

M4. EFECTO DE LA FORTIFICACIÓN DE LA LECHE HUMANA SOBRE EL CRECIMIENTO DE LOS PACIENTES PREMATUROS.

Emily Ramírez Cruz, Perla Karina García May. Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE. Mexico Email: perlakmay@hotmail.com

Introducción: La leche humana (LH) es la estrategia nutricional de elección por sus propiedades inmunológicas, antiinflamatorias y neuroprotectoras. Sin embargo, en neonatos con muy bajo peso al nacimiento (MBPN), la LH no fortificada resulta insuficiente para cubrir los requerimientos de energía (110–135 kcal/kg/día), proteínas (3.5–4.5 g/kg/día), calcio y fósforo necesarios para alcanzar una velocidad de crecimiento intrauterino (~15 g/kg/día). Los fortificadores de leche humana (FLH) son suplementos diseñados para aumentar el aporte de proteínas, calorías, calcio, fósforo y micronutrientes esenciales. **Objetivo:** Comparar el desenlace de crecimiento de los recién nacidos prematuros alimentados con leche humana fortificada frente a aquellos alimentados con sucedáneos de leche humana. **Objetivos Específicos:** Evaluar el inicio de la vía oral en ambos grupos de estudio. Comparar el tiempo para alcanzar la alimentación enteral completa (100 ml/kg/día). Analizar la recuperación del peso al nacimiento entre los grupos. Comparar peso, talla y perímetro cefálico al egreso hospitalario. Determinar el incremento ponderal, de talla y del perímetro cefálico durante la hospitalización. Comparar los días de estancia intrahospitalaria entre ambos grupos. Optimizar los protocolos de alimentación neonatal. **Método:** Estudio observacional, comparativo, analítico, retrospectivo, longitudinal de casos y controles en neonatos prematuros hospitalizados en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos. La población de estudio se dividió en dos grupos de acuerdo con el tipo de alimentación recibida durante su estancia hospitalaria: Grupo A: conformado por neonatos prematuros alimentados con leche humana fortificada. Grupo B: conformado por neonatos prematuros que, debido a condiciones clínicas, intolerancia a la alimentación o falta de disponibilidad de leche humana o fortificadores, fueron alimentados con sucedáneos de leche humana para prematuros de 24 kcal/onza. **Resultado:** Se analizó información de 68 pacientes recién nacidos pretérmino alimentados con leche humana fortificada: 34 pacientes para cada grupo. Semanas de gestación 32, DE +2.1. Con un peso de 1475 gramos al nacer. La leche humana fortificada se inició MÁS TEMPRANO (2.5 vs 3.2 días), con tendencia estadística ($p=0.099$), lo que refleja mejor tolerancia gastrointestinal en este grupo. La RECUPERACIÓN DEL PESO AL NACIMIENTO fue significativamente más rápida en el grupo LHF (8.6 vs 10.6 días), indicador clave de adecuación nutricional en la etapa neonatal. El grupo LHF presentó MAYOR PESO (2,135 vs 2,026 g) y MAYOR TALLA (42.6 vs 41.2 cm) al egreso hospitalario, lo que sugiere un impacto positivo en el crecimiento somático. La PROGRESIÓN ENTERAL (100 ml/kg/día), el INCREMENTO PONDERAL GLOBAL y la ESTANCIA HOSPITALARIA no mostraron diferencias significativas entre los grupos, siendo determinadas principalmente por factores clínicos individuales y protocolos institucionales estandarizados. El PERÍMETRO

CEFÁLICO mostró valores similares al egreso, con una tendencia discretamente favorable en el grupo LHF para el incremento (1.42 vs 1.13 cm), lo que podría reflejar un beneficio adicional sobre el crecimiento neurológico. **Conclusiones:** La leche humana, cuando se complementa con una estrategia adecuada de fortificación, sigue siendo la herramienta nutricional más potente disponible para el cuidado del recién nacido prematuro. Seguir las recomendaciones internacionales en nutrición del prematuro, así como favorecer la leche humana debe ser una prioridad en las unidades de cuidados intensivos neonatales.

M23. FRECUENCIA DE NACIMIENTOS CON MACROSOMIA Y SU RELACIÓN CON LA GANANCIA PONDERAL MATERNA EN EL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE DE ENERO 2024 A DICIEMBRE 2025. Martínez González María Teresa Guadalupe, Galaviz Ballesteros María De Jesús, Ceja Mejia Oscar Eduardo, Juarez Campos Oscar Eduardo, Guzman Almeida Anahi. Universidad De Guadalajara, Hospital General De Occidente. México. Email: mtmartinez54@hotmail.com

Introducción: En las últimas décadas, la obesidad infantil se ha convertido en una de las principales amenazas de salud pública debido a su alta prevalencia y a sus consecuencias a largo plazo. En este contexto, el peso grande para la edad gestacional (PGEG) y la macrosomía fetal han cobrado relevancia clínica y epidemiológica, ambas condiciones reflejan crecimiento fetal excesivo, generalmente asociado a obesidad materna, diabetes gestacional y ganancia ponderal excesiva durante el embarazo. Diversos estudios han demostrado que el peso grande para la edad gestacional y la macrosomía fetal se asocian con mayor adiposidad infantil, mayor número de adipocitos y alteraciones metabólicas persistentes. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de recién nacidos con peso grande para la edad gestacional en el Hospital General de Occidente durante el periodo comprendido de enero de 2024 a diciembre de 2025, así como describir sus características neonatales y maternas, con énfasis en la ganancia ponderal mayor a 10 kg. Pregunta:Cuál es la frecuencia de nacimientos con macrosomía y su asociación con la ganancia ponderal materna y la presencia de diabetes gestacional. Hipótesis Existe una asociación entre la ganancia ponderal materna mayor a 10 kg y la presencia de macrosomía o peso grande para la edad gestacional en los recién nacidos del Hospital General de Occidente. **Método:** Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo, que incluyó recién nacidos con edad gestacional entre 30 y 42 semanas de gestación atendidos durante el periodo comprendido entre enero de 2024 y diciembre de 2025. Se excluyeron registros duplicados, productos con malformaciones congénita mayores, productos de gestación múltiple y aquellos con datos incompletos en variables clave para el análisis: Las variables neonatales incluyeron sexo, edad gestacional, peso al nacer, clasificación de macrosomía (≥ 4000 g), peso grande para la edad gestacional (percentil >90), e ingreso neonatal. Las variables maternas incluyeron presencia de diabetes gestacional, diabetes mellitus previa y ganancia de peso durante el embarazo (>10 kg). Análisis estadístico Se realizó un análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, así como frecuencias y porcentajes para variables cualitativas. Para evaluar la asociación entre variables categóricas se utilizó la prueba de Chi cuadrada de independencia, considerando estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

Posteriormente, se construyó un modelo de regresión logística binaria para identificar factores asociados de manera independiente con macrosomía fetal. El análisis estadístico se realizó utilizando software estadístico (SPSS). **Resultado:** Se analizaron 269 recién nacidos, predominantemente de término, concentrándose entre las 38 y 40 semanas, con una amplia variabilidad en el peso al nacer desde 2,125 gr hasta 4,835 gr. La prevalencia de macrosomía fue del 49.1%. La mayoría no presentó complicaciones neonatales y solo el 10.4% requirió ingreso hospitalario. La diabetes gestacional estuvo presente en el 20.1% de las madres y se asoció de manera significativa con macrosomía ($p = 0.048$; OR 1.84; IC 95%: 1.00–3.38). No se identificó asociación significativa entre macrosomía y diabetes pregestacional ($\chi^2 = 0.59$, $p = 0.440$), ni entre macrosomía y ganancia materna mayor a 10 kg ($\chi^2 = 1.49$, $p = 0.221$). Al analizar la variable kilos ganados categorizados, se observó una tendencia a mayor proporción de macrosomía en los rangos de 11–13 kg y 14–16 kg, sin alcanzar significación estadística global ($\chi^2 = 8.85$, $p = 0.065$). No se encontró asociación significativa entre macrosomía e ingreso hospitalario, diagnóstico neonatal, diabetes pregestacional ni ganancia ponderal mayor a 10 kg, aunque se observó una tendencia a mayor frecuencia de macrosomía en rangos intermedios de ganancia de peso. En conjunto, los hallazgos sugieren que la diabetes gestacional constituye el principal factor asociado a macrosomía en esta población, reforzando la importancia del adecuado control metabólico materno durante el embarazo. **Conclusiones:** En conclusión, la macrosomía y el peso grande para la edad gestacional no solo representan un problema perinatal inmediato, sino también un marcador temprano de riesgo metabólico futuro, lo que refuerza la importancia de intervenir durante los primeros 1000 días de vida para prevenir enfermedades crónicas.

