

M1. NECESIDAD DE REANIMACIÓN EN LA SALA DE PARTOS Y RESULTADOS NEONATALES EN PREMATUROS MODERADOS Y TARDÍOS EN ARGENTINA.

ESTUDIO REANIMAR. Juan Pablo Berazategui, Carola Capelli, Cecilia Rabasa, Gonzalo Mariani⁴, Lucrecia Bossi, Amorina Pardo, Romina Molina, Adriana A. Castro, Gastón Pérez, Paula Santos, Guadalupe Albornoz Crespo, Lucila Scotto, Laura Konikoff, Karina Mohando, Susana Gutiérrez, Carlos Maure, Ramón Larcade Posse, Jorge Zapata, Jesica Otaño y red colaborativa ReanimAR. Área de Trabajo de RCP Neonatal, CEFEN, SAP. Argentina

Email: juanpablo.berazategui@gmail.com

Introducción: Los recién nacidos prematuros moderados (RNPM) y tardíos (RNPT) tienen mayor probabilidad de requerir intervenciones (IT) en sala de recepción (SR) comparados con los recién nacidos a término (RNT). Sin embargo, en Argentina existe un vacío de información local sobre las necesidades de reanimación en estos grupos, ya que no se dispone de datos nacionales previos que describan sus IT en SR.

Objetivo: Describir la frecuencia y tipo de IT en SR en RNPM y RNPT, y analizar la asociación entre el nivel de intervención (NI) y los resultados clínicos neonatales.

Método: Estudio de cohorte prospectivo multicéntrico realizado en 42 maternidades de Argentina. El período de recolección de datos fue desde el 3 de agosto de 2021 hasta el 27 de noviembre de 2022. Se incluyeron RNPM (29 0/7–33 6/7 semanas) y RNPT (34 0/7–36 6/7 semanas) sin malformaciones mayores. Se excluyeron los recién nacidos con malformaciones congénitas mayores o con decisión prenatal de limitación terapéutica. Se clasificaron seis NI en la recepción neonatal. Se analizaron factores maternos, perinatales y resultados clínicos al egreso. **Resultados:** Se incluyeron 1747 RN: 690 RNPM y 1057 RNPT. El 72 % de los RNPT no requirió IT, y sólo el 0,09% recibió reanimación avanzada (RNA). En el grupo RNPM, el 72 % recibió algún tipo de intervención, y el 2,17 % recibió reanimación avanzada. La intensidad de intervención se asoció con menor edad gestacional, menor peso al nacer, control prenatal incompleto y mayor morbilidad neonatal. **Conclusiones:** Los RNPM presentan una mayor necesidad de intervención en SR. Las RNA se asocian con peores resultados clínicos.

M3. DESENLACES ADVERSOS AL AÑO DE VIDA EN RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO EXTREMO MENORES DE 28 SEMANAS EN BUCARAMANGA, COLOMBIA

Jenifer Daniela Palomino Suárez, Luis Pérez, Azucena Niño, Andrés Barón, Juan Reyes. Universidad Industrial de Santander. Colombia. Email: jenifer2248050@correo.uis.edu.co

Introducción: Los recién nacidos pretérmino extremo presentan un alto riesgo de mortalidad y morbilidad neonatal, con secuelas que pueden persistir más allá del alta hospitalaria. Aunque los avances en el cuidado intensivo neonatal han mejorado la supervivencia, especialmente en el límite de la viabilidad, la carga de secuelas intrahospitalarias y posteriores al alta continúa siendo considerable. Contar con información local sobre supervivencia, morbilidad intrahospitalaria y desenlaces al primer año de vida permite la toma de decisiones clínicas en instituciones de alta complejidad, orientar la atención neonatal y el seguimiento ambulatorio. **Objetivo:** Describir la supervivencia, desenlaces adversos intrahospitalarios y a los 12 meses de seguimiento en recién nacidos pretérmino extremo menores de 28 semanas de edad

gestacional atendidos en dos instituciones de salud de alta complejidad en Bucaramanga, Colombia. **Método:** Estudio longitudinal descriptivo con componente prospectivo. Se incluyeron recién nacidos menores de 28 semanas de edad gestacional nacidos en el Hospital Universitario de Santander (Hospital público) y la Clínica Materno Infantil San Luis (Hospital privado), nacidos entre el periodo comprendido diciembre 2023 y marzo de 2025. Se recolectaron variables maternas, perinatales, neonatales, desenlaces intrahospitalarios y desenlaces posteriores al alta hasta los 12 meses. Las variables cuantitativas se describieron mediante promedio, desviación estándar, intervalo de confianza del 95% y rango; las variables categóricas mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Para el análisis de desenlaces según edad gestacional se utilizó prueba exacta de Fisher. Estudio aprobado por comité de ética de las dos instituciones. **Resultado:** Se incluyeron 63 recién nacidos pretérmino extremo. El 53,97% nació en la Clínica Materno Infantil San Luis y el 46,03% en el Hospital Universitario de Santander. El 53,97% correspondió al sexo masculino. La edad gestacional promedio fue de 26,51 semanas (IC95%: 26,20–26,82), la mayoría de los pacientes se concentró en la semana 27. El peso promedio al nacer fue de 886,71 g (IC95%: 833,99–939,43). Entre las condiciones maternas y perinatales registradas con mayor frecuencia se encontraron preeclampsia materna (36,51%), corioamnionitis (26,98%), ruptura de membranas (25,40%) y obesidad materna (25,40%). La cesárea fue la vía del parto más frecuente (82,54%) y el 68,25% requirió reanimación al nacer. Durante la hospitalización, la ventilación mecánica invasiva fue el soporte respiratorio inicial más frecuente (77,78%); el 87,30% requirió este soporte, con duración promedio de 17,70 días. El 96,83% recibió surfactante pulmonar y la estancia hospitalaria promedio fue de 60,84 días. Los desenlaces intrahospitalarios más frecuentes fueron sepsis neonatal (95,16%), displasia broncopulmonar (82,93%), transfusión de hemoderivados (73,77%), ictericia con fototerapia (69,39%), enfermedad metabólica ósea (68,29%), hemorragia intraventricular (52,08%) y retinopatía del prematuro (46,34%). La enterocolitis necrosante ocurrió en el 9,52% y la hipoacusia neurosensorial en el 4,88%. La muerte antes del alta ocurrió en 22 pacientes (35,48%). De los 41 sobrevivientes al egreso, 8 fueron pérdidas de seguimiento por suspensión de controles en el Programa Madre Canguro. En total, treinta y tres pacientes contaron con seguimiento a 12 meses; durante este periodo se registró una muerte posterior al alta. A los 12 meses, las alteraciones del desarrollo sensorio-motor y del crecimiento somático se observaron cada una en el 31,25% de los pacientes evaluados. El síndrome convulsivo se documentó en el 21,88%, el trastorno del lenguaje en el 12,50% y la discapacidad visual en el 3,13%. No se reportaron casos de parálisis cerebral. En el análisis por edad gestacional, la mortalidad intrahospitalaria fue de 50% en los recién nacidos de 23 semanas, 83,33% en los de 24 semanas, 25% en los de 25 semanas, 37,50% en los de 26 semanas y 26,47% en los de 27 semanas, sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0,08$). **Conclusiones:** Los recién nacidos pretérmino extremo menores de 28 semanas presentaron alta frecuencia de desenlaces adversos intrahospitalarios y una proporción relevante de alteraciones durante el seguimiento a 12 meses. La mortalidad fue mayor en los grupos de menor edad gestacional, aunque sin diferencias estadísticamente significativas. En esta cohorte, la supervivencia se observó de forma más consistente desde las 25 semanas, con mayor estabilidad en los grupos de 26 y 27 semanas, hallazgo que puede aportar información local para la discusión institucional junto con el equipo de obstetricia para la toma de decisiones sobre viabilidad gestacional. El seguimiento mediante Programa Madre Canguro fue fundamental para identificar desenlaces posteriores al alta. Los autores declaran no tener conflictos de interés. El estudio no recibió financiación externa.

