIOSO PERMEABLE EN RECIEN NACIDOS PRETERMINO.

Vania Don Juan

Domínguez, Verónica Santiago Vázquez. Hospital de la Mujer. México. Email: vann.djd18@gmail.com

Introducción: La persistencia del conducto arterioso ocurre en hasta el 25% de los recién nacidos

prematuros y está asociada con incremento considerable de la morbi-mortalidad neonatal.

Recientemente se ha demostrado la utilidad tanto del ibuprofeno como del paracetamol para este fin.

Se ha reportado una tasa de éxito de hasta el 89 %. Dentro de los estudios más recientes en literatura

mexicana en 2015 en el INP realizaron un estudio con prematuros con cierre exitoso en el 89% de los

pacientes con un tiempo de cierre de 3.4 ± 1.7 días, se concluyó que el paracetamol es una alternativa

eficaz y segura. Basados en esto, analizamos la efectividad de cierre de conducto con paracetamol e

ibuprofeno **Objetivo:** General: -Describir la efectividad del ibuprofeno intravenoso en comparación con

el paracetamol intravenoso en el cierre del conducto arterioso persistente con repercusión

hemodinámica en recién nacidos pretérmino de menos de 34 semanas de edad gestacional. Objetivos

particulares: -Establecer el número de ciclos efectivos para el cierre exitoso; - Señalar las reacciones

adversas encontradas. **HIPÓTESIS:** La terapia farmacológica para el cierre del conducto arterioso

permeable con ibuprofeno tiene mayor efectividad, así como menores efectos adversos en comparación

con el uso de paracetamol. **Método:** diseño de investigación: Observacional, Retrospectivo Longitudinal

Analítico. Población de estudio: Recién nacidos en el periodo octubre 2024 hasta julio 2025 en el

Hospital de la Mujer. Muestra: Recién nacidos menores de 34 semanas de edad gestacional, que

cumplieron los criterios ecocardiográficos de conducto arterioso persistente y que cumplieron con los

criterios de inclusión en el periodo de estudio. **Resultado:** En este estudio, analizamos la eficacia del

paracetamol y el ibuprofeno para el cierre del conducto hemodinámicamente significativo en

prematuros, se incluyeron neonatos de entre 48 y 72 horas de vida, la media respecto al peso fue de

1619.19 g en el Grupo control, de 1539.1 g en el Grupo con tratamiento a base de paracetamol y de

1374.71 g en el Grupo tratado con ibuprofeno; para la edad gestacional media al nacer fue de 31.6

semanas para el grupo control, de 30.6 semanas para el grupo tratado con paracetamol y de 30.4

semanas para el grupo tratado con ibuprofeno. Para el tamaño del conducto se tuvo una media para el

tamaño, de 2.15 mm para el grupo control, de 3.64 para el grupo tratado con paracetamol y de 2.65

mm para el grupo tratado con ibuprofeno, con una $p = 0.28$. Los resultados obtenidos revelan que,

aunque ambos fármacos demostraron efectividad en esta población, el ibuprofeno mostró una tasa de

éxito superior y estadísticamente significativa (87.5% vs. 76.6%, $p=0.011$), lo que respalda su uso

como tratamiento de primera línea en este contexto. No obstante, el perfil de seguridad del ibuprofeno

se vio comprometido por una mayor incidencia de sangrado gastrointestinal (37.5%), en contraste con

el 6.3% reportado en el grupo de paracetamol. El estudio también evidenció que en ambos grupos no

presentaron incremento de los niveles de creatinina sérica. Otro aspecto relevante fue el análisis

evolutivo tras un primer ciclo terapéutico. En el grupo de paracetamol, el 23.4% de los pacientes requirieron un segundo ciclo, con éxito parcial. En contraste, en el grupo de ibuprofeno solo el 12.5% no respondió al primer ciclo, y un segundo ciclo con ibuprofeno fue suficiente para lograr el cierre. Cabe señalar que en el grupo control (manejo expectante), se observó una tasa espontánea de cierre de 78.3%. Esta cifra, aunque elevada, debe interpretarse con cautela, ya que los neonatos en este grupo tenían CAP clínicamente leve, sin repercusión significativa. **Conclusiones:** El ibuprofeno intravenoso fue significativamente más efectivo que el paracetamol para el cierre del conducto arterioso permeable hemodinámicamente significativo en RNPT menores de 34 semanas de gestación. Ambos fármacos mostraron ausencia de elevación de creatinina posterior al tratamiento, sin indicios de nefrotoxicidad relevante. El paracetamol representó una alternativa segura, especialmente en neonatos con contraindicación a AINEs. El ibuprofeno se asoció con mayor tasa de sangrado gastrointestinal, lo cual debe ser considerado antes de su uso. La ecocardiografía funcional fue una herramienta clave para la evaluación del tratamiento.

M51. VALORACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROGENITORES SOBRE LA INMUNIZACIÓN FRENTE AL VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL CON NIRSEVIMAB EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DESDE ABRIL A JULIO DEL AÑO 2025.

Sara Lucía Pereira Ferreira. Instituto de Previsión Social (IPS). Paraguay. Email: sariluchi91@gmail.com