M31. UTILIZACIÓN DE LECHE HUMANA PASTEURIZADA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS MENORES DE 2000 GRAMOS: RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN ENTERAL, RECUPERACIÓN DEL PESO AL NACER Y NUTRICIÓN AL ALTA. Marisol Alonso. Clínica Pasteur, Neuquén. Argentina. Email: faculuca2024@gmail.com

Introducción: La nutrición constituye un aspecto fundamental en el cuidado de los recién nacidos prematuros. La leche de la propia madre es la primera opción para su alimentación; cuando su disponibilidad es insuficiente, la leche humana pasteurizada (LHP) constituye una alternativa nutricional de especial importancia en esta población vulnerable. **Objetivo:** Describir la utilización de LHP y evaluar su relación con la evolución de la alimentación enteral, la recuperación del peso al nacer y la alimentación al alta en recién nacidos prematuros menores de 2000 gramos. **Método:** Estudio descriptivo retrospectivo realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de Clínica Pasteur, Neuquén, Argentina. Se incluyeron 46 recién nacidos prematuros con peso al nacer menor de 2000 gramos, internados durante el año 2024. Los datos se obtuvieron de historias clínicas y registros médicos. Se analizaron edad gestacional, peso al nacer, tipo de alimentación, duración de la administración de LHP, tiempo hasta alcanzar el aporte enteral total, recuperación del peso al nacer y alimentación al alta. Se realizó un análisis descriptivo mediante frecuencias, porcentajes, media y desvío estándar. **Resultado:** La población estudiada estuvo constituida predominantemente por recién nacidos

de entre 30 y 32 semanas de edad gestacional. La LHP fue utilizada principalmente durante los primeros días de vida y la mayoría de los pacientes la recibió durante los primeros 7 días. Se observó variabilidad en el tiempo necesario para alcanzar el aporte enteral total. La recuperación del peso al nacer se produjo en una media de 13,5 días. Entre los pacientes con registro de alimentación al alta, el 19,5% recibía lactancia materna exclusiva, el 51,2% leche materna combinada con fórmula para prematuros, el 26,8% leche materna combinada con fórmula infantil y el 2,4% exclusivamente fórmula para prematuros. En conjunto, el 97,6% de los pacientes con registro disponible recibía leche materna, exclusiva o combinada, al alta. Durante el período estudiado se registraron dos casos de enterocolitis necrotizante, ambos con evolución clínica favorable. **Conclusiones:** En esta población de recién nacidos prematuros menores de 2000 gramos, la LHP fue utilizada principalmente durante la primera semana de vida como alternativa cuando la leche de la propia madre no estaba disponible en cantidad suficiente. La recuperación del peso al nacer se produjo, en promedio, alrededor de los 13–14 días y una elevada proporción de los pacientes con registro disponible recibió leche materna, exclusiva o combinada, al alta. Estos hallazgos respaldan la utilización de LHP dentro de una estrategia institucional orientada a sostener la alimentación con leche humana y promover la lactancia materna. Debido al diseño descriptivo retrospectivo, no puede establecerse una relación causal entre la utilización de LHP y los resultados nutricionales observados. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral y seguimiento prospectivo para evaluar su impacto nutricional y sobre la lactancia a largo plazo.

M33. ENFERMEDAD METABÓLICA ÓSEA DEL PREMATURO EN UN RECIÉN NACIDO DE MUY BAJO PESO: IMPORTANCIA DEL PERFIL BIOQUÍMICO PARA EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO. Erazo Asenjo Alondra, Mascaro Zanabria Jesús Eduardo, Arcana Catachura Vanessa. Instituto Nacional Materno Perinatal. Perú. Email: Jmascaro1988@Gmail.Com

Introducción: La enfermedad metabólica ósea del prematuro (EMOP) es una complicación frecuente en recién nacidos muy prematuros y de muy bajo peso, especialmente en presencia de restricción del crecimiento intrauterino y nutrición parenteral prolongada. Su presentación inicial puede ser clínicamente silente, por lo que el seguimiento bioquímico resulta fundamental para identificar a los pacientes en riesgo y establecer un diagnóstico oportuno. **Objetivo:** Describir la evolución clínica, bioquímica y radiológica de un recién nacido prematuro con múltiples factores de riesgo para enfermedad metabólica ósea del prematuro (EMOP), destacando la utilidad del seguimiento seriado del metabolismo fosfocálcico para su detección y caracterización tempranas. **Método:** Se realizó seguimiento clínico, bioquímico y radiológico de un recién nacido de 29 semanas de edad gestacional y 1130 g de peso al nacer, con restricción severa del crecimiento intrauterino y nutrición parenteral prolongada. Se evaluaron de manera seriada fosfatasa alcalina, fósforo y calcio séricos. Ante la elevación progresiva de la fosfatasa alcalina se determinaron hormona paratiroidea (PTH), reabsorción tubular de fósforo y radiografías seriadas para valorar la evolución de la mineralización ósea. **Resultado:** Recién nacido masculino de 29 semanas, 1130 g, producto de gestación complicada por preeclampsia y restricción severas del crecimiento intrauterino con Doppler alterado. Requirió

ventilación, intubación y surfactante al nacimiento, además de nutrición parenteral mediante PICC y posterior nutrición enteral con leche materna y fórmula fortificada. Presentó múltiples factores de riesgo para EMOP. La fosfatasa alcalina aumentó progresivamente de 607 U/L al día 16 a 691 U/L al día 27, alcanzando 1310 U/L al día 34. En ese momento presentó fósforo sérico de 4.1 mg/dL, calcio de 8.5 mg/dL, PTH de 164 pg/mL y reabsorción tubular de fósforo de 98.6%. Las radiografías seriadas evidenciaron cambios compatibles con desmineralización ósea. La evolución bioquímica y radiológica fue compatible con alteración del metabolismo fosfocálcico asociada a EMOP **Conclusiones:** La EMOP puede desarrollarse de manera subclínica en recién nacidos de muy bajo peso. La vigilancia sistemática de fosfatasa alcalina y fósforo, complementada con PTH y reabsorción tubular de fósforo cuando existe sospecha diagnóstica, permite una caracterización más precisa del trastorno y favorece una intervención nutricional y terapéutica oportuna.

M45. EVOLUCIÓN HEMODINÁMICA COMPLEJA DE UNA RECIÉN NACIDA PRETÉRMINO CON DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE, HIPERTENSIÓN PULMONAR ASOCIADA A DISPLASIA BRONCOPULMONAR E INSUFICIENCIA VALVULAR SECUNDARIA A ENDOCARDITIS: REPORTE DE UN CASO. Paulina Hernández Probeste, José Torres Quevedo, María José Suarez González. Universidad católica del Maule. Chile. Email: pauli.nicole14@gmail.com

Introducción: El ductus arterioso persistente hemodinámicamente significativo (DAP HS) constituye una complicación frecuente de la prematuridad extrema y puede contribuir a inestabilidad hemodinámica y deterioro respiratorio. Su manejo se vuelve especialmente complejo cuando coexiste displasia broncopulmonar (DBP), hipertensión pulmonar (HTP) y disfunción ventricular. Se presenta el caso de un recién nacido pretérmino extrema con DAP HS refractario a tratamiento farmacológico, cuya evolución se complicó con endocarditis infecciosa de válvula pulmonar, HTP asociada a DBP y deterioro progresivo de la función ventricular derecha, requiriendo cierre quirúrgico tardío y soporte cardiovascular intensivo.

