

TRABAJOS CIENTÍFICOS EN POSTER DIGITAL PANTALLA B



M2. SCORE INOTRÓPICO-VASOACTIVO (VIS) COMO FACTOR PRONÓSTICO DE MORTALIDAD EN NEONATOS CON SHOCK SÉPTICO.

Claudia Vanessa Quispe-Castañeda, Aytana Verástegui Espinoza, Gustavo Adolfo Vásquez-Tirado. Universidad Privada Antenor Orrego. Perú. Email: claudvaqc.21@gmail.com

Introducción: El shock séptico neonatal constituye una urgencia tiempo-dependiente asociada a disfunción cardiovascular, hipoperfusión tisular y elevada mortalidad en unidades de cuidados intensivos neonatales. En este contexto, la cuantificación objetiva del soporte vasoactivo-inotrópico puede aportar información pronóstica temprana. El score inotrópico-vasoactivo (VIS) integra las dosis de dopamina, dobutamina, adrenalina, noradrenalina, milrinona y vasopresina, reflejando la magnitud del compromiso hemodinámico y la dependencia farmacológica cardiovascular. **Objetivo:** Determinar si el VIS constituye un factor pronóstico independiente de mortalidad en neonatos con shock séptico atendidos en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray durante el periodo 2019-2023. Se planteó como hipótesis que un VIS elevado se asocia significativamente con mayor mortalidad neonatal. **Método:** Estudio observacional, analítico y retrospectivo, de tipo casos y controles, con emparejamiento 1:1 por edad gestacional y peso al nacer. Se incluyeron 100 neonatos con diagnóstico de shock séptico: 50 fallecidos y 50 sobrevivientes. La exposición principal fue VIS alto, definido como valor máximo ≥ 20 posterior al inicio del soporte vasoactivo y previo al desenlace clínico. Se evaluaron variables clínicas y de soporte vital, incluyendo lactato sérico, ventilación mecánica, uso de agente inotrópico único, sexo, tipo de parto, Apgar a los 5 minutos y edad posnatal al cálculo del VIS. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes; las numéricas, como media y desviación estándar. Para el análisis inferencial se emplearon pruebas para datos apareados, odds ratio (OR) con intervalo de confianza al 95% (IC 95%) y regresión logística para el análisis multivariado. **Resultado:** De los 100 neonatos incluidos, 50 correspondieron a casos y 50 a controles. El 60% de los fallecidos presentó VIS ≥ 20 , mientras que ningún sobreviviente alcanzó dicho umbral. En el análisis bivariado, el VIS alto se asoció fuertemente con mortalidad (OR=150.3; IC 95%: 8.77-2575.1; $p < 0.001$). El VIS como variable continua fue mayor en los fallecidos que en los sobrevivientes (23.6 ± 11.9 vs. 6.82 ± 3.28 puntos; $p < 0.001$). Asimismo, el lactato sérico fue significativamente más alto en los casos (5.69 ± 4.69 vs. 2.50 ± 1.42 mmol/L; $p < 0.001$), y la ventilación mecánica fue más frecuente en fallecidos (98% vs. 44%). En el modelo multivariado, el VIS ≥ 20 se mantuvo como predictor independiente de mortalidad (OR ajustado=36.07; IC 95%: 4.76-905.96; $p < 0.001$), junto con lactato sérico (OR ajustado=1.51 por cada mmol/L; IC 95%: 1.19-2.19; $p = 0.002$) y ventilación mecánica (OR ajustado=13.57; IC 95%: 1.79-353.94; $p = 0.007$). El uso de un único agente inotrópico no conservó significancia estadística tras el ajuste ($p = 0.105$). **Conclusiones:** En neonatos con shock séptico, un VIS ≥ 20 se asoció de manera independiente con mayor mortalidad hospitalaria, incluso luego del ajuste por marcadores de gravedad clínica. El VIS, integrado con lactato sérico y requerimiento de ventilación mecánica, constituye una herramienta práctica, reproducible y clínicamente útil para estratificación pronóstica temprana en cuidados intensivos neonatales.

Sin financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés. Estudio desarrollado con autorización institucional y manejo confidencial de la información clínica.

M13. EVALUACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DE LA HEMODINAMIA EN NEONATOS CRÍTICOS DURANTE SU TRANSICIÓN. NEONATOLOGÍA. SANCTI – SPÍRITUS.

CUBA 2023-2025. Amary Yumar Diaz, Geovanny Orellana Meneses, Midalis Martínez Barrios, Gabriel A. Diaz Bernal, Angela Beatriz Bandomo Mesa, Niurvis Roche Morera. Hospital General Provincial “Camilo Cienfuegos Gorriarán”. Cuba. email: amaryyd@gmail.com

Introducción: La ecocardiografía funcional (EcoFn) permite evaluar la hemodinamia en tiempo real durante la transición neonatal, superando las limitaciones de la clínica tradicional. **Objetivo** Describir las características clínicas y hemodinámicas de recién nacidos críticos, durante el período de transición, ingresados en el servicio provincial de Neonatología del Hospital General Provincial “Camilo Cienfuegos Gorriarán” de la provincia de Sancti Spíritus (2023-2025). **Métodos:** Estudio descriptivo transversal con 426 neonatos críticos con trastornos hemodinámicos a los que se les realizó ecocardiografía funcional complementando el examen físico previo consentimiento informado. **Resultados:** Predominó el sexo masculino (66,2%), el parto distócico (73,9%) y la procedencia del municipio Sancti Spíritus (30,5%). Las enfermedades maternas crónicas fueron el principal factor de riesgo (53,7%), seguido por RCIU (21,3%). La hipotensión (68%) y el llene capilar enlentecido (75,5%) fueron los signos clínicos más frecuentes. Los hallazgos ecocardiográficos predominantes fueron disminución de la contractilidad (59,8%) y sobrecarga de volumen (53,0%). La ecocardiografía funcional guió cambios de conducta en el 97,2% de los pacientes: adición de dobutamina (59,8%), restricción hídrica (53%) y adición de norepinefrina (30,7%). La evolución fue favorable sin complicaciones en el 90,3% de los pacientes, y el 63,1% requirió ventilación ≤ 3 días. **Conclusiones:** La ecocardiografía funcional permitió identificar alteraciones hemodinámicas significativas y guiar terapias específicas, con alta tasa de evolución favorable. Su implementación constituye una herramienta valiosa para optimizar el manejo del neonato crítico durante el periodo de transición.

M16. CARACTERIZACIÓN Y RESPUESTA AL IBUPROFENO EN PREMATUROS CON DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE.

Pamela Evangelina Flecha Insua, Jessica Viana, Denise Duarte, Rosa Centurión. Hospital Nacional de Itauguá. Paraguay. Email: flechapamein@gmail.com

Introducción: El conducto arterioso comunica la aorta y la arteria pulmonar durante la vida fetal. Tras el nacimiento, suele cerrar en neonatos a término, pero su persistencia en prematuros (hasta el 80% en casos de extremo bajo peso) aumenta el riesgo de enterocolitis y displasia broncopulmonar. El diagnóstico se fundamenta en signos clínicos y ecocardiografía (diámetro $>1.5\text{mm}$). Su manejo incluye medidas conservadoras, cierre farmacológico o quirúrgico para prevenir complicaciones cardiorrespiratorias. **Objetivo:** Determinar las características sociodemográficas, clínicas y los resultados del tratamiento con ibuprofeno en recién nacidos con ductus arterioso persistente atendidos en el Hospital Nacional de Itauguá (HNI) de Junio 2024 a Diciembre 2025 **Método:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado en el Hospital Nacional de Itauguá (2024-2025). Se incluyeron prematuros con ductus arterioso persistente tratados con ibuprofeno vía oral. Los datos se obtuvieron de expedientes clínicos mediante una ficha técnica y se analizaron con estadística descriptiva en Microsoft Excel. **Resultado:** De 20 pacientes, el 45% fueron prematuros extremos y el 45% de muy bajo peso al nacer. Clínicamente, el 65% presentó un ductus severo. La respuesta al ibuprofeno oral fue altamente exitosa: el 85% logró el cierre en el primer ciclo y el 10% en el segundo. Solo el 5% requirió cirugía. El 60% no presentó complicaciones y la supervivencia alcanzó el 95%. **Conclusiones:** El ibuprofeno oral evidencia una eficacia del 85%, garantiza el cierre

del ductus severo en prematuros extremos con mínima necesidad quirúrgica, alta seguridad y supervivencia.

