

M7. USO DE OXÍGENO Y OBJETIVOS DE SATURACIÓN EN LA REANIMACIÓN NEONATAL DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS <32 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL: ESTUDIO MULTICÉNTRICO OBSERVACIONAL EN UNIDADES DE LATINOAMÉRICA. Susana Rodríguez, María Verónica Favareto, Ignacio Sosa, Marcelo Cardetti, Augusto Sola, Satyan Lakshminrusimha, Grupo SMART O₂ Sociedad Iberoamericana de Neonatología (SIBEN), UC Davis School of Medicine. Argentina. Email: veronicafavareto.siben@gmail.com

Introducción: La administración de oxígeno durante la reanimación neonatal requiere de un balance entre los riesgos de hipoxia e hiperoxia. Las Guías de Reanimación Internacionales han cambiado recientemente y para recién nacidos prematuros (RNPt) < 32 semanas de edad gestacional (SEG) las recomendaciones actuales sugieren comenzar la reanimación con una $FiO_2 \geq 0.3$ y luego titular la FiO_2 basados en la oximetría de pulso (SpO_2). En la actualidad es limitada la disponibilidad de datos en Latinoamérica que reflejen las prácticas reales del uso del oxígeno y el cumplimiento de los objetivos de SpO_2 durante la reanimación o estabilización de RNPt al nacer. **Objetivo:** Describir las prácticas clínicas relacionadas a la administración de O₂ en RNPt <32 SEG durante la reanimación/estabilización en sala de partos y evaluar el logro de la SpO_2 objetivo a los 5 minutos de vida. **Método:** Estudio multicéntrico observacional en 9 instituciones de 6 países de Latinoamérica (Argentina, Bolivia, Colombia, República Dominicana, México, Perú). Se incluyeron los RNPt < 32 SEG que requirieron O₂ al nacer. Las variables analizadas incluyeron: FiO_2 inicial y SpO_2/FiO_2 a los 5 minutos de vida. El resultado primario fue la frecuencia de RNPt con SpO_2 preductal dentro del rango objetivo (80 a 85%); adicionalmente se determinó la frecuencia de RNPt con SpO_2 <80%, SpO_2 86-95% y SpO_2 >95% a los 5 minutos en forma global y por subgrupos de EG, así como los ajustes de la FiO_2 realizados por los responsables de la reanimación. Los datos se presentan como estadísticos descriptivos a través de medidas de resumen y porcentajes. **Resultado:** Se incluyeron 173 RNPt < 32 SEG: 41 de ≤ 26 SEG, 35 entre 27 y 28 SEG y 97 entre 29 y 31 SEG. La mediana de peso al nacer fue de 1150g (550 a 1785 g), 57% (99) eran de sexo masculino y la mediana de Apgar al 1min fue de 5 (3 a 7) y a los 5 min fue de 7 (5 a 9). En el 71% de los casos (n 123) la FiO_2 inicial fue de 0.3 (rango 0.3 a 1.0). A los 5 minutos de vida, sólo 18% de los RNPt tenían SpO_2 80–85% (rango objetivo), 16% tenían SpO_2 < 80%, 49% entre 86-95% y en 17% la SpO_2 era > 95%. La FiO_2 se incrementó en el 55% de los casos y el 35% de los RNPt recibían una FiO_2 >0.6 a los 5 minutos. Entre los RNPt más inmaduros < 26 SEG, los resultados fueron similares, aunque ninguno recibió FiO_2 inicial de 0,21 y fue más frecuente el ascenso de FiO_2 durante los primeros 5 minutos tras el nacimiento (73%) En este subgrupo la SpO_2 < 80% ocurrió en el 29% de los casos. **Conclusiones:** En la mayoría de los RNPt <32 SEG se excedieron los objetivos de SpO_2 recomendados para los 5 minutos de vida, independientemente de la FiO_2 inicial. Esto sugiere una frecuente exposición potencial a hiperoxia y que son necesarias prácticas de mejoría de calidad en la administración inicial y titulación de FiO_2 en la sala de partos. Futuras investigaciones deberán incluir la condición del

niño al nacer y el tipo de soporte respiratorio recibido para establecer en forma integral una administración de O₂ que evite los daños provocados por la hipoxia y la hiperoxia.

