

TRABAJOS CIENTÍFICOS

PANTALLA F

MEDICINA e INTERDISCIPLINAS



ID1. OSMOLARIDAD Y OSMOLALIDAD EN LECHE HUMANA FORTIFICADA CAMBIO A LO LARGO DEL TIEMPO. Perla Karina García May, Yanela Martínez Tenorio, Ana Leonor Santos Del Ángel. Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE / Mead Johnson Nutrition Institute. Mexico. Email: perlakmay@hotmail.com

Introducción: La leche materna ya sea de la propia madre o de donante es el alimento de referencia para el prematuro. Aporta factores bioactivos, inmunoglobulinas, lactoferrina, factores de crecimiento y una microbiota que ningún sustituto artificial puede reproducir fielmente. Su uso se asocia con menor incidencia de enterocolitis necrosante (ECN), sepsis tardía, retinopatía del prematuro y mejor neurodesarrollo. Sin embargo, la leche humana, tal como es extraída, no cubre las elevadas demandas nutricionales del prematuro de muy bajo peso. La osmolaridad de la LH es de 290 mOsm, al añadir el fortificador incrementa su concentración a 330 mOsm - 350 mOsm dependiendo el tipo de fortificador. **Objetivo:** Evaluar la evolución temporal de la osmolaridad y osmolalidad en leche materna homóloga y leche materna pasteurizada fortificada con fortificador líquido vs fortificador en polvo, incluyendo preparaciones concentradas, para determinar la influencia del tipo, formulación y concentración del fortificante en la estabilidad osmótica a lo largo del tiempo. **Método:** Se analizaron diez grupos experimentales, que incluían leche materna homóloga y leche materna pasteurizada, sin fortificar o fortificada con fortificador líquido vs fortificador polvo en preparaciones estándar y concentradas. El fortificante líquido es estéril comercial para leche materna que proporciona 100 % de proteína de suero hidrolizada y un perfil lipídico rico en triglicéridos de cadena media, mientras que el polvo es un fortificante en polvo para leche materna que contiene vitaminas y minerales, comúnmente utilizado en lactantes prematuros y de bajo peso al nacer. Con fines exploratorios y para reflejar la práctica clínica observada en algunos entornos hospitalarios, se prepararon formulaciones concentradas añadiendo un sobre de cada fortificante a 20 ml de leche materna. Se midieron la osmolaridad y la osmolalidad a las 0, 12 y 24 horas. Los resultados se expresaron como media $\pm$ desviación estándar. Se utilizó un análisis de varianza unidireccional (ANOVA) para evaluar los cambios temporales dentro de cada grupo, y los valores de osmolaridad se categorizaron como bajos, medios o altos para evaluar las asociaciones entre el tipo de formulación y la categoría de osmolaridad mediante la prueba de chi-cuadrado. **Resultado:** Se observaron cambios temporales significativos en la osmolaridad y la osmolalidad únicamente en la leche materna fortificada con fortificador líquido (FL), la leche materna fortificada con polvo (FLP) y la leche materna concentrada fortificada con polvo (FLPC). No se detectaron cambios significativos dependientes del tiempo en los demás grupos. Los valores más altos de osmolaridad y osmolalidad se observaron en FLPC y FLP, mientras que los valores más bajos se encontraron en la leche pasteurizada sola. Las tendencias de

osmolalidad reflejaron las observadas para la osmolaridad a lo largo del análisis. A pesar de los aumentos observados asociados con la fortificación y la concentración, los valores de osmolalidad se mantuvieron por debajo del límite superior recomendado de 450 mOsm/kg H₂O establecido por la Academia Estadounidense de Pediatría, y la fortificación líquida mantuvo valores osmóticos más bajos en general. Se identificó una asociación significativa entre el grupo experimental y la categoría de osmolaridad. **Conclusiones:** La fortificación de la leche materna, particularmente con fortificantes en polvo y preparaciones concentradas, se asoció con valores osmóticos más altos y una mayor variabilidad temporal. La fortificación líquida demostró una mayor estabilidad osmótica a lo largo del tiempo, manteniéndose dentro de los umbrales de seguridad recomendados. Estos hallazgos resaltan la importancia de la formulación del fortificante, las prácticas de concentración y los métodos de preparación al considerar la estabilidad osmótica de la leche materna fortificada en entornos clínicos.

ID2. ENFERMEDAD HEPÁTICA ALOINMUNE GESTACIONAL: COORDINACIÓN PERINATAL Y DESENLACE NEONATAL FAVORABLE EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO. Gabriel Peñaloza, Sergio López, Nicole Iturrieta, Laura Aguilera. Servicio de Neonatología y Servicio de Ginecología y Obstetricia, Comité Perinatal, Hospital San Camilo, Servicio de Salud Aconcagua, Chile; Universidad de Valparaíso, Escuela de Obstetricia y Puericultura Campus San Felipe, Centro Interdisciplinario de Investigación Territorial CIISte. Chile. Email: nicole.iturrieta@uv.cl

Introducción: La enfermedad hepática aloinmune gestacional (GALD), previamente denominada hemocromatosis neonatal, es una condición infrecuente, de alta letalidad, asociada a insuficiencia hepática neonatal y elevada recurrencia en embarazos posteriores. Su prevención exige diagnóstico oportuno, acceso a inmunoglobulina intravenosa (IgIV) y coordinación perinatal estrecha. **Objetivo:** Reportar la implementación local de profilaxis antenatal con IgIV y de un circuito multidisciplinario de alerta y seguimiento neonatal en un hospital público regional de Chile (Hospital San Camilo de San Felipe). **Método:** Reporte de caso clínico elaborado según lineamientos CARE. Se revisaron retrospectivamente los registros obstétricos, perinatales y neonatales de una gestante con antecedente de recién nacido fallecido por GALD. La información fue anonimizada y se contó con aprobación del Comité de Ética del Servicio de Salud Aconcagua. **Resultado:** Mujer gran múltipara, con antecedente de recién nacido fallecido por GALD confirmada tras insuficiencia hepática neonatal. En la gestación siguiente fue derivada al comité perinatal local, se recuperó la documentación clínica del caso índice y se gestionó acceso institucional a IgIV. Se administró profilaxis desde las 14 semanas: 1 g/kg, con máximo de 60 g, luego dosis quincenales y posteriormente semanales desde las 18 semanas hasta el parto. La intervención requirió hospitalizaciones programadas y articulación entre obstetricia de alto riesgo, neonatología, UCI, farmacia, laboratorio y banco de sangre. Se realizó cesárea electiva a las 38 semanas, obteniéndose recién nacido de término, adecuado para la edad gestacional, APGAR 9-9. El seguimiento incluyó evaluación clínica, pruebas hepáticas y coagulación a las 24–48 horas, 7 y 14 días, sin hallazgos patológicos. **Conclusiones:** La profilaxis antenatal con IgIV integrada a un modelo interservicios fue factible y se asoció a resultado neonatal favorable. Esta experiencia aporta un modelo

transferible para patologías perinatales raras, graves y dependientes de redes clínicas coordinadas.

ID3. REDES SOCIALES Y LACTANCIA MATERNA: PERCEPCIONES Y PRÁCTICAS DE MADRES LACTANTES EN UN ESTUDIO CUALITATIVO.

Laura Andrea Aguilera Beovides. Nicole Iturrieta Guaita Constanza Carvajal Sperberg Yanisley Muñoz Ramírez Javiera Villarroel Villalon. Universidad de Valparaíso, Escuela de Obstetricia y Puericultura, Campus San Felipe, Chile. Email: laura.aguilera@uv.cl

Introducción: Las redes sociales se han consolidado como una fuente frecuente de información sobre lactancia materna, transformando la forma en que las madres acceden a conocimientos, resuelven dudas y buscan apoyo durante este proceso. Comprender su papel en la experiencia de lactancia resulta fundamental para fortalecer las estrategias de educación y acompañamiento dirigidas a las madres y sus familias. **Objetivo:** Comprender las percepciones y experiencias de madres lactantes respecto a la información sobre lactancia materna difundida en redes sociales y analizar su influencia en las prácticas de amamantamiento. **Método:** Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico. Participaron 15 madres lactantes usuarias de redes sociales, de entre 21 y 36 años, residentes en la Región de Valparaíso, Chile. La información fue obtenida mediante entrevistas semiestructuradas y analizada mediante análisis temático interpretativo. El estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Aconcagua. **Resultado:** El análisis temático permitió identificar cinco hallazgos principales. Primero, Instagram y TikTok emergieron como las plataformas predominantes para acceder a información sobre lactancia. Segundo, las participantes utilizaron principalmente las redes sociales para resolver problemas cotidianos, como técnicas de amamantamiento y manejo de dificultades frecuentes. Tercero, los profesionales de la salud fueron percibidos como las fuentes de información más confiables. Cuarto, las redes sociales proporcionaron acompañamiento emocional, validación de experiencias y sentido de pertenencia durante el proceso de lactancia. Finalmente, las madres identificaron riesgos asociados a la circulación de información no validada y a modelos idealizados de maternidad que pueden influir en sus expectativas y decisiones. **Conclusiones:** Las redes sociales constituyen un recurso significativo en la experiencia de lactancia de las madres, consolidándose como una fuente de información, apoyo emocional y orientación práctica. No obstante, la coexistencia de contenidos basados en evidencia con información no validada plantea desafíos para la toma de decisiones informadas. Estos hallazgos sugieren que las madres construyen sus conocimientos sobre lactancia integrando múltiples fuentes de información, entre ellas los contenidos disponibles en entornos digitales, lo que destaca la importancia de que los profesionales de la salud incorporen esta realidad en sus estrategias de educación y acompañamiento, orientando a las madres y sus familias hacia fuentes confiables y basadas en evidencia.