M26.REPORTE DE SERIE DE CASOS DE MALFORMACIONES CONGENITAS ASOCIADAS AL USO DE MISOPROSTOL. Antonela Palossi, Tellechea, Eugenia. Favareto, María Verónica. Valentini, Lara. Hospital Provincial de Rosario. Argentina. Email: anto_palossi@hotmail.com

Introducción: La exposición prenatal al misoprostol puede asociarse con un espectro de defectos congénitos. Estos varían desde anomalías del sistema nervioso central, secuencia de Moebius, defectos en la pared abdominal y defectos transversales en las extremidades hasta alteraciones fetales. Por ello resulta fundamental que la historia clínica de toda paciente obstétrica sea exhaustiva para permitir identificar el antecedente de la exposición prenatal. **Objetivo:** Describir tres casos clínicos con diferentes presentaciones de malformaciones congénitas asociadas al uso de misoprostol en el embarazo. **Método:** Presentación de serie de casos. **Resultado:** Caso 1: Madre 33 años, G5P4, embarazo con dos controles prenatales, maduración pulmonar fetal (MPF) incompleta. Antecedente de realizar misoprostol en el primer mes del embarazo, para interrupción voluntaria del mismo, sin control posterior. Nace bebé de sexo femenino, 29 semanas, 1.165 gramos, con focomelia en pierna derecha y agenesia 2° falange dedo índice de mano derecha, sin diagnóstico prenatal. Ingresa a sala de neonatología, se vincula a asistencia mecánica respiratoria, se realiza ecocardiograma doppler, ecografía transfontanelar y ecografía abdominorenal: sin particularidades. Por malformaciones antes mencionadas, se interconsulta con traumatología infantil, quienes realizan férula de miembro afectado y curaciones locales periódicas. Cursa 64 días de internación, permanece 2 días en asistencia respiratoria mecánica, 4 días en CPAP y 36 días en CAFO, con un total de 50 días de oxigenoterapia. Se traslada a sala de pediatría para continuar internación y controles clínicos. **Caso 2:** Madre 20 años, G1P0, embarazo con 7 controles prenatales, antecedente de realizar misoprostol durante la gestación. Nace bebé de sexo masculino, 40 semanas, 3.689 gramos, con agenesia distal del dedo mayor del pie izquierdo, agenesia de falanges de ambas manos y bridas amnióticas, grado 3, en miembro superior izquierdo y, grado 4, en miembro inferior derecho. Se interconsulta con traumatología quienes, a los 2 días de vida, realizan cirugía de amputación infrapatelar de miembro inferior derecho y toilette quirúrgico por infección a los 8 días de vida. Curso internación en neonatología durante 14 días, otorgándose egreso hospitalario con controles clínicos de forma ambulatoria. **Caso 3:** Mamá 42 años, G4P3, embarazo con 5 controles prenatales. Nace bebe de sexo masculino, 39 semanas, 2.830 gramos. Tras presentar síndrome de distrés respiratorio y fenotipo compatible con síndrome de Moebius, ingresa a UCIN. Se realiza ecografía transfontanelar la cual informa agenesia de cuerpo calloso y abdominorenal con ectasia renal bilateral. Presenta además pie bot bilateral. Durante su internación, permaneció con oxigenoterapia desde el nacimiento, presento apneas medicadas con cafeína y convulsiones con fenobarbital. Evaluado por servicio de genética, quien solicita cariotipo. A los 32 días de vida, se decide su pase a unidad de terapia intensiva, para continuar internación. **Conclusiones:** La exposición prenatal al misoprostol está relacionada con la aparición de defectos congénitos en algunos fetos. La automedicación en etapas tempranas del embarazo se ha convertido en un problema de salud pública, dado que no sólo incrementa la morbilidad materna y el riesgo de malformaciones congénitas, sino que también tiene una tasa de falla del 10% cuando se utiliza como único medio farmacológico para la inducción del aborto. Es por esto, indispensable ante su administración realizar seguimiento clínico.

M27. FRECUENCIA DE CARDIOPATÍAS EN NIÑOS NACIDOS CON SÍNDROME DE DOWN EN EL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE EN EL PERIODO DE ENERO 2018 A SEPTIEMBRE 2024. Martínez González María Teresa Guadalupe, Valencia Ruiz Isnel, Ceja Mejia Oscar Eduardo, Galaviz Ballesteros María de Jesús, Juarez Campos Cesar Eduardo, Reynoso Luna Martha Celina. Universidad de Guadalajara, Hospital General de Occidente. México. Email: mtmartinez54@hotmail.com

Introducción: El síndrome de Down (SD) es la causa más común de discapacidad intelectual asociada a una variedad de características dismórficas, malformaciones congénitas y otros problemas de salud y afecciones médicas, ocurre en 1 de cada 1000 mil nacidos vivos en el mundo y 1 de cada 650 a 1000 nacidos vivos en México. Las personas con SD han triplicado su esperanza de vida en los últimos años, alcanzando una vida media de 60 años, pero continúan siendo las principales causas de muerte el choque cardiogénico y séptico. Estas por lo general secundarias a la presencia de una cardiopatía congénita (CC), siendo la más común el canal atrioventricular a nivel mundial y la comunicación interventricular. **Objetivo:** El objetivo principal de este estudio es conocer la frecuencia de cardiopatía congénita en aquellos pacientes que cuentan con diagnóstico de SD y resaltar la importancia del diagnóstico precoz, apoyar las estrategias de atención médica y generar evidencia que respalde la implementación de nuevas medidas preventivas y de apoyo. **Método:** Diseño de estudio retrospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo. Se captará a todo paciente que haya nacido entre enero 2018 a septiembre del 2024 en el Hospital General de Occidente con diagnóstico de SD confirmado por estudio citogenético y que cuente con ecocardiograma. Para análisis de datos se utilizó el programa SPSS versión 29.0.1.0 y para el análisis estadístico se utilizó el lenguaje de programación R versión 4.2.1 Shapiro Wilk. Para explorar diferencias significativas entre los diferentes grupos se utilizaron las pruebas de Mann Whitney y de Kruskal Wallis para dos grupos y para tres grupos según correspondía, definiendo como significativo un valor de p igual o menor a 0.05. **Resultado:** Se incluyeron un total de 44 pacientes. Se obtuvo una incidencia de SD de 1.6 por cada 1000 recién nacidos vivos, se realiza Test de Fisher para determinar si existe una asociación significativa con resultado no significativo con $P=0.48$ mayor a 0.05 con un ligero predominio por el género masculino (52%) y con una frecuencia de CC del 73% siendo la CIV la CC más frecuente presente en 8 pacientes (25%) seguida de la combinación CIA+PCA en 5 pacientes (18%) y CIA en 4 pacientes (18%). La hipertensión pulmonar se presentó como una complicación en 15 pacientes (34%), Se utilizó correlación con fórmula Pearson obteniendo un resultado no significativo con $P=0.07$ mayor a 0.05, con una mortalidad del 16%, 7 pacientes (16%) fallecieron a causa de choque séptico 5 y choque cardiogénico 2. Se realizó correlación de Mann-Whitney entre las variables edad materna y cardiopatía con resultado de una media de edad materna en la población que tiene cardiopatía de 31 y aquellos que no de 27, siendo no significativo con una $P=0.43$ mayor a 0.05. **Conclusiones:** Los resultados de este estudio destacan la alta prevalencia de CC en niños con SD atendidos en el Hospital General de Occidente, así como su asociación con hipertensión pulmonar. Las estrategias de diagnóstico y tratamiento temprano son elementos clave que surgen de este análisis y que deben ser considerados para mejorar la atención de estos pacientes quienes requieren abordaje multidisciplinario y tratamiento personalizado para reducir la mortalidad en esta población vulnerable y mejorar la calidad de vida y pronóstico a largo plazo.