M43. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y HALLAZGOS DEL ULTRASONIDO PULMONAR EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS CON DISPLASIA BRONCOPULMONAR Y SU ASOCIACIÓN CON LOS DISTINTOS GRADOS DE SEVERIDAD. Diana Laura Rodríguez Romero, Alejandra Sánchez Cruz; Dulce Hernández Velasco; Guadalupe Díaz Gómez, Blanca Ruiz Sierra, Karla Priscila Gómez Valadez, Fernando López Martínez. Instituto Mexicano del Seguro Social. México. Email: adiana.rodgz@gmail.com

Introducción: La displasia broncopulmonar (DBP) es una de las principales complicaciones respiratorias del recién nacido prematuro. El ultrasonido pulmonar es una herramienta no invasiva, reproducible y libre de radiación que permite evaluar de forma seriada los cambios pulmonares. Determinar su asociación con la gravedad de la DBP podría favorecer la vigilancia estrecha y la implementación oportuna de estrategias respiratorias individualizadas. **Objetivo:** Determinar la asociación entre los hallazgos del ultrasonido y los diferentes grados de severidad de la displasia broncopulmonar. Describir características clínicas, variables perinatales y postnatales, y patrones ecográficos; comparar sus puntajes y frecuencias entre grupos y evaluar su evolución longitudinal en los cinco momentos establecidos. **Método:** Estudio longitudinal, observacional, analítico y prospectivo realizado en recién nacidos menores de 32 semanas de gestación atendidos en una unidad de tercer nivel IMSS, UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 «Luis Castelazo Ayala», Ciudad de México, México. Se evaluaron características clínicas y perinatales, soporte respiratorio y hallazgos del ultrasonido pulmonar: línea pleural, líneas B, consolidaciones y puntaje semicuantitativo. Se efectuaron cinco evaluaciones a las 3 horas y a los 3, 7 y 14 días de vida, así como a las 36 semanas de edad postmenstrual o antes del egreso. La DBP se clasificó por gravedad de acuerdo a la clasificación de Jensen 2019. Las variables cuantitativas se resumieron con mediana y percentiles 25–75, y las cualitativas con frecuencias y porcentajes. La asociación con la severidad de la DBP se evaluó mediante Kruskal-Wallis para variables cuantitativas y Fisher-Freeman-Halton para cualitativas. El análisis longitudinal se realizó con Friedman y Q de Cochran (SPSS v32). **Resultado:** Se incluyeron 55 recién nacidos; se eliminaron siete, cinco por defunción antes de completar el seguimiento y dos por traslado. El análisis final incluyó 48 pacientes, a quienes se realizaron cinco ultrasonidos pulmonares, para un total de 240 estudios. La DBP se presentó en el 91.7 % (n = 44): grado I en el 75.0 % (n = 36), grado II en el 4.2 % (n = 2) y grado III en el 12.5 % (n = 6); el 8.3 % (n = 4) no desarrolló DBP. Los pacientes con DBP grado III fueron los de menor edad gestacional y peso al nacimiento, con medianas de 29 semanas (RIC: 29–31; p = 0.154) y 1,148 g (RIC: 883–1,359; p = 0.071), respectivamente. Los días de ventilación mecánica invasiva aumentaron con la gravedad: 1 día (RIC: 0–2) en el grupo sin DBP, 4 días (RIC: 1–10) en el grado I, 23 días (RIC: 17–29) en el grado II y 36 días (RIC: 11–52) en el grado III (p < 0.001). La atelectasia se presentó en el 25.0 % (n = 1), 69.4 % (n = 25), 100 % (n = 2) y 100 % (n = 6), respectivamente, con un valor limítrofe de significancia (p = 0.050). La sepsis tardía fue la única complicación sistémica con diferencias significativas