Objetivo: Describir la evolución hemodinámica y manejo terapéutico de un recién nacido pretérmino extremo, con DAP HS, HTP asociada a DBP grave y compromiso de la función ventricular secundaria a endocarditis infecciosa, destacando la complejidad de la toma de decisiones respecto del momento del cierre ductal y el manejo cardiovascular posterior.

Método: Reporte descriptivo de un caso clínico de un recién nacido de 28 semanas de edad gestacional, pequeña para la edad gestacional, con peso de nacimiento de 760 g, hospitalizada en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Se realizó revisión retrospectiva de la evolución clínica, respiratoria, infecciosa, hemodinámica y ecocardiográfica. Las principales variables analizadas fueron características del DAP y dirección del cortocircuito, repercusión hemodinámica, presencia de HTP, función ventricular derecha, tratamiento farmacológico del DAP, vasodilatadores pulmonares, diuréticos y drogas vasoactivas, así como la evolución post cierre quirúrgico del DAP. Por tratarse de un reporte de caso único, los resultados se presentan de manera descriptiva y cronológica, sin aplicación de métodos estadísticos inferenciales.

Resultado: Recién nacido pretérmino de 28 semanas de edad gestacional, de sexo femenino,

pequeño para la edad gestacional con peso de nacimiento de 760 g. Hija de madre con antecedentes de hipertensión arterial crónica y trastorno por consumo de cocaína, cuyo embarazo, adecuadamente controlado, se complicó con preeclampsia severa. Nació por cesárea de urgencia por crisis hipertensiva materna refractaria a tratamiento, previa maduración pulmonar con corticoides. Al nacimiento, presentó dificultad respiratoria en contexto de prematuridad extrema, requerimiento intubación endotraqueal e ingreso a cuidados intensivos neonatales con ventilación mecánica invasiva. El ecocardiograma funcional realizado el primer día de vida, evidencia ductus arterioso permeable (DAP) de 2 mm con flujo de izquierda a derecha, sin repercusión hemodinámica, por lo que se adoptó conducta expectante. A los 14 días de vida, se constató persistencia del DAP, esta vez con repercusión sobre circulación sistémica y pulmonar, por lo que se inicia tratamiento con paracetamol. Durante su evolución, presentó deterioro clínico secundario a sepsis neonatal tardía y neumonía asociada a ventilación mecánica por *Staphylococcus aureus* meticilino - resistente (SAMR), complicada con endocarditis infecciosa de la válvula pulmonar. Completó 6 semanas de tratamiento antibiótico dirigido tras documentarse hemocultivos de control negativos. Pese a 3 ciclos de tratamiento con paracetamol, el DAP permaneció permeable. Considerando la imposibilidad de cierre percutáneo en el centro tratante, se mantuvo inicialmente conducta expectante, con reevaluación clínica y ecocardiográfica seriada. Posteriormente evolucionó con hipertensión pulmonar (HTP) asociada a displasia broncopulmonar grave (DBP), requiriendo uso de vasodilatadores pulmonares, inicialmente sildenafil y posteriormente milrinona. Sin embargo, presentó congestión pulmonar significativa, anasarca y aumento progresivo de parámetros ventilatorios, por lo que se inicia tratamiento diurético y restricción hídrica. Los ecocardiogramas de control evidenciaron persistencia de un DAP hemodinámicamente significativo, con flujo bidireccional con predominio de izquierda a derecha. Además, se observó una válvula pulmonar displásica - probablemente secundaria a endocarditis -asociada a dilatación progresiva de cavidades derechas y deterioro de la función ventricular derecha, lo que determinó la necesidad de iniciar soporte con drogas vasoactivas. Sin embargo, persistió con gran compromiso respiratorio y hemodinámico, por lo que se decidió ligadura quirúrgica del DAP a los 72 días de vida. Durante las primeras horas posteriores al procedimiento presentó mejoría clínica, con disminución progresiva de requerimientos ventilatorios. No obstante, a las 48 hrs evolucionó con hipotensión sistólica y diastólica refractaria requiriendo soporte vasoactivo con epinefrina, dobutamina y vasopresina, además de hidrocortisona, con posterior estabilización hemodinámica, lo que permitió el retiro gradual de drogas vasoactivas. RN evoluciona con persistencia de HTP y disfunción ventricular derecha residual, reiniciándose sildenafil y efectuándose transición progresiva desde dobutamina a digoxina, manteniéndose en seguimiento clínico y ecocardiográfico. **Conclusiones:** La coexistencia de DAP HS, DBP grave con HTP y daño valvular pulmonar secundario a endocarditis determinó una evolución cardiovascular particularmente compleja. El fracaso del cierre farmacológico y el deterioro cardiorrespiratorio progresivo motivaron finalmente la ligadura quirúrgica, presentando una mejoría respiratoria inicial, sin embargo, seguida por inestabilidad hemodinámica y persistencia de disfunción ventricular derecha que requiere seguimiento dirigido y manejo activo. Este caso destaca la necesidad de una evaluación hemodinámica seriada e individualizada en el

premature extremo.

M55. POLIMICROGIRIA FRONTOPARIETAL BILATERAL EN LACTANTE; IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO TEMPRANO E IMPACTO EN PRONOSTICO NEUROLOGICO: REPORTE DE CASO. Ana Luisa Marmolejo Guevara, Keila Yadira Mendoza Martínez, Maya Itzel Lira Reyes, Luis Gerardo Martínez Valadés, Oscar De La Garza Pineda, Diego José Mendoza Venegas. Universidad Autónoma de Nuevo León. México. Email: ana.luisaamg@gmail.com

Introducción: La polimicrogiria (PMG) es una de las malformaciones del desarrollo cortical más frecuentes caracterizada por una sobreplegación de la corteza cerebral con múltiples circunvoluciones pequeñas y superficiales, asociada a una organización laminar anormal del córtex cerebral. Esta anomalía se origina por alteraciones en los procesos de migración neuronal o en la organización cortical durante el desarrollo embrionario, lo que produce una superficie cortical irregular con una interfaz sustancia gris-blanca alterada visible en estudios de neuroimagen, particularmente en resonancia magnética. **Objetivo:** Presentar un caso de polimicrogiria frontoparietal bilateral enfatizando los hallazgos clínicos y de neuroimagen, así como realizar una revisión de la literatura reciente sobre esta malformación del desarrollo cortical, con el propósito de resaltar la importancia del diagnóstico temprano y su impacto en el pronóstico neurológico. **Método:** Se presenta el caso de lactante femenina, producto de segunda gesta con embarazo normoevolutivo, nacida a término sin complicaciones perinatales, con alta hospitalaria conjunta con la madre. Durante los primeros meses de vida presentó adecuado estado general y buen desarrollo neurológico inicial, alimentada con sucedáneo de leche materna exclusivo. A los 2 meses de edad, la paciente fue referida para valoración especializada por sospecha de craneosinostosis por presencia de escafocefalia se realiza tomografía computarizada de cráneo que reporta áreas sugestivas de encefalomalacia, por lo que se solicitó resonancia magnética cerebral para caracterización adicional, la cual documentó polimicrogiria fronto-parietal bilateral, Como parte de la evaluación neurológica se encuentra neurodesarrollo adecuado para la edad, alerta al medio, con pupilas isocóricas y reflejos pupilares conservados, adecuada fijación y seguimiento visual, movimientos faciales simétricos y fonación adecuada, con tono muscular y fuerza preservados, reflejos osteotendinosos presentes, sin datos de liberación piramidal y perímetro cefálico de 38.5 cm. Durante la evaluación se observó ausencia de respuesta a estímulos auditivos. Se realizó electroencefalograma (EEG), el cual mostró descargas punta-onda aguda en regiones frontales y temporales bilaterales e independientes, observadas de manera poco frecuente. Además, se indicó estudio etiológico complementario que incluyó panel genético (Exoma) negativo y pruebas para infecciones congénitas mediante PCR TORCH con resultado pendiente. En el seguimiento a los 3 meses de edad, la paciente presentó episodios de movimientos súbitos tipo mioclonía o espasmos, que ocurrían aproximadamente cada dos días, principalmente al despertar y en forma de clusters. Ante estos eventos se solicitó un nuevo electroencefalograma reportado como normal. Se indica estimulación temprana y seguimiento estrecho por neurología. **Resultado:** La polimicrogiria forma parte del grupo de alteraciones de la migración neuronal y de la organización cortical, procesos que ocurren principalmente entre el segundo y