M28. PREVALENCIA DE CARDIOPATÍAS CONGENITAS CRÍTICAS POR OXIMETRÍA DE PULSO EN RECIEN NACIDOS ESTABLES EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DR. "PERCY BOLAND RODRIGUEZ", PERIODO 2024-2025. María del

Carmen Menduiña Castro, Aaron Carvajal Tapia. Hospital de la Mujer Dr. "Percy Boland Rodriguez ". Bolivia. Email: carminamenduina788@gmail.com

Introducción: Las cardiopatías congénitas complejas son una de las principales causas de morbilidad neonatal cuando no son diagnosticadas de manera oportuna. Muchas de estas patologías no presentan signos clínicos evidentes al nacimiento, limitando la efectividad del examen físico neonatal y favorece el alta hospitalaria sin diagnóstico. **Objetivo:** Determinar prevalencia de cardiopatías congénitas críticas por oximetría de pulso en recién nacidos estables en el Hospital de la Mujer Dr. Percy Boland Rodriguez en el periodo 2024-2025 **Método:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, realizado en recién nacidos estables atendidos en el Hospital de la Mujer Dr. Percy Boland Rodriguez de Santa Cruz, Bolivia, durante el periodo comprendido entre enero de 2024 y diciembre de 2025. Se evaluó el rendimiento del tamizaje de pulso y la prevalencia de estas patologías en la población estudiada. **Resultado:** Se estudió 1.104 recién nacidos con método de oximetría de pulso, con una prevalencia de 3,6 casos por cada 1.000 recién nacidos tamizados. De este total 553 correspondieron al sexo masculino y 551 al sexo femenino, reflejando una distribución equilibrada por sexo. Se identificó 3 verdaderos positivos, 1 falso negativo, 31 falso positivo y 1.073 verdaderos negativos. Asimismo, la sensibilidad global del tamizaje cardíaco alcanzó el 75% lo que refleja que esta herramienta fue capaz de detectar de manera adecuada a la mayoría de los recién nacidos que presentaban esta condición. Con 97% de especificidad se evidenció una elevada capacidad del método para identificar correctamente a los recién nacidos que no presentaban enfermedad cardíaca. El VPP fue bajo (9%), lo cual se explica por la baja frecuencia de la enfermedad en la población estudiada. En contraste, el VPN fue el 100% evidenciándose que un resultado negativo permite descartar de manera confiable la presencia de cardiopatía congénita. **Conclusiones:** El tamiz cardíaco por oximetría de pulso es una herramienta muy útil para identificar cardiopatías congénitas críticas. El Hospital de la Mujer Dr. Percy Boland Rodriguez durante la gestión 2024-2025 demostró ser un método seguro, confiable y altamente útil para la identificación temprana de recién nacidos con cardiopatías críticas, tanto a término como prematuros tardíos.

M34. HIPOGLICEMIA NEONATAL PERSISTENTE ASOCIADA A HIPERINSULINISMO E HIPOCORTISOLISMO EN RECIÉN NACIDO A TÉRMINO GRANDE PARA LA EDAD GESTACIONAL: REPORTE DE UN CASO. Mascaro Zanabria Jesús Eduardo, Erazo Asenjo, Alondra, Arcana Catachura, Vanessa. Instituto Nacional Materno Perinatal. Perú. Email: jmascardo1988@gmail.com

Introducción: La hipoglicemia neonatal es una alteración metabólica frecuente y potencialmente asociada a complicaciones neurológicas. Los recién nacidos grandes para la edad gestacional presentan mayor riesgo de hipoglicemia, siendo el hiperinsulinismo una causa relevante. Cuando la hipoglicemia persiste y requiere aportes elevados de glucosa intravenosa, es necesario realizar una evaluación etiológica dirigida. Presentamos el caso de un recién nacido de término, grande para la edad gestacional, con depresión/asfixia perinatal, hipoglicemia persistente y requerimientos elevados de glucosa, en quien se identificaron hiperinsulinismo e hipocortisolismo. **Objetivo:** Describir la evolución clínica, metabólica y terapéutica de un recién nacido de término, grande para la edad gestacional, con hipoglicemia neonatal persistente asociada a hiperinsulinismo e hipocortisolismo, así como su respuesta al tratamiento con hidrocortisona **Método:** Reporte de caso clínico. Recién nacido masculino de 37 semanas, peso al nacer 4135 g, grande para la edad gestacional, nacido por cesárea, con Apgar 2/5/8 y antecedente de depresión/asfixia perinatal. Presentó hipoglicemia desde el nacimiento, con HGT inicial de 15 mg/dL y persistencia pese al incremento progresivo del aporte de glucosa, alcanzando una

velocidad de infusión de glucosa (VIG) de 16 mg/kg/min. Se realizó muestra crítica para evaluación endocrinológica. **Resultado:** Durante el tercer día de vida persistió la hipoglicemia, con HGT de 34 mg/dL y requerimiento de VIG de hasta 16 mg/kg/min. La muestra crítica evidenció insulina de 17,3 y cortisol de 1,2, hallazgos compatibles con hiperinsulinismo asociado a hipocortisolismo. Endocrinología consideró probable un hiperinsulinismo transitorio asociado a depresión neonatal e indicó mantener glicemias mayores de 60 mg/dL. Ante la persistencia de la hipoglicemia se inició hidrocortisona 2 mg EV cada 8 horas. Posteriormente se observó estabilización progresiva de las glicemias y descenso de los requerimientos de glucosa, permitiendo la suspensión del aporte intravenoso y el destete progresivo de hidrocortisona hasta 1 mg cada 24 horas. En el seguimiento se documentó cortisol de 5,9 µg/dL y ACTH de 21 pg/mL. **Conclusiones:** La hipoglicemia persistente en recién nacidos grandes para la edad gestacional requiere una evaluación etiológica dirigida cuando existen requerimientos elevados de glucosa. En este caso, la identificación concomitante de hiperinsulinismo e hipocortisolismo en el contexto de depresión perinatal permitió orientar el tratamiento y lograr una evolución favorable, con reducción progresiva de la VIG y suspensión del aporte intravenoso. La evolución clínica fue compatible con un trastorno probablemente transitorio, por lo que el seguimiento endocrinológico resulta fundamental para confirmar su resolución y descartar una etiología persistente.

M37. ENFERMEDAD DE KAWASAKI NEONATAL: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. Edna Karina Rodríguez Carrillo, Ahtziry Guadalupe Drew Alvarado, Diana Carolina Soltero Becerril, Valeria Torres Juárez, Juan Carlos Barrera de la Torre, Paola Cisneros Conklin. Benemérito Hospital General con Especialidades Juan María de Salvatierra. México. Email: karina.rodriguez1510@gmail.com

Introducción: La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica de pequeños y medianos vasos, la cual presenta su pico de incidencia entre los 6 meses a los 2 años. La EK neonatal, específicamente en menores de 2 meses de edad, se presenta en un 2.2% de los casos (1), en la cohorte española de Grasa et al., el 52.4% de los menores de 6 meses tuvo diagnóstico de EK incompleta, frente al 27.9% en niños mayores (2), es una entidad poco frecuente cuyo diagnóstico y tratamiento oportunos son fundamentales para prevenir el desarrollo de aneurismas coronarios, una de sus principales complicaciones y causas de morbilidad. **Objetivo:** Describir la presentación clínica, evolución y compromiso cardiovascular de un caso de enfermedad de Kawasaki neonatal, una entidad poco frecuente en este grupo etario, con manifestaciones inespecíficas que pueden pasar desapercibidas o ser confundidas con otras entidades dermatológicas frecuentes en el periodo neonatal, destacando la importancia del reconocimiento y tratamiento oportuno ante la presencia de manifestaciones cutáneas y alteraciones coronarias desde los primeros días de vida. **Método:** Reporte de caso de un recién nacido masculino quien inicialmente es ingresado por taquipnea transitoria del recién nacido, durante su estancia se integra Kawasaki neonatal de presentación incompleta. Se obtuvo consentimiento informado del tutor legal y se siguieron lineamientos éticos institucionales. **Resultado:** Hijo de madre de 33 años sin antecedentes crónico degenerativos. Producto de la cuarta gesta y con adecuado control prenatal, presenta cuadro de preeclampsia con datos de severidad y se obtiene masculino de 39 semanas de gestación por Capurro vía abdominal por oligohidramnios. Durante pasos iniciales de reanimación neonatal presenta cianosis generalizada y polipnea que requiere inicio de CPAP nasal, se decide su ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales. Durante su primer día de estancia presenta clínica concordante con sepsis neonatal temprana, requiriendo manejo antibiótico, manejo avanzado de la vía aérea y apoyo aminérgico e inotrópico. Tras la resolución de cuadro agudo de choque séptico se mantiene