Introducción: El virus respiratorio sincital (VRS) es la principal causa de infección respiratoria baja grave en neonatos, especialmente en aquellos prematuros o con comorbilidades. La reciente introducción del nirsevimab, un anticuerpo monoclonal de acción prolongada, permite una protección efectiva con una sola dosis estacional, pero su conocimiento entre progenitores aún es limitado. **Objetivo:** El presente estudio tuvo como objetivo valorar el nivel de conocimiento que poseen los padres sobre el VRS y sobre la inmunización con nirsevimab, en el servicio de neonatología del Instituto de Previsión Social (IPS). **Método:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, con enfoque cuantitativo. Se encuestó a 150 padres/madres de neonatos internados entre abril y julio del 2025, mediante un cuestionario estructurado de 17 preguntas. El análisis se realizó con el software IBM SPSS Statistics, expresando los resultados con frecuencias y porcentajes. **Resultado:** El 50% de los encuestados tenían entre 24 y 30 años, el 93,3% fueron mujeres y el 53,3% tenía secundaria completa. Respecto al conocimiento sobre virus respiratorio sincital solo el 20% manifestó conocerlo, y apenas el 16,7% había oído hablar del anticuerpo monoclonal nirsevimab. El 80% desconocía cómo se transmite el virus, y el 63,3% no sabía qué enfermedades podía causar en los recién nacidos. A pesar de esto, el 60% consideró que el VRS podría ser peligroso para los bebés, lo que sugiere una percepción intuitiva del riesgo, aunque sin información clara. La falta de información provista por el personal sanitario fue un hallazgo crítico: el 90% de los encuestados afirmó que nadie les había hablado del nirsevimab, solo el 3,3% fue informado por personal de salud, y el 6,7% por redes sociales. Esto se reflejó en la incertidumbre sobre su aplicación, ya que el 83,3% no sabía si su hijo recibiría la inmunización. Sin embargo, el 36,7% expresó disposición a inmunizar a sus hijos de contar con información adecuada, más de la mitad 53,3% dudaba en autorizarla sin mayor orientación. Los principales temores fueron los efectos secundarios (30%) y que el medicamento fuera experimental (36,7%). Finalmente, se identificó una alta disposición a recibir educación sanitaria: el 96,7% de los progenitores expresó interés en obtener más información. Estos datos destacan la urgente necesidad de implementar estrategias de

comunicación entre el equipo de salud y las familias, para mejorar el conocimiento, disipar dudas y aumentar la aceptación de esta inmunización, clave en la prevención de infecciones graves por VRS en neonatos. Conclusiones: Se concluye que existe un bajo nivel de conocimiento sobre el VRS y su prevención, con una marcada ausencia de estrategias educativas en el entorno hospitalario. Se recomienda fortalecer la comunicación personal de salud-familia, brindar información activa sobre inmunizaciones durante la hospitalización neonatal.

M52. EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROGENITORES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL IPS – 2025. Rufina Huber, Sara Pereira, Belén González, Carolina Brítez, Gloria Rivero. Instituto de Previsión Social (IPS). Paraguay. Email: sariluchi91@gmail.com

Introducción: La lactancia materna es una de las intervenciones más eficaces para mejorar la salud y supervivencia del recién nacido, especialmente en contextos de internación neonatal. A pesar de las múltiples recomendaciones internacionales sobre su práctica, diversos factores sociales, emocionales y estructurales influyen en su inicio y continuidad. El conocimiento de los progenitores es clave para fortalecer la práctica de la lactancia desde el entorno hospitalario. Evaluar su nivel de comprensión permite orientar estrategias educativas más efectivas en las unidades neonatales. **Objetivo:** Evaluar el nivel de conocimiento de los progenitores sobre la lactancia materna en el servicio de neonatología del Hospital IPS, abril a julio 2025. **Método:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, con enfoque cuantitativo. Se encuestó a 150 progenitores de recién nacidos internados en el servicio de neonatología entre abril y julio de 2025. Se utilizó un cuestionario estructurado con preguntas cerradas sobre conocimientos generales y específicos de lactancia materna. Los datos se procesaron en IBM SPSS Statistics y se analizaron en frecuencias absolutas y porcentajes. **Resultado:** Se encuestaron 150 progenitores del servicio de neonatología del Hospital IPS. La mayoría tenía entre 24 y 30 años (46,7%), seguido de mayores de 30 años (37,3%) y el resto entre 17 y 23 años. El 93,7% eran mujeres, y el nivel educativo más frecuente fue secundaria completa (72%). Los resultados reflejan un conocimiento general positivo, donde el 100% identificó correctamente a la leche materna como el alimento ideal para el recién nacido. Sin embargo, se observaron vacíos en aspectos específicos: solo el 62,7% sabía que la lactancia exclusiva debe mantenerse hasta los seis meses, y un número considerable desconocía beneficios específicos como la protección inmunológica o la adaptación al bebé prematuro. También se identificó que muchas madres perciben barreras importantes al inicio de la lactancia en neonatología, siendo la separación madre-hijo y el estrés emocional las más frecuentes. **Conclusiones:** Aunque la mayoría de los progenitores reconocen la importancia de la lactancia materna, persisten vacíos en conocimientos específicos relacionados con sus beneficios inmunológicos, duración recomendada y adaptación en bebés prematuros. Estos hallazgos evidencian la necesidad de reforzar la educación dirigida a las familias durante la internación neonatal. Se recomienda integrar estrategias educativas permanentes en el servicio, lideradas por el equipo multidisciplinario, para fomentar prácticas de lactancia materna sostenidas y efectivas.

M53. EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y BARRERAS DEL PERSONAL DE SALUD EN LA PROMOCIÓN DE LACTANCIA MATERNA EN UN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE UN CENTRO DE REFERENCIA – 2025. Rufina Huber, Sara Pereira, Belén González, Carolina Brítez, Gloria Rivero. Instituto de Previsión Social (IPS). Paraguay. Email: sariluchi91@gmail.com