entre los grupos ($p = 0.036$). Los puntajes del ultrasonido pulmonar fueron similares durante las primeras dos evaluaciones. A los siete días se encontraron diferencias entre los grupos: 8 puntos (RIC: 7–8) sin DBP, 10 (RIC: 8–11) en el grado I, 8 (rango: 6–9) en el grado II y 12 (RIC: 10–12) en el grado III ($p = 0.019$). A las 36 semanas de edad postmenstrual o antes del egreso, los puntajes fueron 6 (RIC: 6–7), 9 (RIC: 8–10), 10 (rango: 9–11) y 12 (RIC: 12–15), respectivamente ($p < 0.001$). El puntaje disminuyó longitudinalmente en los pacientes sin DBP ($p = 0.049$) y con DBP grado I ($p < 0.001$), mientras que permaneció elevado en aquellos con DBP grado III ($p = 0.529$). A los siete días se encontraron diferencias en el grosor pleural ($p = 0.004$), las líneas B ($p = 0.013$) y las consolidaciones ($p = 0.049$). En la evaluación final se identificaron diferencias en las líneas B ($p < 0.001$) y las consolidaciones ($p = 0.009$); estas últimas se presentaron en el 66.7 % ($n = 4$) de los pacientes con DBP grado III, en el 22.2 % ($n = 8$) con grado I y en el 0 % ($n = 0$) de los grupos sin DBP y con DBP grado II. **Conclusiones:** Los hallazgos y el puntaje semicuantitativo del ultrasonido pulmonar seriado se asociaron con la gravedad de la DBP, con diferencias entre los grupos a partir del séptimo día de vida y más evidentes a las 36 semanas de edad postmenstrual o antes del egreso. La disminución progresiva del puntaje caracterizó a los pacientes sin DBP y con DBP grado I, mientras que los pacientes con DBP grado III mantuvieron puntuaciones elevadas y una mayor frecuencia de consolidaciones en la evaluación final. Estos resultados respaldan el uso del ultrasonido pulmonar como herramienta no invasiva y libre de radiación para la vigilancia evolutiva del daño pulmonar y la identificación de pacientes con mayor gravedad, lo que puede favorecer la implementación oportuna de estrategias respiratorias y terapéuticas

M44. RESULTADOS CLÍNICOS DEL USO DE CÁNULA RAM VERSUS PRONGS BINASALES CORTOS EN SOPORTE VENTILATORIO NO INVASIVO EN PREMATUROS MENORES DE 32 SEMANAS CON SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN DOS INSTITUCIONES DE CALI, COLOMBIA, 2023–2024. Ingrith Viviana Hoyos García, Julián Armando Corredor Pesca, Javier Torres Muñoz. Universidad del Valle. Colombia. Email: ingrith.hoyos@correounivalle.edu.co

Introducción: La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) constituye hoy el estándar de manejo respiratorio del recién nacido prematuro con síndrome de dificultad respiratoria (SDR). Tradicionalmente, los prongs binasales cortos (PBC) han sido la interfaz de elección; sin embargo, en los últimos años el uso de la cánula RAM ha incrementado, especialmente en países de bajos y medianos ingresos, debido a que proporciona mayor confort al paciente y facilita su utilización. No obstante, esta interfaz presenta un porcentaje de fuga intencional que genera incertidumbre sobre la transmisión efectiva de la presión y, en consecuencia, sobre la generación del volumen tidal. **Objetivo:** El objetivo del estudio fue comparar los desenlaces clínicos, principalmente la falla de la ventilación mecánica no invasiva, en prematuros ≤ 32 semanas con SDR tratados con cánula RAM versus prong binasales cortos. **Método:** Se realizó un estudio observacional de cohorte retrospectiva en dos unidades neonatales de Cali, Colombia, entre enero de 2023 y diciembre de 2024. Se incluyeron neonatos con edad gestacional ≤ 32 semanas y peso al nacer < 1500 g con diagnóstico de SDR que requirieron VMNI mediante cánula RAM o PBC. Se excluyeron pacientes con malformaciones congénitas