M 8. HOSPITALIZACIÓN DE PREMATUROS MODERADOS Y TARDÍOS POR VSR ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VACUNACIÓN A EMBARAZADAS. ESTUDIO DE COHORTES. María Viviana Piombo, Tejero Sandra Marcela, Luque Eugenia, Ortiz de Zárate Marcela, Serra María Elina, Gómez Bouza Graciela Andrea. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. CABA. Argentina. Email: piombosarda@gmail.com

Introducción: En Argentina las infecciones respiratorias representan la tercera causa de muerte en menores de 5 años, provocando una gran cantidad de consultas y hospitalizaciones. Desde el año 2024 se implementó en Argentina la vacunación contra VSR para mujeres embarazadas que se encuentren cursando las semanas 32 y la 36,6 para proporcionar protección a los menores de 6 meses de vida. Resulta relevante conocer el resultado de esta estrategia preventiva en esta población vulnerable. **Objetivo:** Comparar la frecuencia de internación por infección respiratoria aguda baja por VSR en recién nacidos (RN) de 33.0 a 36.6 semanas de edad gestacional (EG) durante 2024 con una población similar nacida durante 2023. **Método:** Estudio observacional analítico de cohortes retrospectivo. Se incluyeron RN de 33.0 a 36.6 semanas, nacidos entre marzo y septiembre de 2023 y de 2024 con seguimiento hasta los 6 meses. Se calculó incidencia acumulada y densidad de incidencia. **Resultado:** Se incluyeron 234 pacientes: 112 en 2023 y 122 en 2024. En 2024, 64% (78/122) de las madres recibió vacuna contra VSR; 58% (45/78) de los RN expuestos fueron considerados inmunizados. A los 180 días, la incidencia de IRAB fue 8,9% (10/112) y 3,3% (4/122) respectivamente ($p=0,09$). Para IRAB por VSR fue 7,1% (9/112) en 2023 y 2,46% (3/122) en 2024 ($p=0,074$). En el subgrupo de 33–34,6 semanas se observó reducción significativa de IRAB (27,3% y 0%; $p=0,007$) y de IRAB por VSR (22,7% y 0% $p=0,017$). La densidad de incidencia de IRAB por VSR fue 0,86 y 0,25 por 1000 días-persona (IRR 0,28; IC95% 0,08–1,05). **Conclusiones:** La frecuencia de internación por infección respiratoria baja por VSR entre recién nacidos de entre 33 y 36.6 semanas de edad gestacional en 2024 fue de 2,46%, mientras que durante 2023 fue de 7,1%. En el análisis global la diferencia no alcanzó significación estadística; sin embargo, en el subgrupo de 33 a 34,6 semanas se observó una reducción significativa de las internaciones por VSR en 2024 respecto de 2023.

M 10. NEURODESARROLLO DURANTE LOS PRIMEROS 18 MESES DE VIDA CORREGIDA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS TARDÍOS. María Viviana Piombo, Sandra Marcela Tejero; Romina Eugenia Luque, Silvana Vivas, Paula Alejandra Ciaccio, Lucila Massimo, Melina Zanikian. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina. Email: piombosarda@gmail.com

Introducción: Los recién nacidos prematuros tardíos (definidos como los nacidos entre la semana 34 de gestación y la semana 36.6) representan la mayoría de los nacimientos prematuros a nivel mundial. Históricamente están considerados como un grupo de bajo riesgo debido a su nacimiento cercano al término, pero la evidencia actual demuestra que su desarrollo neurológico a largo plazo es altamente vulnerable. Los pocos estudios de seguimiento de esta población muestran que estos niños tienen mayores posibilidades de alteraciones del desarrollo o del comportamiento en comparación con recién nacidos de término. **Objetivo:** Describir la evolución del neurodesarrollo durante los primeros 18 meses de vida corregida en recién nacidos prematuros tardíos atendidos en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. **Método:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó recién nacidos que completaron 18 meses de seguimiento en el Programa de Seguimiento de Prematuros Tardíos durante los años 2022 y 2023. Se registraron las características perinatales de

la población, incluyendo edad gestacional, peso al nacer, presencia de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), hipertensión/preeclampsia materna y otras variables de interés. El desarrollo fue evaluado a los 6, 12 y 18 meses de edad corregida. A los 6 meses se evaluaron las pautas madurativas en el contexto de la consulta pediátrica y se los calificó como normal y anormal. A los 12 y 18 meses se aplicó la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP). Esta escala evalúa comportamiento motor, reacciones posturales, prensión, locomoción, coordinación general y habilidad motora específica., adaptación: reflejan la capacidad que tiene el niño para crear experiencias y aprovechar las pasadas; lenguaje: soliloquio, expresión dramática. en la comunicación y comprensión comportamiento social- personal, que son las reacciones personales del niño hacia sus semejantes y a los impactos de la cultura. Sus resultados se clasificaron como: desarrollo normal: el niño logra los hitos del desarrollo (calificación mayor o igual a 0.85); riesgo: necesidad de intervención, habilita a profundizar y evaluar la situación. (calificación entre 0.7- 0.84); alarma: requiere ser derivado a diferentes equipos interdisciplinarios. (calificación menor o igual a 0.69). **Resultado:** Se incluyeron 130 niños, 29 niños (22.4%) nacidos a las 34 semanas, 29 (22.4%) a las 35 semanas y 72 niños (55.8%) a las 36 semanas; 66 (50.7%) masculinos; 50 (38.4%) nacidos por parto vaginal. Por Intergrowth 110 niños (84.6%) presentaron peso adecuado para edad gestacional, 7 niños (5.3%) bajo peso para edad gestacional y 13 niños (10%) alto peso para edad gestacional. La mediana de peso fue 2.435 g (1.535-5.660). A los 6 meses de edad corregida, 98 niños (75.3%) presentaron una evaluación clínica normal y 32 (24.6%) mostraron hallazgos compatibles con alteraciones tempranas del neurodesarrollo. (plagiocefalia, hipotonía axial). A los 12 meses, se evaluaron 124 niños; de ellos 51 niños (41.1%) presentaron un desarrollo normal, 54 niños (43.5 %) se clasificaron en riesgo y 19 (15.3%) en retraso. A los 18 meses, de los 130 niños, 1 no pudo ser evaluado, 34 niños (26.1%) presentaron desarrollo normal, 64 niños (49.2%) se clasificaron en riesgo y 31 niños (23.8%) en retraso. **Conclusiones:** El quiebre en el desarrollo que muestran los prematuros tardíos durante su segundo año de vida coincide con la transición hacia hitos madurativos que demandan una mayor integración cortico-subcortical. Este hallazgo se alinea con la evidencia de las revisiones internacionales. Por lo que resulta fundamental concientizar sobre la importancia de realizar un seguimiento longitudinal en estos niños y pesquisar activamente su neurodesarrollo como parte de la atención médica de rutina desde el nacimiento.

M 12. CANDIDIASIS CONGÉNITA INVASIVA EN UN RECIÉN NACIDO PREMATURO EXTREMO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. Rayza Elizabeth Guillén Zambrano, Marissa Andrea Cabrera Moresco, Lorena Yance Vega. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Perú. Email: raeguizane@gmail.com

Introducción: La candidiasis congénita es una entidad clínica excepcionalmente rara cuya incidencia se estima menor al 1% de todos los ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Se origina a partir de una infección fúngica ascendente in utero secundaria a la colonización del tracto genital materno, desencadenando una corioamnionitis fúngica. La inmadurez estructural de la barrera epidérmica (estrato córneo hipoplásico), sumada a la marcada alteración de la inmunidad innata y de niveles séricos deficitarios de complemento, favorece la rápida translocación e invasión hematógena del patógeno. **Objetivo:** El objetivo de presentar este caso no es únicamente documentar una entidad infrecuente, sino alertar al neonatólogo sobre la necesidad de una sospecha diagnóstica precoz. Reconocer oportunamente la candidiasis congénita invasiva nos permite acortar la ventana de inicio del tratamiento antifúngico y, en última instancia, cambiar el pronóstico de supervivencia y calidad de

vida de nuestros prematuros más extremos **Método:** Reporte de caso clínico. **Resultado:** Se reporta el caso clínico de un recién nacido prematuro extremo de 29 semanas de edad gestacional que presentó, desde el nacimiento, una erupción cutánea caracterizada por una descamación miliar generalizada sobre una base eritematosa. El diagnóstico de candidiasis congénita se confirmó mediante la visualización de estructuras fúngicas en el examen directo con KOH del raspado de lesión dérmica y el posterior aislamiento de *Candida albicans* en hemocultivos seriados. Durante el abordaje diagnóstico, se descartó el compromiso de órganos blanco mediante evaluación sistémica por imágenes. El paciente recibió tratamiento con fluconazol endovenoso durante 6 semanas, lográndose la erradicación microbiológica comprobada por cultivos de control negativos y la resolución completa del cuadro clínico. **Conclusiones:** 1. Alto índice de sospecha en el microprematuro: La candidiasis congénita invasiva (CCI) es una urgencia neonatal infrecuente pero potencialmente fatal. En el prematuro extremo, debe incluirse en el diagnóstico diferencial inicial ante un cuadro de sepsis temprana o inestabilidad hemodinámica sin respuesta a antibacterianos de amplio espectro. 2. Identificación temprana de factores de riesgo: La presencia de corioamnionitis, candidiasis vulvovaginal materna durante el tercer trimestre, dispositivo intrauterino (DIU) o lesiones cutáneas (exantema maculopapular/vesiculoso) en las primeras 24-48 horas de vida deben alertar inmediatamente al equipo de salud sobre una posible etiología fúngica ascendente. 3. Ventana de oportunidad y manejo oportuno: Dada la inmadurez de la barrera cutánea y del sistema inmunitario en este grupo etario, la progresión hacia la diseminación hematológica es vertiginosa. El inicio precoz del tratamiento antifúngico sistémico es el factor determinante más relevante para reducir la mortalidad y prevenir secuelas a largo plazo. 4. Búsqueda activa de compromiso multiorgánico: Tras la confirmación del aislamiento microbiológico, es indispensable realizar una evaluación sistémica integral (incluyendo ecografía cerebral, ecocardiograma y ecografía renal) para descartar siembras metastásicas, micetomas renales o endocarditis fúngica.