Introducción: La lactancia materna (LM) es una estrategia clave para reducir la morbimortalidad

neonatal, con beneficios demostrados en nutrición, inmunidad y desarrollo infantil. A pesar de las recomendaciones de la OMS, su implementación enfrenta desafíos relacionados con el conocimiento y las prácticas del personal de salud. Este estudio busca evaluar el nivel de comprensión, las actitudes y las barreras percibidas por profesionales en un servicio de neonatología, con el fin de identificar oportunidades para mejorar la promoción de la LM en entornos hospitalarios. **Objetivo:** Evaluar el conocimiento, las prácticas y las barreras del personal de salud respecto a la lactancia materna en un servicio de neonatología de un centro de referencia durante el año 2025. **Método:** Estudio observacional, descriptivo y transversal con enfoque cuantitativo. Se analizaron respuestas de 150 profesionales de salud (médicos, enfermeros y otros) con experiencia en neonatología, recolectadas mediante un cuestionario estructurado. Las variables incluyeron conocimiento sobre duración de LM exclusiva, beneficios para el neonato y la madre, prácticas clínicas (como el método canguro) y barreras institucionales. Los datos se procesaron utilizando frecuencias absolutas y porcentajes. **Resultado:** De los 150 profesionales encuestados, el 76% (114/150) identificó correctamente la duración de la LM exclusiva (6 meses), mientras que el 18% (27/150) consideró erróneamente que era de 1 año. El 74% (111/150) reconoció la inmunidad como principal beneficio para el neonato, y el 92% (138/150) mencionó la prevención del cáncer de mama como beneficio materno. En cuanto a prácticas clínicas, el 97% (146/150) recomendó iniciar la LM en la primera hora de vida, y el 96% (144/150) confirmó su viabilidad en prematuros. El método canguro fue conocido por el 98% (147/150), pero solo el 44% (66/150) lo aplicaba activamente. Las principales barreras identificadas fueron falta de tiempo (56%, 84/150), capacitación insuficiente (38%, 57/150) y recursos limitados (24%, 36/150). Solo el 52% (78/150) conocía la recomendación de la OMS de LM complementaria hasta los 2 años o más. **Conclusiones:** El personal de salud demuestra un conocimiento teórico adecuado sobre LM, pero persisten brechas en su aplicación práctica y adherencia a las guías de la OMS. Las barreras operativas, como la falta de tiempo y capacitación, resaltan la necesidad de intervenciones educativas continuas y mejoras logísticas en el servicio. Se recomienda implementar programas de capacitación, optimizar recursos y fortalecer el rol del equipo multidisciplinario para promover prácticas efectivas de lactancia materna, alineadas con los estándares internacionales.

M54. DESIGUALDADES EN DESENLACES MATERNOS Y PERINATALES SEGÚN ESTADO MIGRATORIO: ANÁLISIS DE GESTANTES NATIVAS, MIGRANTES Y REFERIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DEL PERÚ. Claudia Veralucia Saldaña Díaz, Andrés Campaña Acuña, Ezequiel Roque-Quezada, Jimena Vizarrata Rosas, Rosemary Isabel López Vidal, Dante M. Quiñones-Laveriano, Alfonso Meza Santibañez, Carmen Davila Aliaga. Instituto Nacional Materno Perinatal. Perú. Email: cvsaldi.med@gmail.com

Introducción: La migración constituye un fenómeno social y sanitario de gran relevancia en América Latina, con implicancias directas en la atención materna y perinatal. Las mujeres gestantes que migran, tanto a nivel interno como internacional, así como aquellas que deben ser referidas desde provincias hacia hospitales de mayor complejidad, suelen enfrentar barreras de acceso, inequidades estructurales y condiciones de vulnerabilidad social que impactan en su salud y la de sus recién nacidos. El modelo de atención obstétrica en hospitales de referencia debe considerar estas condiciones diferenciales, dado que la evidencia internacional ha mostrado peores desenlaces maternos y perinatales en mujeres migrantes. **Objetivo:** Comparar las características sociodemográficas, obstétricas, los desenlaces del parto y las complicaciones maternas y perinatales entre gestantes nativas, migrantes internas, migrantes

internacionales y referidas de provincia atendidas en el INMP durante 2022. **Método:** Se realizó un estudio observacional, de diseño analítico transversal, basado en el análisis secundario de la base de datos de partos atendidos en el INMP durante el año 2022. Se incluyeron 10,327 gestantes, clasificadas en cuatro grupos: nativas (aquellas residentes en Lima y nacidas en la misma ciudad), migrantes internas (procedentes de otras regiones del país que residían en Lima al momento del parto), migrantes internacionales (procedentes de otros países) y referidas de provincia (trasladadas desde hospitales regionales por complicaciones obstétricas). Las variables analizadas incluyeron características sociodemográficas (edad, nivel educativo, estado civil), obstétricas (número de gestaciones, partos, abortos, controles prenatales, cesáreas previas), desenlaces del parto y del recién nacido (tipo de parto, edad gestacional, peso al nacer, Apgar, mortalidad neonatal temprana), así como complicaciones maternas (trastornos metabólicos, trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragia obstétrica, infecciones obstétricas, rotura prematura de membranas, anemia gestacional, sufrimiento fetal agudo). El análisis estadístico incluyó frecuencias y proporciones, además de pruebas de chi cuadrado para determinar diferencias entre grupos, con un nivel de significancia de $p < 0.05$. **Resultado:** Del total de gestantes, 51.4% fueron nativas, 34.1% migrantes internas, 8.1% migrantes internacionales y 6.4% referidas de provincia. Las migrantes internacionales concentraron la mayor proporción de adolescentes menores de 19 años (17.5% frente a 9.3% en nativas) y tuvieron menor acceso a educación superior (19.5% frente a 22.7% en nativas). El estado civil conviviente predominó en todos los grupos, alcanzando su mayor proporción en migrantes internas (75.5%). En cuanto al control prenatal, solo 46.2% de las migrantes internacionales accedió a seis o más controles, en contraste con 52.5% de las nativas, lo que refleja una brecha en el acceso a la atención preventiva. Respecto a las características del parto, las migrantes internacionales presentaron la mayor proporción de cesáreas (64.8%), mientras que las nativas alcanzaron 47.9%. El parto pretérmino, definido como menor de 37 semanas, fue más frecuente en extranjeras (29.1%) y en referidas de provincia (22.6%) que en nativas (19.2%). El bajo peso al nacer fue más prevalente en migrantes internacionales (22.6%) y referidas (20.3%) frente a las nativas (14.5%). Los puntajes Apgar bajos (0–3 al minuto) fueron más frecuentes en migrantes internacionales (3.7%) y en referidas (4.1%) comparado con nativas (2.2%). La mortalidad neonatal temprana se mantuvo baja en todos los grupos, aunque ligeramente mayor en extranjeras (1.1% frente a 1.0% en nativas). En relación con las complicaciones maternas, los trastornos hipertensivos del embarazo mostraron las tasas más altas en referidas de provincia (19.5%) y migrantes internacionales (15.9%), comparado con nativas (9.8%). La preeclampsia severa alcanzó 4.0% en extranjeras y 3.6% en referidas, frente a 3.5% en nativas. La hemorragia obstétrica fue más frecuente en migrantes internacionales (8.6%) frente a 6.2% en nativas. Las infecciones obstétricas presentaron una elevada prevalencia en todos los grupos (alrededor de 24%), sin diferencias significativas, aunque ligeramente superior en nativas (24.8%). La rotura prematura de membranas afectó al 11.5% de la muestra, con mayor proporción en migrantes internas y nativas. La anemia gestacional fue más común en migrantes internas (19.0%) frente a 13.6% en nativas. El sufrimiento fetal agudo se mantuvo en valores similares en todos los grupos, alrededor de 6 a 7%. **Conclusiones:** El presente análisis demuestra que el estado migratorio se asocia con diferencias sustanciales en los desenlaces maternos y perinatales en un hospital de referencia peruano. Las migrantes internacionales y las referidas de provincia emergen como los grupos más vulnerables, con mayor proporción de cesáreas, partos pretérminos, recién nacidos con bajo peso y complicaciones hipertensivas y hemorrágicas. Las migrantes internas presentan un perfil intermedio, caracterizado por mayores tasas de convivencia como estado civil, más casos de anemia gestacional y niveles de control prenatal insuficientes. En contraste, las nativas exhiben desenlaces relativamente más favorables, aunque también muestran una