mayores y aquellos nacidos fuera de las instituciones participantes. La falla de la VMNI se definió como la necesidad de intubación endotraqueal por causa respiratoria durante las primeras 72 horas desde el inicio del soporte no invasivo, cumpliendo al menos uno de los siguientes criterios: apnea significativa o recurrente, bradicardia o desaturación asociada a apnea, hipoxemia sostenida, hipercapnia con insuficiencia ventilatoria o trabajo respiratorio excesivo. Para controlar la confusión por covariables medidas se realizó un emparejamiento 1:1 mediante propensity score con el algoritmo del vecino más cercano, un calíper de 0,05 y restricción al soporte común. El modelo incluyó edad gestacional, peso al nacer, puntaje de Apgar a los 5 minutos, administración de esteroides antenatales y necesidad de reanimación neonatal. El balance entre los grupos se evaluó mediante diferencias medias estandarizadas y el efecto de la exposición se estimó como el efecto promedio del tratamiento en los tratados (Average Treatment Effect on the Treated, ATET). **Resultado:** De 925 neonatos admitidos en las unidades neonatales, 170 cumplieron los criterios de inclusión; 105 recibieron cánula RAM y 65 PBC. El emparejamiento mediante propensity score logró un adecuado balance entre los grupos, reduciendo el sesgo estandarizado medio de 50,2 % a 6,6 %. En el análisis no ajustado, la falla fue significativamente más frecuente en el grupo RAM que en el grupo PBC (48,6 % [51/105] vs. 29,2 % [19/65]; $p=0,020$). Tras el emparejamiento no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la falla de la VMNI (ATET: 0,086; IC95 %: -0,095 a 0,266; $p=0,352$), ductus arterioso persistente (ATET: -0,035; IC95 %: -0,213 a 0,144; $p=0,704$), displasia broncopulmonar (ATET: -0,124; IC95 %: -0,346 a 0,098; $p=0,274$), mortalidad hospitalaria (ATET: -0,029; IC95 %: -0,260 a 0,203; $p=0,809$), estancia hospitalaria (ATET: 4,37 días; IC95 %: -8,60 a 17,34; $p=0,509$) ni en el número de dosis de surfactante (ATET: -0,068; IC95 %: -0,292 a 0,156; $p=0,551$). En contraste, los neonatos tratados con cánula RAM requirieron, en promedio, 17,84 días adicionales de oxígeno suplementario (ATET: 17,84 días; IC95 %: 7,22 a 28,45; $p=0,001$). **Conclusiones:** El análisis no ajustado mostró una mayor frecuencia de falla de la VMNI y mortalidad en el grupo tratado con cánula RAM; sin embargo, estas diferencias desaparecieron tras el ajuste mediante propensity score, lo que sugiere que estaban determinadas principalmente por diferencias en la gravedad clínica basal y no por la interfaz utilizada. Estos resultados son consistentes con la evidencia disponible. Hochwald y colaboradores demostraron la no inferioridad de la cánula RAM frente a los PBC, Kumar y colaboradores, en un metaanálisis de cinco ensayos clínicos aleatorizados, tampoco encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas interfaces en los principales desenlaces respiratorios. En esta cohorte retrospectiva de prematuros ≤ 32 semanas con SDR, el uso de la cánula RAM no se asoció con diferencias en la falla de la VMNI ni en los principales desenlaces clínicos tras el ajuste. En contraste, se observó una mayor duración del requerimiento de oxígeno suplementario en los neonatos tratados con esta interfaz, hallazgo que requiere confirmación en estudios prospectivos debido a la posible confusión residual derivada de diferencias institucionales no medidas. Como fortalezas, este estudio representa la primera cohorte latinoamericana que compara estas interfaces durante la VMNI utilizando métodos de inferencia causal y que logró un adecuado balance entre los grupos tras el emparejamiento, aportando una base de evidencia clínica local para el desarrollo de investigaciones prospectivas, multicéntricas y aleatorizadas. Entre sus limitaciones se

encuentran el diseño retrospectivo, la asignación de la interfaz determinada por la institución tratante y la posibilidad de confusión residual por variables no medidas.

M35. EVOLUCIÓN DE LA SOBREVIDA EN RN < 1500 GRAMOS: 8 AÑOS DE LA RED SIBEN.

Marcelo Cardetti, Franco Martínez, Susana Rodríguez, Augusto Sola y miembros de la RED SIBEN. Argentina Email: susana.rodriguez@siben.net

Introducción: El trabajo en red en salud neonatal se fundamenta en la libre cooperación entre unidades que realizan igual labor y que comparten los datos necesarios para un análisis conducente al informe y reporte de resultados colectivos. SIBEN, comprometido desde hace años con este enfoque, ha desarrollado una red de cooperación entre unidades neonatales de Latinoamérica, para sistematizar la recolección de datos de la atención neonatal, elaborar la información y priorizar acciones de mejora en el cuidado de los recién nacidos y sus familias. La RED SIBEN lleva 8 años consecutivos realizando esta tarea; en la actualidad participan 45 unidades de 10 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay). Si bien existe amplia variabilidad entre regiones y unidades y durante estos años ha habido cambios en los participantes, se elaboran indicadores anuales que dan cuenta de la situación general de resultados neonatales en Latinoamérica. En este contexto nos preguntamos si la situación global de la supervivencia de RN <1500 g. ha mostrado cambios con el paso del tiempo. **Objetivo:** Comparar la evolución global y por edad gestacional de RN reportados a la RED SIBEN durante 2 periodos de 4 años cada uno: inicial 2018 a 2021 y reciente 2022 a 2025. Describir las tasas de sobrevida y causas de muerte en ambos periodos. **Método.** Se analizó la información de los datos almacenados durante 8 años en la base de la RED SIBEN para RN < 1500g o ≤ 34 semanas de edad gestacional (SEG) y se subdividieron en dos grupos: 2018-2021 (1) y 2022-2025 (2). El análisis incluyó número de RN reportados, EG, peso al nacer, género, vía de parto, gemelaridad, uso de corticoides prenatales, RN fallecidos antes del egreso y causa de muerte. Se calcularon tasas de sobrevida global y por EG y contribución a la mortalidad según causa de muerte para cada subgrupo. Las comparaciones se realizaron según tablas de contingencia y χ^2 . **Resultados:** Analizamos datos de 12.797 RN en 8 años, 6.878 RN en el período 1 o inicial y 5.919 RN en período 2 o reciente. Los grupos fueron comparables en EG, peso al nacer, género, tasa de gemelaridad y frecuencia de cesáreas. La administración de corticoides prenatales en el grupo ≤ 34 SEG se mantuvo deficiente y estable en ambos periodos (62% y 67%). La sobrevida en RN < 1500 g aumentó significativamente en el período 2 de 65% a 75% ($p < 0.001$). La tabla muestra mejoría a cada SEG, excepto para los RN <24 SEG.