ID 4. IMPLEMENTACIÓN DE UNA RED INTERNACIONAL DE VIGILANCIA ESTANDARIZADA DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA

SANITARIA EN UNIDADES NEONATALES: EXPERIENCIA INICIAL DEL PROYECTO NEOIPC. Bibiana China Jiméñez, Javier Pérez López, José Ignacio Pijoan Zubizarreta, Gizem Karadag, Brar Piening, Angela Dramowski, Adrie Bekker, Paul Heath, Begoña Loureiro González. Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia. España. Email: bchineajimenez.siben@gmail.com

Introducción: Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) constituyen una de las principales causas de morbilidad en recién nacidos muy prematuros (<32 semanas de gestación) y de muy bajo peso al nacer (<1500g). La ausencia de sistemas de vigilancia estandarizados limita la comparación entre unidades, dificulta el análisis de factores de riesgo y condiciona la implantación de estrategias efectivas de prevención. El proyecto NeolPC (Neonatal Infection Prevention and Control) ha desarrollado una red internacional de vigilancia destinada a armonizar la recogida de información sobre IRAS, microorganismos multirresistentes y utilización de antimicrobianos en unidades neonatales. **Objetivo:** Evaluar la implementación inicial de la red internacional NeolPC y describir las características de los centros participantes, la factibilidad de la implantación del sistema de vigilancia y su utilidad como herramienta para la mejora de la calidad asistencial y el benchmarking internacional. **Método:** Estudio observacional, multicéntrico y prospectivo de implementación realizado en unidades neonatales participantes en la red NeolPC. Se incluyeron los centros que adoptaron el protocolo de vigilancia estandarizado durante el periodo de estudio (20/01/2024–02/07/2026). El sistema recoge de forma prospectiva información clínica y epidemiológica de recién nacidos muy prematuros y/o de muy bajo peso mediante una plataforma electrónica segura y seudonimizada. Las variables analizadas incluyeron características de las unidades participantes, número de pacientes incluidos, incidencia de IRAS, microorganismos multirresistentes aislados, utilización de antimicrobianos, exposición a dispositivos invasivos, prácticas preventivas (lactancia materna, contacto piel con piel y probióticos), calidad de los datos y grado de implementación del sistema. El análisis estadístico comprenderá estadística descriptiva mediante medias o medianas según la distribución de las variables, frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas y sus correspondientes intervalos de confianza del 95%. **Resultado:** Durante el periodo comprendido entre el 20 de enero de 2024 y el 2 de julio de 2026 se incorporaron 30 unidades neonatales de 8 países (7 de renta alta y 1 de renta media-alta), incluyendo 2.596 recién nacidos de muy bajo peso y/o prematuros, con un total de 102.909 días-paciente y una mediana de seguimiento de 39,6 días por paciente. Se registraron 819 infecciones graves (0,32 infecciones por paciente), con una densidad de incidencia de 8,0 por 1.000 días-paciente; la sepsis/infección del torrente sanguíneo constituyó el evento más frecuente (7,4/1.000 días-paciente), mientras que la neumonía presentó una incidencia de 0,5/1.000 días-paciente y la enterocolitis necrosante de 1,1/1.000 días-paciente. La vigilancia permitió además caracterizar las infecciones asociadas a dispositivos, con una incidencia de 10,8 episodios por 1.000 días de catéter venoso central y de 2,6 por 1.000 días de ventilación invasiva. Se identificaron microorganismos en el 43,1% de las infecciones, predominando los estafilococos coagulasa negativos y las enterobacterias. Asimismo, la red permitió cuantificar la exposición a factores de riesgo y medidas preventivas, observándose una elevada utilización de soporte ventilatorio (64,6 días por 100 días-paciente), alimentación con leche humana (67,0

por 100 días-paciente), contacto piel con piel (29,3 por 100 días-paciente) y el uso de probióticos (29,8 por 100 días-paciente), así como una importante variabilidad entre centros, lo que posibilitó la generación de indicadores comparativos (benchmarking) e identificación de oportunidades de mejora. **Conclusiones:** La implementación inicial de la red NeolPC demuestra la viabilidad de establecer un sistema internacional estandarizado para la vigilancia de las infecciones neonatales. La disponibilidad de indicadores homogéneos facilita la comparación entre unidades, la identificación de oportunidades de mejora y el desarrollo de estrategias colaborativas para reducir las IRAS y optimizar el uso de antimicrobianos en la atención neonatal. Financiación. Proyecto NeolPC financiado por el programa Horizonte 2020 de la Unión Europea.

ID5. CIRUGÍA CARDIACA EN RECIÉN NACIDOS. EXPERIENCIA DEL PRIMER PROGRAMA DE DETECCIÓN Y ABORDAJE DE CARDIOPATÍA CONGÉNITA EN UNA UNIDAD DE IV NIVEL EN LA CIUDAD DE PASTO, COLOMBIA.

Yessica Marcela Rodríguez Quecho.
Universidad Cooperativa de Colombia - Centro de Cuidados Cardio-neurovasculares Pabon.
Colombia. Email: marcelarodri87@gmail.com

Introducción: Las Cardiopatías Congénitas (CC) son los defectos congénitos más frecuente en los recién nacidos afectando entre el 0.8 - 1.2% a nivel mundial y aproximadamente 1.2 por cada 100 nacidos vivos en Colombia; muchas de ellas precisarán tratamiento quirúrgico logrando así, que más del 90% de los niños alcancen la vida adulta. La Cirugía Cardíaca Neonatal (CCN) supone hasta el 25% del total de las cirugías de un servicio de congénitas siendo las más complejas, determinado a partir de las escalas de riesgo quirúrgico y complejidad RACHS-1 y Aristóteles Básico. Las complicaciones de índole cardíaco son las más frecuentes dentro de las primeras 72 horas, seguidas de las respiratorias e infecciosas

Objetivo: Describir la complejidad, mortalidad hospitalaria y las complicaciones tempranas de la Cirugía Cardíaca Neonatal en una institución de IV nivel en la ciudad de Pasto en el periodo comprendido entre 2018 al 2024. **Método:** Estudio descriptivo retrospectivo. A partir de la revisión de la base de datos de pacientes ingresados a la Unidad Neonatal con diagnóstico de Cardiopatía Congénita, se incluyeron solo aquellos que fueron intervenidos quirúrgicamente con una edad ≤ 30 días, entre 2018 al primer periodo de 2024. Se tuvo en cuenta datos demográficos, de la cirugía y del postoperatorio. Los resultados se expresan en mediana e intervalo, o en porcentaje, según corresponda. **Resultado:** en el periodo descrito se intervinieron 50 neonatos. El promedio de EGN fue de 35,4 sem, la edad postnatal al momento de la cirugía de 23 días y el peso de 2500 gramos. La mayoría de los pacientes eran remitidos (98%) sin un diagnóstico prenatal (80%). Las CC más prevalentes eran de tipo no cianósante (76%): Conducto Arterioso Permeable (DAP) (36%) y Defectos del Tabique Auricular y/o Ventricular (26%). Con respecto a complicaciones tempranas (10%), fueron en su mayoría de tipo cardiovascular. En términos de mortalidad solo se presentó en 4 pacientes (8%), teniendo en cuenta que más del 50% de estos procedimientos se encontraban en una clasificación 3-4 de la estratificación de riesgo RACHS-1. **Conclusiones:** Los diagnósticos más frecuentes fueron el DAP y defectos del tabique auricular y/o ventricular; las intervenciones realizadas fueron exitosas en su gran mayoría a pesar de la limitación de un diagnóstico prenatal. La

efectividad de la cirugía ha llevado a la supervivencia de los pacientes intervenidos, con una adecuada evolución posquirúrgica y mínimas complicaciones.

ID6. EFECTOS FISIOLÓGICOS DE LA MUSICOTERAPIA EN PREMATUROS. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS. Magali Eloisa Fernández Martínez, Diana Andrea Castillo Jiménez, Javier Torres Muñoz. Universidad Del Valle Cali. Colombia. Email: magapediatra@gmail.com