M14. COARTACIÓN CRÍTICA DE AORTA DUCTUS-DEPENDIENTE EN UN RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO: REPORTE DE CASO CLÍNICO. Fátima L. Galeano, Sara Pereira, María Esther Gómez, Gloria Riveros. Servicio de Servicio de Neonatología. Hospital Central del Instituto de Previsión Social (IPS). Asunción. Paraguay. Email: fatimagaleano02@gmail.com

Introducción: La coartación crítica de aorta es una cardiopatía congénita ductus-dependiente cuyo diagnóstico puede permanecer oculto durante la transición neonatal cuando el ductus arterioso se mantiene permeable, preservando la perfusión sistémica distal y disminuyendo el gradiente Doppler a través del istmo aórtico. **Objetivo:** Describir la evolución clínica y ecocardiográfica de una coartación crítica de aorta ductus-dependiente en un recién nacido pretérmino, destacando cómo la persistencia del ductus arterioso puede enmascarar ecocardiográficamente inicialmente el diagnóstico. **Método:** Reporte descriptivo de un caso clínico, elaborado mediante la revisión de la historia clínica, los registros de presión arterial y los informes ecocardiográficos seriados de un recién nacido pretérmino hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Se analizó la evolución clínica y ecocardiográfica desde el nacimiento hasta la estabilización previa a la corrección quirúrgica. Se preservó la confidencialidad del paciente y se obtuvo el consentimiento informado de la madre para la presentación y publicación del caso.

Resultado: Recién nacido masculino de 31 semanas de edad gestacional y 1776 g de peso, nacido por cesárea de urgencia por desprendimiento prematuro de placenta normoinsera. Presentó depresión neonatal, síndrome de dificultad respiratoria e inestabilidad hemodinámica, requiriendo ventilación con presión positiva, intubación, surfactante y soporte inotrópico.

Durante la evolución se constató ausencia de pulsos femorales, con pulsos braquiales conservados y diferencia de presión arterial entre miembros superiores e inferiores. El ecocardiograma inicial evidenció ductus arterioso amplio e hipoplasia del arco aórtico, sin aceleración significativa del flujo ni gradiente Doppler sugestivo de obstrucción crítica. Ante la discordancia entre los hallazgos clínicos y ecocardiográficos se realizaron estudios seriados, que permitieron caracterizar la hipoplasia del arco y del istmo aórtico e identificar una coartación yuxtaductal, inicialmente con un gradiente discreto de 15 mmHg. La evolución confirmó una coartación crítica ductus-dependiente, asociada a hipertensión pulmonar y deterioro transitorio de la función ventricular izquierda. Se inició infusión continua de prostaglandina E1, con mantenimiento de la perfusión sistémica distal, recuperación de la función ventricular y estabilización hemodinámica, en espera de corrección quirúrgica. **Conclusiones:** En la coartación crítica, un ductus permeable puede ocultar la obstrucción; por ello, la sospecha clínica y la ecocardiografía seriada son esenciales para evitar el colapso circulatorio.

M17. HIPOTERMIA TERAPÉUTICA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE 22 MESES EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA CIUDAD DE ROSARIO. Sergio Conzolino, Puig, Ma. Gabriela; Marcos, María Dolores; Fabbro, Elizabet. Maternidad Martin. Argentina. Email: sconzolino@gmail.com

Introducción: La encefalopatía hipóxico-isquémica constituye una de las principales causas de mortalidad por discapacidad neurológica en RNT y PT. El área de Neonatología de la Maternidad Martin inicia su programa de tratamiento en octubre 2024; utilizando el método de hipotermia corporal total (HT) junto con monitoreo de la función cerebral (aEEG y NIRS). Desde el inicio de dicho tratamiento se logró establecer un consultorio de seguimiento para los pacientes luego del alta. **Objetivo:** Describir la población de niños con EHI que requirieron tratamiento con HT, analizar los criterios de ingreso, monitorización del tratamiento y seguimiento post alta. **Objetivos específicos:** actualización de nuestro protocolo interno, a partir de los datos obtenidos en este estudio. **Método:** Estudio de cohorte descriptivo retrospectivo. Ingresaron los recién nacidos con diagnóstico de EHI moderada y grave en UTI de Maternidad Martin, desde el 1 de octubre 2024 hasta el 31 de julio 2026. Los datos fueron recolectados de historias clínicas y de forma simultánea cargados en planillas de excel. Para las variables continuas, se utilizaron estadísticas descriptivas (n, media, desvío estándar, rango y mediana) y para las categóricas, frecuencias y porcentajes. La evaluación neurológica se realiza mediante escalas de Sarnat y Sarnat. Se utilizó el equipo de hipotermia corporal total Amrraterm® HTF. La temperatura objetivo es 33.5°C, que se mantiene por 72 hs y el recalentamiento fue a 0.5°C/h. Se realiza Monitoreo de Función Cerebral con aEEG hasta 24 hs posterior a terminar el recalentamiento. Durante la internación y al alta los pacientes son evaluados neurología. Se realizaron ecografía cerebral, electroencefalograma convencional (EEG) y resonancia magnética (RM). Se realiza seguimiento posterior al alta por médico neonatólogo, evaluando CAT/CLAMS, Test de movimientos generales (Writhing y Fidgety). **Resultado:** Ingresaron 17 recién nacidos. Presentaron evento

centinela 12%: prolapso de cordón (2) y dentro de los factores de riesgo asociados encontramos: circular de cordón (3) y expulsivo prolongado (4). La edad materna promedio fue de 24.7 ± 6.3 años (16 – 38), 82,4% nacieron por parto vaginal. Tres de 17 pacientes fueron derivados desde otra institución, dentro de las primeras 6 horas de vida con una distancia promedio de 5,3 km a nuestro efector; 70,6% fueron masculinos y el 29,4% fueron femeninos, la EG media fue de 39.5 ± 1.1 semanas (37 – 41), PN medio $3,235 \pm 363$ g (2,600 – 3,945), para ingresar al tratamiento, se utilizó la Escala de Sarnat y Sarnat, ingresaron: EHI moderada 76,5% y grave 17,6%. Las crisis epilépticas estuvieron presentes en el 58,8% de todos los pacientes (10/17) y el 100% egresó con drogas anticonvulsivantes. En el aEEG 8 pacientes presentaron alteraciones (47.1%). En el 100% se realizaron EEG convencionales que fueron normales. Los niños con EHI grave; todos presentaron crisis epilépticas y hallazgos patológicos en la RMI. Niños con EHI moderado el 57% presentó convulsiones (n7) y de ellos 4 tienen RMI con hallazgos patológicos. El tiempo de realización de las ecografías transfontanelares desde las primeras 24 hs hasta en un caso a los 5 días de internación. De los 17 estudios 2 mostraron imágenes alteradas (edema/HICI). El promedio de días de la RMI fue: 15.3 días, 8 fueron normales y 9 alteradas. No se puede describir una lesión como predominante en aparición en los estudios, las mismas fueron heterogéneas. El EAB de la primera hora tuvo pH promedio de $6,95 \pm 0,12$ y el EB promedio fue $-19,2 \pm 3,8$ mEq/L. Requirieron oxígeno 14 pacientes, 65% ingresaron a ARM, promedio de días de ARM: 2.6 ± 1.9 días (1 – 8), 6 pacientes utilizaron cánula de oxígeno (35,3%). Promedio de días de internación: 15.9 ± 7.3 días (8 – 37). Mortalidad 0%. 16 de los 17 pacientes (88%) se encuentran en seguimiento de Alto Riesgo. Uno requirió internación domiciliar por trastorno en la succión-deglución. En el 100% se realizaron OEA, 81,3% fueron normales (n14) y 17,6% alteradas (n3). En el 100% se realizó fondo de ojo: todos normales. Los potenciales evocados de tronco se realizaron en 9 pacientes (53%), el 78% (n7) fueron normales.