quinto mes de gestación y que son fundamentales para el desarrollo normal del sistema nervioso central. La PMG es considerada una entidad heterogénea desde el punto de vista clínico, radiológico y etiológico, pudiendo presentarse como una malformación aislada o asociada a otros defectos estructurales cerebrales o síndromes genéticos. La distribución anatómica de la malformación es variable y puede ser unilateral o bilateral, focal o difusa, siendo la región perisilviana la más frecuentemente afectada; no obstante, también se han descrito patrones frontales, frontoparietales y generalizados. Las manifestaciones clínicas de la polimicrogiria dependen principalmente de la localización y extensión de la malformación cortical, así como de la presencia de anomalías cerebrales asociadas. En general, los pacientes pueden presentar retraso del desarrollo psicomotor, epilepsia, trastornos motores y déficits neurosensoriales, siendo la epilepsia una de las manifestaciones más frecuentes. En series clínicas, se ha descrito que hasta 61,7% de los pacientes desarrollan epilepsia durante la evolución, mientras que el retraso psicomotor puede presentarse en más del 90% de los casos.

Conclusiones: Este caso ilustra la importancia del diagnóstico temprano de la polimicrogiria mediante resonancia magnética, así como la necesidad de realizar un abordaje etiológico integral que incluya estudios genéticos e infecciosos. Además, resalta la relevancia del seguimiento neurológico longitudinal, dado que las manifestaciones clínicas pueden evolucionar con el tiempo y variar ampliamente entre pacientes con la misma malformación cortical. La detección precoz de las malformaciones del desarrollo cortical es fundamental para anticipar complicaciones neurológicas, optimizar la intervención terapéutica y orientar adecuadamente el asesoramiento a los padres respecto al pronóstico.

M56. HIPOTIROIDISMO CENTRAL EN RECIÉN NACIDO PREMATURO ASOCIADO A TORMENTA TIROIDEA MATERNA POR ENFERMEDAD DE GRAVES. Keila Mendoza, Ana Marmolejo, Itzel Lira, Luis Martínez, Karla Hernández. Hospital Azura Obispado. México
Email: keila3094@hotmail.com

Introducción: La Enfermedad de Graves afecta al 0.1–0.4% de los embarazos. Los anticuerpos estimulantes (TRAb) atraviesan la placenta, alterando el eje hipotálamo-hipófisis-tiroides (HHT) fetal. La tormenta tiroidea materna expone al feto a concentraciones masivas de hormonas, pudiendo causar hipotiroidismo central neonatal (HCN) por supresión del eje. El HCN presenta T4 libre (T4L) baja con TSH inapropiadamente normal o baja, siendo un desafío diagnóstico en prematuros. **Objetivo:** Exponer una complicación poco común en hijos de madres hipertiroides, así como destacar los posibles mecanismos fisiopatológicos y la importancia del diagnóstico oportuno y seguimiento endocrinológico estrecho en estos pacientes. **Método:** Recién nacida femenina de 31 semanas de gestación, obtenida mediante cesárea de emergencia por sangrado transvaginal y crisis hipertensiva materna. Hija de madre de 42 años con antecedente de Enfermedad de Graves tratada con tiamazol durante el embarazo, quien cursó con tormenta tiroidea durante el tercer trimestre. Al nacimiento, la paciente ingresó a la unidad de cuidados intensivos por prematuridad y síndrome de dificultad respiratoria, requiriendo ventilación mecánica invasiva y administración de surfactante con adecuada respuesta clínica y retiro del soporte ventilatorio. Durante su estancia presentó hiperbilirrubinemia multifactorial que requirió múltiples ciclos de fototerapia, así como

retardo en la eliminación de meconio y evacuaciones intestinales tardías. Ante el antecedente materno se realizó evaluación de función tiroidea neonatal al cuarto día de vida, documentándose tiroxina libre disminuida (T4L 0.44 ng/dL) con niveles de TSH inapropiadamente bajos (0.52 μ UI/mL), hallazgos compatibles con hipotiroidismo central. Se inició tratamiento sustitutivo con levotiroxina a 10 μ g/kg/día. Se realizó seguimiento seriado (Tabla 1) y ajuste de dosis de levotiroxina observando resolución progresiva, obteniendo a los 48 días de vida un perfil tiroideo dentro de rangos normales para la edad con una T4 libre 1.02 ng/dL y una TSH en 2.25 μ UI/ml con una dosis ajustada de levotiroxina a 6 μ g/kg/día. La paciente mostró evolución clínica favorable, con estabilidad respiratoria, adecuada tolerancia a la alimentación enteral y resolución progresiva de las alteraciones metabólicas, por lo que fue egresada a las 38.6 semanas de vida corregida con seguimiento ambulatorio por endocrinología pediátrica para destete programado del tratamiento. **Resultado:** El hipotiroidismo central (HC) neonatal tras una tormenta tiroidea materna es un fenómeno paradójico y poco frecuente. En este caso, la exposición de la paciente a niveles masivos de hormonas tiroideas maternas y anticuerpos durante el tercer trimestre generó un mecanismo de retroalimentación negativa profunda sobre el eje HHT fetal. En pacientes prematuros, el cese brusco del aporte hormonal materno deja al descubierto un eje neonatal suprimido e incapaz de responder a la hipotiroxinemia, lo que explica los niveles de TSH inapropiadamente bajos detectados los primeros días de vida, por lo que se recomienda realizar la evaluación inicial entre el tercer y quinto día de vida. Esto permite superar el pico fisiológico neonatal de TSH y detectar niveles reales de hormonas circulantes. En prematuros, la inmadurez biológica del eje dificulta su recuperación funcional, prolongando al estado de hipotiroidismo, convirtiéndolo en un "diagnóstico invisible" para el tamizaje convencional basado únicamente en TSH. La detección y tratamiento oportuno es vital para prevenir secuelas irreversibles en el neurodesarrollo. La normalización del perfil a los 48 días de vida sugiere que este hipotiroidismo congénito es transitorio, presentando una recuperación gradual de la sensibilidad de la hipófisis neonatal **Conclusiones:** El hipotiroidismo central neonatal es una complicación rara que puede presentarse en hijos de madre con Enfermedad de Graves, en particular en contexto de hipertiroidismo severo o tormenta tiroidea, requiere un alto índice de sospecha clínica ante el antecedente de patología tiroidea descompensada en el embarazo. En pacientes que cuenten con el antecedente es indispensable realizar una evaluación completa de la función tiroidea en neonatal, esta debe incluir tiroxina libre y TSH, ya que el tamizaje basado únicamente en TSH puede no detectar alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides. La identificación temprana permite establecer tratamiento oportuno y prevenir complicaciones asociadas a la deficiencia hormonal tiroidea.

M59. DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA EN RECIÉN NACIDOS ASOCIADA A LA LACTANCIA MATERNA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DE ITAUGUÁ, PERIODO 2023–2025. José Daniel Isasa Aguilera, Jeremías Bordón Duré, María Esther Gómez. Centro Médico Nacional- Hospital Nacional de Itauguá. Paraguay. Email: jerecfm118@gmail.com

Introducción: La deshidratación hipernatrémica neonatal asociada a la lactancia materna

constituye una condición clínica relevante durante los primeros días de vida, generalmente relacionada con una ingesta insuficiente de leche materna, pérdida excesiva de peso y elevación del sodio sérico. Su detección oportuna es fundamental para prevenir complicaciones neurológicas y favorecer una evolución favorable. **Objetivo:** Caracterizar la deshidratación hipernatrémica en recién nacidos asociada a la lactancia materna en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional de Itauguá durante el periodo 2023–2025. **Método:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, basado en la revisión de historias clínicas y fichas de recolección de datos de recién nacidos con diagnóstico de deshidratación hipernatrémica internados durante el periodo de estudio. Se analizaron variables demográficas, factores maternos y neonatales, niveles de sodio sérico al ingreso y previo al alta, así como complicaciones asociadas. **Resultado:** Se incluyeron 41 recién nacidos. Predominó el sexo masculino con 23 casos (56,1%). El peso promedio fue de $3117,6 \pm 410,3$ gramos. La cesárea fue el tipo de parto más frecuente, con 26 casos (63,4%). La lactancia materna exclusiva se registró en 33 recién nacidos (80,5%). Los signos clínicos de deshidratación estuvieron presentes en 38 casos (92,7%). El sodio sérico promedio al ingreso fue de $156,6 \pm 3,5$ mmol/L y previo al alta descendió a $141,0 \pm 2,7$ mmol/L. La mayoría no presentó complicaciones, registrándose 1 caso de convulsión (2,4%). **Conclusiones:** La deshidratación hipernatrémica neonatal se presentó principalmente en recién nacidos alimentados con lactancia materna exclusiva, con ingreso temprano y evolución favorable tras el manejo hospitalario.