Introducción: A nivel mundial 1 de cada 10 nacimientos son pretérmino. Las consecuencias de la prematuridad en el largo plazo comprometen la calidad de vida, aumenta morbilidad y riesgo en el neurodesarrollo. Aproximadamente el 75% de estas muertes podrían prevenirse optimizando la calidad en el cuidado neonatal. La musicoterapia es una posibilidad transversal a los cuidados centrados en el desarrollo, ampliando los beneficios obtenidos en la población neonatal; esta ha mostrado resultados positivos en diferentes parámetros fisiológicos y emocionales en prematuros. La alta variabilidad de las opciones aplicadas en diferentes estudios es un reto para elevar la calidad de la evidencia y aplicabilidad. **Objetivo:** Determinar los efectos fisiológicos de musicoterapia en los parámetros clínicos de los bebés prematuros a nivel mundial en unidades neonatales y estimar la calidad de la evidencia disponible. **Método:** Se realizó una revisión sistemática bajo la metodología Cochrane y se reportó siguiendo la Guía PRISMA. El registro en PROSPERO es CRD42023444559. La población fueron bebés prematuros de 28 a 37 semanas hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Se incluyeron estudios tipo ECA, con intervenciones en tres modalidades: 1. Grabación de la voz de la madre o lullaby, 2. Música instrumental en vivo y 3. Música o sonidos pregrabados. Para la comparación se determinó incluir cualquier intervención diferente a la musicoterapia, incluyendo la no intervención. Se excluyeron estudios cuyos pacientes estuvieran en estado crítico (según el criterio cuidado intensivo neonatal) o cuyas intervenciones se utilizaran durante procedimientos médicos. Los desenlaces primarios fueron la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno. El desenlace secundario fue comportamiento. Se realizó búsqueda con lenguaje controlado y no controlado en las bases OVID, Embase, CENTRAL y Lilacs, además de Teseo y Google Académico. Tras la depuración de los artículos, se evaluó la calidad de los mismos con la Herramienta de Riesgo de Sesgo de Cochrane y el metaanálisis se realizó con el software Review Manager 5 (RevMan 5). **Resultado:** Se identificaron 1237 artículos y posterior a la depuración se obtuvieron 12 estudios, 5 con música y 7 con lullaby como intervención. En la evaluación de la calidad metodológica se observaron riesgos poco claros en el enmascaramiento. Se encontró una alta variabilidad de los procedimientos de aplicación de la musicoterapia (desde 5 minutos 3 veces al día por 3 días hasta 30 minutos por 15 días). Para el metaanálisis, en la comparación entre Lullaby y el cuidado estándar, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los parámetros evaluados. La frecuencia cardíaca mostró un SMD de 0.33 (IC 95%: -0.71 a 1.37), la frecuencia respiratoria una MD de 0.80 respiraciones/min (IC 95%: -8.13 a 9.73), la saturación de oxígeno una MD de 0.50% (IC 95%: -1.24 a 2.23), y el comportamiento una MD de 1.05 (IC 95%: -0.42 a 2.52). En la comparación entre música y el cuidado estándar, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia cardíaca (MD = 1.00

lpm; IC 95%: 0.74 a 1.26) y en la saturación de oxígeno (MD = 0.70%; IC 95%: 0.63 a 0.77). Sin embargo, el aumento de la frecuencia cardíaca sugiere un posible efecto estimulante más que relajante. La frecuencia respiratoria no mostró diferencias significativas (MD = 1.04 respiraciones/min; IC 95%: -1.47 a 3.55). **Conclusiones:** Los resultados de este metaanálisis muestran que la musicoterapia es una intervención segura en prematuros, sin evidencia de efectos adversos clínicamente relevantes. Aunque los efectos sobre parámetros fisiológicos individuales son modestos o inciertos, la suma de los hallazgos sugiere un beneficio integral que incluye una tendencia a la mejora de la saturación de oxígeno, una respuesta conductual positiva y una modulación sutil pero inofensiva de la frecuencia cardíaca. Dada su naturaleza no farmacológica, su bajo costo y su aceptabilidad por parte de padres y personal de salud, la musicoterapia merece ser considerada como una terapia de cuidado complementario transdisciplinar en las unidades de cuidados intensivos neonatales, especialmente cuando se individualiza según la respuesta del bebé.

ID7. ERRORES DE MEDICACIÓN INTRAVENOSA EN UNA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO NEONATAL: DIAGNÓSTICO DESDE UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA. Luis Del Valle Quintana. Universidad de los Andes, Chile. Email: ldelvalle@uandes.cl

Introducción: Los errores de medicación (EM) constituyen un problema relevante para la seguridad del paciente, especialmente en neonatología, donde las características de los recién nacidos y la complejidad de la terapia farmacológica pueden favorecer consecuencias graves. La administración intravenosa representa un proceso particularmente crítico, debido a la necesidad de realizar cálculos de dosis, preparar diluciones, programar bombas de infusión y utilizar frecuentemente medicamentos de alto riesgo (MAR). Comprender este problema requiere un abordaje integral que complemente los EM notificados con la observación de las prácticas clínicas y las experiencias de los profesionales. **Objetivo:** Analizar los errores de administración de medicamentos intravenosos y sus factores contributivos en una Unidad de Paciente Crítico Neonatal de un hospital público chileno. **Método:** Estudio de métodos mixtos con diseño convergente CUAN+CUAL, realizado en una Unidad de Paciente Crítico Neonatal de un hospital público de alta complejidad. Se realizó una revisión retrospectiva de los EM intravenosos notificados entre 2020-2024, observación no participante del proceso de preparación y administración de medicamentos intravenosos y entrevistas semiestructuradas a profesionales de enfermería. Los EM fueron caracterizados según variables clínicas, tipo de error, gravedad según NCC MERP y medicamentos involucrados. Los datos cuantitativos fueron analizados mediante estadística descriptiva y los cualitativos mediante análisis de contenido temático. Posteriormente, ambos hallazgos fueron integrados para generar una comprensión sistémica del problema. La investigación contó con aprobación de Comité de Ética. **Resultado:** Durante el período estudiado se registraron 3.953 ingresos de recién nacidos y 34 EM intravenosos notificados (0,86%). Los pacientes afectados presentaron una mediana de 32 semanas de edad gestacional (RIC: 28,3–36,3) y el 56% de los eventos ocurrió en UCIN. Predominaron los errores de velocidad de administración (24%), omisión (15%), dosis incorrecta (12%) y duración incorrecta (12%). El 62% alcanzó al paciente sin generar daño clínico (categoría C), registrándose un evento categoría I. El 45% involucró MAR. El

componente cualitativo incluyó 35 episodios de observación y 12 entrevistas a profesionales. Se identificaron interferencias y sobrecarga asistencial, fragmentación del proceso de medicación, debilidades en los mecanismos de control y continuidad, prácticas sociotécnicas inseguras y una cultura organizacional que limita el reporte y aprendizaje de los errores. La integración de los hallazgos evidenció que los errores responden a la interacción de factores organizacionales, operativos, de supervisión clínica e individuales, más que a fallas aisladas del profesional. **Conclusiones:** Los EM intravenosos en neonatología responden a múltiples factores que interactúan en distintos niveles del sistema. La integración de los hallazgos permitió identificar condiciones del proceso que favorecen su ocurrencia, reforzando la necesidad de fortalecer la estandarización, los mecanismos de control y continuidad, y una cultura orientada al reporte y aprendizaje de los errores.

ID 8. ESCUCHAR AL NEONATO COMO SUJETO. Natalia Siquera. Asse. Uruguay. Email: natasiq82@gmail.com

Introducción: El recién nacido, aun antes de adquirir el lenguaje verbal, posee diversas formas de comunicación a través del llanto, los movimientos, la postura, las expresiones faciales y las respuestas fisiológicas. En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), reconocer e interpretar estas señales resulta fundamental para brindar un cuidado individualizado, sensible y respetuoso de sus necesidades. Escuchar al neonato implica reconocerlo como sujeto activo, capaz de expresar estados de bienestar, estrés y necesidad de regulación.

Objetivo: Reflexionar sobre la importancia de reconocer e interpretar las señales conductuales y fisiológicas del recién nacido como formas de comunicación, destacando su relevancia en el cuidado de enfermería en la UCIN.

Método: Se realizó una reflexión teórica a partir de diferentes perspectivas del desarrollo humano, integrando los aportes de Bowlby, Piaget, Vygotsky, Bandura y Als. Se consideraron las manifestaciones conductuales y fisiológicas del neonato y su relación con la interacción con el ambiente, los cuidadores y la familia.

Resultado: Se identificó que las señales del recién nacido constituyen una forma temprana de comunicación que permite expresar estados de confort, estrés y necesidad de regulación. La observación sistemática y la respuesta sensible del adulto favorecen la regulación del neonato y permiten adaptar los cuidados a sus necesidades individuales. La participación de la familia también adquiere relevancia, al favorecer el reconocimiento progresivo de las particularidades comunicativas del bebé. **Conclusiones:** Reconocer al neonato como sujeto implica comprender que su cuerpo constituye una primera forma de lenguaje. Para enfermería, escuchar significa observar, interpretar y responder de manera sensible a sus señales. Esta mirada contribuye a humanizar el cuidado neonatal, fortalecer el vínculo con la familia y favorecer una atención centrada en las necesidades individuales del recién nacido.

ID9. IMPLICANCIAS ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN EN LACTANCIA MEDIANTE RASTREO DE HUELLA DIGITAL. REVISIÓN SISTEMÁTICA EXPLORATORIA. Susana Pillaca Carpio, Eduardo Alfredo Duro, María Dolores Zamorano. Universidad De Moron.

Argentina. Email: susanapillaca-2012@hotmail.com

Introducción: El rastreo de la huella digital (HD) ha llegado a la epidemiología. Se llama HD al registro en grandes bases de datos de las interacciones de las personas con el mundo digital: conversaciones en redes sociales, trámites particulares y gubernamentales, movimientos en vehículos, diversos gastos y consumos con diversas formas de pago electrónicos, uso de dispositivos en la vida cotidiana, transacciones en retail que generan datos que se almacenan y que pueden ser utilizados como fuentes secundarias para la definir patrones e identificar personas por sus movimientos, preferencias, costumbres y demás.

Objetivo: Realizar una revisión sistemática de la literatura indexada buscando publicaciones que aborden las implicancias éticas de la investigación en lactancia con rastreo de HD de los últimos 5 años.