Conclusiones: Tener nuestros datos nos permite ver nuestra realidad y mejorar nuestra calidad de atención. *Debemos optimizar la identificación de los eventos centinelas. *Reforzar la formación continua en la escala de Sarnat Sarnat para disminuir la variabilidad inter-observador. *Optimización de Tiempos en Imágenes. *Protocolizar la realización de la ecografía cerebral dentro de las primeras 6 horas de vida. *Ajustar la gestión para realizar las RM en tiempos más acordes a los objetivos del protocolo, superando las dificultades logísticas externas. *Revisión del Tratamiento Anticonvulsivante: Evaluar, según actualizaciones recientes, la posibilidad de discontinuar la medicación anticonvulsivante antes del egreso si el EEG es normal, evitando tratamientos prolongados innecesarios.

M18. REPORTE DE CASO. TROMBOSIS FEMORAL ASOCIADA A CATETER VASCULAR CENTRAL. Antonela Palossi, Eugenia Tellechea, Lara Valentini, María Verónica Favareto. Hospital Provincial de Rosario. Argentina. Email: anto_palossi@hotmail.com

Introducción: El catéter umbilical es en general el acceso vascular central que se utiliza en primera instancia en prematuros ya que es de fácil acceso y tiene múltiples usos. Su colocación tiene complicaciones como infecciones y trombosis, siendo esta última poco frecuente, pero con alta mortalidad. La etiología es multifactorial, pero la presencia de catéteres centrales está en el 97% de los casos. El diagnóstico y tratamiento es dificultoso en esta población ya que hay poca evidencia sobre los mismo. Dependiendo del tipo de trombo y su localización, el 50% resuelve de manera espontánea pero cuando no sucede, la heparina de bajo peso molecular es de primera elección. **Objetivo:** Reportar un caso clínico de trombosis femoral y la importancia de

la sospecha precoz con abordaje multidisciplinario para mejorar la evolución y disminuir secuelas. **Método:** Reporte de caso. **Resultado:** Neonato de 32 semanas, peso al nacer 1730 grs (p48), Apgar 9/10, pc 30 cm (p63), talla 39 cm (p10), I gemelar de gesta monocorial-biamniótico, con síndrome transfundido-transfusor estadio 2, por lo cual se realiza fetoscopia para ablación placentaria en semana 14. A la semana 32 por APP y RPM con RCIU del II gemelar se realiza cesárea. Al nacimiento requiere VPP, continuando con CPAP FiO2 máxima 40% durante 24 hs. Hemodinámicamente estable. Se coloca catéter umbilical venoso y arterial, comienza con nutrición parenteral y por sospecha de sepsis connatal se toman hemocultivos comenzando con antibioticoterapia. A las 12 hs de vida presenta vasoespasmo en MII, se retira catéter arterial, recuperando perfusión. A las 48 hs de vida, repite dicho episodio y se decide retirar catéter venoso, colocando PICC en MSI, sin mejoría clínica. Al 3° día de vida, evoluciona desfavorablemente con palidez, pulsos periféricos débiles respecto al miembro contralateral y lesión equimótica en glúteo y pierna. Ante sospecha de trombosis se solicita ecografía doppler donde no se visualiza flujo arterio-venoso femoral. Se interconsulta con hematología quien solicita laboratorio de coagulación, los mismos dentro de parámetros normales. Se asumió cuadro secundario a catéter umbilical, comenzando con enoxaparina 2 mg/k/día EV, con control periódico de factor anti Xa. También fue evaluado por servicio de cirugía vascular y traumatología quienes indica realizar saturometría periódica de miembro y por las escaras se indican curaciones locales diarias con Irujol crema (colagenasa) y gasas con vaselina. A los 12 días de vida presenta notable mejoría clínica, se realiza nueva ecografía Doppler donde se visualiza flujo arterio-venoso femoral. Continúa internación por prematuridad hasta los 43 días de vida, 38,1 semanas de EC, que se otorga egreso hospitalario. Actualmente asiste a controles interdisciplinarios, con buena evolución clínica. **Conclusiones:** Si bien el uso de catéteres umbilicales centrales en pacientes prematuros tiene múltiples ventajas, recordar la importancia de control clínico y radiológico de los mismos ya que la trombosis es una complicación que puede presentarse y detectarla a tiempo puede mejorar la evolución y sobrevida del paciente.

M19. ASCITIS FETAL AISLADA CON EVOLUCIÓN TARDÍA A QUILOTÓRAX NEONATAL CONFIRMADO BIOQUÍMICAMENTE: REPORTE DE CASO. Asalia Barbara Morales Dardón, José Enrique Betancourt, Celia Albizures. Hospital Roosevelt de Guatemala. Email: babby0412@gmail.com

Introducción: La ascitis fetal aislada es una entidad poco frecuente que se define como la acumulación de líquido libre exclusivamente en la cavidad peritoneal, sin el compromiso multicompartimental que caracteriza al hidrops fetal. Algunas alteraciones congénitas del sistema linfático pueden manifestarse inicialmente solo con ascitis y desarrollar derrame pleural después del nacimiento, conforme aumenta el flujo linfático secundario al inicio de la alimentación enteral. El quilotórax congénito es el derrame pleural de origen linfático más frecuente en el período neonatal, pero su aparición tardía a partir de una ascitis fetal aislada ha sido descrita únicamente en series pequeñas y reportes aislados. **Objetivo:** ¿Puede un recién nacido con ascitis fetal aislada desarrollar de forma tardía un quilotórax neonatal, y qué implicaciones diagnósticas conlleva esta evolución? El objetivo del presente reporte es describir la evolución clínica de un recién nacido con ascitis fetal aislada que desarrolló un quilotórax neonatal confirmado bioquímicamente, y discutir sus implicaciones diagnósticas. **Método:** Reporte de caso de un recién nacido pretérmino con diagnóstico prenatal de ascitis fetal aislada, atendido en un hospital de tercer nivel. Se revisaron el expediente clínico, los estudios de laboratorio (bioquímica y citología de líquido ascítico y pleural), los estudios de imagen (radiografías, ultrasonido abdominal

y tomografía de tórax) y el tratamiento instaurado durante la hospitalización. Se emplearon estadísticos descriptivos, preservando la confidencialidad del paciente y contando con autorización de los padres para el uso de la información clínica.

Resultado: Recién nacido masculino de 34 semanas de edad gestacional, adecuado para la edad gestacional, con peso al nacer de 2,980 gramos, hijo de madre de 37 años G6P6A0, con antecedente prenatal de ascitis fetal aislada detectada por ultrasonografía obstétrica, sin derrame pleural, pericárdico ni edema cutáneo prenatal. Nació por cesárea por compromiso fetal, con Apgar de 4 al minuto y 7 a los cinco minutos, requiriendo ventilación con presión positiva, intubación endotraqueal y surfactante. Presentó marcada distensión abdominal e hidrocele bilateral; se realizó paracentesis evacuadora con obtención de 70 mililitros de líquido amarillo claro, cuyo análisis bioquímico mostró glucosa de 96.4 miligramos por decilitro, proteínas totales de 2.43 gramos por decilitro, albúmina de 1.91 gramos por decilitro y deshidrogenasa láctica de 252 unidades por litro. Al quinto día de vida desarrolló derrame pleural que requirió colocación de tubo de toracostomía; el drenaje, inicialmente amarillo claro, se tornó francamente lechoso aproximadamente 48 horas después. La citología evidenció predominio de células mononucleares (90.1 por ciento) y la bioquímica mostró triglicéridos de 1,094 miligramos por decilitro, confirmando el diagnóstico de quilotórax. El ecocardiograma descartó cardiopatía estructural y la tomografía de tórax mostró atelectasias bibasales con un área sugestiva de proceso infeccioso asociado. Los ultrasonidos abdominales documentaron ascitis persistente. El paciente requirió ventilación de alta frecuencia oscilatoria, drenaje pleural continuo y manejo antibiótico dirigido por bacteriemia neonatal por *Escherichia coli*. Se documentaron antecedentes familiares de pérdidas fetales y neonatales previas.