M60. ANGIODISPLASIA ILEAL COMO CAUSA DE SANGRADO GASTROINTESTINAL EN RECIÉN NACIDO DE TÉRMINO: REPORTE DE CASO. Maya Itzel Lira Reyes, Juan Horacio Ugalde Fernández, Martha Eugenia Urquidi Rivera, Luis Gerardo Martínez Valades, Keila Yadira Mendoza Martínez, Ana Luisa Marmolejo Guevaral. Hospital de Ginecología y Obstetricia de Monterrey. México. Email: itzel_lira04@outlook.com

Introducción: El sangrado gastrointestinal (GIB) es una manifestación clínica poco frecuente en el periodo neonatal, representando un reto diagnóstico en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) 1. Se clasifica de acuerdo con la localización de la pérdida sanguínea en relación con el ángulo de Treitz en sangrado de tubo digestivo alto o bajo. Su presentación clínica es variable y puede oscilar desde manifestaciones leves hasta cuadros graves con compromiso hemodinámico. Aunque la epidemiología del GIB en neonatos no está bien establecida, los estudios disponibles en población pediátrica reportan una incidencia cercana al 6.4% en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos pediátricos **Objetivo:** Describir un caso de sangrado gastrointestinal neonatal secundario a angiodisplasia ileal y destacar el papel de la gammagrafía en la localización del sitio de sangrado. **Método:** Presentación de Caso: RN masculino de 37 semanas de gestación que a las 24 horas de vida presentó vómito en “posos de café” y posteriormente hematemesis, sin compromiso hemodinámico. La prueba de Apt-Downey confirmó el origen neonatal del sangrado. Los estudios iniciales evidenciaron anemia y trombocitopenia moderada con tiempos de coagulación normales. Ante la persistencia del sangrado se realizó gammagrafía con eritrocitos marcados con tecnecio-99m, que mostró foco de extravasación activa del radiotrazador en intestino delgado. Se efectuó laparostomía identificándose lesión vascular en íleon distal,

realizándose resección segmentaria con anastomosis término-terminal. El estudio histopatológico confirmó angiodisplasia intestinal. **Resultados:** El sangrado gastrointestinal en el periodo neonatal constituye un signo de alarma que requiere una evaluación sistemática para establecer su etiología. Aunque muchas causas son benignas y hasta el 80 % de los casos pueden autolimitarse, el sangrado persistente obliga a descartar patologías estructurales, vasculares o quirúrgicas que requieren un abordaje diagnóstico exhaustivo. El reconocimiento oportuno de la causa y una adecuada monitorización durante la fase aguda son fundamentales para reducir la morbilidad asociada. Un paso inicial esencial es diferenciar la hemorragia gastrointestinal verdadera de la presencia de sangre materna deglutida. En este contexto, la prueba de Apt-Downey continúa siendo una herramienta útil para identificar hemoglobina fetal en el contenido gástrico o vómito del neonato, permitiendo confirmar el origen neonatal del sangrado, como ocurrió en nuestro caso. Entre las causas poco frecuentes de hemorragia gastrointestinal se encuentra la angiodisplasia intestinal, una malformación vascular caracterizada por vasos dilatados y tortuosos, localizados principalmente en la submucosa. Aunque es una causa reconocida de sangrado digestivo en adultos mayores, su presentación en la población pediátrica es infrecuente y resulta excepcional durante el periodo neonatal. En los casos pediátricos descritos, las manifestaciones más frecuentes incluyen sangrado gastrointestinal recurrente o anemia de origen no explicado. A pesar de su baja frecuencia, representa una lesión vascular clínicamente relevante y puede constituir una fuente importante de morbilidad. La localización del sitio de sangrado en neonatos puede ser particularmente difícil debido a las limitaciones de los estudios diagnósticos y al carácter intermitente de la hemorragia. En este contexto, la gammagrafía gastrointestinal con eritrocitos marcados con tecnecio-99m puede ser una herramienta útil, ya que permite detectar la extravasación de sangre y localizar aproximadamente el sitio de sangrado, incluso ante tasas bajas o intermitentes de hemorragia. La adquisición dinámica de imágenes durante varias horas también permite seguir la progresión del radiotrazador a lo largo del intestino y orientar la localización anatómica de la lesión. Diversos estudios han demostrado la utilidad de esta técnica en pacientes pediátricos, particularmente cuando los estudios endoscópicos o radiológicos iniciales no logran identificar el origen del sangrado. Sin embargo, aunque presenta una elevada sensibilidad, su especificidad para determinar la etiología exacta de la lesión es limitada; por ello, sus resultados deben interpretarse en conjunto con la evolución clínica y otros estudios diagnósticos. La identificación temprana del sitio de sangrado puede orientar el abordaje quirúrgico y facilitar la localización del segmento intestinal afectado. En nuestro caso, la gammagrafía identificó un foco de sangrado a nivel del íleon, orientando la sospecha hacia una lesión vascular intestinal. Este hallazgo permitió dirigir el abordaje quirúrgico hacia el segmento afectado. La laparotomía confirmó una lesión vascular focal en el íleon distal y el estudio histopatológico demostró vasos submucosos dilatados compatibles con angiodisplasia intestinal, confirmando el diagnóstico definitivo. La resección segmentaria del intestino afectado constituye el tratamiento definitivo y generalmente se asocia con un pronóstico favorable. Durante la evolución también se identificaron una membrana duodenal parcialmente fenestrada y páncreas anular. Aunque su asociación con la angiodisplasia intestinal no ha sido claramente descrita, estas anomalías resaltan la complejidad del desarrollo

embriológico gastrointestinal y la posibilidad de encontrar malformaciones concomitantes. **Conclusiones:** Esta entidad debe considerarse en el diagnóstico diferencial del sangrado gastrointestinal persistente en neonatos. La gammagrafía con eritrocitos marcados con Tc-99m es una herramienta útil para localizar el sitio de sangrado y guiar el manejo quirúrgico oportuno

M61. POLIMICROGIRIA FRONTOPIRIETAL BILATERAL EN LACTANTE; IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO TEMPRANO E IMPACTO EN PRONOSTICO NEUROLOGICO: REPORTE DE CASO. Ana Luisa Marmolejo Guevara, Keila Yadira Mendoza Martínez, Maya Itzel Lira Reyes, Luis Hospital Azura Obispado Gerardo Martínez Valadés, Oscar De La Garza Pineda, Diego José Mendoza Venegas. México. Email: ana.luisaamg@gmail.com

Introducción: La polimicrogiria es una malformación del desarrollo cortical con presencia de múltiples circunvoluciones cerebrales pequeñas y organización cortical anormal. Su presentación clínica es heterogénea y depende de la localización y extensión de la lesión, pudiendo asociarse con epilepsia, retraso del desarrollo psicomotor, alteraciones motoras, trastornos del lenguaje y déficit neurosensorial. La resonancia magnética cerebral constituye una herramienta fundamental para su diagnóstico y caracterización. Debido a que algunas manifestaciones neurológicas pueden aparecer progresivamente durante la infancia, el reconocimiento temprano permite establecer vigilancia neurológica e intervención oportuna

Objetivo: Presentar un caso de polimicrogiria bilateral frontoparietal, describiendo sus características clínicas y hallazgos de neuroimagen, así como la evolución neurológica inicial, con énfasis en la importancia del diagnóstico temprano y el seguimiento longitudinal. **Método:** Se realizó un reporte de caso clínico descriptivo de una lactante femenina, producto de segunda gesta, nacida a término, sin complicaciones perinatales y con desarrollo neurológico inicialmente adecuado. A los 2 meses de edad fue referida para valoración por sospecha de craneosinostosis secundaria a escafocefalia. Se realizó tomografía computarizada de cráneo, que mostró áreas sugestivas de encefalomalacia, por lo que se complementó el abordaje diagnóstico con resonancia magnética cerebral. Se evaluaron características clínicas, exploración neurológica normal, hallazgos de neuroimagen, electroencefalogramas y estudios etiológicos, incluyendo exoma y reacción en cadena de la polimerasa para infecciones congénitas. Se realizó seguimiento clínico y neurológico durante los primeros meses de vida.