hemodinámicamente con tendencia a la hipertensión, con cifras por arriba del percentil 95. Presenta además a partir del 4o día de vida, exantema eritematoso polimorfo de predominio troncal sin vesículas o ampollas, acompañado de descamación de manos y pies. Es valorado por cardiología pediátrica como parte del abordaje por sospecha de fetopatía diabética, encontrando arteria coronaria izquierda con ostium dilatado 5.9 mm (ZS +7.3) con dilatación de descendente anterior, 2 zonas aneurismáticas, dilatación de arteria circunfleja sin aneurismas, pequeño trombo 2 mm en tronco común de arteria coronaria izquierda, trombo de 4x4 mm en desembocadura de vena cava inferior. Considerando manifestaciones dermatológicas, presencia de linfadenopatías y datos ecocardiográficos se integra enfermedad de Kawasaki neonatal incompleta, iniciando manejo con inmunoglobulina 2 gr/kg y enoxaparina. Se realiza abordaje completo reportando perfil TORCH con IgM positiva para virus Herpes simple 1, por lo que se da tratamiento con aciclovir 20 mg/kg/do durante 14 días. **Conclusiones:** La enfermedad de Kawasaki neonatal constituye un reto diagnóstico debido a su presentación clínica inespecífica y su baja frecuencia. La identificación oportuna del compromiso coronario permitió iniciar tratamiento con inmunoglobulina intravenosa a 2 g/kg y anticoagulación con enoxaparina, con evolución clínica favorable. La angiografía coronaria por cateterismo, realizada 8 días después, no evidenció alteraciones coronarias, lo que sugiere una adecuada respuesta al tratamiento y resalta la importancia del diagnóstico e intervención temprana para prevenir complicaciones cardiovasculares. El paciente presentó evolución satisfactoria y egresó sin secuelas. Sin tratamiento, hasta 25% de los pacientes desarrollan alteraciones coronarias; sin embargo, la administración oportuna de inmunoglobulina intravenosa reduce este riesgo a aproximadamente 3–5%. Por ello, el reconocimiento temprano de esta presentación constituye un desafío clínico y una estrategia esencial para disminuir las complicaciones cardiovasculares.

M38. DISPLASIA ESQUELÉTICA LETAL CON FENOTIPO PREDOMINANTEMENTE COMPATIBLE CON DISPLASIA TANATOFÓRICA TIPO I: REPORTE DE UN CASO NEONATAL. Raida Ximena Saray, Uceda Garnique. Instituto Nacional Materno Perinatal. Perú. Email: rayda.x.s@gmail.com

Introducción: Las displasias esqueléticas son un grupo heterogéneo de trastornos del desarrollo óseo. La displasia tanatofórica es una de las formas más graves y se caracteriza por acortamiento marcado de los huesos largos, hipoplasia torácica y macrocefalia relativa. Su presentación comparte características con otras displasias esqueléticas letales, dificultando el diagnóstico etiológico cuando la caracterización radiológica es incompleta o no existe confirmación molecular. **Objetivo:** Describir los hallazgos prenatales, fenotípicos y radiológicos de una recién nacida con displasia esquelética letal, y analizar las dificultades para establecer el diagnóstico etiológico en ausencia de confirmación molecular. **Método:** Reporte descriptivo de un caso clínico neonatal. Se revisaron antecedentes maternos y perinatales, evaluación ecográfica prenatal, antropometría y examen físico neonatal, estudios radiológicos, evaluaciones multidisciplinarias, estudios diagnósticos y evolución clínica. **Resultado:** Recién nacida de 38 semanas y 4 días, producto de quinta gestación, hija de madre de 39 años y padre de 42 años, sin consanguinidad conocida ni antecedentes familiares de displasias esqueléticas. A las 36 semanas y 1 día se identificaron fémur y húmero cortos, tórax estrecho con pulmones colapsados, líquido amniótico normal y actividad fetal conservada. La longitud femoral fue 36 mm y la circunferencia cefálica 325 mm. Nació por cesárea, en presentación podálica y con rotura prematura de membranas. Peso 2830 g (Z -0,6; aproximadamente P27), longitud 32 cm (Z -5,9; <P0,1) y perímetro cefálico 35,5 cm (Z +1,9; aproximadamente P97), según INTERGROWTH-21st. Presentó Apgar 7/8, cianosis generalizada y dificultad respiratoria severa, requiriendo soporte ventilatorio. El examen mostró macrocefalia,

hipertelorismo, puente nasal deprimido, facies plana, orejas de implantación baja, cuello corto, tórax marcadamente estrecho, costillas cortas, abdomen prominente, rizomelia, micromelia, fémures curvos, pliegues cutáneos redundantes, pies pequeños y fontanelas amplias. No se documentaron micrognatia, mesomelia, braquidactilia ni configuración en tridente de los dedos. Las radiografías mostraron acortamiento marcado de los huesos largos, ensanchamiento metafisario y configuración torácica estrecha. Genética consideró una displasia ósea letal grave e incluyó displasia tanatofórica entre las principales posibilidades diagnósticas, solicitándose estudio de FGFR3; no se obtuvo la muestra necesaria. El informe radiológico consideró las imágenes evaluables compatibles con displasia esquelética tipo acondroplasia. No se contó con proyecciones específicas de columna, pelvis, manos y pies. No se realizaron estudios bioquímicos específicos, autopsia ni estudio anatomopatológico. La paciente presentó deterioro respiratorio progresivo y falleció durante el segundo día de vida.

Conclusiones: La combinación de micromelia, rizomelia, fémures curvos, tórax marcadamente estrecho, costillas cortas, pliegues cutáneos redundantes y macrocefalia relativa fue predominantemente compatible con displasia tanatofórica tipo I. Sin embargo, la ausencia de confirmación molecular y la caracterización radiológica incompleta impidieron establecer un diagnóstico etiológico definitivo. Este caso resalta la importancia de integrar los hallazgos prenatales, fenotípicos y radiológicos para orientar el diagnóstico diferencial, anticipar el compromiso respiratorio y facilitar la planificación perinatal y el asesoramiento familiar.

M40. ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE III B EN RECIÉN NACIDO PREMATURO EXTREMO, A PROPÓSITO DE UN CASO. Hernández Calvillo Lizette, Martínez González María Teresa Guadalupe, Ceja Mejía Oscar Eduardo, Galaviz Ballesteros María de Jesús, Juárez Campos Cesar Eduardo. Universidad de Guadalajara, Hospital General de Occidente. México. Email: mtmartinez54@hotmail.com

Introducción: Los recién nacidos prematuros extremos son más propensos a presentar alteraciones a corto o a largo plazo en el sistema nervioso central. El eje intestino-microbiota-cerebro se afecta cuando se presenta disbiosis gastrointestinal por colonización de patógenos, uso de antibióticos, retraso en la alimentación u ofrecer alimentación no adecuada. La patología más común de acuerdo a este grupo de edad es la enterocolitis necrotizante que se caracteriza por necrosis isquémica de la mucosa intestinal, que se asocia con inflamación severa, invasión de organismos formadores de gas entérico y disección de gas en la pared intestinal y el sistema venoso portal.