Conclusiones: La ascitis fetal aislada puede preceder al desarrollo de un quilotórax neonatal durante la primera semana de vida, y su aspecto macroscópico inicial puede no ser lechoso, por lo que la determinación de triglicéridos en el líquido pleural resulta indispensable ante la sospecha clínica, independientemente de la apariencia del derrame. Estos hallazgos respaldan la sospecha de una alteración congénita del sistema linfático y justifican considerar la evaluación genética y el asesoramiento familiar en pacientes con presentaciones similares, particularmente cuando existe historia familiar de pérdidas fetales o neonatales recurrentes.

M20. REPORTE DE CASO. SINDROME MIELOPROLIFERATIVO EN PACIENTE CON TRISOMIA 21. Antonela Palossi, Tellechea María Eugenia, Culasso Facundo, Albano Sebastián, Favareto María Verónica. Hospital Provincial de Rosario. Argentina. Email: anto_palossi@hotmail.com

Introducción: El síndrome de Down es la cromosomopatía más frecuente a nivel mundial, presentando un riesgo aumentado de leucemia aguda. Alrededor del 5 -30 % pueden desarrollar mielopoyesis anormal transitoria, si bien la mayoría resuelve espontáneamente, la hiperviscosidad puede generar complicaciones, con poca evidencia sobre el pronóstico a futuro.

Objetivo: Describir un caso clínico de síndrome mieloproliferativo en un paciente con fenotipo compatible con trisomía 21 y aumentar la alerta en los profesionales de salud para la detección y manejo de esta patología.

Método: Reporte de caso.

Resultado: Neonato de 40 semanas, peso al nacer 3.620 Kg (p80), talla 50 cm (p70), PC 36 cm (p97), Apgar 7/9. Embarazo con 5 controles, madre de 40 años, G3P2. Nace en otra institución de nuestra ciudad, cesárea por bienestar fetal no asegurado, líquido meconial espeso. Ingresa a sala de neonatología con diagnóstico de fenotipo compatible con trisomía 21 (sin diagnóstico prenatal), y distrés respiratorio con necesidad de oxigenoterapia por CPAP nasal. Se realiza laboratorio de rutina constatándose hiperleucocitosis (143.000 glóbulos blancos), resto de las series hematopoyéticas dentro de parámetros normales. Por no

contar con Servicio de Oncohematología, se comunican con nuestro hospital y hasta lograr concretar la derivación, para prevención de síndrome de lisis tumoral indican comenzar con hiperhidratación y Alopurinol y solicitan inmunofenotipo, el mismo compatible con leucemia mieloide aguda tipo M7 vs síndrome leucemoide transitorio. Además, es evaluado por servicio de cardiología con ecocardiograma doppler donde no se constata cardiopatía estructural, presentando DAP de 3 mm, sin repercusión hemodinámica. Se realizan ecografías transfontanelar y abdominorenal: sin particularidades. Al quinto día de vida ingresa a nuestro servicio. Se aborda paciente interdisciplinariamente, Servicio de Oncohematología indica continuar con hiperhidratación y realiza frotis de sangre periférica donde se visualizan megacarioblastos, continuando con controles periódicos de laboratorio. En los mismos no se constata lisis tumoral, presentando paulatinamente descenso de glóbulos blancos. Se suspende Alopurinol e hidratación parenteral, aumentando progresivamente alimentación enteral por succión, con buena tolerancia. Se logra suspender aporte de oxigenoterapia al sexto día de vida. Se controla por cardiología con ecocardiogramas doppler, quien constata cierre de DAP espontáneamente al 9° día de vida. Se solicita por Servicio de Genética cariotipo. A los 13 días de vida, 41,6 semanas de edad corregida, por buena evolución clínica, se otorga egreso hospitalario. Actualmente continua controles por consultorio de seguimiento pediátrico y oncohematología, con laboratorios periódicos, encontrándose dentro de parámetros normales. **Conclusiones:** El síndrome mieloproliferativo debe estar presente dentro de los diagnósticos diferenciales ante alteraciones hematológicas en el recién nacido con síndrome de Down e hiperleucocitosis. Su diagnóstico precoz puede evitar complicaciones y optimizar el manejo interdisciplinario. Resulta indispensable el seguimiento a largo plazo por oncohematología ya que presentan mayor riesgo posterior de desarrollar leucemia mieloide.

M25. DENGUE CONGÉNITO GRAVE: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA. María Teresa Guadalupe Martínez González, María de Jesús Galaviz Ballesteros, César Eduardo Juárez Campos, Oscar Eduardo Ceja Mejía. Hospital General de Occidente, Secretaría de Salud Jalisco. México. Email: mtmartinez54@hotmail.com

Introducción: El dengue congénito es infrecuente, con una incidencia de 1.6% por transmisión vertical, con manifestaciones clínicas de leves a severas. **Objetivo:** Evolución catastrófica de dengue neonatal. **Método:** Recién nacido masculino de término, nace vía parto, madre con cefalea, mialgias y fiebre de cuatro días de evolución, a su ingreso con diagnóstico de dengue por NS1, PCR DENV3, con Hb12.4, Hto 37.5 y Plt 54000, requiriendo de hemoderivados clasificada dengue fase crítica grupo vulnerable B2. **Resultado:** Apgar 8-9, asintomático, pasa a alojamiento conjunto, toma de BH, grupo y Rh y PCR dengue el primer día de vida. El día 2 de vida se ingresa por ictericia en rangos de fototerapia, binomio A Rh-, BH Leu 2.73, Lin 0.4, Neu 2.01, plt 55 mil. Se confirma PCR DENV3 positiva. Con picos febriles intermitentes, en su día 5 con deterioro clínico con prueba de torniquete positiva, equimosis en zonas declive, requiriendo reanimación hídrica y hemoderivados, procalcitonina positiva 11.3, inicia antibioticoterapia, ecocardiograma y ultrasonido pulmonar sin alteraciones, ultrasonido abdominal con líquido libre y engrosamiento de pared vesicular. El séptimo día falla ventilatoria y sangrado pulmonar, choque, muere el día 8 de vida. **Conclusiones:** La fiebre, el exantema y hepatomegalia son las manifestaciones más frecuentes de dengue; así como leucopenia, trombocitopenia y elevación de transaminasas. Las formas graves son raras y se presentan con clínica de sepsis y compromiso multiorgánico, sangrado digestivo, endocraneal y muerte, cuadro clínico presentado en nuestro paciente. Los hijos de madre con dengue se

deberá descartar transmisión vertical a las 24 horas y hasta 14 días posteriores, con detección del virus, así como en vigilancia estrecha del curso clínico del recién nacido, con síntomas hasta 14 días posterior al parto.

M29. SÍNDROME DE ROBERTS. REPORTE DE CASO. Richard Hall. Hospital Roosevelt. Guatemala. Email: richard.mh15@gmail.com

Introducción: El síndrome de Roberts es un raro desorden autosómico recesivo. Fue descrito por primera vez en 1919 por John Roberts en tres hermanos afectados de una pareja italiana de primos en primer grado. Se caracteriza por retraso del crecimiento pre y postnatal, el acortamiento de las extremidades con graves defectos radiales, oligodactilia, rasgos faciales característicos, anomalías cardíacas y renales, así como en ocasiones presencia de retraso mental. Esta enfermedad afecta por igual a individuos de ambos sexos y aunque es muy rara se ha encontrado en todas las áreas geográficas del mundo, con un total aproximado de unos 150 casos de diversas etnias reportados en la literatura. Este trastorno es causado por la mutación de ESCO2 encargado de la codificación de proteínas, su alteración conduce a una división celular retardada, a un aumento de la apoptosis y a una proliferación celular. A continuación, se presenta el caso de un recién nacido con diagnóstico de síndrome de Roberts con tetrafocomelia manejado en el hospital Roosevelt Guatemala quien no presentó otras malformaciones graves por lo cual el pronóstico fue bueno y fue egresado a casa sin complicaciones. **Objetivo:** Describir el síndrome de Roberts con variedad tetrafocomelia. **Método:** Reporte de Caso Clínico. **Resultado:** A pesar de que el síndrome de Roberts este asociado a anomalías congénitas graves como cardiopatías congénitas, anomalías renales y craneofaciales y que muchos pacientes fallecen al nacimiento por las complicaciones que presentan, en nuestro paciente se realizaron estudios como ecocardiografía, ultrasonidos renal y transfontanelar los cuales fueron normales sin anomalías congénitas lo cual mejora el pronóstico. **Conclusiones:** En Guatemala y a nivel mundial existe pocos casos reportados sobre el manejo y seguimiento de estos pacientes ya que debido a las complicaciones graves que presentan, tienen alta mortalidad. Es importante la documentación y seguimiento de los pacientes con síndrome de Roberts para mejorar la calidad de vida y pronóstico.