Resultado: La polimicrogiria es una malformación del desarrollo cortical relacionada con alteraciones en la migración neuronal y la organización de la corteza cerebral, procesos que ocurren principalmente entre el segundo y quinto mes de gestación. Es una entidad heterogénea desde el punto de vista clínico, radiológico y etiológico, que puede presentarse de manera aislada o asociada con otras alteraciones estructurales cerebrales y síndromes genéticos. Su distribución anatómica es variable, pudiendo ser unilateral o bilateral, focal o difusa, con predominio de la región perisilviana. Las manifestaciones clínicas dependen de la localización y extensión de la lesión e incluyen retraso del desarrollo psicomotor, epilepsia, alteraciones motoras y déficits neurosensoriales. En el caso presentado, se identificó polimicrogiria bilateral frontoparietal mediante resonancia magnética cerebral durante los primeros meses de vida. Este patrón se ha asociado con alteraciones del neurodesarrollo y mayor riesgo de crisis epilépticas. Sin embargo, la paciente presentó inicialmente una

exploración neurológica relativamente conservada, con tono y reflejos preservados y sin signos de focalización neurológica, evidenciando la variabilidad clínica de esta malformación. Durante el seguimiento, presentó episodios paroxísticos compatibles con movimientos mioclónicos o espasmos, aproximadamente cada dos días, principalmente al despertar y en forma de agrupaciones. Debido a la posibilidad de eventos epilépticos tempranos, se realizó un electroencefalograma de control, el cual fue normal. Los episodios desaparecieron durante el seguimiento, por lo que se consideró la posibilidad de fenómenos paroxísticos transitorios asociados con inmadurez neurológica. La etiología de la polimicrogiria es compleja y puede incluir causas genéticas, alteraciones cromosómicas, eventos vasculares intrauterinos e infecciones congénitas, particularmente citomegalovirus. En esta paciente se realizó un abordaje etiológico mediante secuenciación del exoma y pruebas para infecciones congénitas. El exoma no identificó alteraciones genéticas, mientras que las pruebas infecciosas se encontraban pendientes al momento del reporte. El diagnóstico temprano mediante resonancia magnética permitió establecer vigilancia neurológica e iniciar estimulación temprana. Debido a que las manifestaciones neurológicas pueden aparecer o evolucionar durante la infancia, el seguimiento longitudinal resulta fundamental para identificar oportunamente epilepsia, alteraciones del neurodesarrollo y déficits neurosensoriales. Este caso destaca que una exploración neurológica inicialmente conservada no excluye la presencia de una malformación cortical significativa y resalta la importancia de integrar los hallazgos clínicos y de neuroimagen para establecer un diagnóstico y seguimiento oportunos. **Conclusiones:** La polimicrogiria puede presentar manifestaciones neurológicas variables incluso en pacientes con exploración neurológica inicialmente conservada. En este caso, la resonancia magnética permitió establecer el diagnóstico durante los primeros meses de vida ante un hallazgo craneal inicialmente inespecífico. La identificación temprana permitió iniciar estimulación del neurodesarrollo y seguimiento neurológico estrecho, fundamentales ante el riesgo de aparición progresiva de epilepsia y alteraciones del desarrollo. El abordaje etiológico integral, incluyendo estudios genéticos e infecciosos, debe considerarse en estos pacientes, aun cuando no siempre permita establecer una causa. El seguimiento longitudinal resulta esencial para identificar oportunamente complicaciones neurológicas y orientar el pronóstico.

M62. LECHE HUMANA: ESTRATEGIA NEUROPROTECTORA EN EL NEONATO PREMATURO. Ylia Clorinda Espinoza Vivas. Equipo Multidisciplinario de Banco de Leche Humana y Departamento de Neonatología del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Lima. Perú. Email: yliaev@yahoo.es

Introducción: Dentro de las estrategias de neuroprotección para el prematuro, el Dr. Alfredo García – Alix resalta la importancia de la leche materna, junto con otras estrategias. Los prematuros en nuestro país tienen alta vulnerabilidad pre y postnatal por lo que la implementación de estrategias para el neurodesarrollo resulta imperativo. **Objetivo:** Describir el desarrollo del proyecto: Implementación del primer banco de leche humana en el Perú, en el INMP de Lima en el año 2015, y su impacto al cabo de 15 años de su implementación. **Método:** Presentación del proyecto, y fases de su desarrollo, con el apoyo de cooperantes de Brasil y España. Logros superando dificultades y su extensión a nivel de Lima y Nacional

Resultado: Impacto en desarrollo normativo de la Ley de Bancos de Leche humana en el Perú (Ley N°31633) y su reglamento. Guías de Atención Neonatal: Guía de Calostroterapia – 2022 Guía de Nutrición Enteral del Prematuro y Bajo Peso – actualizada al 2026. Impacto en el desarrollo de la Red de Bancos de Leche del Perú con 5 bancos y 2 en proyección. Además de 4 Centros de Recolección y 2 en proyección. Producción de leche en Banco de Leche Humana del INMP durante los 15 años. Total de recién nacidos beneficiarios de leche donada. Incremento de leche autóloga para prematuros. Educación a padres sobre la importancia de leche materna en prematuros, presencial en el INMP y virtual en seguimiento. Impacto en mayor sobrevivencia de prematuro de 1000 a menos 1500gr en el año 2025 a 85.8%.

Conclusiones: El proyecto de banco de leche del INMP ha sido referente para la difusión de leche humana como estrategia de calidad de vida para el neonato prematuro del país, como una de las mejores estrategias para su neurodesarrollo.

M64. SÍNDROME DE ALAGILLE COMO CAUSA DE HIPERBILI-RRUBINEMIA DIRECTA NEONATAL: REPORTE DE UN CASO CON CONFIRMACIÓN MOLECULAR. José Aguilar, Marta Sanabria, Dora Lacarruba. Hospital Regional de Villarrica, Hospital de Clínicas, Hospital General de Coronel Oviedo. Paraguay. Email: drjosepy@gmail.com