Método: Se realizó una revisión sistemática exploratoria de las bases de datos Pubmed SciELO, LILACS, ScienceDirect y Cochrane Library siguiendo la guía PRISMA-ScR de trabajos publicados indexados de los últimos 5 años usando los términos “Huella Digital” y “Ética” así como “Digital Footprint” y “Ethics” aplicando operadores booleanos “AND” y “OR” para aumentar la cobertura de los estudios. Se incluyeron trabajos tanto cuantitativos como cualitativos con resúmenes en castellano o inglés. Además, realizamos una búsqueda inversa en función de los estudios encontrados con consulta a las referencias citadas en ellos. Los términos elegidos no son aún aceptados como descriptores MeSH/DeSC. Se descartaron aquellos que se referían a la huella de carbono o de agua, huella de ADN o de proteínas, traumatología, o a problemas éticos no relacionados con la investigación con HD.

Resultado: Se revisaron 747 resúmenes. Se descartaron 52/59 publicaciones de la base PubMed por ser estudios sobre la huella de carbono, la huella de agua, sobre huella de ADN o huella de proteínas. Se incorporó una por búsqueda inversa; se descartaron 23/24 publicaciones de la base SciELO por ser estudios sobre la huella de carbono, la huella de agua, sobre ADN, por referencias a mercadotecnia u otras áreas del conocimiento. Se descartaron las 23/23 publicaciones en LILACS y 32/32 publicaciones de la Cochrane Library por ser estudios sobre diversas áreas del conocimiento como traumatología, criminología, anatomía y diagnóstico por imágenes. Se descartaron 608/609 publicaciones de la base ScienceDirect por ser estudios sobre otras áreas del conocimiento o duplicadas.

Conclusiones: La HD está siendo utilizada en investigaciones de diverso tipo y se refleja en las publicaciones indexadas. Es presentada como el formato para suplir las limitaciones de los métodos tradicionales de investigación epidemiológica. Entre los argumentos a favor se destacan la reducción de costos, la disponibilidad de estos datos a gran escala y en tiempo real, y la supuesta mayor precisión frente a datos auto declarados. Plantean nuevos desafíos en ética de la investigación, vinculadas con la dignidad humana, la libertad, la privacidad y la justicia. La privacidad no es solo un derecho individual, sino una función social fundamental que permite el desarrollo de relaciones humanas libres, la autodeterminación y la participación democrática. La posibilidad de reconstruir identidades, hábitos, desplazamientos y preferencias mediante la integración de datos aparentemente triviales socava los límites entre lo público y lo privado. En contextos democráticos, la expansión de la vigilancia —aunque sea con fines sanitarios o científicos— resulta particularmente preocupante, ya que puede generar autocensura, limitar la libertad de pensamiento y erosionar la confianza social en las ciencias de la salud.

ID10. DIEZ AÑOS DEL BANCO DE LECHE HUMANA DE NEUQUÉN: EVOLUCIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE UNA RED PROVINCIAL. Marisol Alonso. Servicio de Neonatología. Clínica Pasteur, Neuquén. Red de Leche Humana de Neuquén. Banco de Leche Humana de Neuquén. Argentina. Email: faculuca2024@gmail.com

Introducción: El Banco de Leche Humana (BLH) de Neuquén constituye el centro de una red provincial que articula instituciones sanitarias, centros de recolección, equipos de salud, madres donantes y comunidad, con el propósito de promover, proteger y apoyar la lactancia y garantizar la disponibilidad de leche humana pasteurizada (LHP) para recién nacidos hospitalizados que no disponen de leche de su propia madre. A diez años de su creación, resulta relevante describir el proceso de desarrollo y consolidación de esta estrategia provincial.

Objetivo: Describir la evolución del Banco y la Red de Leche Humana de Neuquén durante sus primeros diez años de funcionamiento, analizando su crecimiento, organización territorial y principales indicadores de actividad. **Método:** Estudio descriptivo retrospectivo basado en los registros institucionales del Banco y la Red de Leche Humana de Neuquén correspondientes al período 2016-2025. Se analizaron la evolución de la organización territorial, las modalidades de recolección, el volumen de leche humana cruda (LHC) recolectada y de LHP, el número de madres donantes y receptores, los procesos realizados y los nodos de recolección. Se describieron además los principales cambios organizacionales implementados durante el período. **Resultado:** Durante los diez años analizados, el BLH evolucionó desde una estructura inicial de recolección hacia una red de alcance provincial, con progresiva incorporación de instituciones y participación comunitaria. La estrategia territorial incluyó modalidades de recolección hospitalaria, domiciliaria y mixta, junto con la incorporación de promotores y operadores comunitarios. Entre 2016 y 2025 se registraron 732 procesos, 5.614,8 litros de LHC, 3.547,4 litros de LHP, 3.445 madres donantes y 3.564 receptores. La actividad se sostuvo durante la pandemia por COVID-19 mediante la reorganización de las estrategias de trabajo y recolección. En 2022 se alcanzaron 696,2 litros de LHC y 613,6 litros de LHP, los mayores volúmenes anuales registrados en el período. En 2025 se recolectaron 667 litros de LHC y se entregaron 500 litros de LHP a 13 unidades de internación neonatal de la provincia. Durante esta década se fortalecieron además las actividades de capacitación, trazabilidad y buenas prácticas de manipulación de leche humana cruda y pasteurizada. El BLH incorporó actividades académicas y obtuvo certificación de su sistema de gestión bajo Norma ISO 9001:2015. **Conclusiones:** En sus primeros diez años, el Banco de Leche Humana de Neuquén evolucionó hasta consolidar una red de alcance provincial, capaz de articular la donación, recolección, procesamiento y distribución de leche humana. La participación de las madres donantes, los equipos de salud, las instituciones y la comunidad permitió sostener la actividad y ampliar el acceso a LHP para los recién nacidos hospitalizados. Esta experiencia muestra el valor de un modelo organizado en red para sostener la donación de leche humana y favorecer su disponibilidad para los recién nacidos más vulnerables.

ID 11. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES < A 32 SEMANAS INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCIN) DEL HOSPITAL

PROVINCIAL DE ROSARIO (HPR). Angaroni Rosalia, Favareto María Verónica, Palossi Antonela, Artenzio, Viviana, Barrios Elva. Servicio de Neonatología. Hospital Provincial de Rosario. Argentina. Email: anto_palossi@hotmail.com

Introducción: El avance en los cuidados neonatales aumentó la sobrevida de recién nacidos (RN) prematuros (PT), constituyendo un desafío para las UCIN, especialmente en < a 32 semanas(s). En el 2022, el Servicio de Neonatología del HPR fue recategorizado por el Ministerio de Salud de la Nación de III A a III B. Se obtuvo equipamiento, se incrementó parcialmente el número de neonatólogos, no así el personal de enfermería. **Objetivo:** Describir características, comorbilidades y evolución de pacientes < a 32 s internados en la UCIN del HPR en un periodo establecido. Identificar necesidades, evaluar resultados y orientar estrategias de cuidados. **Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Analizamos bases de datos del SIP, Red SIBEN, Red Neocosur y Programa VIHDA, del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2025. Utilizamos test de Wilcoxon para comparar la distribución de edad gestacional (EG) y peso al nacer (PN) entre sobrevivientes (I) y fallecidos (II) dentro de cada año (corrección de Holm). La comparación de proporciones en las comorbilidades estudiadas se llevó a cabo con test de Fisher (corrección de Holm). **Resultado:** Nacieron 4008 niños. Ingresaron 690 (17%) a la UCIN, 378 (55%) PT y 142 < a 32 s (20%). Año 2023: 33 < a 32 s (26% de los ingresos PT de 2023), 6 < a 28 s (18%), sin RN de 24 s (límite de viabilidad), media de EG 29,2, rango 25 - 31,4 s, media de PN, 1287 g, rango 730-1920 g. 24 fueron < a 1500 g (82%). Sobrevida en < a 32 s y < a 1500 g, 32 RN, 97% y 96% respectivamente. Se encontró 1 paciente con NEC (3%), 2 con HIC III/IV (5%), 1 con LPV (3%), 3 con DAP tratado (9%), no hubo ROP grave. Infecciones asociadas a catéter central (IACC): 6 episodios (21%), 671 días catéter. Año 2024: 49 < a 32 s (40% de los ingresos PT de 2024), 13 < a 28 s (26%) y 1 de 24 s (2%), media de EG 28,9, rango 24,6 a 31 s, media PN 1223 g, rango 575 a 2300 g. De ellos, 36 fueron < a 1500 g (73%). Sobrevida en < a 32 s, 36 RN (73,5%) y en < a 1500 g, 25 RN (69,5%). Se encontraron 6 pacientes con DAP tratado (12%), 6 con DBP (12%), 4 con ROP tratada (8%), 3 con HIC III/IV (6%), 1 con LPV (2%). IACC: 10 episodios (28%), 727 días catéter. Año 2025: 60 < a 32 s (48% de los ingresos PT de 2025), 20 < a 28 s (34%), 5 pacientes de 24 s (8,3%), media de EG 28,6, rango de 24 - 31,6 s, media de PN, 1234 g, rango 480 a 2220 g. 45 fueron < a 1500 g (82%). Sobrevida en < a 32 s, 49 RN (82 %) y en < a 1500 g, 34 RN (76 %). Se encontraron 10 pacientes con DAP tratado (17%), 4 con HIC III/IV (6,6%), 3 con ROP tratada (5%) y 2 con LPV (3%). IACC: 23 episodios (47%), 859 días catéter. Al analizar I y II, observamos disminución de la sobrevida en 2024 respecto a 2023 con incremento en 2025 ($p=0,049$). En 2023 hubo 1 solo óbito (no fue posible comparar I y II), en 2024 ($p=0,05$) no se evidenció una diferencia estadísticamente significativa en el PN entre I y II. En 2025 se encontró una diferencia estadísticamente significativa en PN entre I y II ($P=0,0004$), con una media de PN del grupo I de 830 y del II de 1365. Se encontró diferencia estadísticamente significativa en la EG entre I y II para 2024 ($p=0,006$) y 2025 ($p=0,0003$). La EG promedio en todos los años fue mayor para el grupo II. Respecto a las comorbilidades, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las proporciones encontradas en los años analizados excepto en IACC ($p=0,049$). **Conclusiones:** Se observó un incremento de los ingresos < a 32 s desde el 2023. La menor EG se asoció a un aumento en la mortalidad en

2024 Y 2025. Un menor PN se relacionó a > mortalidad en 2025. La IACC fue la comorbilidad más frecuente. El aumento de las infecciones en los últimos 2 años se relacionó con el incremento de ingresos < a 32 s de < EG y < PN. Podría haber una vinculación entre el aumento de las infecciones y el déficit en la relación médico/paciente y enfermero/paciente. La mejora en el número del personal médico y de enfermería en relación con la cantidad y calidad de los neonatos ingresados, así como la educación continua de los mismos debiera ser el objetivo principal para optimizar nuestros resultados.