Objetivo: Resaltar la importancia de mantener en vigilancia estrecha aquellos pacientes de alto riesgo que pueden tener alteraciones en el eje intestino-microbiota-cerebro. **Método:** Presentación de Caso clínico. **Resultado:** Recién nacido prematuro extremo de 28 SDG con peso 950gr, talla 34 cm y perímetro cefálico 34 cm. Antecedentes relevantes, padres de 24 años sanos, producto G1 con ruptura prematura de membranas de 15 horas de evolución con leucocitosis materna 16.5. Se obtiene por vía abdominal, se realiza pinzamiento inmediato de cordón por desprendimiento placentario. Requirió 2 ciclos de VPP por FC < 100, se otorga APGAR 7/8. Se inicia CPAP nasal temprano, presentando SA de 3 puntos a los 10 minutos, se aplican fosfolípidos de origen porcino a 200 mg/kg por técnica INSURE, sin embargo, realiza falla a CPAP y se intuba, se indican líquidos totales a 80ml/kg/día de los cuales 30ml/kg/día fueron vía enteral, se inicia antibiótico con ampicilina, amikacina y fluconazol. Presenta residuo gástrico del 50% de la toma en el día dos de vida por lo que se deja en ayuno y se escala antibiótica a cefotaxima. En el día 9 presenta residuo en pozos de café por SNG, presentando leucocitosis 30, neutrofilia 22.5, procalcitonina 1.22, iniciando manejo con meropenem y vancomicina requiriéndolo por 10 días, radiografía abdomen AP y tangencial con dilatación de asas intestinales y edema interasa, requiriendo VMI por apneas. Día 10 de vida presenta

datos de bajo gasto requiriendo norepinefrina y dobutamina, presenta sangrado de tubo digestivo, abdomen tenso, distendido de 25 cm, palidez periumbilical, dibujamiento de asas y residuo fecaloide 6ml en SOG. Laboratoriales Leu 46.7, Neu 36.8, Fibrinógeno 353, Dímero D 2010 sin contar con datos de CID. Gasometría pH 7.1, CO₂ 48, O₂ 38, LAC 1.7, HCO₃ 16.2. Se evidencia en radiografías datos de neumoperitoneo, se coloca penrose en hemiabdomen derecho con salida de aire y liquido ascítico. Presentando mejoría clínica 6 días posteriores, se realiza tránsito intestinal con evidencia de paso de medio de contraste. En su día 21 de vida presenta distensión abdominal con laboratoriales Hb: 7.7, Hto: 20.7, Plq: 638, Leu: 22.61, Neu: 9, Linf 6, Alb 2.21, PCT 0.31. Día 22 de vida presenta inestabilidad hemodinámica requiriendo norepinefrina y dobutamina, presenta distensión abdominal, sangrado de tubo digestivo, 3 paros cardiorrespiratorios, ultimo sin lograr retorno a la circulación espontanea. **Conclusiones:** En la práctica hospitalaria el principal objetivo es detener la patología con la que actualmente está cursando el paciente, no obstante, no se realiza un análisis sobre la prevención de complicaciones que si no se detectan a tiempo o se da un buen seguimiento puede causar complicaciones a corto y largo plazo, incluyendo la muerte.

M41. ANTICUERPO ANTI-I EN UNA RECIÉN NACIDA PREMATURA DE MUY BAJO PESO: IMPLICANCIAS DIAGNÓSTICAS Y TRANSFUSIONALES. REPORTE DE CASO. Fátima Galeano, Sara Pereira, Luis Martínez, 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: Los anticuerpos eritrocitarios irregulares son infrecuentes en el período neonatal y pueden representar un desafío diagnóstico y transfusional. El sistema Ii presenta una expresión dependiente de la edad, con predominio del antígeno i en eritrocitos fetales y neonatales y desarrollo progresivo del antígeno I durante los primeros meses de vida. Los anticuerpos anti-I son habitualmente IgM, reactivos a bajas temperaturas y de escasa relevancia clínica; sin embargo, una mayor amplitud térmica puede conferirles importancia transfusional. **Objetivo:** Describir un caso de detección de anticuerpo anti-I en una recién nacida prematura de muy bajo peso y destacar sus implicancias diagnósticas y transfusionales. **Método:** Reporte descriptivo de un caso atendido en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Se revisaron los antecedentes maternos y perinatales, la evolución clínica, los estudios hematológicos y bioquímicos, las pruebas inmunohematológicas y la conducta transfusional. La caracterización del anticuerpo y la selección del hemocomponente se realizaron juntamente con Medicina Transfusional. **Resultado:** Recién nacida de 28 semanas y 4 días, con peso de nacimiento de 1.150 g, nacida por parto vaginal tras rotura prematura prolongada de membranas. La madre era grupo A Rh(D) negativo y presentó pesquisa de anticuerpos antieritrocitarios negativa; la recién nacida fue grupo O Rh(D) positivo, con prueba de antiglobulina directa negativa. En las primeras 24 horas, la hemoglobina descendió de 14,3 a 10,9 g/dL, con reticulocitosis de 12,1 % e hiperbilirrubinemia indirecta de 6,2 mg/dL. La pesquisa de anticuerpos irregulares fue positiva y se identificó un anti-I con reactividad predominante por debajo de 30 °C y un componente reactivo a temperatura corporal. La elevada frecuencia del antígeno I en eritrocitos adultos dificultó la selección de una unidad compatible, por lo que se estableció una estrategia transfusional restrictiva y vigilancia clínica y laboratorial. Al tercer día de vida, ante la progresión de la anemia y la presencia de criterios clínicos, recibió una transfusión de concentrado de glóbulos rojos. La hemoglobina posterior fue de 15,4 g/dL y no se observaron manifestaciones de reacción transfusional aguda. Aunque la caída precoz de hemoglobina, la reticulocitosis y la hiperbilirrubinemia indirecta sugirieron mayor recambio eritrocitario, la prueba de antiglobulina directa

negativa y la ausencia de marcadores seriados de hemólisis impidieron establecer una relación causal entre el anti-I y la anemia. **Conclusiones:** La detección de anti-I en una recién nacida prematura de muy bajo peso representa un hallazgo inmunohematológico infrecuente. Si bien no pudo demostrarse su relación causal con la anemia, su reactividad a temperatura corporal condicionó la selección del hemocomponente y la estrategia transfusional. La caracterización inmunohematológica y el abordaje coordinado entre Neonatología y Medicina Transfusional son esenciales ante anticuerpos eritrocitarios inusuales en el período neonatal.

M42. ENCEFALOPATÍA NEONATAL AGUDA POR HIPERBILIRRUBINEMIA EN RECIÉN NACIDO A TÉRMINO: REPORTE DE UN CASO. María Agustina Lugani, Agostina Pardo. Hospital Ramon Carrillo, San Carlos de Bariloche. Argentina. Email: agus_lugani@hotmail.com

Introducción: La encefalopatía neonatal por hiperbilirrubinemia representa una complicación prevenible asociada a secuelas neurológicas graves. Pese a las guías clínicas y del descenso global de esta entidad por pesquisas pre-alta, los niveles críticos de bilirrubina total siguen siendo una emergencia médica con riesgo de daño irreversible y fallas sistémicas letales durante el tratamiento. **Objetivo:** Describir la evolución clínica de un neonato con hiperbilirrubinemia severa no inmunomediada y sus secuelas neurológicas a largo plazo, con el fin de alertar sobre la importancia del seguimiento estricto post-alta y la identificación temprana de factores de riesgo no hemolíticos. **Método:** Descripción del caso. **Resultado:** Neonato masculino, nacido a término de peso adecuado (40 semanas, 4200 g). Apgar 9/9, temperatura axilar inicial 37.8 °C, con descenso espontáneo tras el contacto piel a piel (COPAP). Grupo sanguíneo materno y neonatal O Rh positivo, Prueba de Coombs Directa (PCD) negativa. Permaneció 48 horas en internación conjunta sin eventualidades, descenso ponderal del 8% respecto al nacimiento, egresa con pautas de alarma y citación por consultorio a los 7 días de vida. Con 5 días de vida ingresa por guardia por ictericia generalizada, confirmandose hiperbilirrubinemia grave (36 mg/dL). Se indicó luminoterapia intensiva, plan de hidratación parenteral y vía oral con monitoreo estricto. Ante la evolución desfavorable, se realizó exanguinotransfusión de urgencia. Tras el procedimiento, presentó deterioro neurológico agudo, hipertermia y cuadro hemorrágico generalizado, requiriendo asistencia respiratoria, transfusión de glóbulos rojos y plasma, soporte inotrópico y antibióticos por sospecha de sepsis tardía. Al lograr estabilización hemodinámica en cuidados intensivos, evolucionó con secuelas neurológicas severas y crónicas por toxicidad de la bilirrubina. **Conclusión:** El caso subraya la necesidad de una vigilancia estricta y temprana de la ictericia neonatal, aún sin incompatibilidad sanguínea detectable. Concentraciones extremas de bilirrubina conllevan una elevada morbilidad neurológica irreversible y riesgo graves asociados a maniobras de rescate, haciendo imperativo optimizar los controles durante la internación y post alta.