M32. SÍNDROME DE COSTELLO: DIAGNÓSTICO PRECOZ EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. REPORTE DE UN CASO EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA ZONA CENTRO SUR DE CHILE Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. José Matías Torres. Universidad Católica del Maule - Hospital Regional de Talca. Chile. Email: matitq@gmail.com

Introducción: El Síndrome de Costello es una RASopatía muy poco frecuente, causada por variantes germinales activantes del gen HRAS. El reconocimiento neonatal es difícil ya que la expresión fenotípica es incompleta y se superpone con otras condiciones. Las taquiarritmias fetales con estudio citogenético normal, asociado a fenotipo sugerente post natal son claves diagnósticas precoces. **Objetivo:** Describir el diagnóstico molecular de un caso neonatal de síndrome de Costello y destacar los hallazgos prenatales, cardiorrespiratorios y fenotípicos que permitieron orientar el caso clínico. **Método:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo, correspondiente a un reporte de caso clínico único, complementado con revisión narrativa de la literatura. Sin intervención clínica. **Resultado:** Recién nacida de sexo femenino, pretérmino de 35 semanas. Con antecedentes prenatales de translucencia nuchal aumentada, edema fetal, polihidramnios, macrosomía y taquiarritmia fetales. Cariotipo prenatal 46,XX y ADN fetal libre sin alteraciones. Nace por cesárea de urgencia por inicio de trabajo

prematureo en posición podálica. Al nacer evoluciona con dificultad respiratoria precoz, requiriendo ventilación mecánica invasiva prolongada, con múltiples fallas de extubación y necesidad de traqueostomía durante el primer mes de vida. Presentó taquicardia supraventricular refractaria a adenosina, respondiendo a manejo con amiodarona y propranolol; el Holter mostró taquicardia auricular multifocal. El ecocardiograma evidenció comunicación interventricular perimembranosa, estenosis pulmonar leve y dilatación moderada de aurícula izquierda, con función ventricular conservada. Al examen físico destacaban hipotonía, macrocefalia, fontanela amplia, puente nasal aplanado, narinas antevertidas, labios gruesos, micrognatia, pabellones auriculares de implantación baja, cuello corto con abundancia de piel y pliegues palmares y plantares profundos. La secuenciación de exoma identificó la variante heterocigota c.34G>A p.(Gly12Ser) en HRAS, clasificada como patogénica, confirmando síndrome de Costello. Se obtuvo consentimiento informado del representante legal. **Conclusiones:** La asociación de polihidramnios, taquiarritmia fetal y neonatal, compromiso respiratorio prolongado, alteraciones de la vía aérea, rasgos dismórficos e hipotonía debe motivar la sospecha de una RASopatía, sobre todo con estudios citogenéticos prenatales normales. La taquicardia auricular multifocal y la dependencia ventilatoria por compromiso bronquial fueron elementos especialmente orientadores. El diagnóstico molecular precoz permite integrar la evolución clínica y planificar el seguimiento multidisciplinario de estos pacientes. Este caso aporta la integración clínica de hallazgos prenatales y postnatales que permitieron realizar el diagnóstico molecular en el periodo neonatal, de una RASopatía en un hospital regional de Chile, aportando evidencia clínica local sobre una enfermedad muy poco frecuente.

M36. RED SIBEN: ¿SON LOS RESULTADOS DE SOBREVIDA DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS COMPARABLES A LOS REPORTADOS POR OTRAS REDES NEONATALES? Susana Rodriguez, Marcelo Cardetti, Augusto Sola. SIBEN. Argentina. Email: susana.rodriguez@siben.net

Introducción: la probabilidad de supervivencia de un recién nacido prematuro (RNP) está profundamente condicionada por la región geográfica y el nivel socioeconómico del país en el que nace; según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se evidencia una brecha crítica en los índices de sobrevivencia, especialmente en los casos de prematuridad extrema. Los factores clave detrás de esta brecha no responden a la variabilidad biológica del RN, sino al acceso y la calidad de los cuidados neonatales que reciben. A pesar de que en la región latinoamericana (LA) existen Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) dotadas de tecnología y personal especializado, los resultados son globalmente deficientes y muy variables. SIBEN ha recolectado en los últimos 8 años, a través de la REDSIBEN, datos de más de 40 UCIN de 10 países de LA, con el objetivo de obtener información en forma colaborativa y priorizar acciones de mejora. **Objetivo:** nos proponemos comparar los resultados de sobrevivencia en RNP en forma global y según edad gestacional (EG) de la RED SIBEN con reportes de otras redes de datos existentes en el mundo. **Métodos:** estudio descriptivo; se analizó la información almacenada durante 8 años en la base de la REDSIBEN para RN menores de 1500g o ≤ de 34 semanas de edad gestacional (SEG). Se subdividieron las poblaciones según los reportes correspondían a los años 2018-2021 o 2022-2025. Se recolectaron número de RN reportados, edad gestacional (EG) y condición al egreso de la UCIN. Se construyeron tasas de sobrevivencia en cada grupo y para cada EG. En forma concomitante se buscaron las publicaciones más recientes de las principales redes neonatales del mundo que reportaran tasas de sobrevivencia en RNP según EG. Con la información disponible se confeccionaron tablas

comparativas de los resultados, incluyendo datos de la RED y año de cada reporte

Resultados

SE M EG	RED SIBEN (LATAM) 2018-2021	RED SIBEN (LATAM) 2022-2025	SEN 1500 (España)* 2013-2016	Neocosur (Sudamérica) * 2013-2016	EEUU (NICHHD)** 2013-2018	Europa (Euro-Peris tat)*** 2015-2020
22	2.9%	10%	ND	ND	10.9%	33 - 50.8%
23	8.5%	7.5%	ND	ND	49.4%	
24	12.9%	20.2%	34.9%	28%	69.9%	52.8 – 82.5%
25	25.8%	39.7%	65.7%	43.3%	79.2%	
26	36.1%	54.4%	76.5%	60.8%	87.6%	70.9 – 92.8%
27	53.4%	66.3%	85.9%	75.8%	90.3%	
28	64.3%	75.1%	92.2%	85.1%	94%	92.1 – 97.2%
29	70.9%	82.6%	95.4%	89%	ND	
30	77.3%	86.9%	97.7%	91.6%	ND	
31	83.6%	88.7%	ND	ND	ND	
32	83.3%	88.9%	ND	ND	ND	ND
33	88.9%	91.5%	ND	ND	ND	

* García-Muñoz Rodrigo et al. Factors Associated with Survival and Survival without Major Morbidity in Very Preterm Infants in Two Neonatal Networks: SEN1500 and NEOCOSUR. *Neonatology*. 2021;118(3):289-296;

** Bell EF, Hintz SR, Hansen NI, et al. Mortality, In-Hospital Morbidity, Care Practices, and 2-Year Outcomes for Extremely Preterm Infants in the US, 2013-2018. *JAMA*. 2022;327(3):248–263

*** Victor Sartorius, MD; Marianne Philibert, MSc; Kari Klungsoyr et al for the Euro-Peristat Network. Neonatal Mortality Disparities by Gestational Age in European Countries. *JAMA Network Open*. 2024;7(8): e2424226.

A las 22-23 SEG las posibilidades de sobrevivir son mínimas en las unidades de la REDSIBEN; en los reportes de EE. UU. y Europa estos resultados han mejorado en los últimos años y varían según se adopte o no tratamiento activo. Para el grupo de 24 a 28 SEG los resultados han mejorado, pero continúan muy por debajo de los alcanzados en otras redes, por lo cual es prioritario en nuestra región continuar con políticas activas de capacitación del equipo de salud a fin de lograr prácticas más efectivas y seguras, menos variabilidad y optimizar los resultados. Recién a las 29 SEG las tasas comienzan a acercarse a los valores de otras regiones del mundo. Sin embargo, en este grupo y para cada EG falta aún incorporar las tasas de sobrevida sin secuelas, las tasas de morbilidad al egreso y los resultados alejados que finalmente

reflejan la evolución real de este grupo de niños cuya vulnerabilidad demanda excelencia continua del cuidado. **Conclusión:** el desafío de mejorar las tasas de sobrevivencia en la REDSIBEN continúa. Obtener datos de calidad y supervisar el progreso de los resultados neonatales hacia estos objetivos requiere esfuerzo colectivo, estimaciones sistemáticas, oportunas y comparables que permitan la evaluación de tendencias y la orientación de los recursos.