	Tasa sobrevida 2018-2021 (n 6878)	Tasa sobrevida 2022-2025 (n5919)	Valor p	Diferencia en %
RN <1500g	65% IC 95% 64 -66.3%	75% IC 95% 73.5- 75.7%	<0.001	10%
RN 22 SEG	2.9%	10%	NS	-
RN 23 SEG	8.5%	7.5%	NS	-
RN 24 SEG	12.9%	20.2%	0.03	7.3%
RN 25 SEG	25.8%	39.7%	< 0.001	13.9%

RN 26 SEG	36.1%	54.4%	<0.001	18.3%
RN 27 SEG	53.4%	66.3%	<0.001	12.9%
RN 28 SEG	64.3%	75.1%	<0.001	10.8%
RN 29 SEG	70.9%	82.6%	<0.001	11.7%
RN 30 SEG	77.3%	86.9%	<0.001	9.6%
RN 31 SEG	83.6%	88.7%	<0.01	5.1%
RN 32 SEG	83.3%	88.9%	0.004	5.6%
RN 33 SEG	88.9%	91.5%	NS	-

En relación con la contribución a la mortalidad según causas hubo un descenso de la hemorragia pulmonar y cerebral en el segundo periodo, con aumento relativo en las causas sepsis e insuficiencia respiratoria. **Conclusiones:** la sobrevida mejoró significativamente en los 12.797 RN <1500 gr en unidades de Latinoamérica que reportaron a la RED SIBEN. Para aquellos RN de 23 o menos SEG la posibilidad de sobrevivir son casi nulas. Este reporte no incluye la variabilidad entre centros ni datos de morbilidad, que están disponibles en la RED SIBEN. Sin embargo, esta información es muy favorable y alienta a continuar trabajando para optimizar los cuidados de los recién nacidos más vulnerables. Asimismo, es imperioso implementar acciones para que aumente la tasa de administración de corticoides prenatales. Comentario final: transformar datos en información y llevar adelante acciones eficientes enfocadas en prioridades es de valor y posible gracias al esfuerzo colectivo de un grupo de profesionales que participan en la RED SIBEN y aportan sus datos en forma confidencial pero generosa para la construcción de evidencia.

M72. VALOR PRONÓSTICO DE LA EVOLUCIÓN DEL PATRÓN ELECTROENCEFALOGRAFIA DE AMPLITUD INTEGRADA DURANTE EL NEUROMONITOREO EN NEONATOS CON ENCEFALOPATÍA DE DIFERENTES ETIOLOGÍAS: ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO. Rosa Ysabel Alvarado Merino, Elsie Sarita Valiente Saldaña, Jorge Ureta Quispe, Gisell Milagros Lara Sánchez, María Del Pilar Medina Alva. Instituto Nacional Materno Perinatal. Perú. Email: rmerino62@gmail.com