elevada carga de complicaciones infecciosas. Estos hallazgos evidencian la necesidad de políticas públicas y estrategias de atención diferenciadas, enfocadas en reducir las brechas de acceso y calidad en la atención prenatal, fortalecer la referencia oportuna y garantizar recursos suficientes para atender a gestantes en situación de vulnerabilidad social y migratoria. El fortalecimiento de la vigilancia prenatal, la detección temprana de complicaciones y la humanización de la atención en hospitales de referencia son intervenciones prioritarias para mejorar la equidad en salud materna y perinatal en el Perú.

M55. EVENTO CENTINELA INTRAPARTO, LESIÓN CEREBRAL Y EVOLUCIÓN DE RECIÉN NACIDOS CON ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICA E HIPOTERMIA TERAPÉUTICA. Fernando Silvera, Abisab Ma. Jose, Gesuele J Pablo, Jeldres Camila, Lorenzo Martin, Lucas Leandro, Martinez Viviana, Vidal Gabriela. Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo Uruguay. Email: camila.jeldres.l@gmail.com

Introducción: La asfixia perinatal (AP) y su consecuencia la encefalopatía hipóxico isquémica continúa siendo una de las principales causas de muerte en recién nacidos. Múltiples estudios han demostrado que la hipotermia terapéutica, reduce efectivamente el riesgo de muerte y/o discapacidad a los 18-24 meses de vida en países con altos recursos económicos. Sin embargo, el estudio Helix desarrollado en entornos de recursos limitados mostró resultados contrarios. Uno de los aspectos evidenciables es la diferencia en la cantidad de pacientes que presentan evento centinela como marcador del momento de la hipoxia. (8% en el estudio Helix vs más del 25% en los estudios de referencia). **Objetivo:** Evaluar la incidencia de muerte o lesión cerebral a los 18-24 meses en pacientes con EHI sometidos a Hipotermia terapéutica, comparando aquellos que presentaron un evento centinela previo al nacimiento y aquellos que no lo presentaron. **Método:** Estudio retrospectivo. Cohorte de recién nacidos de término o casi término, tratados con HT global ($33,5^{\circ}\text{C} \pm 0,5^{\circ}\text{C}$) durante 72 horas, asistidos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (Montevideo, Uruguay) bajo protocolo del mismo, entre el año 2011 y 2024. Se dividieron los pacientes en dos grupos, de acuerdo a la presencia o no de evento centinela previo al nacimiento. La Categorización de los estudios de RNM fue mediante la clasificación del National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). Los datos se analizaron usando Test de Fisher o Chi cuadrado y test de Mann- Withney para las variables categóricas, considerándose significativo un valor de p menor 0,05. Las variables continuas se representaron como mediana y rango intercuartílico. Los datos fueron almacenados en planilla Excel (R) confeccionada a tales efectos y procesados en Graph Pad Prisma (R) versión 6.0c. **Resultado:** Se evaluaron 74 pacientes que completaron 72 horas de tratamiento con HT. Se agruparon 22 pacientes (30%) con EC, mientras los pacientes NO-EC fueron 52 (70%). Los pacientes con EC nacieron de madres con mayor número de embarazos, mayor frecuencia de cesárea de urgencia y con un peso al nacer, y una edad gestacional significativamente menor. Presentaron mayor grado de acidosis (pH y ácido láctico). En los pacientes con EC se observó mayor incidencia de EHI severa, EC= 17 (73%) vs NO-EC= 28 (53,3%); $p=0,07$. En 48 pacientes se obtuvo registro de EEGa, solo un paciente en el grupo con evento centinela mostró un trazado normal, a diferencia de 7 pacientes en el grupo NO-EC (17%, $p=0,31$). De toda la cohorte, a 61 pacientes (82,5%) se le realizó RNM, 44 (84,6%) en el grupo NO-EC y 17 (77%) en el grupo EC. El momento de realización de la RNM fue significativamente más precoz en el grupo NO-EC. El 22% de los estudios fueron normales (26% del grupo NO-EC y 11% del grupo con EC, $p=0,31$), la afectación más común fue la de los ganglios de la base, capsula interna y sustancia blanca (2A/2B de la clasificación del NICHD) en el 37% de los pacientes NO-EC y en el 47% de los pacientes con EC ($p=0,37$). La afectación de todo el cerebro (devastación cerebral) se observó en el 11% de la cohorte (NO-EC =11% vs EC 12%). La