Introducción: La hiperbilirrubinemia directa en el recién nacido es siempre patológica y obliga a investigar causas obstructivas, infecciosas, metabólicas y genéticas. El síndrome de Alagille es una enfermedad genética multisistémica, habitualmente asociada a variantes en el gen JAG1, cuya afectación hepática puede presentarse como colestasis desde las primeras semanas de vida. La variabilidad de sus manifestaciones puede dificultar el diagnóstico durante los primeros meses. **Objetivo:** Describir un caso de síndrome de Alagille que se presentó con hiperbilirrubinemia directa desde el período neonatal y cuya etiología fue establecida mediante estudio molecular, y cuyo diagnóstico oportuno está mejorando la calidad de vida de la paciente. **Método:** Reporte descriptivo de un caso clínico. Se realizó revisión retrospectiva de la historia clínica, incluyendo antecedentes perinatales, evolución clínica y antropométrica, estudios laboratoriales y por imágenes, evaluaciones por especialidades y resultado del estudio genético. **Resultado:** Lactante femenina nacida a las 41 semanas de gestación por cesárea, con peso de 2.820 g, talla de 49 cm y Apgar 6/9. Presentó ictericia desde el nacimiento. En los primeros días de vida se documentó bilirrubina total de 20 mg/dL y directa de 10,1 mg/dL. La hiperbilirrubinemia directa persistió durante el seguimiento, alcanzando bilirrubina total de 22 mg/dL y directa de 19,4 mg/dL, AST de 400 U/L, ALT de 292 U/L, fosfatasa alcalina de 1.346 U/L y ácidos biliares séricos de 406 µmol/L. Posteriormente presentó alteración del perfil lipídico. Las ecografías abdominales iniciales mostraron vesícula biliar presente y ausencia de dilatación de la vía biliar; en controles posteriores se observó hepatomegalia y vesícula biliar pequeña. Los estudios realizados para causas infecciosas, metabólicas y autoinmunes no identificaron otra etiología. Durante la evolución presentó escasa ganancia ponderal y retraso del crecimiento. En la evaluación auditiva mediante potenciales evocados se constató hipoacusia moderada izquierda y profunda derecha. Ante la persistencia de la colestasis y la sospecha de una enfermedad genética se realizó secuenciación del genoma. Se identificó la variante heterocigota NM_000214.3(JAG1):c.3164_3167del (p.Val1055GlufsTer7), clasificada

como probablemente patogénica, compatible con síndrome de Alagille. A partir del diagnóstico se mantuvo seguimiento multidisciplinario. Actualmente, la paciente cuenta con 1 año de edad, percentiles de crecimiento por debajo de la normalidad, pero desarrollo neurológico normal para la edad. Recibe tratamiento con Ácido Ursodexocólico como agente colerético y hepatoprotector, Ácido TCH (Taurocólico) como reemplazo de ácido biliar primario, MTC (Triglicéridos de cadena media) como soporte nutricional para fácil absorción al no requerir de ácidos biliares y Rifamicina para combatir el prurito refractario. **Conclusiones:** La hiperbilirrubinemia directa fue la manifestación inicial en esta paciente y estuvo presente desde los primeros días de vida. Ante una colestasis neonatal persistente sin etiología definida, el síndrome de Alagille debe formar parte del diagnóstico diferencial, aun cuando inicialmente no estén presentes todas sus manifestaciones características. En este caso, el estudio molecular permitió definir la etiología y orientar el seguimiento de una enfermedad con potencial compromiso multisistémico e instalar tratamiento para mejorar la calidad de vida de la paciente.

M65. MÁS ALLÁ DE LA HIPOTONÍA NEONATAL: CASO DE DISTROFIA MIOTÓNICA CONGÉNITA. Elsie Sarita Valiente Saldaña, Rosa Ysabel Alvarado Merino, Gisell Lara Sánchez, María Del Pilar Medina Alva. Instituto Nacional Materno Perinatal, Perú. Email: elsisarita29@gmail.com

Introducción: La distrofia miotónica congénita es un trastorno multisistémico caracterizado por hipotonía, debilidad muscular, insuficiencia respiratoria, problemas de alimentación y contracturas articulares en el período neonatal. La incidencia aproximadamente se estima en 1 por cada 8,000-10,000 nacimientos. Se presenta el caso de un recién nacido con hipotonía neonatal sin historia familiar de procesos neuromusculares conocidos hasta el momento, se revisan las características clínicas y los diagnósticos diferenciales que se consideraron.

Objetivo: Paciente luego de nacimiento presenta hipotonía generalizada. Madre segunda gestación, acude a 3 controles prenatales, con diagnóstico de obesidad y polihidramnios, niega complicaciones durante la gestación. Como antecedente 1 hija sana de otra pareja. Ingresa a emergencia por ruptura prematura de membranas, en última ecografía indican oligohidramnios, se le detecta anemia leve. Se realiza cesárea de emergencia por antecedente de cesárea previa. **Método:** Recién nacido de sexo masculino, peso:2940gr, talla:51.5cm, perímetro cefálico:35.5cm perímetro tórax:29.5cm, edad gestacional 39 semanas. Nace flácido, sin esfuerzo respiratorio, cianótico, solo gesticula, se brindan pasos iniciales y ventilación a presión positiva con lo cual mejora color, tono, frecuencia cardíaca y presenta esfuerzo respiratorio irregular. Apgar 4-6-8. Al examen físico presenta pectus excavatum, criptorquidia bilateral. Se consideró diagnóstico encefalopatía neonatal y cardiopatía congénita probable por lo que se hospitaliza con oxigenoterapia. Por sospecha de encefalopatía a la evaluación neurológica se encuentra neonato despierto, movimientos espontáneos poco fluidos, hipotonía axial, leve hipotonía en miembros superiores, tono adecuado en miembros inferiores, ROT 1+, reflejo plantar fuerte y sostenido, reflejo de succión débil intermitente, pares craneales: Reflejo fotomotor presente bilateral, movimientos oculares conservados, sensibilidad conservada, no asimetría facial, facie poco expresiva al llanto, deglución presente, movimientos linguales conservados. Se plantea síndrome de hipotonía congénita sospecha de enfermedad

neuromuscular: distrofia miotónica. Como diagnóstico diferencial: hernia diafragmática, eventración diafragmática o parálisis de hemidiafragma. **Resultado:** Ante la sospecha de enfermedad neuromuscular se estudió a la madre y presento reflejo miotónico en manos presente. No existen otros antecedentes familiares de enfermedad neuromuscular. Presenta trabajo respiratorio y se mantiene con oxigenoterapia por 15 días. La radiografía de tórax muestra silueta cardíaca desplazada a izquierda, tórax forma de campana, costillas delgadas y elevación de hemidiafragma derecho. El ecocardiograma, ecografía abdominal, renal y torácica sin alteraciones. Al mostrar dificultad para progresar la nutrición se brinda NPT por 22 días a través de catéter percutáneo. Mientras se prueba tolerancia oral lentamente presento infección asociada a catéter por *Staphylococcus haemolyticus* por lo que recibe Vancomicina durante 8 días. Se solicita estudio de tripletes CTG del Gen DMPK, con resultado alelo 1:>50 copias repeticiones CTG alelo 2:13 copias repeticiones CTG lo que corresponde a un perfil mutado, con lo cual se confirma el diagnóstico molecular de la distrofia miotónica tipo 1. La distrofia miotónica congénita es la forma neonatal de miotonia de Steinert y es particularmente severa cuando la madre porta los genes. Es la forma más grave de distrofia miotónica tipo 1 (DM1), causada por una expansión CTG en el gen DMPK situado en el cromosoma 9q13.3 Es un trastorno degenerativo con herencia autosómica dominante, penetrancia casi completa y expresividad variable. Es frecuentemente subdiagnosticada y considerada por algunos autores como de “diagnostico casual”. Esta dificultad en el diagnostico se debe a la variabilidad clínica desde formas asintomáticas hasta formas neonatales graves con diferentes formas de presentación. Durante la gestación las manifestaciones clínicas que pueden hacer sospechar son polihidramnios por la incapacidad del feto para deglutir, disminución de movimientos fetales o retraso del crecimiento. Se describen pacientes que cursan con asfixia al nacer o presentan bruscamente dificultad respiratoria y fallecen, al nacimiento nuestro paciente presento depresión neonatal de la cual se recuperó prontamente. La mortalidad precoz es elevada cuando se asocia con hipoplasia pulmonar y si no se establece ventilación eficaz ante una dificultad respiratoria inmediata puede generar asfixia postnatal enmascarando el origen miopático de la patología. Se debe sospechar en neonatos con hipotonía marcada y dificultad respiratoria por debilidad muscular, dificultad para la alimentación y/o succión, frecuentemente se asocia acinesia fetal como contracturas articulares o pie zambo. Suele impresionar la debilidad generalizada con diplejía facial (ausencia de mímica facial y labio superior en “V” invertida). **Conclusiones:** La distrofia miotónica congénita grave suele requerir cuidados intensivos para alimentación y soporte respiratorio. En el periodo neonatal la mortalidad puede alcanzar tasa de hasta 40% debido a las enfermedades respiratorias. El apoyo de un equipo multidisciplinario es fundamental para el manejo de los síntomas, la vigilancia y el apoyo familiar. En el presente caso la madre fue diagnosticada ocasionalmente a través del conocimiento de la enfermedad de su hijo, lo cual debe servir para revalorar lo importante de la anamnesis correcta y el examen físico durante el embarazo para sospechar y diagnosticar patologías fetales raras e incurables.