ID12. EFICACIA Y SEGURIDAD CLÍNICA DEL USO DE PULPOS DE CROCHÉ EN NEONATOLOGÍA: UN SCOPING REVIEW. Lucy Marcela Vesga Gualdrón, Valentina Garces, Lourdes Savedra. Facultad de Enfermería- Universidad Nacional de Colombia. Email: lmvesgag@unal.edu.co

Introducción: La hospitalización en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) expone a los recién nacidos a altos niveles de estrés sensorial, dolor por procedimientos invasivos y separación parental. La introducción de los pulpos de croché (pulpoterapia), cuyos tentáculos asemejan el cordón umbilical, se propone como una tecnología leve-dura de cuidado suave orientada a propiciar confort de transición uterina y mitigar el dolor neonatal. Este resumen sistematiza la evidencia sobre su eficacia fisiológica y su viabilidad de implementación en la práctica clínica. **Objetivo:** Mapear la evidencia científica e institucional disponible sobre la eficacia clínica, la seguridad biológica y la percepción de humanización del uso de pulpos de croché en recién nacidos prematuros hospitalizados en unidades neonatales. **Método:** Guiada por la metodología oficial para revisiones de alcance (scoping reviews) del Instituto Joanna Briggs (JBI), se realizó una búsqueda sistemática en Scopus, Academic Search Ultimate y la BVS (LILACS/BDENF), complementada con el rastreo de literatura gris en portales gubernamentales y repositorios institucionales de salud. La selección metodológica, consolidada bajo el flujo de la declaración PRISMA-ScR, incluyó un total de 11 fuentes elegibles para la síntesis final: 9 estudios científicos indexados y 2 documentos reguladores y sociales de literatura gris. **Resultado:** En el plano clínico cuantitativo, la intervención demostró reducciones estadísticamente significativas del dolor neonatal; durante venopunciones en recién nacidos prematuros, se reportaron puntuaciones en la escala de dolor PIPP menores en el grupo de intervención frente al control (media de 7.15 vs. 11.67; $p < 0.0001$). En punciones de talón, se registraron menores puntuaciones de dolor NIPS ($p < 0.001$), menor duración del llanto ($p < 0.05$) y saturaciones de oxígeno (SpO₂) significativamente superiores ($p < 0.05$). Se reportó una reducción no significativa en los eventos de desaturación (mediana de 1 vs. 3) junto con una percepción de beneficio y agrado por parte del 100% de los padres. Cualitativamente, el pulpo mitiga la zozobra familiar y fortalece el vínculo afectivo del binomio madre-hijo. No obstante, el personal médico enfatiza los riesgos microbiológicos y la posibilidad de sepsis nosocomial. Para su control, se documenta la necesidad de una confección bajo estándares rigurosos. La Nota Técnica 08/2017 de Brasil no lo recomienda como instrumento terapéutico principal, pero delega formalmente la estandarización de estos protocolos de higienización a los comités de infecciones de cada hospital. **Conclusiones:** El pulpo de croché constituye una tecnología de cuidado neonatal no farmacológica cada vez más usada, con escasa

investigación aún que soporte su utilidad clínica. Los estudios desarrollados sugieren que la tecnología puede ser segura y de bajo costo. Algunos autores sugieren que reduce eficazmente el dolor procedimental y estabiliza parámetros fisiológicos. Su viabilidad clínica y seguridad biológica dependen estrictamente de la estandarización y cumplimiento de protocolos de esterilización rigurosos validados por los comités de control de infecciones intrahospitalarias.

M66. MÁS ALLÁ DE LA ENDOCARDITIS: RETO DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE UNA MASA INTRACARDIACA DERECHA. A PROPÓSITO DE UN CASO. Clara Melissa Bustillo Sierra, Allison Marie Callejas Salgado, Emma Grissel González Rodríguez.. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Hospital Escuela. Honduras. Email: clamel1392@gmail.com

Introducción: Las masas intracardiacas son un hallazgo poco frecuente en la población neonatal; estas pueden ser congénitas o adquiridas. Las masas adquiridas son más frecuentes en el lado derecho del corazón y de estas se distinguen tres: mixomas, trombos y vegetaciones. Estas dos últimas tienen una estrecha relación con el uso de dispositivos de acceso central hasta en un 90%. Los trombos también pueden estar asociados a problemas renales, cardíacos, policitemia, condiciones sistémicas de sepsis, o patología protrombótica. Cualquiera que sea su etiología, el diagnóstico es fundamental ante el riesgo de morbilidad y mortalidad que provoca para el paciente neonatal y supone un reto diagnóstico, ya que en **Objetivo:** Exponer el abordaje diagnóstico diferencial y la toma de decisiones terapéuticas ante una masa intracardiaca derecha en el periodo neonatal. **Método:** Recopilación del expediente clínico y revisión la literatura internacional **Resultado:** Recién nacido de 38 semanas, referido en su primer día de vida por sospecha de sepsis temprana y trombocitopenia severa (87,000 / μ L). Examen físico inicial solo con tinte icterico. Evolucionó con hiperbilirrubinemia en sus primeras 24 horas de vida sin incompatibilidad, requiriendo exanguinotransfusión mediante un catéter venoso central (CVC) y cumpliendo cobertura antibiótica de primera línea. Al sexto día presentó un soplo sistólico grado II BPI, foco tricuspídeo; el ecocardiograma reveló una masa intracavitaria de 6x7 mm en la válvula tricúspide, asociada a la presencia de CVC, el cual se retira ese mismo día. El séptimo día se decide colocar un catéter PICCline para completar el esquema de antibióticos por 3 semanas ante sospecha de endocarditis y se envía hemocultivo. En el décimo día de vida se realiza Dímero-D, reportando valor elevado (5.50 μ g/mL), tiempos de coagulación normales, fibrinógeno normal (208 mg/dL), recuento de plaquetas de 87,000 / μ L y proteína C reactiva (PCR) negativa, con hemocultivo positivo por *Staphylococcus haemolyticus* resistente a penicilinas, por lo que se decide escalar cobertura antibiótica a vancomicina e iniciar enoxaparina como manejo trombolítico. Se continúa seguimiento de la masa; a los 14 días de tratamiento persiste sin cambios ecocardiográficos y el paciente se mantiene asintomático, sin evidencia de eventos tromboembólicos ni sepsis. Actualmente, el paciente continúa en seguimiento multidisciplinario bajo estricta vigilancia clínica, ecocardiográfica y laboratorial, evaluando la respuesta al manejo farmacológico dual para determinar la resolución de la masa o la necesidad de una eventual intervención quirúrgica. **Conclusiones:** El abordaje de masas intracardiacas neonatales representa un reto clínico y diagnóstico complejo para el neonatólogo. Erróneamente, en un neonato con un contexto infeccioso, laboratorios sugestivos

de sepsis y la presencia de un catéter central, la endocarditis se considera como primera opción ante el hallazgo de una masa intracavitaria, como ocurre en pediatría. Sin embargo, en neonatología, ante las particularidades del sistema de coagulación del neonato y en el contexto de procedimientos invasivos como la exanguinotransfusión (donde el constante recambio de volumen más la fricción del catéter generará un trauma mecánico directo sobre el endocardio que predispondrá a la formación de trombos), la complicación de origen trombotico debe estar siempre presente, aun en un contexto infeccioso. Las masas intracavitarias derechas pueden cursar en su mayoría asintomáticas, por lo que exigen un enfoque más amplio y cuidadoso, ya que pueden pasar desapercibidas o cursar con cambios sutiles como la presencia de un soplo que previamente no estaba. Por lo tanto, ante el diagnóstico de una masa intracavitaria que no es congénita, la sospecha no debe limitarse al origen infeccioso. Además del ecocardiograma, el diagnóstico y seguimiento se debe apoyar en estudios del sistema de coagulación y marcadores de sepsis, como el Dímero-D (cuya sensibilidad para trombosis es alta >90%, pero con baja especificidad <40%), valores de fibrinógeno, tiempos de coagulación, PCR y procalcitonina, para establecer un abordaje oportuno y pertinente para cada patología y evitar complicaciones asociadas a la endocarditis infecciosa y a la trombosis intracardíaca, como ser la lesión valvular y los eventos tromboembólicos, respectivamente.