Introducción: La encefalopatía neonatal constituye una causa importante de morbimortalidad y puede tener etiologías hipóxico-isquémicas, infecciosas, metabólicas, estructurales y epilépticas, entre otras. El electroencefalograma de amplitud integrada (EEGa) permite caracterizar la actividad cerebral y detectar crisis eléctricas, pero su valor pronóstico puede depender no solo del patrón inicial, sino también de su evolución durante el neuromonitoreo. Evaluar los cambios seriados del patrón EEG podría aportar un biomarcador dinámico de

riesgo de muerte durante la hospitalización **Objetivo:** Determinar si la evolución del patrón EEGa durante el neuromonitoreo se asocia con mortalidad hospitalaria en neonatos con encefalopatía de diferentes etiologías. Se planteó como hipótesis que la mejoría del patrón EEGa se asociaría con menor mortalidad, mientras que la persistencia o el empeoramiento se asociarían con mayor mortalidad. **Método:** Estudio observacional retrospectivo basado en la integración y depuración de tres bases de datos de neonatos sometidos a neuromonitoreo EEGa. Se eliminaron registros duplicados mediante la identificación por historia clínica y se consolidó la información disponible de cada paciente. Se incluyeron para el análisis pronóstico los neonatos con diagnóstico de encefalopatía, patrón EEGa inicial y finales documentados y desenlace hospitalario conocido. Las variables principales fueron edad gestacional, peso al nacimiento, etiología/diagnóstico, patrón EEGa inicial y final, evolución del patrón, crisis eléctricas y clínicas y mortalidad hospitalaria. La evolución EEGa se clasificó, de acuerdo con la dirección del cambio entre los patrones registrados, como mejoría, sin cambio o empeoramiento; los casos sin información suficiente no se clasificaron. El desenlace fue egreso vivo o fallecimiento. Se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y la prueba exacta de Fisher para la comparación exploratoria de mortalidad según evolución EEGa. Se estimó la magnitud de asociación mediante odds ratio con intervalo de confianza del 95%, utilizando corrección de Haldane-Anscombe ante celdas con frecuencia cero. Se utilizaron herramientas de IA para el análisis estadístico con la debida verificación manual de los datos. **Resultado:** Se identificaron 111 neonatos únicos después de la integración de las tres bases. Se encontraron 74 pacientes con patrón EEGa inicial y final documentados; 41 correspondieron a neonatos con encefalopatía. Tras la revisión exhaustiva de los casos y la recuperación de información de desenlace disponible en las fuentes originales, 32 pacientes constituyeron la cohorte pronóstica, con 25 egresos vivos y 7 fallecidos. En esta cohorte, 15 pacientes presentaron mejoría del patrón EEGa, 10 permanecieron sin cambio, 4 presentaron empeoramiento y 3 no pudieron clasificarse. Entre los pacientes con desenlace conocido y evolución clasificable, la mortalidad fue 0% (0/15) en quienes presentaron mejoría, 40% (4/10) en quienes permanecieron sin cambio y 75% (3/4) en quienes presentaron empeoramiento. Al agrupar mejoría frente a no mejoría, se observó una asociación exploratoria estadísticamente significativa con menor mortalidad (prueba exacta de Fisher, $p=0,002$); la OR corregida fue 0,03 (IC95% 0,002–0,64). **Conclusiones:** En esta cohorte retrospectiva de neonatos con encefalopatía de diferentes etiologías, la evolución del patrón EEGa durante el neuromonitoreo mostró una asociación con la mortalidad hospitalaria. La mejoría del patrón se observó exclusivamente entre los sobrevivientes, mientras que el empeoramiento se concentró predominantemente entre los fallecidos. Estos hallazgos apoyan el potencial del EEGa seriado como biomarcador dinámico de pronóstico neonatal. Debido al tamaño muestral y al carácter retrospectivo del estudio, los resultados deben considerarse preliminares y requieren validación en una cohorte mayor con ajuste por gravedad de la encefalopatía, etiología y otras variables clínicas.

E15. PEQUEÑOS CAMBIOS, NUEVAS PRÁCTICAS: IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE ALIMENTACIÓN BASADO EN SEÑALES EN PREMATUROS. Nicolás Pons, Andrea

Gómez. Unidad de Neonatología, Hospital Regional Salto. Uruguay. Email: neonatologiahrs2020@gmail.com