M73. NIVELES DE VITAMINA D EN PREMATUROS EXTREMOS Y CORRELACIÓN CON PATOLOGÍAS ASOCIADAS Y SEGUIMIENTO POST ALTA. Lilian López Arias, Janeris Pineda

Valderrama, Valentina De La Torre López. Clínica Santa María de Santiago, Chile. Email: llopez@clnicasantamaria.cl

Introducción: El déficit de vitamina D es prevalente en Chile en que al menos 50% de la población lo presenta. Los RNPT presentan más riesgo de presentar esta condición y mayor morbilidad asociada. Resulta necesario saber la realidad de nuestra población en seguimiento de alto riesgo. **Objetivo:** Medir los niveles de 25-OH-vitamina D y verificar si los RNPT extremos nacidos en Clínica Santa María tienen la incidencia descrita de déficit de vitamina D al nacer. Mostrar la curva de niveles de vitamina D al ajustar dosis de tratamiento y evaluar si hay correlación con edad gestacional y peso al nacer. Correlacionar los niveles de vitamina D con morbilidad en período de hospitalización y seguimiento ambulatorio.

Método: Se revisan las fichas clínicas electrónicas de los pacientes prematuros extremos (menores de 32 semanas y/o menores de 1500g) nacidos y dados de alta en Clínica Santa María entre enero de 2021 y diciembre de 2025. Se excluyen pacientes con genopatías. Se obtienen datos biodemográficos como EG y antropometría al nacer, patología durante período de hospitalización: SDR (EMH con y sin surfactante y otros SDR), DBP, ROP, EMOP. Datos de antropometría al alta y EGC. Desde el año 2020 por protocolo de prevención de EMOP se inicia el aporte de vitamina D con el inicio de alimentación enteral con dosis de 400 UI/día y se toman niveles de vitamina D entre los 15 y 30 días de vida. Si los niveles se encuentran menores de 30 ng/mL se aumenta dosis a 600 UI/día y se controlan en 2 semanas. Si los niveles están normales se mantiene dosis de vitamina D y se controla cada 30 días hasta el alta. En ambulatorio se toman niveles al 1 mes EGC, 4 meses EGC. Según resultados se toman exámenes entre los 6 y 8 meses EGC y finalmente a los 12 meses EGC. Se toman estos resultados de la ficha. En seguimiento se consignan alteraciones diagnosticadas del neurodesarrollo y asma bronquial en los pacientes de 2 años o más. Se registran datos en excel (Microsoft 365 institucional). Se utiliza software JAMOV versión 2.7.38.0 donde se consignan exclusivamente información numérica para resguardar datos de pacientes. Se aplican pruebas de correlación de Pearson y Spearman, según el tipo de variables. Se estableció como asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en el análisis bivariado.

Resultado: Entre enero de 2021 y diciembre de 2025 nacen 77 pacientes menores de 32 semanas y/o menores de 1500g. Se excluyen 3 pacientes por tener asociado el diagnóstico de genopatía y 2 pacientes que no siguieron el protocolo habitual de toma de niveles de vitamina D a los 30 días. El promedio de peso es de 1356 g y de EG es de 29 semanas. El promedio de niveles iniciales de vitamina D es de 24.39 ng/mL. El 36 % presentaba insuficiencia y el 38 % presentaba deficiencia. Considerando valor ideal 40 ng/mL el 96% está bajo. El control al mes muestra aumento a 52.9 ng/mL en promedio. Los controles posteriores se mantienen sobre 50 ng/mL en promedio. No hubo diferencias en los niveles de vitamina D inicial con sexo, EG y peso. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la presencia de SDR en general, pero sí tendencia a niveles más bajos en EMH que requirió surfactante. La única variable que muestra correlación negativa estadísticamente significativa es con ROP ($p 0.03$ coef Spearman, pero no con Pearson). La incidencia de EMOP es de 22%. Sólo se evidencia tendencia a valores más bajos iniciales de vitamina D, pero no estadísticamente significativa. DAP mostró tendencia no significativa, pero también en dirección negativa. Respecto a los 2 años no se

pudo demostrar correlación con alteración del neurodesarrollo o asma bronquial. Pero sí tendencia a mostrar niveles más bajos en relación con retraso del lenguaje. **Conclusiones:** Los niveles de vitamina D en los recién nacidos prematuros extremos nacidos en Clínica Santa María son bajos, quedando la mayor parte de la población estudiada en niveles de insuficiencia o deficiencia. Es interesante la correlación con ROP y la tendencia negativa entre las variables DAP y EMH con surfactante. Las asociaciones son débiles en esta población por lo que se requiere un mayor tamaño muestral. Es necesario conocer el nivel basal de vitamina D para hacer los ajustes tempranamente y prevenir patologías potencialmente asociadas. Consideramos que con una base de datos ordenada y protocolos bien definidos se puede continuar haciendo estudios cooperativos que aporten mayor información en el seguimiento de los pacientes.

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.

M78. DESCENSO DE PESO EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO EN LAS PRIMERAS 24HS DE VIDA. Marani María Magdalena. Clínica Universitaria Reina Fabiola. Argentina. Email: magdalenamarani@gmail.com

Introducción: Actualmente, no existe un estándar establecido para el descenso de peso considerado fisiológico entre los recién nacidos a término (RNT). Las guías publicadas difieren en lo que se refiere a los porcentajes esperados de pérdida de peso en los primeros días de vida postnatal. Conocer con mayor precisión la pérdida de peso dentro de las primeras 24 horas de vida puede ser importante en los servicios materno-neonatales que promueven la lactancia exclusiva. **Objetivo:** Documentar el descenso de peso en las primeras 24 horas de vida en RNT sanos, adecuados para la edad gestacional. Determinar factores asociados al descenso de peso. **Método:** Estudio observacional, retrospectivo y analítico. Se incluyó a todo paciente RNT sano, adecuado para la edad gestacional que permaneció en internación de la unidad madre niño de la Clínica Universitaria Reina Fabiola durante diciembre del año 2023 a abril del año 2024. Se documentó el peso de los RN al momento del nacimiento y a las 24 (± 4) horas. Se evaluaron las siguientes variables: porcentaje de descenso de peso, vía de nacimiento, solución endovenosa administrada a la madre previa al nacimiento, forma de alimentación y patología materna. Para las variables cuantitativas, se utilizaron la media y el desvío estándar como medidas de tendencia central y dispersión, respectivamente. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Para comparar los grupos, se emplearon pruebas t para muestras independientes. **Resultado:** La muestra estuvo conformada por un total de 222 pacientes, 115 (52.25%) de sexo femenino y 107 (47.74%) de sexo masculino. La media (desviación estándar; DE) del peso al momento del nacimiento fue de 3309.9 (343.9) gr, mientras que a las 24 horas post-nacimiento fue de 3143.1 (329.4) gr. La media (DE) del porcentaje de descenso de peso fue de 5.0 (1.9) %, con un rango que varió entre 0.3% y 12.1%. La pérdida de peso fue mayor en RNT nacidos por cesárea (5.4 (1.8) % vs 4.3 (1.74) %; $p = 0.001$) y en los que las madres recibieron infusiones de cristaloides alta (sin infusión 3.79%, infusión baja 4.74%, infusión moderada 5.39%, infusión alta 5.76% ($p = 0.01$)). No se observaron diferencias en la pérdida de peso de acuerdo al sexo, las comorbilidades maternas ni el tipo de alimentación recibida por el RNT. **Conclusiones:** Este estudio permitió documentar el descenso de peso en las primeras 24 horas de vida en recién nacidos a término sanos, observándose un valor promedio del 5%, dentro del rango considerado fisiológico por la bibliografía actual. Además, se identificaron factores que podrían

influir en esta pérdida, como el volumen de cristaloides administrados a la madre previo al parto y la vía de nacimiento.