M67. URINOMA NEONATAL SECUNDARIO A VÁLVULAS URETRALES POSTERIORES:

REPORTE DE CASO. Michael Cruz Reategui, Eduardo Alarcón Abásalo. Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. Perú. Email: eduardoalarconabasalo@gmail.com

Introducción En neonatología, el urinoma se define como una acumulación encapsulada de orina extravasada hacia el espacio perirrenal o la cavidad abdominal, generalmente como consecuencia de una obstrucción o lesión del tracto urinario (1). Su presentación en el periodo neonatal es infrecuente (2) y, en la mayoría de los casos congénitos, se relaciona con uropatías obstructivas, entre ellas las válvulas uretrales posteriores (3,4) La extravasación urinaria puede actuar como un mecanismo de descompresión ante presiones elevadas dentro del sistema colector; aunque potencialmente protector para el parénquima renal, también puede originar colecciones voluminosas y compromiso de órganos adyacentes (5). La presentación clínica es variable: puede detectarse durante el periodo prenatal, permanecer asintomática o manifestarse posnatalmente con hallazgos inespecíficos. **Objetivo:** Se comunica el caso de un recién nacido con urinoma secundario a válvulas uretrales posteriores y complicaciones toracoabdominales poco frecuentes, atendido en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Lima, Perú. **Método:** Se presenta el caso de un recién nacido a término de 37 semanas que ingresó a cuidados intensivos neonatales por dificultad respiratoria y laringomalacia. Al sexto día de vida desarrolló sepsis neonatal tardía por *Escherichia coli* y, posteriormente, deterioro clínico progresivo con distensión abdominal, anuria, ascitis y derrame pleural derecho. **Resultado:** La ecografía mostró hidronefrosis bilateral y una colección perirrenal derecha; la tomografía abdominal evidenció dilatación retrógrada bilateral, probable rotura del sistema colector derecho y extravasación urinaria. El análisis bioquímico del líquido obtenido mediante drenaje percutáneo confirmó su naturaleza urinaria. Ante la persistencia de la fuga, la cistouretrografía demostró válvulas uretrales posteriores. Se realizó vesicostomía al

día 18 de vida, con resolución de la colección y retiro posterior del drenaje. El paciente fue dado de alta a los 32 días de vida. Este caso destaca que el urinoma debe considerarse ante la asociación de distensión abdominal, oliguria o anuria, hidronefrosis y colecciones toracoabdominales en el recién nacido. El diagnóstico requiere integrar la ecografía, los estudios contrastados y el análisis del líquido; el tratamiento debe controlar la fuga y, de manera definitiva, aliviar la obstrucción urinaria. Conclusiones: El urinoma neonatal es una manifestación infrecuente de extravasación urinaria. Puede desarrollarse cuando la presión intraluminal supera la resistencia del sistema colector, con rotura en un punto vulnerable y acumulación de orina en el espacio perirrenal. Aunque se han descrito casos sin uropatía obstructiva (1), las anomalías congénitas que elevan la presión del tracto urinario —como la obstrucción de la unión ureteropélvica, el megauréter y las válvulas uretrales posteriores— constituyen asociaciones relevantes (2-4). En el presente caso, la hidronefrosis bilateral, el globo vesical y la posterior demostración de válvulas uretrales posteriores sustentaron un mecanismo obstructivo infravesical. La extravasación urinaria se ha interpretado como un mecanismo de descompresión capaz de reducir transitoriamente la presión intrarrenal. Sin embargo, este fenómeno no es necesariamente benigno: una colección de gran volumen puede producir distensión abdominal, alteración ventilatoria y desplazamiento o compresión de estructuras vecinas (4,5). En este paciente, la combinación de urinoma, ascitis y derrame pleural coincidió con deterioro respiratorio y necesidad de ventilación mecánica. La sepsis concomitante por *E. coli* hizo más compleja la interpretación inicial, porque la fiebre, la distensión abdominal y el compromiso respiratorio también podían atribuirse al proceso infeccioso. La ecografía es el estudio inicial de elección por su disponibilidad, ausencia de radiación y capacidad para demostrar hidronefrosis y colecciones perirrenales. No obstante, una colección anecoica no es específica. La tomografía permitió delimitar la colección y sugerir la rotura del sistema colector, mientras que el análisis bioquímico del líquido drenado confirmó su origen urinario. La cistouretrografía fue decisiva para identificar las válvulas uretrales posteriores y definir la causa subyacente. En escenarios semejantes, la secuencia diagnóstica debe orientarse no solo a demostrar la presencia de orina extravasada, sino también a localizar el nivel de obstrucción. El tratamiento depende del estado clínico, el tamaño y la persistencia de la colección, el compromiso respiratorio o renal y la causa subyacente. Los urinomas pequeños pueden resolverse tras la descompresión del tracto urinario; las colecciones grandes o sintomáticas pueden requerir drenaje percutáneo (1-3). En este caso, el drenaje controló la colección, pero la fuga persistió mientras se mantuvo la obstrucción infravesical. La vesicostomía permitió una derivación urinaria eficaz, seguida de desaparición ecográfica del urinoma y retiro del drenaje. Esta evolución subraya que el drenaje aislado es una medida temporal si no se corrige la presión obstructiva que originó la extravasación. Como limitaciones del reporte, no se dispone en el manuscrito de los valores seriados de función renal, electrolitos ni de la composición bioquímica comparativa del líquido pleural, ascítico y perirrenal; estos datos habrían permitido caracterizar mejor la magnitud de la fuga y establecer con mayor certeza el mecanismo del derrame pleural. Asimismo, se requiere seguimiento urológico y nefrológico prolongado para valorar la función renal, la evolución de la hidronefrosis y el tratamiento definitivo de las válvulas uretrales posteriores. A pesar de estas limitaciones, el

caso aporta una presentación posnatal poco habitual y enfatiza la necesidad de considerar una fuga urinaria ante colecciones toracoabdominales asociadas a uropatía obstructiva neonatal.

M5. SÍNDROME DE SMITH-LEMLI-OPITZ: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Guadalupe Adriana Reyes Huaracha Araceli Catalina Madrigal Paz, Héctor Macías Avilés.
Institución: Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud, CDMX. Mexico. Email: katymadp6@gmail.com

Introducción: El síndrome de Smith-Lemli-Opitz (SLOS) es un trastorno autosómico recesivo por mutaciones del gen DHCR7(cromosoma 11q13.4) que codifica 7-dehidrocolesterol reductasa, enzima clave en la síntesis de colesterol. La incidencia mundial es 1:20,000-60,000 recién nacidos vivos, más frecuente en Europa. Tiene elevada mortalidad en fenotipos graves y subdiagnóstico en variantes leves. En México está clasificado en el grupo de Enfermedades Raras (prevalencia <5:10,000 habitantes). Se caracteriza por restricción del crecimiento intrauterino, microcefalia, discapacidad intelectual, paladar hendido, defectos cardíacos, genitales externos subdesarrollados en hombres, polidactilia postaxial y sindactilia **Objetivo:** Describir la presentación de caso neonatal de una paciente con SLOS. **Método:** Antecedentes perinatales: madre de 21 años, cursó con leucemia linfoblástica aguda a los 6 años tratada con quimioterapia, en remisión completa. Producto de primera gesta, control prenatal con 6 consultas, VIH y VDRL no reactivas, ultrasonido a las 35 SDG con restricción del crecimiento intrauterino, referida al Hospital de la Mujer donde se hace diagnóstico prenatal de cardiopatía congénita. Nace a las 36 semanas de gestación, vía cesárea, amerita pasos iniciales de reanimación y oxígeno suplementario por StO₂61%, Apgar 8/9, peso: 2130 g (P9, z-1.73), Talla: 43cm (P6, z-1.55), PC:30cm (P4, z-1.75). Exploración física: fontanela anterior normotensa, fontanela posterior puntiforme, suturas coronal y lambdoideas superpuestas, piel redundante en cuello, hipertriosis bitemporal, epicanto, edema palpebral, puente nasal ancho, pabellones auriculares con implantación baja, micrognatia, paladar ojival, teletelia, ruidos cardiacos con soplo continuo paraesternal izquierdo grado II/VI, extremidades superiores con pliegue transversal, genitales fenotípicamente femeninos, labios mayores edematizados, labios menores pigmentados, extremidades inferiores con sindactilia 5° orjejo, hipoplasia ungueal. Ecocardiograma: foramen oval permeable, FEVI 76%, atresia tricúspidea, atresia pulmonar, conducto arterioso permeable 2.5mm con cortocircuito bidireccional. Inicia manejo con prostaglandinas a 0.05mcg/kg/min y se traslada al Instituto Nacional de Pediatría(INP). Ecocardiograma en INP: 1) Atresia pulmonar con septum ventricular íntegro, 2)anillo tricúspideo con hipoplasia severa sin flujo, 3)foramen oval, flujo laminar, cortocircuito derecha-izquierda, 4)persistencia de conducto arterioso grande, cortocircuito izquierda-derecha, 5)ventrículo derecho hipoplásico e hipertrófico. Se realiza cateterismo a los 5 días de vida, se registran conexiones ventrículo coronarias a la coronaria derecha, coronariografía izquierda sin alteraciones, conducto arterioso tipo A, extremo pulmonar 1.9mm, extremo aórtico 3mm, longitud 12mm, se coloca stent coronario medicado (SINERGY) de 3.5mmx20mm abarcando la longitud del conducto arterioso, se realiza septostomía atrial 13.5mm con balón. Egresos a los 13 días de vida sin oxígeno, StO₂ 75-85%, con anticoagulantes orales. Tímpanos auditivos y de cadera normales, perfiles de aminoácidos,