Introducción: La nutrición neonatal segura es fundamental para el crecimiento, la salud y el neurodesarrollo del recién nacido prematuro. En la Unidad de Neonatología del Hospital Regional Salto (Uruguay) se implementó un modelo de alimentación individualizado, basado en señales, respetando el ritmo del bebé y promoviendo la participación de la familia. Este trabajo describe la transición hacia dicho modelo y sus resultados clínicos, destacando el rol del equipo de enfermería y su contribución a una atención segura, individualizada y centrada en las necesidades del prematuro. **Objetivo:** Describir el proceso de transición desde un modelo estructurado de alimentación oral hacia un modelo individualizado y basado en señales en recién nacidos prematuros en la Unidad de Neonatología del Hospital Regional Salto y caracterizar los resultados clínicos alcanzados durante dicha transición. **Método:** La estrategia de implementación se organizó en cuatro pilares: formación del equipo asistencial, participación de la familia, seguridad y adecuación de los recursos para la alimentación, y estandarización y registro del cuidado. Se realizó una serie de casos descriptiva, con recolección retrospectiva de datos mediante la revisión de historias clínicas registrándolos en una planilla Excel. Se incluyeron 41 recién nacidos prematuros menores o iguales a 34 semanas de edad gestacional al nacer, hospitalizados entre enero de 2025 y abril de 2026, que iniciaron y/o completaron la alimentación oral durante su internación. Se excluyeron aquellos con malformaciones congénitas mayores, alteraciones neurológicas y quienes completaron la transición a la vía oral en su hospital de origen. En este resumen se presentan las variables: tipo de alimentación al ingreso y egreso, días de transición, edad gestacional corregida y peso al alcanzar la alimentación oral total, estratificadas según la edad gestacional al nacer. Se realizó análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central y dispersión. Se contó con aprobación institucional manteniendo la confidencialidad de los datos de los usuarios. **Resultado:** Formación del equipo de enfermería: entre 2021 y 2024 se desarrolló una curva de aprendizaje y, desde 2025, se reformuló el protocolo institucional, sustituyendo horarios y volúmenes fijos por acciones individualizadas basadas en la observación de cada niño. Se realizaron capacitaciones en alimentación basada en señales y su implementación fue progresiva en la práctica diaria. Desarrollo de tecnologías leves. Participación de la familia: se promovió la presencia familiar las 24 horas, educación sobre señales del recién nacido, lactancia materna y contacto piel a piel, y participación en la toma de decisiones y alimentación. Aplicación de encuestas de satisfacción. Seguridad y calidad de los recursos: desde 2018 se adquieren insumos de nutrición enteral seguros y de calidad, incluyendo fijación individualizada de la sonda gástrica y bombas de infusión específicas. Estandarización y registro del cuidado: se incorporaron indicaciones de enfermería escritas y documentación del volumen ingerido por biberón y/o SNG, pecho directo, sueño/vigilia y ganancia de peso diaria. Resultados estratificados por edad gestacional. Subgrupo de menores de 28 semanas: (n=1), la alimentación oral total se alcanzó a las 36,29 semanas de EGC, a los 11 días de transición y con un peso de 2090 gramos; egresó con lactancia materna. Subgrupo de 28 a 31+6 semanas (n=12), la EGC al alcanzar la alimentación oral total fue en promedio de $34,92 \pm 1,51$ semanas (mediana 34+5; rango 32+5–38), con un tiempo de transición promedio de $9,17 \pm 3,10$ días

(mediana 8,5; rango 6–15) y un peso promedio de $2057,5 \pm 207,9$ gramos (mediana 2085; rango 1680–2380). El 83,3% egresaron con lactancia materna. Subgrupo de 32 a 33+6 semanas ($n=16$), la EGC al alcanzar la alimentación oral total fue en promedio de $34,22 \pm 0,83$ semanas (mediana 34+1; rango 33+1–36+2), tiempo de transición promedio de $6,56 \pm 3,88$ días (mediana 7,5; rango 0–12) y un peso promedio de $2055,0 \pm 207,8$ gramos (mediana 2015; rango 1740–2480). El 100% egresó con lactancia materna. Subgrupo de 34 semanas ($n=12$), la EGC al alcanzar la alimentación oral total fue en promedio de $34,13 \pm 0,30$ semanas (mediana 34; rango 34–35), tiempo de transición promedio de $0,42 \pm 1,44$ días (mediana 0; rango 0–5) y un peso promedio de $2188,3 \pm 268,6$ gramos (mediana 2195; rango 1740–2510). El 100% egresó con lactancia materna. **Conclusiones:** Se logró describir la transición hacia un modelo individualizado y basado en señales. El cambio fue posible mediante liderazgo de enfermería, trabajo interdisciplinario y pequeños cambios sostenidos en el tiempo, transformando progresivamente la asistencia hacia una atención centrada en el desarrollo del recién nacido y la participación de la familia, favoreciendo además la lactancia materna al alta.