M49. DISPARIDADES EN EL DIAGNÓSTICO PRENATAL Y DESENLACES DE LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE UN PAÍS DE INGRESOS MEDIOS: COMPARACIÓN CON EL CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA STUDY GROUP REGISTRY. Sebastián Yanlu Montesinos Monterola, Ángel Samanez Obeso, Cielo Amelia Estela Fernández, Víctor Eduardo Román Lazarte, María Julia Ochoa Rojas. Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, Universidad Científica del Sur, Lima, Perú. Email: sebastian.montesinos.2003@gmail.com

Introducción: Las hernias diafragmáticas congénitas (CHD) afectan aproximadamente a 2,3 por cada 10 000 nacidos vivos. El diagnóstico prenatal puede representar un reto en países de ingresos medios-bajos debido a las limitantes en la

infraestructura y los recursos disponibles en los diferentes establecimientos de salud, lo que condiciona diagnósticos tardíos y traslados neonatales no programados. Sin embargo, no se ha estudiado cómo la magnitud de las disparidades asistenciales afecta en el porcentaje de diagnóstico prenatal y cómo esto afecta la sobrevida de los pacientes diagnosticados con CHD en nuestro país. **Objetivo:** Para abordar esta problemática, el presente estudio se planteó como objetivo determinar las diferencias en el perfil epidemiológico y la tasa de sobrevida de los neonatos diagnosticados con CDH entre un centro de referencia en Perú y los datos reportados por el CDH Group Registry. **Método:** Se planteó una cohorte retrospectiva de neonatos con diagnóstico de CDH admitidos en el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja (INSN-SB) entre 2021 y 2025 (N=44). Se analizaron variables perinatales y asistenciales (edad gestacional, peso al nacer, Apgar, vía de parto, diagnóstico prenatal, condición de traslado, edad al ingreso y edad a la cirugía); características anatómicas y quirúrgicas (lateralidad, tamaño del defecto según la clasificación estandarizada por el CDH Group Registry tipos A–D, posición del hígado, abordaje); compromiso cardiovascular y soporte (hipertensión pulmonar en ecocardiograma basal, cardiopatía congénita mayor asociada, uso de óxido nítrico inhalado, soporte con membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) y días de ventilación invasiva); y desenlace hospitalario (mortalidad intrahospitalaria, condición al egreso y estancia total). Las variables continuas se expresaron en medianas y rangos intercuartílicos [RIC], las cualitativas en frecuencias (n,%) y porcentajes con intervalos de confianza al 95%. La normalidad y homocedasticidad se evaluaron con Shapiro-Wilk y Levene. Los factores asociados a mortalidad se evaluaron mediante la prueba exacta de Fisher y la prueba U de Mann-Whitney, según el cumplimiento de los supuestos estadísticos. La comparación de indicadores frente al reporte contemporáneo del CDH Group Registry más reciente (Mesas Burgos et al., 2024; N=3,985) se realizó mediante la prueba de proporciones de una muestra (prueba z). **Resultado:** La mediana de edad gestacional fue 38.0 semanas [RIC: 37.0–39.0] y peso 3,100 g [RIC: 2,645–3,400]. El 100% de pacientes fueron trasladados, con una edad mediana al ingreso de 5.0 días [RIC: 2.0–6.0]. Solo el 2.3% tuvo diagnóstico prenatal, contrastando significativamente con el 79.2% reportado en el CDH Group Registry ($p<0.0001$). El 97.7% de la población fue abordada quirúrgicamente, predominantemente por toracoscopia (76.7%). El soporte con ECMO fue del 2.3% vs 30.2% reportado en el CDH Group Registry ($p<0.0001$). La sobrevida global de la cohorte fue del 86.4% frente al 70.3% internacional ($p=0.020$), y la sobrevida postoperatoria en pacientes reparados fue del 88.4% vs 82.4% reportado en el CDH Group Registry ($p=0.304$). En el análisis bivariado, la mortalidad intrahospitalaria se asoció significativamente al tamaño del defecto diafragmático severo (Tipo C/D: 30.8% vs Tipo A/B: 0.0%; $p=0.006$) y al abordaje quirúrgico abierto (40.0% vs 3.0% en toracoscopia; $p=0.007$). **Conclusiones:** Se evidencia una brecha estructural crítica en el tamizaje prenatal (2.3% vs 79.2%) y en el acceso a tecnologías avanzadas como ECMO. Aunque la cohorte admitida en el INSN-SB mostró una sobrevida comparable al estándar internacional, esta aparente alta sobrevida en un entorno con recursos limitados podría estar condicionada por un sesgo de selección de supervivencia y la existencia de una mortalidad oculta antes de llegar al centro de referencia: los neonatos con mayor severidad anatómica e inestabilidad fallecerían precozmente en hospitales regionales sin lograr ser trasladados al INSN-SB. Resulta prioritario fortalecer la detección prenatal y las redes de transporte neonatal para abordar esta brecha en nuestro país.

M57. ASOCIACIÓN ENTRE DIABETES MATERNA Y MALFORMACIONES CARDIACAS CONGÉNITAS EN RECIÉN NACIDOS. Patricia Lourdes Reyes Rangel, Verónica Santiago Vázquez. Hospital De La Mujer. México. Email: patriciareyesrangel@gmail.com

Introducción: Las malformaciones cardíacas congénitas constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal. La diabetes materna, tanto pregestacional como gestacional se ha asociado con un mayor riesgo de alteraciones estructurales y funcionales del corazón fetal debido a la exposición durante la organogénesis, mediante estrés oxidativo, alteraciones en la expresión génica e hiperinsulinismo fetal. Debido a la morbimortalidad asociada a las cardiopatías congénitas y a la limitada información disponible, es relevante estudiar su asociación con el tipo de diabetes materna con el propósito de fortalecer la vigilancia y detección cardiovascular oportuna en los recién nacidos. **Objetivo:** Determinar la asociación entre la diabetes materna y la presencia de malformaciones cardíacas congénitas en recién nacidos. Pregunta: ¿Existe asociación entre la diabetes materna y la presencia de malformaciones cardíacas congénitas en los recién nacidos atendidos en el Hospital de la Mujer? Hipótesis: La presencia de diabetes materna durante el embarazo se asocia a un incremento positivo en el riesgo de malformaciones cardíacas congénitas en recién nacidos atendidos en el hospital de la mujer. **Método:** Estudio observacional, analítico y retrospectivo realizado mediante la revisión de una base de datos institucional, que incluyó 51 recién nacidos hijos de madres con diabetes mellitus tipo 2 o diabetes gestacional, atendidos en el Hospital de la Mujer CDMX del 01 de agosto de 2024 al 31 de diciembre de 2025. Se analizaron el tipo de diabetes materna y la presencia y tipo de cardiopatía congénita. La asociación entre el tipo de diabetes materna y la presencia de cardiopatía congénita se evaluó mediante la prueba exacta de Fisher, considerando estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$. **Resultado:** Se incluyeron 51 recién nacidos hijos de madres con diabetes materna, de los cuales 36 (70.6%) correspondieron a diabetes gestacional y 15 (29.4%) a diabetes mellitus tipo 2. Se identificaron 29 casos de cardiopatía congénita. La frecuencia de cardiopatía fue significativamente mayor en los hijos de madres con diabetes mellitus tipo 2, presentándose en el 100% (15/15), en comparación con el 38.9% (14/36) de los hijos de madres con diabetes gestacional ($p = 0.0004$). El conducto arterioso persistente fue la cardiopatía más frecuente (17/29; 58.6%), seguido de coartación aórtica (6/29; 20.7%) y comunicación interventricular (5/29; 17.2%). Se documentó insuficiencia valvular en 1 caso (3.4%). No se identificaron casos de comunicación interauricular ni transposición de grandes arterias. **Conclusiones:** Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de diabetes materna y la presencia de cardiopatías congénitas en el recién nacido ($p = 0.0004$). Los hijos de madres con diabetes mellitus tipo 2 presentaron una mayor frecuencia de cardiopatía congénita en comparación con aquellos expuestos a diabetes gestacional, hallazgo que podría relacionarse con una exposición metabólica más temprana durante la gestación. El conducto arterioso persistente fue la cardiopatía congénita más frecuente, seguido de la coartación aórtica y la comunicación interventricular. La elevada frecuencia de conducto arterioso persistente podría estar influida por las características de la población estudiada, particularmente la prematuridad. Estos resultados resaltan la importancia del control metabólico preconcepcional y durante el embarazo, así como de una evaluación cardiovascular neonatal oportuna en los hijos de madres con diabetes, especialmente ante el antecedente de diabetes mellitus tipo 2.