acilcarnitinas y succinilacetona normales. A los 2 meses ingresa a Urgencias por ictericia, sin acolia ni coluria, sin esquema de vacunación, peso 2355g ($P < 1, z = -4.05$), talla 44cm ($P < 1, z = -5.44$), P/T: 2.4 ($P1, z = -2.44$), ictericia en escleras cuello y tronco, microcefalia, fontanela anterior 3x2cm, soplo continuo en foco pulmonar grado III/VI, borde hepático 1cm debajo del reborde costal, hiperbilirrubinemia directa (8.23mg/dL), AST 337U/L, ALT 150U/L, ultrasonido hepático con colédoco 17mm, sin hipertensión portal. Inicia manejo con fórmula hidrolizada 17%, módulos, nutrición parenteral periférica, ácido ursodesoxicólico y vitamina K. Por presencia de vértebra hendida se sospecha síndrome de Allagille, se toma muestra de mucosa oral. Posteriormente se reporta alfa-fetoproteína 444,284U/ml y quiste hepático derecho, orientando el diagnóstico a Tirosinemia, se toma exoma completo. Egres a domicilio a los 17 días de estancia hospitalaria. A los 5 meses de edad acude a Urgencias con StO₂ 40%, somnolienta, hiporeactiva, hipotónica, icterica, deshidratada, fontanela anterior 2x1cm, campos pulmonares con estertores crepitantes bilaterales, soplo sin cambios, borde hepático 1cm debajo del reborde costal, empuñamiento de pulgares, Peso 2.3 kg(-55g); Talla 49cm ($P < 1, z = -7.11$); PC 31.5cm ($P < 1, z = -8.0$); Peso/Talla 2.3 ($P1, z = -2.55$). Se administran dos cargas con solución cristaloide y se colocan puntas nasales de alto flujo; biometría hemática con leucocitosis 43,100 a expensas de neutrofilia, BD 13.62mg/dL, TP 28.4/34%, INR 2.56, TTP 42.8, gasometría con acidosis mixta y lactato 8, Amonio 73 mcg/L, Prueba Rápida Influenza negativa, radiografía de tórax sin consolidaciones; se sospecha bacteriemia foco pulmonar, inicia cefotaxima. Cardiología documenta conducto permeable. Hematología diagnostica coagulopatía secundaria a falla en la síntesis hepática, indica tromboprolifaxis con heparina de bajo peso molecular y vitamina K. Presenta hiponatremia e hipokalemia persistentes, mantiene dieta con fórmula extensamente hidrolizada, módulos y 1g de sal, aporte de KPO₄ y medidas antiemionio. Sin trastornos de mineralización ósea. Evoluciona con incremento progresivo de AST hasta 496U/L. Al 6º día presenta irritabilidad y desaturación sin dificultad respiratoria, se incrementa aporte de O₂. El 7º día cursa hipertensa, boqueo súbito y ausencia de pulsos centrales, se inicia reanimación cardiopulmonar durante 24 minutos con 4 dosis de adrenalina y 2 de bicarbonato sin datos de retorno a la circulación espontánea. **Resultado:** Diagnósticos anatomopatológicos. SLOS: Exon 9, variante c.1054C>Tp.Arg352Trp. Hepatopatía crónica: hepatomegalia, colestasis generalizada, esteatohepatitis macro y microvesicular, transformación de células gigantes, fibrosis hepática grado III(METAVIR). Nefritis biliar (nefrosis colémica) con daño tubular agudo. Encefalopatía hepática: corteza cerebral con daño hipóxico-isquémico, Astrocytos tipo II. Quistes renales corticales y medulares. La investigación sobre SLOS es limitada. No existen guías clínicas, el pilar del tratamiento consiste en suplementar, mejorar el neurodesarrollo, el crecimiento y las dificultades conductuales. **Conclusiones:** El pronóstico de la enfermedad es variable, desde muerte fetal en casos graves, hasta supervivencia con secuelas mínimas. Después del período neonatal, la esperanza de vida se reduce, registrando mortalidad 20% durante el primer año por desnutrición, infecciones, hipoglucemia e insuficiencia suprarrenal. Se requiere trazabilidad de los casos para incrementar visibilidad epidemiológica, evaluar tamizaje poblacional y optimizar el tratamiento.

M6. PERFORACIÓN ESOFÁGICA IATROGÉNICA EN RECIÉN NACIDA PRETÉRMINO EXTREMA DE 27 SEMANAS: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE. Saul Hernando Vallejo Chaves. Claudia Constanza Marín. Clínica Medilaser - Neiva, Huila. Colombia. Email: Saulhv4@hotmail.com

Introducción: La perforación esofágica neonatal es una complicación infrecuente pero potencialmente grave, observada principalmente en recién nacidos pretérmino y de muy bajo peso al nacer sometidos a procedimientos invasivos. La mayoría de los casos descritos se relacionan con la inserción de sondas orogástricas o nasogástricas, intubación endotraqueal y otros procedimientos realizados durante la reanimación y el soporte neonatal. Se presenta el caso de una recién nacida pretérmino extrema de 27,2 semanas de edad gestacional y 970 gramos de peso al nacer, quien desarrolló una perforación esofágica distal con fuga hacia la cavidad pleural secundaria a instrumentación enteral. **Objetivo:** Presentar un caso de perforación esofágica iatrogénica en una recién nacida pretérmino extrema de 27 semanas de gestación, describiendo su presentación clínica, métodos diagnósticos, manejo terapéutico y evolución, con el fin de destacar la importancia del reconocimiento temprano de esta complicación infrecuente asociada a procedimientos invasivos neonatales y revisar la evidencia disponible en la literatura. **Método:** Se realizó la descripción retrospectiva de un caso clínico de perforación esofágica iatrogénica en una recién nacida pretérmino extrema de 27,2 semanas de edad gestacional y 970 gramos de peso al nacer. Se recopilaron y analizaron los datos clínicos, radiológicos y evolutivos obtenidos de la historia clínica. El diagnóstico se estableció mediante estudios imagenológicos contrastados que evidenciaron perforación esofágica distal con extravasación hacia la cavidad pleural. Se describió el manejo conservador implementado, incluyendo suspensión de la vía enteral, soporte nutricional, antibioticoterapia y seguimiento clínico, radiológico hasta la resolución de la lesión. Adicionalmente, se realizó una revisión de la literatura sobre la epidemiología, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento de esta complicación infrecuente en recién nacidos pretérmino. **Resultado:** Se presenta una recién nacida pretérmino extrema de 27,2 semanas de edad gestacional y 970 gramos de peso al nacer, quien requirió soporte respiratorio avanzado desde el nacimiento por enfermedad de membrana hialina. Durante su estancia en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, se evidenciaron alteraciones radiológicas persistentes relacionadas con la localización de la sonda orogástrica. A los seis días de vida, un estudio contrastado de tórax y abdomen demostró extravasación del medio de contraste hacia la cavidad pleural derecha, confirmando el diagnóstico de perforación esofágica distal iatrogénica secundaria a instrumentación enteral. Dada la estabilidad clínica y la ausencia de signos de mediastinitis, perforación abdominal o compromiso hemodinámico, se instauró manejo conservador con retiro de la sonda, suspensión de la vía enteral, nutrición parenteral total, antibioticoterapia, soporte ventilatorio y seguimiento clínico radiológico estrecho. Los controles contrastados seriados evidenciaron cierre espontáneo de la perforación y resolución completa de la fuga pleural, permitiendo el reinicio progresivo de la alimentación enteral con adecuada tolerancia. Durante la evolución presentó complicaciones asociadas a su extrema prematurez, incluyendo hemorragia intraventricular grado II y sepsis tardía por levaduras, ambas manejadas satisfactoriamente. Finalmente, la paciente mostró evolución clínica favorable, con resolución del neumotórax, adecuada

progresión nutricional, retiro de accesos venosos centrales, transición a soporte respiratorio no invasivo e incorporación al programa madre canguro, sin evidencia clínica ni radiológica de persistencia de la lesión esofágica. **Conclusiones:** La perforación esofágica neonatal es una complicación iatrogénica infrecuente que ocurre principalmente en recién nacidos pretérminos extremos y de muy bajo peso al nacer sometidos a instrumentación enteral. Su presentación clínica suele ser inespecífica, por lo que un alto índice de sospecha y la interpretación cuidadosa de los hallazgos radiológicos son fundamentales para establecer un diagnóstico oportuno. En este caso, la identificación temprana de la malposición de la sonda enteral y la confirmación diagnóstica mediante estudios contrastados permitieron reconocer una perforación esofágica distal con comunicación pleural antes de la aparición de complicaciones graves como mediastinitis, sepsis o deterioro hemodinámico. El manejo conservador basado en suspensión de la vía enteral, retiro de la sonda, nutrición parenteral, soporte respiratorio y vigilancia clínica e imagenológica estrecha permitió el cierre espontáneo de la lesión sin necesidad de intervención quirúrgica, aun en una paciente con prematuridad extrema y múltiples comorbilidades neonatales. Este caso refuerza la evidencia actual que respalda el tratamiento no quirúrgico como primera opción en neonatos clínicamente estables y destaca la importancia de implementar estrategias dirigidas a minimizar el trauma asociado a la colocación de sondas enterales en recién nacidos de extremadamente bajo peso al nacer. Asimismo, resalta el valor del abordaje multidisciplinario entre neonatología, pediatría, cirugía pediátrica, radiología e infectología para optimizar los desenlaces clínicos en esta rara pero potencialmente grave complicación neonatal.