E17. MIENTRAS ELLA LLORABA, YO NO SABÍA QUÉ HACER CON MI PROPIO DOLOR: UNA APROXIMACIÓN FENOMENOLÓGICA AL DUELO PERINATAL EN LOS HOMBRES.

Javier Alonso Bula Romero, Saray Lucia Padilla Argel Y Carolina Yandith Quintero Romero
Universidad De Córdoba-Montería Colombia, Colombia . Email: javierbula@correo.unicordoba.edu.co

Introducción: La literatura científica sobre el duelo perinatal ha descrito durante décadas las experiencias de dolor que enfrentan las mujeres, sin embargo, las experiencias de los hombres, quienes también atraviesan la misma pérdida, generalmente ha permanecido en un segundo plano, apenas nombrada y pocas veces escuchada. Frente a este vacío teórico, la presente investigación se propuso describir las experiencias vividas por hombres que tuvieron una pérdida perinatal, no para medir su dolor, sino para comprenderlo desde dentro, en sus propias palabras y desde sus propios silencios. **Objetivo:** Comprender el significado que otorgan los hombres a la experiencia de una pérdida perinatal. **Método:** Se realizó un estudio cualitativo de tipo descriptivo, con una aproximación fenomenológica orientado a partir del método propuesto por Colaizzi. Los hallazgos se interpretaron, además, a la luz de los existenciales propuestos por el filósofo Litauano Emmanuel Lévinas, el Rostro del otro, el Decir y lo Dicho, el “Heme aquí” y la Proximidad al otro; como una experiencia de la ética del cuidado humano ante el sufrimiento. Este estudio describió como un grupo de hombres aprendieron a habitar el duelo perinatal desde la penumbra, sosteniendo a quienes amaban mientras aprendían —muchas veces solos— a sostenerse a sí mismos. Los participantes de estudio fueron 6 hombres cisgénero, heterosexuales que habían atravesado la experiencia de una pérdida perinatal. Todos ellos fueron entrevistados entre mayo y agosto de 2026, previo consentimiento informado de cada participante. **Resultado:** Del análisis fenomenológico emergió una categoría central denominada: “Situarse en la penumbra de un eclipse: una manera de enmascarar mi dolor y mi sufrimiento tras la pérdida perinatal”, que analizada a la luz del pensamiento Lévinasiano, devela todo aquello que esconde un padre que desde su propia fragilidad expone un rostro que dice “no me abandones” y reclama con ello, una respuesta de

cuidado compasivo de quienes lo rodean. Los hombres de este estudio mostraron un rostro que sufría en silencio, un rostro que casi nadie miró; sintiéndose muchas veces desamparados, especialmente por parte de las enfermeras, quienes rara vez les hablaron o los consolaron. Sólo se les sostuvo en su rol de acompañantes, despojando, casi sin quererlo, el derecho a ser vistos como alguien que también sufría la pérdida perinatal y que pueden legítimamente, pedir ser sostenidos emocionalmente. Ese despojo se agudizó más, cuando la pérdida, era la de un hijo primogénito: ahí el dolor se volvió más denso, más difícil de nombrar, más difícil de esconder; y, sin embargo, se escondía ante la mirada de su esposa, su núcleo familiar y los amigos más cercanos. Entre ese dolor y la posibilidad de decirlo, se interponía, una y otra vez, el mismo mandato social: “tengo que ser fuerte por ella”, ¡no puedo quebrantarme! En este sentido, el dolor que habitaba en los hombres, pocas veces alcanzó a convertirse en una palabra dicha, en relato compartido o en un duelo que debería ser nombrado en voz alta.

Conclusiones: Este estudio revela que el duelo perinatal masculino se aprende a ocultar bajo el peso del mandato de la masculinidad, que exige en los hombres fortaleza y disponibilidad permanente para su pareja. Este estudio evidencia la necesidad de acompañar a los hombres en su propio rol de apoyo a sus parejas, y de revisar las formas de acompañar el duelo perinatal masculino por parte del personal hospitalario, marcado por el desamparo y el silencio de quienes debían sostenerlos a ellos también. En conjunto, estos hallazgos invitan a repensar el acompañamiento en duelo perinatal masculino para que reconozca el rostro del padre, que, en su fragilidad reclama ser visto. Acompañar a transitar la zona de penumbra donde se sitúa el dolor masculino, no significa restarle sostén a quienes también lo necesitan, sino ampliar el espacio de quienes tienen derecho a ser vistos, escuchados y acompañados durante esta experiencia.