Agradecemos a la institución participante y al servicio de cardiología pediátrica del hospital de la mujer, por facilitar el acceso a la base de datos utilizada para la realización del presente estudio. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, garantizando la confidencialidad y el manejo anonimizado de la información. Al tratarse de un estudio retrospectivo basado en la revisión de una base de datos, sin intervención directa sobre los pacientes, no se requirió consentimiento informado, de acuerdo con la normativa institucional. No se recibió financiamiento

externo para la realización del estudio. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

M63. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA, DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y MORTALIDAD EN NEONATOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD NEONATAL DE LA CLÍNICA PUENTE DEL MEDIO TUMACO, NARIÑO 2025–2026. Claudia Lorena Guerrero Moreno, Michel Alejandra Ewonds Jimenes, Carol Tatiana Tapia Calpa. Clínica Puente del Medio. Colombia. Email: michelleewonds@gmail.com

Introducción: El periodo neonatal es una etapa de alta vulnerabilidad para la supervivencia infantil, A nivel global, en el 2022 se notificaron 2,3 millones de muertes neonatales (1). Pese a los avances tecnológicos y asistenciales, persisten grandes brechas de inequidad (2) (3). En el Pacífico colombiano convergen pobreza, ruralidad, pertenencia étnica, barreras geográficas y de acceso a atención especializada. (4)(5). En Nariño, durante 2024 se notificaron 188 eventos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, con una razón de 16,5 por 1.000 nacidos vivos (6). En Tumaco, el Análisis de Situación de Salud territorial ha reportado tasas de mortalidad neonatal cercanas a 10 por 1.000 nacidos vivos en años. **Objetivo:** El objetivo fue describir sus características sociodemográficas, clínicas, de acceso a servicios de salud y la mortalidad hospitalaria, explorando características asociadas **Método:** Estudio observacional, retrospectivo con análisis descriptivo, enfoque analítico y exploratorio, en neonatos atendidos en una unidad neonatal de Tumaco durante 2025–2026. Se realizó análisis bivariado exploratorio de características seleccionadas y mortalidad hospitalaria, estimando riesgos relativos crudos (RRc) e intervalos de confianza del 95% (IC95%). Se utilizó la prueba exacta de Fisher bilateral, considerando $p < 0,05$ como evidencia de asociación estadística. Los análisis no implicaron causalidad, se realizaron por casos disponibles, sin imputación **Resultado:** Se analizaron 333 neonatos; 62,2% procedían de Tumaco y 89,2% pertenecían a población afrocolombiana. La mediana de edad gestacional fue 37 semanas (RIQ: 34+4–39) y 40,2% fueron prematuros. La mediana de peso al ingreso fue 2770 g (RIQ: 2170–3300) y 38,4% presentaron peso < 2500 g. El 59,2% presentó algún diagnóstico respiratorio, destacándose el síndrome de dificultad respiratoria (53,8%). Los diagnósticos infecciosos estuvieron presentes en 43,2% de los neonatos; la sepsis neonatal se presentó en 33,3% y la sífilis congénita en 9,3%. La asfixia perinatal se registró en 8,1%. El 52,9% requirió cuidado intensivo, 21,0% ventilación mecánica y 10,1% fue remitido. La mediana de estancia hospitalaria fue 6 días (RIQ: 4–11). El desenlace de mortalidad estuvo disponible en 328 neonatos; se registraron 17 fallecimientos (5,2%). Se observó asociación entre mortalidad hospitalaria y edad gestacional < 37 semanas ($RRc = 7,11$; $IC95\%: 2,08–24,25$; $p < 0,001$) y < 32 semanas ($RRc = 26,36$; $IC95\%: 9,08–76,53$; $p < 0,001$). Asimismo, se encontró asociación con peso al ingreso < 2500 g ($RRc = 26,32$; $IC95\%: 3,53–196,05$; $p < 0,001$) y < 1500 g ($RRc = 35,61$; $IC95\%: 10,72–118,27$; $p < 0,001$). La ventilación mecánica también se asoció con mortalidad ($RRc = 60,24$; $IC95\%: 8,13–446,20$; $p < 0,001$), interpretándose como indicador de mayor gravedad clínica y requerimiento de soporte. **Conclusiones:** La población presentó alta carga de prematuridad, bajo peso, morbilidad respiratoria e infecciosa, con más de la mitad requiriendo cuidado intensivo. La mortalidad hospitalaria fue del 5,2%. La menor edad gestacional y el menor peso al ingreso mostraron asociaciones con mortalidad, sobre todo neonatos < 32 semanas, con peso < 1500 g. La asociación observada con ventilación mecánica debe interpretarse como expresión de mayor gravedad clínica y necesidad de soporte avanzado, y no de relación causal. Estos hallazgos proporcionan una línea de base institucional para caracterizar la atención y desenlaces neonatales en Tumaco, territorio con históricas barreras de acceso a atención especializada. El carácter exploratorio del análisis y el

reducido número de fallecimientos, indica una disminución probable comparado con años previos, sin embargo, para establecer un pronóstico real se necesitan más años de seguimiento y mayor volumen de pacientes (6).

M69. CORRELACIÓN GENOTIPO-FENOTIPO EN UNA PACIENTE CON FENILCETONURIA Y DOS VARIANTES PATOGENICAS EN EL GEN PAH: REPORTE DE UN CASO.

Gabriela Milagros Bustamante López, Carmen Rosa Davila Aliaga. Instituto Nacional Materno Perinatal. Perú. Email: gabybl2202@outlook.com

Introducción: La fenilcetonuria (PKU) es un error innato del metabolismo, de herencia autosómica recesiva, causado por variantes patogénicas en el gen PAH, que codifica la fenilalanina hidroxilasa. Su déficit produce acumulación de fenilalanina (Phe) y riesgo de daño neurológico sin tratamiento precoz. La actividad residual de PAH influye en el fenotipo, aunque la correlación genotipo-fenotipo no es absoluta. Las variantes R261Q (c.782G>A; p.Arg261Gln) y D415N (c.1243G>A; p.Asp415Asn) presentan actividad residual experimental variable. **Objetivo:** Describir la correlación entre el perfil molecular de PAH(NM_00277.3) y el fenotipo bioquímico, nutricional y clínico en una paciente con PKU diagnosticada mediante tamizaje neonatal. **Objetivos específicos:** Describir las variantes R261Q y D415N, su localización y posible repercusión funcional sobre la proteína PAH(NM_00277.3); analizar la evolución longitudinal de las concentraciones de Phe bajo tratamiento; y describir la evolución antropométrica y neurológica, considerando las limitaciones de la predicción fenotípica basada exclusivamente en el genotipo. **Método:** Reporte de caso clínico con seguimiento longitudinal desde el periodo neonatal hasta los 7 años. Se revisaron antecedentes perinatales, resultados de tamizaje neonatal, concentraciones seriadas de Phe, estudios bioquímicos, caracterización molecular, tratamiento nutricional, crecimiento y evolución del neurodesarrollo. Paciente femenina nacida a las 38 semanas por cesárea, con peso de 3510 g, talla de 49 cm y Apgar 8/9. A las 48 horas de vida presentó tamizaje neonatal positivo para hiperfenilalaninemia: 4,74 mg/dL (287,1 μ mol/L), confirmado mediante segunda muestra previa al tratamiento: 5,26 mg/dL (318,6 μ mol/L). Se inició tratamiento nutricional precoz con suplemento libre de Phe y posteriormente restricción dietética individualizada. A los 5 años se realizó secuenciación del gen PAH (NM_00277.3), identificándose dos variantes patogénicas heterocigotas: c.782G>A (p.Arg261Gln; R261Q) y c.1243G>A (p.Asp415Asn; D415N). El estudio no permitió determinar la fase cis/trans, por lo que no se establece molecularmente heterocigosis compuesta. **Resultado:** La evolución longitudinal mostró control metabólico bajo tratamiento nutricional, con concentraciones de Phe posteriores al diagnóstico entre 1,20 y 3,89 mg/dL (72,7–235,4 μ mol/L). El último control disponible, a los 7 años y 3 meses, fue de 3,20 mg/dL (193,8 μ mol/L). La caracterización molecular identificó dos variantes missense patogénicas de PAH(NM_00277.3), localizadas en regiones funcionalmente relevantes de la proteína. Estudios funcionales han demostrado actividad residual para R261Q y D415N, apoyando la existencia de función enzimática residual; sin embargo, la expresión fenotípica depende del contexto genético y de la interacción entre variantes. El crecimiento mostró evolución sostenida durante el seguimiento, con peso para la edad entre -0,77 y +0,61 DE en los controles disponibles y talla para la edad entre aproximadamente -1,46 y +0,77 DE. A los 7 años y 3 meses presentó peso 23,5 kg, talla 117,5 cm, Z P/E +0,14 y Z T/E -0,85. La evaluación multidisciplinaria documentó desarrollo psicomotor dentro de rangos normales, sin evidencia de deterioro neurológico atribuible a PKU. Se mantuvo tratamiento con suplemento nutricional libre de Phe y restricción dietética individualizada. Se planteó sospecha de TDAH, sin confirmación diagnóstica hasta el último control. El fenotipo observado, caracterizado por hiperfenilalaninemia detectada precozmente, control metabólico mediante