mortalidad al egreso hospitalario de la cohorte fue de 11/74 (14,8%), 6 pacientes (27,2%) en el grupo con EC, y 5 pacientes en el grupo NO-EC (9,6%) ($p=0,17$), a los 18-24 meses la mortalidad en el grupo EC aumentó a 7 (31,8%) y en el grupo NO-EC a 6 pacientes fallecidos (11,5%) siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,04$; RR 0,36 IC95% 0,14-0,95). El objetivo combinado de muerte o lesión cerebral mostró una diferencia significativa a favor del grupo de EC (EC= 86% vs NO-EC 73%, $p=0,03$ RR 1,58 IC95% 1,01-2,48). **Conclusiones:** La presencia de evento centinela como marcador del momento del evento hipóxico isquémico agudo se asocia a mayor mortalidad y a mayor incidencia de lesión cerebral evaluados por RNM, además de menor frecuencia de estudios normales comparados con aquellos pacientes en los que no se identifica un evento centinela y por tanto no es posible referenciar el tiempo transcurrido. La presencia de EC se identificó como un factor independientemente asociado a muerte en paciente con HI neonatal e HT como tratamiento.

M56. NEUROINFECCIÓN POR STAPHYLOCOCCUS COAGULASA NEGATIVO ASOCIADA A DACRIOCELE BILATERAL EN RECIÉN NACIDO PREMATURO DE UCIN: A PROPÓSITO DE UN CASO. Saul Molina Valencia, Paola Cisneros Conklin, Diana Soltero Becerril. Benemerito Hospital General Con Especialidades Juan Maria Salvatierra. México. Email: smv.saul@outlook.com

Introducción: Los dacriocelos o mucocelos son una forma rara de obstrucción congénita de los ductos nasolagrimales. Representan 0.08% a 0.1% de los casos de obstrucción congénita de ductos nasolagrimales. Aproximadamente el 25% de los casos son bilaterales. **Objetivo:** Se describe el caso de un recién nacido ingresado a UCIN al nacimiento con los diagnósticos de recién nacido prematuro de 32 SDG con síndrome de dificultad respiratoria tipo 1 y sepsis neonatal temprana. Se ingresa soporte ventilatorio no invasivo con CPAP nasal. A su vez, se inicia antibioticoterapia empírica. A las 48 horas de vida extrauterina, se evidencia edema bilateral a nivel de carúnculas con coloración violácea. Por tanto, se solicita valoración por Oftalmología quien integra el diagnóstico de dacriocistitis congénita bilateral, e indica antibioticoterapia tópica a base de Ciprofloxacina y sistémica a base de cefalosporina, y aplicación de compresas tibias. Posteriormente, a los 10 días de VEU, el paciente inicia con secreción purulenta bilateral a través de ambas carúnculas lagrimales. A su vez, presenta postura de hiperextensión e hipertonia de extremidades superiores e inferiores. Por tanto, se sospecha de neuroinfección. Se solicita valoración por Oftalmología, quien indica realizar sondeo lagrimal. Se realiza sondeo lagrimal superior e inferior, y se realiza recolección de muestra para cultivo de secreción ocular. Asimismo, se realiza punción lumbar debido a sospecha de neuroinfección. Se reporta citoquímico de LCR con proteínas de 184 mg/dL y glucosa de 58 mg/dL. Posteriormente, se reporta cultivo de secreción ocular positiva a Staphylococcus coagulasa negativo. A su vez, se reporta cultivo de LCR positivo de Staphylococcus coagulasa negativo. El paciente cumplió esquema de antibioticoterapia a dosis meníngea de Vancomicina durante 14 días, y Ciprofloxacino tópico durante 15 días. Se realizó TAC de cráneo simple como parte del abordaje, y se reporta: a) senos maxilares escasamente neumatizados de predominio izquierdo sin lesiones, b) quiste del conducto nasolagrimal izquierdo. Finalmente, se realiza revaloración por Oftalmología, a los 29 días de vida, evidenciado adecuada evolución de ambas lesiones, y se dan indicaciones de cuidados generales y se cita a consulta de seguimiento.

M57. IMPACTO DE LA CALOSTROTERAPIA OROFARÍNGEA EN LA MORBILIDAD DE LOS PREMATUROS DE MUY BAJO PESO AL NACER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO. Jenny Eraso, Yoldy Pasaje, Gustavo Bergonzoli. Hospital Universitario Departamental de Nariño. Colombia,