M 68. NACIONALIDAD MATERNA, PREMATURIDAD Y BAJO PESO AL NACER EN CHILE: ESTUDIO POBLACIONAL DE 1,56 MILLONES DE NACIMIENTOS, 2016–2023. Fernando Carvajal Encina. Universidad Católica del Norte. Chile. Email: fcarvajal@ucn.cl

Introducción: La migración es un reconocido determinante social de la salud en el mundo. En los últimos 30 años se ha observado un incremento sin precedentes en la migración en América Latina y el Caribe. La población migrante en Chile creció sostenidamente durante la última década y las madres extranjeras pasaron de representar el 5,5% de los nacimientos en 2016 al 18,8% en 2023. La evidencia internacional sobre resultados perinatales en gestantes migrantes es heterogénea y describe patrones opuestos según el desenlace considerado. **Objetivo:** analizar si el ser hijo de madre extranjera es un factor de riesgo de prematuridad y/o bajo peso de nacimiento (BPN) en Chile. **Método:** Estudio transversal analítico de base poblacional sobre los registros del Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de Chile. Se incluyeron los recién nacidos vivos inscritos durante el período comprendido entre 2016–2023 (N inicial = 1.618.465). Se excluyeron partos múltiples o ignorados, nacionalidad materna no clasificable, edad gestacional o peso desconocidos y gestaciones <22 semanas. Se evaluaron los datos sociodemográficos de ambos padres (edad, estado civil, nivel educacional, ocupación, nacionalidad) y los datos perinatales básicos (edad gestacional, peso de nacimiento, presencia de prematuridad y bajo peso al nacer). Exposición: nacionalidad materna, dicotomizada en chilena y extranjera. Desenlaces primarios: prematuridad (<37 semanas) y BPN (<2500 g). Desenlaces secundarios: prematuridad por severidad, categorías de peso y bajo peso a término como proxy de restricción del crecimiento intrauterino. Se realizó un análisis descriptivo y se estimaron razones de prevalencia (RP) crudas con χ^2 , ajustadas por Mantel-Haenszel y mediante regresión de Poisson con varianza robusta (año, edad materna, escolaridad, región y sexo del recién nacido), con análisis de sensibilidad para partos múltiples y datos faltantes. Los análisis se realizaron con el programa R. Dado que se trabajó con bases públicas de datos anonimizados no se requirió autorización de Comité de Ética. **Resultado:** Se analizaron 1.561.051 nacimientos únicos (13,4% de madre extranjera). Las madres extranjeras se concentraron en la Región Metropolitana (59,1% frente a 38,6% en chilenas) y en las regiones del norte (17,7% frente a 5,9%), y presentaron menor proporción de embarazo adolescente (3,8% frente a 6,1%). La prematuridad fue menos frecuente en hijos de madre extranjera (6,56% frente a 7,72%; RP cruda 0,850; IC95% 0,835–0,865; $p < 0,001$), asociación que se reforzó tras el ajuste (RP 0,811; IC95% 0,794–0,828) y se mantuvo bajo la unidad en los ocho años analizados (rango 0,73–0,88). El bajo peso al nacer mostró la dirección opuesta (6,15% frente a 5,58%; RP cruda 1,101; IC95% 1,082–1,121; $p < 0,001$), atenuándose tras el ajuste (RP 1,046; IC95% 1,021–1,073) y con marcada heterogeneidad temporal: protector en 2016 (RP 0,80), máximo en 2018 (RP 1,23) y sin asociación en 2022–2023 (RP 1,01). La estratificación por edad materna, escolaridad y región no modificó las estimaciones. La desagregación por severidad mostró que el efecto protector se concentró en el pretérmino tardío (RP 0,82) y moderado (RP 0,79), con inversión de la dirección en el pretérmino extremo menor de 28 semanas (RP 1,19; IC95% 1,11–1,28). El bajo peso a

término presentó la asociación más intensa del estudio (2,57% frente a 1,81%; RP 1,42; IC95% 1,38–1,46), acompañado de mayor frecuencia de muy bajo peso (RP 1,16) y menor macrosomía (RP 0,85). **Conclusiones:** Ser hijo de madre extranjera se asocia a menor prematuridad pero a mayor bajo peso, patrón compatible con restricción del crecimiento intrauterino sobre un fondo de efecto del migrante sano. La distribución del peso aparece desplazada a la baja pese a gestaciones más prolongadas, lo que sugiere priorizar la vigilancia del crecimiento fetal en gestantes migrantes. La variable disponible no distingue país de origen, condición migratoria ni tiempo de residencia, lo que limita la interpretación de un estimador global. La heterogeneidad en los resultados perinatales podría responder a que la migración no constituye una categoría monolítica: mientras los factores de selección positiva y hábitos protectores iniciales favorecen ciertos indicadores neonatales (paradoja del migrante), la exposición a determinantes sociales adversos, el estrés psicosocial de la exclusión y las barreras de acceso a los sistemas de salud penalizan fuertemente otros resultados maternos y complejos. Estos resultados relevan la importancia de contar con programas específicos para mejorar el acceso de los inmigrantes a los servicios de salud, incluyendo la capacitación del personal sanitario en la atención intercultural y la eliminación de barreras burocráticas que pueden dificultar el acceso de los inmigrantes a los servicios de salud.

M70. SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE BAJA COMPLEJIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. Marco Carrasco Gamarra, Omar Jordán, Walter Florez, Félix Hidalgo, María Alegría, Xylander Coanqui. Centro de Salud Tupac Amarú. Perú. Email: macg147@hotmail.com

Introducción: La mortalidad neonatal es una prioridad de salud pública, tiene una velocidad de disminución más lenta en comparación a la mortalidad infantil y de la niñez, especialmente en los países en vías de desarrollo, está causada por complicaciones de la prematurez, sepsis, asfixia y las malformaciones congénitas, las cuales son manejadas en servicios neonatales con UCIN en Hospitales de 2do y 3er nivel y los recién nacidos sanos, son manejados en el 1er nivel. En nuestra región, en las zonas rurales, entre el 30 a 40 % de la mortalidad se produce en recién nacidos de término y después de la 1era semana de vida. La sobreocupación de las unidades neonatales constituye un problema adicional. **Objetivo:** Describir y analizar la implementación de un servicio de neonatología de baja complejidad en el primer nivel de atención, su capacidad resolutoria, las características de los recién nacidos atendidos y su potencial contribución a un modelo escalonado de atención neonatal aplicable a contextos con recursos limitados. **Método:** El 2019 implementamos un servicio de neonatología en el Centro de Salud I-4 Tupac Amaru en la ciudad del Cusco-Perú, con 8 cunas, con pediatras, médicos de familia y médicos y enfermeras generales capacitados, atención 24/7, equipamiento básico, guías de manejo con directivas claras de ingreso, manejo y referencia para atender 4 patologías: ictericia de bajo riesgo, sífilis congénita, problemas de peso neonatal y recién nacidos prematuros estables > 1600 g. para completar ganancia de peso, las madres permanecen 24 horas con su neonato. No se requirió presupuesto adicional, se reorganizaron los recursos existentes en la Red. **Resultado:** Desde su inicio hasta la fecha se han hospitalizado 1300 neonatos ocupando solo el 30 % de nuestra capacidad, con un tiempo de hospitalización promedio, 4 días, con 5200 días cama liberados a los Hospitales III para recién nacidos críticos, con 0 mortalidad y 1 caso sospechoso de infección asociada a la atención.

Patologías atendidas

1. Sífilis congénita:	1 %
-----------------------	-----

2.	Pérdida anormal de peso	44 %
3.	Ictericia de bajo riesgo	18 %
4.	Mala ganancia de peso	18 %
5.	Riesgo de sepsis -sepsis oligosintomática	7.4 %
6.	Dificultad respiratoria	4 %
7.	Hipoglicemia	1 %
8.	Cardiopatía congénita	0.9 %

Se hospitalizaron algunas patologías adicionales a las programadas porque eran rechazadas por los hospitales de referencia, la procedencia de los pacientes era predominantemente de establecimiento de la ciudad del Cusco. **Discusión.** El haber demostrado que se pueden manejar recién nacidos enfermos estables que requieren cuidados mínimos en un servicio implementado en un Centro de Salud con un equipo capacitado y motivado con una implementación básica y guías de manejo claras es muy importante para un sistema de salud con servicios neonatales de hospitales III sobresaturados. El fortalecimiento del primer nivel podría modificar, por tanto, el flujo tradicional: el modelo convencional actual es: RN con condición de riesgo → capacidad neonatal limitada en primer nivel → referencia → hospital II/III → unidad neonatal → incremento de ocupación y separación madre–RN. El modelo propuesto es: RN con patología de bajo riesgo → evaluación en primer nivel → RN estable + condición de baja complejidad → atención local y hospitalización conjunta madre–RN; RN inestable o patología de mayor complejidad → estabilización + referencia oportuna a II/III nivel. Existen antecedentes internacionales que apoyan conceptualmente nuestro modelo, India ha desarrollado las Newborn Stabilization Units (NBSU), unidades similares a la nuestra de aproximadamente cuatro a seis camas establecidas a nivel subdistrital. La OMS incorpora el concepto de “zero separation”, considerando a la madre y al recién nacido como una unidad de cuidado y demuestra la posibilidad de establecer diferentes niveles de capacidad resolutive neonatal dentro de una red asistencial. La hospitalización conjunta ofrece además ventajas nutricionales, la permanencia continua de la madre facilita la disponibilidad precoz de leche materna, la extracción frecuente de leche, el contacto piel a piel y la transición hacia la lactancia directa. **Conclusiones:** – Se demostró que se puede implementar un servicio de neonatología en un Centro de Salud I-4 sin presupuesto adicional, sin riesgo de mortalidad o infecciones asociadas a la atención, descongestionando las UCIN de los Hospital III, lo que permite mejorar la calidad de la atención de las UCIN a los recién nacidos críticos, especialmente prematuros, contribuyendo a disminuir la mortalidad neonatal.