M 9. EXPULSIÓN POR EMESIS DE FETO PAPIRÁCEO EN LA GEMELA SOBREVIVIENTE DE UNA GESTACIÓN MONOCORIAL MONOAMNIÓTICA, ASOCIADA A DUPLICACIÓN CAUDAL: REPORTE DE UN CASO. Alix Mirelly Morales Nava, Estefania Espindola Gleason / Adriana Nathaly Hernández Cadenas. Instituto Mexicano del Seguro Social. Mexico. Email: alix.moralesn@gmail.com

Introducción: El feto papiráceo es un óbito retenido que, tras la muerte entre las semanas 10 y 20, sufre compresión y deshidratación hasta adquirir aspecto aplanado, similar al pergamino. Ocurre en cerca de 1:12,000 gestaciones gemelares. Característicamente permanece comprimido entre las membranas del cogemelo y la pared uterina, y se identifica al nacimiento o en el estudio histológico placentario; no se ha descrito su expulsión por vía digestiva. El gemelo sobreviviente presenta riesgo aumentado de malformaciones, atribuidas a fenómenos tromboembólicos por anastomosis placentarias. **Objetivo:** Describir el caso de una recién nacida, gemela sobreviviente de una gestación monocorial monoamniótica, que expulsó por emesis un feto papiráceo en su primer día de vida y presentó duplicación de estructuras caudales. Hipótesis: la ausencia de membrana divisoria permitió la ingestión intrauterina del feto papiráceo por la gemela viva; además, la duplicación caudal y la gemelaridad monocigótica compartirían un origen embriológico común. **Método:** Recién nacida de 37.1 semanas, obtenida por cesárea programada, con peso de 2760 gramos y Apgar 8/9, de madre de 31 años sin antecedentes de importancia. Seguimiento prenatal: el ultrasonido del 21/09/2025 consignó embarazo de 7.5 semanas con feto único; el del 06/11/2025 mostró dos fetos, con feto

A vivo de 14.1 semanas y feto B sin vitalidad, de biometría equivalente a 10 semanas; el del 16/12/2025 corroboró gestación monocorial y monoamniótica, y reportó gemelo A de 16.1 semanas con alteración pélvica compatible con anomalía del desarrollo cloacal, parte de la vejiga en la base del cordón umbilical y sospecha de hipodesarrollo del tabique rectovaginal, y feto B sin vitalidad de 11.1 semanas, libre en la zona de declive del saco. Al nacimiento se obtuvo un solo producto; la búsqueda transquirúrgica dirigida del óbito fue negativa en cavidad uterina, placenta y membranas. A la exploración física destacaron quiste en la base del cordón umbilical y malformación anorrectal tipo ano imperforado sin fístula. En el primer día de vida presentó distensión abdominal importante, con radiografía de abdomen sin imagen de cuerpo extraño, y un episodio de emesis con expulsión de un espécimen fetal de 4 centímetros. La histopatología reportó feto papiráceo de aproximadamente 10 semanas, sin cordón umbilical ni tejido placentario adheridos. **Resultado:** Se realizó laparotomía exploradora al segundo día de vida, reportando los siguientes hallazgos: doble ciego y doble apéndice cecal, atresia colónica, malrotación intestinal, divertículo de Meckel y persistencia de uraco; se realizó ileostomía a 10 centímetros de la válvula ileocecal y resección del divertículo. En el posoperatorio hubo salida de orina por el uraco al esfuerzo, por lo que se realiza cistografía miccional que reporta defecto de la pared vesical anterior con comunicación a tejidos blandos del abdomen, divertículo vesical de pared posterior y reflujo vesicoureteral izquierdo. Se realiza cistoscopia en la que se reporta doble vejiga, con meato ureteral derecho e izquierdo, doble vagina y persistencia de uraco. El ultrasonido transfontanelar, el ecocardiograma, el de cono medular y la radiografía de columna lumbosacra resultaron sin alteraciones. No se realizó cariotipo. Se envía a paciente a consulta externa de urología y cirugía pediátrica para continuar manejo, se planea abordaje quirúrgico de malformaciones genitales previo a inicio de edad reproductiva para favorecer el pronóstico. **Conclusiones:** Se documenta un caso, no descrito previamente en la literatura consultada, de expulsión posnatal por emesis de un feto papiráceo. Proponemos como mecanismo su ingestión intrauterina, favorecida por la ausencia de membrana divisoria y por la deglución fetal continua. La sostienen la monoamnionicidad, la ubicación libre del feto B en el saco, que descarta un feto in fetu y la ausencia de cordón y placenta en el espécimen. El mecanismo isquémico clásico explica la atresia colónica, pero no la duplicación de estructuras: el conjunto de doble ciego, doble apéndice cecal, doble vejiga, doble vagina y malformación anorrectal corresponde a una forma parcial de síndrome de duplicación caudal, sin afección vertebral ni medular. Nuestro caso aporta evidencia clínica a la teoría de la gemelaridad caudal, que atribuye este síndrome a una separación incompleta de gemelos monocigóticos. Recomendamos, ante gestación monocorial monoamniótica con óbito, la evaluación detallada del gemelo sobreviviente mediante ultrasonido que permita identificar malformaciones caudales de línea media, integrando al nacimiento un equipo multidisciplinario para el abordaje y manejo del recién nacido, así como la búsqueda intencionada del feto papiráceo.

M11. CRISIS METABÓLICA NEONATAL CON HIPERAMONEMIA Y ACIDOSIS LÁCTICA SUGESTIVA DE UN TRASTORNO DEL METABOLISMO ENERGÉTICO: REPORTE DE CASO. Michele Alexandra, Macavilca Toribio, Marina A. Bustamante-Ordoñez, Michele A.

Macavilca-Toribio, Judith R. Arenas-Vasquez, Carlos Zavaleta-Corvera, Angel Samanez-Obeso, Aurelio J. Chicoma Bazan. Universidad Científica del Sur. Peru. Email: michelemacavilca@gmail.com

Introducción: Los errores innatos del metabolismo constituyen un grupo de enfermedades genéticas poco frecuentes que pueden manifestarse durante el período neonatal como emergencias metabólicas potencialmente mortales. Su reconocimiento temprano representa un desafío debido a la inespecificidad de sus manifestaciones clínicas, que con frecuencia simulan cuadros infecciosos o quirúrgicos. La coexistencia de hiperamonemia y acidosis láctica persistente constituye un hallazgo de alarma que puede orientar hacia un trastorno del metabolismo energético. **Objetivo:** Describir las características clínicas, bioquímicas y la evolución de una crisis metabólica neonatal sugestiva de un trastorno del metabolismo energético, resaltando los hallazgos que orientaron el diagnóstico diferencial. **Método:** Se presenta un reporte de caso de una recién nacida pretérmino atendida en un hospital de tercer nivel con deterioro clínico progresivo. Se recopilaron los datos clínicos, laboratoriales, estudios de imágenes y pruebas metabólicas obtenidas durante la hospitalización a partir de la historia clínica. Se analizaron las variables clínicas, bioquímicas y terapéuticas con fines descriptivos. **Resultado:** Recién nacida pretérmino de 32 semanas que presentó hipoglucemias recurrentes desde el nacimiento y posteriormente desarrolló distensión abdominal progresiva, intolerancia alimentaria y compromiso respiratorio, inicialmente manejada como sepsis neonatal. Ante la sospecha de obstrucción intestinal se realizó laparotomía exploratoria sin evidencia de lesión obstructiva mecánica. Durante la evolución presentó hiperamonemia severa (295,6 $\mu\text{mol/L}$), acidosis metabólica profunda (pH inicial 6,93; bicarbonato 4,9 mmol/L) e hiperlactatemia persistente (13–19 mmol/L). El estudio metabólico mostró marcada disminución de carnitina libre y múltiples especies de acilcarnitinas, además de alteraciones en aminoácidos plasmáticos y ácidos orgánicos urinarios. Se planteó como diagnóstico diferencial defectos de la β -oxidación de ácidos grasos, deficiencia múltiple de acil-CoA deshidrogenasa y enfermedad mitocondrial primaria, siendo esta última la hipótesis diagnóstica más probable debido a la persistencia de hiperlactatemia y la ausencia de un patrón característico de acumulación de acilcarnitinas. La paciente evolucionó con compromiso multisistémico progresivo, incluyendo enterocolitis necrosante, bloqueo auriculoventricular de segundo grado, coagulopatía y falla multiorgánica. Recibió manejo intensivo multidisciplinario, ventilación mecánica, soporte hemodinámico, nutrición parenteral y diálisis peritoneal. Se solicitó secuenciación del exoma completo; sin embargo, falleció antes de obtener la confirmación molecular. **Conclusiones:** Este caso evidencia la importancia de considerar los errores innatos del metabolismo dentro del diagnóstico diferencial de neonatos con deterioro multisistémico progresivo, especialmente cuando coexisten hiperamonemia y acidosis láctica persistente. El reconocimiento oportuno de estos hallazgos puede favorecer la realización temprana de estudios metabólicos especializados y orientar un abordaje diagnóstico y terapéutico precoz, incluso antes de disponer de la confirmación genética.