Email: jennyeraso@gmail.com

Introducción: El Hospital Universitario Departamental de Nariño (HUDN), en el 2022, implementó la estrategia calostroterapia orofaríngea como intervención clínica para reducir la morbilidad en los prematuros de muy bajo peso al nacer (MBPN), aportar inmunidad con calostro y promover la lactancia temprana durante la estancia y al egreso. **Objetivo:** Evaluar el impacto de la calostroterapia orofaríngea en la morbilidad de los prematuros de MBPN en el HUDN. **Método:** Estudio cuasi-experimental de cohorte retrospectivo con controles históricos, previo y posterior a la estrategia calostroterapia orofaríngea. Se incluyeron 57 prematuros de MBPN del 2019 sin la estrategia y 54 del 2022, 52 del 2023 con la estrategia. **Material:** Extracción de calostro a las madres en las primeras horas postparto. Se administró 0,2 ml en ≤ 1000 gramos, y 0,4 ml en prematuros de 1001 a 1500 gramos, en los carrillos cada 3 horas por 15 días. Se realizó seguimiento durante la estancia y en programa canguro ambulatorio. La información se registra en bases de datos y se analizó estadísticamente. **Resultado:** En el 2022, el 94% de prematuros de MBPN recibieron calostroterapia orofaríngea, aumentando al 98% en el 2023. Inicio de alimentación: en el 2019 los prematuros de MBPN sin calostroterapia orofaríngea, el 100% de prematuros iniciaron con leche humana donada. En el 2022 los prematuros de MBPN con calostroterapia, el 47% de los prematuros de MBPN fueron alimentados con leche de su propia madre; en el 2023 se logró aumentar a 56% el inicio de alimentación con leche de su propia madre. En el 2019 en los prematuros de MBPN sin calostroterapia orofaríngea se presentaron 11 casos de enterocolitis. En el 2022 en los prematuros de MBPN con calostroterapia orofaríngea no se presentaron casos; en el 2023 en los prematuros de MBPN con calostroterapia orofaríngea se presentó 1 caso de enterocolitis. También se encontró disminución en mortalidad (2019 21% vs 2023 14%). En el 2022 en los prematuros de MBPN con calostroterapia orofaríngea, se logró que el 88% egresaran con leche materna exclusiva o predominante; y en el 2023 se logró mantener en el 82%, evidenciado la eficacia de la estrategia. En el 2022 los prematuros de MBPN receptores de calostroterapia orofaríngea que continuaron en el programa madre canguro ambulatorio, se encontró que el 77% continuaron con lactancia materna durante el primer año de vida, aumentado al 85% en el 2023, superado la meta propuesta por la OMS del 50% para el 2030. **Conclusiones** •La implementación de calostroterapia orofaríngea en prematuro de se asoció a disminución estadísticamente significativa de enterocolitis. •La calostroterapia orofaríngea estimuló la práctica de la lactancia materna temprana en los prematuros de MBPN, hallazgo similar a estudios internacionales, pero no documentado en Colombia. •Se encontró que con la implementación de la estrategia de calostroterapia orofaríngea mejoró la supervivencia en los prematuros de MBPN. •La estrategia de calostroterapia orofaríngea fortalece, protege y apoya la lactancia materna durante la hospitalización y los primeros años de vida, contribuyendo a cumplir los ODS.

M58. MALFORMACIÓN ADENOMATOIDE QUÍSTICA CONGÉNITA TIPO III: REPORTE DE CASO. Walter Jaramillo, Víctor Rodríguez, Jorge Luján, Vianis Arregoces, Arlena Llamas, Natalia Lemus. Universidad del Sinú - Seccional Cartagena. Colombia. Email: walterj0811@gmail.com

Introducción: La malformación adenomatoide quística congénita del pulmón, más conocida actualmente como CPAM (Congenital Pulmonary Airway Malformation), es la anomalía pulmonar congénita más común, representando aproximadamente el 95% de las lesiones pulmonares congénitas. Es una condición poco frecuente, con una incidencia reportada de alrededor de 1 en 7.000 a 1 en 35.000 nacidos vivos. Se produce por una alteración del desarrollo broncopulmonar durante la embriogénesis, resultando en tejido pulmonar no funcional con estructuras quísticas o sólidas. Histológica y

clínicamente, las CPAM se clasifican en cinco subtipos (0 a 4) según la clasificación de Stocker, basada en el origen y tamaño de los quistes **Objetivo:** Este artículo tiene como objetivo describir y analizar el manejo prenatal, neonatal y quirúrgico de una malformación adenomatoide quística congénita (CPAM) tipo III, ilustrada mediante un caso que presentaba una lesión pulmonar microquística en el lóbulo derecho. **Método:** La metodología se basa en un estudio de caso narrativo con revisión de la literatura, destacando la importancia de un enfoque multidisciplinario que integra obstetricia, perinatología, neonatología y cirugía pediátrica. **Resultado:** Primigestante de 27 años, ingresó tardíamente a control. En la ecografía de detalle anatómico a las 20 semanas se identificó una masa pulmonar derecha hiperecogénica con áreas macro y microquísticas, compatible con malformación congénita de la vía aérea pulmonar (CPAM) tipo III. El seguimiento seriado mostró estabilidad lesional, sin signos de hidrops ni insuficiencia cardíaca. El cariotipo y microarreglo cromosómico fueron normales. A las 37 semanas presentó ruptura prematura de membranas, por lo que se practicó cesárea electiva en un centro de referencia. La recién nacida femenina pesó 3.000 g, con Apgar 8/9, sin dificultad respiratoria inicial. La radiografía de tórax reveló opacidad discreta en hemitórax derecho y la ecocardiografía confirmó desplazamiento cardíaco sin anomalías estructurales. Durante la estancia en UCIN se mantuvo estable, con saturaciones en aire ambiente, aunque con disminución del murmullo vesicular derecho. La tomografía de tórax evidenció lesión hipodensa irregular compatible con CPAM con probable secuestro intralobar. Se decidió lobectomía del lóbulo afectado en etapa neonatal. El procedimiento se realizó sin complicaciones. El estudio histopatológico confirmó CPAM tipo III. La evolución postoperatoria fue favorable, con ocho días de hospitalización, adecuada tolerancia a la alimentación y sin complicaciones respiratorias ni infecciosas. **Conclusiones:** La malformación adenomatoide quística congénita tipo III, por su baja incidencia y sus implicaciones potencialmente graves, demanda un abordaje que implica precisión diagnóstica, coordinación asistencial y tratamiento oportuno. En el caso descrito, la identificación prenatal y el seguimiento ecográfico hicieron posible anticipar las necesidades del recién nacido, garantizando su nacimiento en un entorno hospitalario con capacidad resolutoria inmediata. La ausencia de signos de compromiso fetal marcó una trayectoria clínica favorable, así como la decisión de intervenir quirúrgicamente de forma temprana, pese a la estabilidad clínica, en aras de prevenir complicaciones futuras. Más allá del éxito clínico, este caso, nos muestra el papel importante del trabajo interdisciplinario, logrando articular esfuerzos, optimizar la calidad en la atención en salud y beneficiar al paciente con las decisiones compartidas basadas en información contextualizada.