M76. FACTORES PREDISPONENTES PARA LA PÉRDIDA EXCESIVA DE PESO EN NEONATOS A TÉRMINO Y PRETÉRMINO TARDÍO. Maite Valentina Pérez. Clínica Universitaria Reina Fabiola. Argentina. Email: maitep950@gmail.com

Introducción: El crecimiento ponderal durante el primer mes de vida es un componente esencial del control ambulatorio. Si bien la pérdida de peso neonatal durante los primeros días de vida es un fenómeno fisiológico; se conoce que un descenso excesivo se asocia a mayor riesgo de complicaciones. Los factores predisponentes mencionados en la literatura difieren según el medio y, hasta el momento, no se conocen los principales a los que se ven expuestos los recién nacidos en nuestra población, por lo que su identificación resulta fundamental para optimizar el seguimiento y las estrategias de prevención. **Objetivo:** Determinar los factores predisponentes para la pérdida excesiva de peso ($\geq 10\%$ del peso de nacimiento) en neonatos nacidos a término y pretérmino tardío al primer control con Neonatología posterior al alta. **Método:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo analítico

de centro único. Se analizaron datos registrados en el sistema de historia clínica digital de la Clínica Universitaria Reina Fabiola, correspondientes a pacientes nacidos entre el día 1 de enero de 2023 y el 1 de enero de 2024 y que permanecieron en sala de internación conjunta hasta el otorgamiento de su alta. Criterios de inclusión: neonatos recién nacidos a término ≥ 37 semanas y recién nacidos pretérmino tardío ≥ 36 semanas con peso al nacer adecuado para la edad gestacional cuyo control con Neonatología fue realizado dentro de los primeros 10 días de vida. Variables analizadas: edad materna, paridad, edad gestacional, peso al nacer, porcentaje de peso descendido, tipo de parto, presencia o no de trabajo de parto, sexo, tipo de alimentación. Análisis estadístico: las variables cuantitativas se describieron utilizando la media y el desvío estándar. Las variables categóricas se resumieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Se empleó regresión logística para identificar factores asociados a la pérdida de peso excesiva. **Resultado:** La muestra estuvo compuesta por 1052 neonatos, siendo 491 (46,7%) femeninos y 561 (53,3%) masculinos. La pérdida excesiva de peso neonatal fue observada en 106 (9,9%) pacientes. Del análisis multivariado, los factores asociados a mayor riesgo de pérdida excesiva de peso neonatal fueron la primiparidad (OR 2,02; IC 95%: 1,28–3,17; $p = 0,002$); recién nacidos de madres primíparas presentaron aproximadamente el doble de riesgo en comparación con los de madres múltiparas, la edad materna (OR 1,09; IC 95%: 1,04–1,14; $p < 0,001$); siendo que por cada año adicional el riesgo aumentó un 9% y por último, la edad gestacional (OR 0,80; IC 95%: 0,66–0,97; $p = 0,021$); evidenciándose que por cada semana adicional de gestación el riesgo de pérdida excesiva de peso disminuyó un 20%. **Conclusiones:** La pérdida excesiva de peso neonatal presentó una prevalencia acorde a la reportada en la literatura internacional. La menor edad gestacional, la primiparidad y la mayor edad materna se identificaron como factores de riesgo relevantes. Estos resultados destacan la importancia de una vigilancia clínica más estrecha en grupos de mayor riesgo, con el objetivo de implementar intervenciones oportunas que permitan prevenir complicaciones asociadas.

M77. MORBILIDAD EN RN < 34 SEMANAS EN LA RED SIBEN: COMPARACIÓN DE DOS PERÍODOS. Valentina Bosio, Franco Martínez, Marcelo Cardetti, Susana Rodriguez, Augusto Sola y miembros de la REDSIBEN

Introducción. El avance en el cuidado intensivo neonatal ha incrementado significativamente la supervivencia de los recién nacidos prematuros (RNP), especialmente aquellos de muy bajo y extremo bajo peso al nacer. Sin embargo, este logro se acompaña de una elevada carga de morbilidad al momento del egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Estas complicaciones generan secuelas e impactan en la calidad de vida familiar y los costos del sistema sanitario. La REDSIBEN permite conocer entre otras morbilidades, la frecuencia de retinopatía (ROP) y hemorragia intracraneana (HIC) en los RNP < 34 semanas de UCIN de Latinoamérica que reportan sus datos. **Objetivo** analizar la frecuencia de ROP, ROP grave, HIC y HIC grave en la cohorte de RNP < de 34 semanas reportados a la REDSIBEN en dos periodos (2018-2021 y 2022-2025). **Método:** se incluyeron a) todos los de RN < 34 semanas con al menos un fondo de ojo realizado en la UCIN y b) los RN < 34 semanas con al menos una ecografía transfontanelar realizada e informada. Se calcularon a) las tasas de ROP y ROP grave y b) las tasas de HIC y HIC grave (III/IV) para cada EG y en 2 periodos de tiempo (PT) : 1) 2018-2021 y 2) 2022-2025. Se elaboraron las tablas comparativas y se calcularon las diferencias entre periodos según tablas de contingencia y Chi2. **Resultados:** se analizaron 6053 RNP para estimar la frecuencia de ROP (2681 en PT1 y 3372 en PT2); y 8170 RNP para estimar

la frecuencia de HIC (3796 en PT1 y 4374 en PT2). La tasa de ROP descendió significativamente en PT2 desde 32.7% a 27% ($p<0,001$), sin embargo, la ROP grave se mantuvo estable (7.3% vs 7%). La tasa de HIC no varió entre periodos (34.3 vs 35.5%) pero se observó un descenso significativo para la HIC grave, desde 12.6 a 9.1% ($p<0.001$). En las siguientes tablas se describen las frecuencias según EG

	SEG	2018-2021 n 2681	2022-2025 n 3372	p
ROP	≤ 24 sem	68.6%	72.4%	NS
	25 – 27 sem	63.8%	56.4%	0.009
	28 -30 sem	32.6%	25.2%	<0.001
	31 -33 sem	18%	12%	<0.001
ROP GRAVE				
	≤ 24 sem	31.4%	25.8%	NS
	25 – 27 sem	18.7%	19.4%	NS
	28 -30 sem	6%	5.6%	NS
	31 -33 sem	2.9%	1.1%	0.006

		2018-2021 n 3796	2022-2025 n 4374	p
HIC	≤ 24 sem	67.4%	69.8%	NS
	25 – 27 sem	55%	50.8%	NS
	28 -30 sem	33%	33.1%	NS
	31 -33 sem	21.8%	23.2%	NS
HIC GRAVE (III/IV)				
	≤ 24 sem	55.3%	53.3%	NS
	25 – 27 sem	34.8%	28.8%	0.02
	28 -30 sem	16.8%	12.6%	<0.001
	31 -33 sem	8.6%	4.6%	0.03

Conclusiones: la ROP y la HIC son complicaciones graves y en un gran porcentaje prevenibles con cuidados continuos y de calidad. Si bien la sobrevida en RNP reportados en la REDSIBEN ha mejorado, la morbilidad es elevada. Para RN<28SEG con alta frecuencia de ROP grave se requieren medidas urgentes; la mejora en esta complicación recién se observa en el grupo entre 31-33 semanas. Si bien hay un descenso de las HIC graves se requiere descender la frecuencia entre las 25-30SEG ya que sus valores son elevados comparado a otros reportes.