tratamiento nutricional y neurodesarrollo conservado, evidencia la complejidad de predecir la expresión clínica individual exclusivamente a partir de las variantes identificadas. **Conclusiones:** El tamizaje neonatal permitió identificar la hiperfenilalaninemia antes de la aparición de manifestaciones neurológicas e iniciar tratamiento nutricional precoz, asociado a control metabólico, crecimiento adecuado y neurodesarrollo conservado durante los primeros 7 años de vida. La identificación de R261Q y D415N en PAH permite explorar la relación entre variante genética, estructura y función proteica, actividad residual y fenotipo metabólico. Sin embargo, este caso evidencia que el genotipo por sí solo no determina de manera absoluta el fenotipo individual, por lo que su interpretación debe integrarse con la Phe pretratamiento, evolución bioquímica, respuesta al tratamiento y seguimiento clínico. La fase cis/trans no determinada constituye una limitación molecular relevante. Su esclarecimiento mediante estudios familiares podría contribuir a definir la configuración alélica y profundizar la interpretación genotipo-fenotipo. Este caso demuestra que, en la PKU, el diagnóstico temprano modifica el curso clínico, mientras que la caracterización molecular permite comprender, pero no sustituye, la evaluación longitudinal del fenotipo.

M74. OBSTRUCCIÓN DUODENAL EXTRÍNSECA POR DUPLICACIÓN INTESTINAL EN UN RECIÉN NACIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Clara Melissa Bustillo Sierra, Mauricio Rene Benitez, Allison Marie Callejas Salgado. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Hospital Escuela. Honduras. Email: clamel1392@gmail.com

Introducción: La duplicación intestinal, es una patología congénita rara, por lo general quístico, con pared muscular y revestimiento de epitelio intestinal, se desarrollan en cualquier parte del tracto digestivo; la mayor parte se dan a nivel ileal o esofágico, pero muy rara vez se encuentran en duodeno o colón (<4% de los casos, aproximadamente 1 en cada 100,000 recién nacidos), el desarrollo de las duplicaciones aun es controvertido, existen 5 teorías embriológicas, las más implicadas en las duplicaciones duodenales son la gemación desordenada del intestino anterior que da origen al duodeno y la teoría de la recanalización desordenada (surgen vacuolas que no logran integrarse al lumen principal). **Objetivo:** Analizar la presentación clínica, el desafío diagnóstico y el manejo realizado en una presentación atípica de duplicación intestinal. **Método:** Paciente femenina, madre 28 años, gestas 3, partos 2, abortos 1, hijo previo sano, 6 controles prenatales, 2 ecografías obstétricas normales, sin antecedentes infecciosos, curso con hipotiroidismo controlado. Nace de 39 semanas de gestación, adecuada transición, amerito ingreso durante 2 días por hipoglicemia asintomática. A sus 10 días de vida, es ingresada en hospital de 2do nivel, con historia de vómitos posprandiales de 2 días de evolución, es manejada como sospecha de sepsis neonatal tardía, tratado con antibióticos de primera línea, 4 días después paciente persiste con vómitos posprandiales y refieren palpar masa en mesogastrio por lo que derivan a hospital de tercer nivel, a su ingreso, no deshidratación, y no se palpa masa. Se sospecha hipertrofia congénita del píloro. Laboratorios de ingreso con gasometría: acidosis metabólica compensada, hemograma: Leucocitos $15.31 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hemoglobina 13.0 g/dL, y Plaquetas en $815 \times 10^3/\mu\text{L}$. La química sanguínea no mostro alteraciones hidroelectrolíticas. Creatinina 0.4 mg/dL. TGO: 34 u/L TGP 23 u/L. PCR positiva en 96 mg/L; se inicia cobertura antibiótica de segunda línea, y se realizan estudios de imagen donde se evidencia por ecografía abdominal una masa quística en región del colédoco, sin otras malformaciones. Tomografía computada contrastada que reporta masa quística ubicada en la segunda porción del duodeno, que no comunica con estructuras adyacentes, pero que obstruye parcialmente la luz intestinal. Se realiza fluoroscopia, donde se observa zona de indentación hacia segunda porción de duodeno con disminución en el paso del medio de contraste. Correspondientes a una

duplicación intestinal duodenal. La paciente curso con múltiples procesos infecciosos: Pielonefritis con urocultivos positivos por *Candida albicans*, *C. Tropicalis*, *C. Glabrata* y recibió múltiples coberturas antibióticas/antimicóticas, se le realizan niveles de inmunoglobulinas, la inmunoglobulina A reporta: <1mg/dL (1.3-53mg/dL), se le indica inmunoglobulina humana cada 21 días, paciente estuvo hospitalizada durante dos meses, alimentada con parcialmente con hidrolizado de proteínas y nutrición parenteral, a sus 3 meses, ya compensada de sus múltiples procesos infecciosos paciente es intervenida quirúrgicamente por cirugía pediátrica, con resección del quiste, sin complicaciones. Paciente tuvo evolución favorable y fue egresada sin alteraciones con plan de seguimiento por los servicios implicados. **Resultado:** Las duplicaciones intestinales son un diagnóstico de exclusión, pero que debe ser considerado en todo recién nacido o lactante con historia de vómitos posprandiales, aunque la presentación clínica puede variar de acuerdo con su ubicación, al tamaño del quiste y al grado de tránsito intestinal que presente. Existen múltiples casos de pacientes que cursaron asintomáticos toda su infancia y debutan en la edad adulta, sin embargo, el 80% de los diagnósticos se hacen en los primeros 2 años de vida. Suelen ser más frecuentes en el sexo masculino, hasta en 80%. En 1/3 de los pacientes la duplicación intestinal puede estar asociada a otras malformaciones, entre las cuales las más frecuentes son anomalías del tubo neural y de vertebras, seguido de malformaciones del tracto genitourinario o alteraciones hepáticas o pancreáticas, especialmente en los casos de duplicaciones duodenales, aunque en este caso no fue descrita ninguna malformación asociada. El manejo siempre es quirúrgico una vez realizado el diagnóstico, en la mayoría de los casos se realiza resección subtotal con mucosectomía, pero también se puede hacer una derivación interna (marsupialización) o resección completa en quistes pequeños. El pronóstico suele ser bueno, sobre todo cuando no está asociado a otras malformaciones. **Conclusiones:** Aunque la duplicación es una patología poco frecuente, que representa un reto diagnóstico y terapéutico importante, sobre todo en las duplicaciones duodenales que dentro del espectro de duplicaciones intestinales es de las menos frecuentes, se deben tener en mente en el contexto de un paciente que debuta con clínica de obstrucción intestinal alta, para brindar un manejo oportuno