M59. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES. Alejandro Alter. Abriendo Caminos Argentina. Argentina. Email: alejandroalter@gmail.com

Introducción El consumo de sustancias psicoactivas durante la adolescencia y en el embarazo constituye un problema crítico de salud pública. En Argentina, una proporción significativa de nacidos vivos corresponde a madres entre 15 y 24 años. En este grupo etario, la percepción de riesgo frente al tabaco, alcohol, marihuana y cocaína es baja, lo que incrementa la vulnerabilidad. La autoestima se plantea como un factor determinante en la predisposición al consumo, influyendo en la construcción de identidad, las aspiraciones vitales y la capacidad de regulación emocional. **Metodología** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en un Hospital Interzonal de Agudos durante 2018. La muestra, no probabilística, estuvo compuesta por 56 embarazadas de entre 16 y 24 años. Se aplicaron cuestionarios validados: ASSIST (OMS) para consumo de sustancias, CReA para consumo de alcohol y

la escala de Autoestima de Rosenberg. Se recolectaron datos sociodemográficos y obstétricos. El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva, Odds Ratio y pruebas de chi cuadrado ($p < .05$). **Resultados** La edad media fue de 19,3 años ($\pm 2,72$). La mayoría no había completado la educación secundaria (71,4%) y más de la mitad no planificó su embarazo (64,3%). El 46,4% carecía de cobertura médica. Respecto al consumo de sustancias, el tabaco presentó el mayor riesgo (55,4%), seguido del alcohol (30,4%). El consumo de cannabis fue del 14,3% y el de cocaína del 3,6%. Más de la mitad de las gestantes manifestó consumo de alcohol de riesgo en los últimos 12 meses. En cuanto a la autoestima, el 44,6% presentó autoestima media, el 33,7% elevada y el 19,6% baja. Se evidenció que las embarazadas con autoestima baja tenían 15 veces más probabilidad de presentar consumo de tabaco de alto riesgo ($p < .048$). También se observó tendencia a mayor consumo de cannabis en este grupo, aunque sin asociación estadísticamente significativa. El vínculo entre autoestima baja y consumo problemático de alcohol mostró un OR 2,3, sin significancia. La prevalencia de consumo de cocaína fue baja y sin asociación relevante. **Discusión** El estudio confirma que las embarazadas adolescentes constituyen un grupo vulnerable, con elevada exposición al consumo de tabaco y alcohol, seguido de cannabis. La baja autoestima se asocia significativamente con mayor consumo de tabaco, y se perfila como factor predisponente en el uso de otras sustancias, aunque no siempre con significancia estadística. Comparado con investigaciones regionales, los hallazgos coinciden en el predominio del tabaco y el alcohol en gestantes. La evidencia sobre cannabis es aún limitada, pero se subraya su impacto potencial en bajo peso al nacer y alteraciones del neurodesarrollo. El embarazo adolescente frecuentemente responde a contextos de carencias afectivas, inseguridad emocional y baja autoestima, factores que favorecen conductas de riesgo. La influencia del consumo de sustancias por parte de la pareja agrava este escenario. La investigación resalta la necesidad de políticas públicas con perspectiva de género, programas de prevención del embarazo adolescente y promoción de autoestima y resiliencia. Asimismo, se destaca la importancia de incorporar el tamizaje temprano de consumo y autoestima en los controles prenatales. **Conclusiones** El consumo de riesgo de tabaco y alcohol es elevado en embarazadas adolescentes y jóvenes, con mayor probabilidad en aquellas con autoestima baja y media. El consumo de cannabis es menos prevalente, pero relevante en este grupo. La asociación entre baja autoestima y mayor riesgo de consumo de tabaco es significativa, mientras que para alcohol y cannabis se observa una tendencia. Estos hallazgos evidencian la urgencia de reforzar la educación sexual integral, programas de apoyo psicosocial y estrategias de promoción de la salud materno-infantil con enfoque preventivo.

M60. MODELACIÓN DE LA CURVA DE PESO DE TRES AÑOS DE NEONATOS CON BAJO PESO AL NACER: UN ESTUDIO DE COHORTE. Mercedes Andrade-Bejarano¹, Diego Alejandro Tovar-Rios², Javier Torres-Muñoz³ ¹ Universidad del Valle, Escuela de Estadística, Facultad de Ingeniería, Santiago de Cali, Valle Del Cauca, Colombia. Grupo de Investigación en Estadística Aplicada (INFERIR), Escuela de Estadística, Facultad de Ingeniería, Santiago de Cali, Valle Del Cauca, Colombia. ² Grupo de Investigación en Estadística Aplicada (INFERIR), Escuela de Estadística, Facultad de Ingeniería, Santiago de Cali, Valle Del Cauca, Colombia. Universidad del Valle; Grupo de Investigación en Prevención y Control de Enfermedades Crónicas (PRECEC), Facultad de Salud, Santiago de Cali, Valle Del Cauca, Colombia; Centre for Age-Related Medicine (SESAM), Stavanger University Hospital, PB8100, N-4068 Stavanger, Norway; Department of Quality and Health Technology, Faculty of Health Sciences, University of Stavanger, Stavanger, Norway. ³ Universidad del Valle, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Santiago De Cali, Valle Del Cauca, Colombia; Universidad del Valle, Grupo de Investigación en Neonatología,

Salud Infantil y Desarrollo (INSIDE), Facultad de Salud, Santiago de Cali, Valle Del Cauca, Colombia.
Email jtmml@hotmail.com

Introducción: La proporción de neonatos con bajo peso al nacer en Colombia aumentó del 7,7 % en 1998 al 11,0 % en 2023. En el 2023, el departamento del Valle del Cauca registró una proporción del 6,9 %, de la cual el 49,8 % correspondió a neonatos nacidos en Santiago de Cali, y el 75 % de ellos en el Hospital Universitario del Valle Evaristo García (HUV), principal hospital público de nivel III del departamento y el que concentra el mayor número de nacimientos con bajo peso al nacer. **Objetivos:** El objetivo fue modelar la curva de peso a tres años de neonatos con bajo peso al nacer en el HUV, Cali, Colombia, Sudamérica. **Métodos:** Se utilizó una muestra de 358 historias clínicas de neonatos con bajo peso al nacer, nacidos entre 2002 y 2015, con datos de peso monitoreados durante un período de 36 meses. Las historias clínicas fueron recopiladas por el Programa de Seguimiento Canguro y Alto Riesgo del HUV. Se ajustaron dos modelos no lineales mixtos de crecimiento logístico, incorporando covariables. **Resultados:** La edad a la que la tasa de ganancia de peso en los neonatos alcanza su valor máximo, así como la tasa de crecimiento, resultaron ser altamente significativas ($p < 0,0001$). La inclusión de un efecto aleatorio adicional en el Modelo 2 (pendiente aleatoria, b_{i2}) se justifica por la varianza estimada significativa de b_{i2} ($p = 0,0031$), lo que indica diferencias significativas entre neonatos respecto al momento en que su tasa de ganancia de peso alcanza el máximo. Las covariables edad gestacional y peso al nacer fueron estadísticamente significativas en ambos modelos, mostrando un efecto positivo sobre el peso neonatal a lo largo del tiempo. **Conclusiones:** Existen diferencias significativas entre los neonatos en la edad a la que la tasa de ganancia de peso alcanza su máximo, así como en la tasa de crecimiento general. Las covariables edad gestacional y peso al nacer contribuyen a explicar la evolución del peso durante los primeros tres años de crecimiento. El Modelo 2 (con pendiente aleatoria) ofrece una mejor estimación de los efectos de estas variables cuando se considera la heterogeneidad individual en la forma de la curva de crecimiento. Estas diferencias tienen implicaciones para el desarrollo futuro y deberían abordarse mediante una intervención temprana.

M61. IMPACTO DEL TIEMPO DE LIGADURA DE CORDÓN SOBRE LA OXIGENACIÓN

CEREBRAL. Franco Martínez, Florencia Urcia, Valentina Bosio, Ignacio Sosa. Clínica Universitaria Reina Fabiola. Argentina. Email: isosa_boyce@hotmail.com

Introducción: El tiempo de pinzamiento del cordón umbilical ha sido tema de debate de los últimos 20 años. En la década del 90 se realizó ligadura precoz de cordón (LPCU) por indicación obstétrica para prevenir hemorragia posparto. Posteriormente, luego de trabajos de investigación en animales y neonatos, se consideró la ligadura demorada (u óptima) de cordón (LDCU) con el fin de mejorar la adaptación posnatal en los recién nacidos, principalmente en los menores de 32 semanas de gestación. La LTCU no ha sido considerada fundamental en el grupo de recién nacidos prematuros tardíos o a término para su adaptación cardiopulmonar inmediata en la mayoría de los trabajos realizados a la fecha. **Objetivo:** Evaluar la saturación cerebral de oxígeno cerebral ($SrSo_2$) y la fracción de extracción cerebral de oxígeno (FTOE) en los neonatos a término o prematuros tardíos con LPCU y compararlos con LTCU. **Método:** Trabajo prospectivo, observacional y analítico. Se desarrollo en el servicio de Neonatología de la Clínica Reina Fabiola desde noviembre del 2024 hasta julio 2025. Se analizaron los neonatos de 34 semanas hasta los de 41 +6/7 semanas gestación que no necesitaron ningún tipo de reanimación e independientemente del modo de nacimiento. Se analizó y comparó la $SrSO_2$ y FTOE en los neonatos con ligadura precoz (menor a 30 segundos) de los recién

nacidos que se realizó ligadura tardía. El grupo de clampeo precoz (< 30 segundos) incluye a los recién nacidos en los cuales el servicio de obstetricia recolecta sangre de cordón para obtener células madre. Se utilizó el monitor con tecnología NIRS (Masimo) y el electrodo fue ubicado en la zona parietal izquierda. Un sensor de oximetría de pulso (tecnología Masimo) fue ubicado en región preductal a la hora del nacimiento y se volvieron a valorar a las 24 horas posnatal. El grupo de LPCU fue de N 34 RN y el grupo de LTCU N 46. El análisis estadístico para comparaciones entre grupos se realizaron pruebas U de Mann Whitney, test t de diferencias medias y prueba de Kruskal Wallis, mediante Rmedic y con un nivel de significancia de 5%, considerando marginalmente significativo un 10%. **Resultado:** El análisis estadístico no demuestra diferencias significativas ni en la saturación regional cerebral de oxígeno ni en la fracción tisular de oxígeno cerebral en los Rn con ligadura precoz vs tardía. Llamativamente sí se encuentra una diferencia significativa en el Score de Apgar.

	LTCU (n = 46)			LPCU (n =34)			p value
	Mediana	Q1	Q3	Mediana	Q1	Q3	
Edad Gestacional a	38,5	38	40	39	38	39	0,9999
Apgar 1	9	8	9	8	8	9	0,0154
Apgar 5	9	9	9	9	8	9	0,0051
Frecuencia cardíaca	147,5	142	155	150	143	160	0,2950
Frecuencia respiratoria	50	45	55	50	48	54	0,2420
Índice de perfusión	1,9	1,8	2,7	1,95	1,9	2,50	0,7195
Temperatura	36,4	36,2	36,6	36,2	36,0	36,5	0,2057
	media		desvío	media	desvío		
FTOE							0,7756
SatO2	96,98		2,40	96,41	2,57		0,3144
CrSO2	72,8		6,99	71,85	6,51		0,5787

Diferencias en ligadura precoz. Análisis descriptivos a): Mediana y rango intercuartílico, b) Media y desvío estándar. p valor para a): Mann Whitney test, b) test t de muestras independientes

Conclusiones: Nuestro estudio no consiguió demostrar diferencias significativas en la medición de saturación regional de oxígeno ni en la fracción tisular de oxígeno en los neonatos a término y prematuros tardíos en las primeras 24 horas de vida. Los beneficios fisiológicos de la ligadura tardía de cordón en los neonatos a término y prematuros tardíos con respecto a la oxigenación cerebral probablemente deban ser investigados con un diseño diferente para observar tendencia en la saturación cerebral y mayor número de pacientes.

