

ANDES PEDIATRICA

REVISTA CHILENA DE PEDIATRÍA

Indexada en Medline/PubMed desde 2014

Volumen 93, Suplemento N° 2 Diciembre 2022

ISSN: 2452-6045 / www.scielo.cl





1922

ANDES PEDIATRICA

REVISTA CHILENA DE PEDIATRÍA

Indexada en Medline/PubMed desde 2014

Volumen 93, Suplemento N° 2 Diciembre 2022

ISSN: 2452-6045 / www.scielo.cl



Publicación oficial de la
Sociedad Chilena de Pediatría

PUBLICADA DESDE 1930

ANDES PEDIATRICA, es la publicación oficial de la Sociedad Chilena de Pediatría desde 1930. En ella se publican Artículos Originales, Casos Clínicos, Actualidades y Artículos de Revisión de interés para la especialidad, así como, documentos emitidos por las Ramas y Comités de la Sociedad.

Se publica en forma bimestral y se puede encontrar a texto completo en www.scielo.cl
Se encuentra registrada en Index Medicus Latino-Americano (IMLA), Embase Excerpta Medica Database, Periódica, Scientific Electronic Library Online (www.scielo.cl), Scopus (www.scopus.com), Free medical journal (www.freemedicaljournals.com). Indexada en Medline/PubMed desde 2014.

ISSN 2452-6045 (versión escrita), ISSN 2452-6053 (versión electrónica).

Encuéntrenos en:



SOCHIPE



Scielo Chile



PubMed



Medes

Representante Legal: Rosanna Faúndez Herrera
Eduardo Castillo Velasco 1838, Ñuñoa, Casilla 593-11
Tels. (56-2) 22371598 - 22379757, Santiago, Chile
www.sochipe.cl

VALORES 2022

Subscripción Nacional

Valor Anual	\$ 90.000
Número único año 2021	\$ 15.400
Número único año 2020	\$ 14.600
Número único otros años	\$ 11.000
Becados y profesionales de la salud	\$ 53.000

International subscription rates

Air mail Americas	US\$ 250
Air mail other regions	US\$ 300

Valores no incluyen IVA.

Contacto para suscripción: socios@sochipe.cl

Venta de publicidad:
Sociedad Chilena de Pediatría

Andes Pediatría
Sitio Web: www.revistachilenadepediatria.cl
E-mail: andespediatria@sochipe.cl

Director-Editor

Francisco Cano Schuffeneger
*Profesor Titular, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile*

Sub Director Coeditor

Paul Harris Diez
*Profesor Titular, Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Católica de Chile*

Editor Emérito

Carlos Toro Álvarez
*Profesor Titular, Facultad de Medicina
Universidad de Chile*

Comité Editorial

Luisa Schonhaut Berman
*Profesor de Pediatría, Facultad de Medicina,
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.*

Teresa Millán Klüsse
*Profesor Asociado, Departamento de Pediatría y
Cirugía Infantil Occidente, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.*

Ana Zepeda Ortega
*Profesor Adjunto, Facultad de Medicina,
Escuela de Tecnología Médica, Campus San Felipe,
Universidad de Valparaíso.*

Daniela Krämer Hepp
*Profesor Agregado, Departamento
de Dermatología, Universidad de Chile.
Hospital Luis Calvo Mackenna.*

Andrea Beckhaus Faccin
*Unidad de Enfermedades Respiratorias del Niño
Pontificia Universidad Católica de Chile.*

Pablo Cruces Romero
*Profesor Asistente, Facultad de Ciencias de la Vida,
Universidad Andrés Bello.*

Patricia Mena Nannig
*Profesor Titular Adjunto, Pontificia Universidad
Católica de Chile.*

Gerardo Weisstaub
*Profesor Asistente, Instituto de Nutrición y
Tecnología de los Alimentos.
Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil
Centro, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.*

Lillian Bolte Marholz
*Profesor Adjunto, Departamento de Pediatría y
Cirugía Infantil Norte, Universidad de Chile.*

Carolina Heresi Venegas
*Profesor Asistente, Departamento de Pediatría
y Cirugía Infantil Norte, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.*

Franco Díaz Rubio
*Unidad de Paciente Crítico Pediátrico,
Hospital El Carmen de Maipú.*

Macarena Gajardo Zurita
*Unidad de Nefrología Pediátrica, Unidad de
Tratamiento Intermedio, Hospital Roberto del Río.
Docente Universidad de Chile.*

Macarena Lizama Calvo
*Profesora Asociada, Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Católica de Chile.*

Comité Editorial Internacional

Eduardo Bancalari M.D.
University of Miami School of Medicine

Ricardo Uauy, M.D.
*London School of Hygiene and Tropical Medicine,
University of London*

Fernando D. Martínez, M.D.
The University of Arizona

Sergio Stagno, M.D.
*Department of Pediatrics,
University of Alabama at Birmingham*

Gastón Zilleruelo, M.D.
Miller School of Medicine, University of Miami

Fernando Moya, M.D.
*New Hanover Regional Medical Center Coastal
Carolina Neonatology, PLLC*

Asesores Editoriales de Sección

Artículos Originales

Arturo Borzutzky
Pontificia Universidad Católica de Chile

Daniel Springmuller
Pontificia Universidad Católica de Chile

Marta Azócar
H. Luis Calvo Mackenna, Universidad de Chile

José Miguel Herrera
Universidad Andrés Bello, Clínica Indisa

Guillermo Lay-Son
Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo

Mariangela Maggiolo Landaeta
Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Casos Clínicos

Pedro-José López E.
*H. Exequiel González Cortés,
Clínica Alemana*

Luis Cárdenas M.
*H. Luis Calvo Mackenna,
Universidad de Chile*

María Luisa Ceballos
*H. Luis Calvo Mackenna,
Universidad de Chile*

Imágenes

Florencia de Barbieri M.
Pontificia Universidad Católica de Chile

Isabel Fuentealba F.
H. Luis Calvo Mackenna, Clínica Alemana

Dimitri Parra R.
*The Hospital for Sick Children, University of
Toronto, Canadá*

Lizbet Pérez
H. José Joaquín Aguirre, Universidad de Chile

Ximena Ortega
Clínica las Condes, Universidad de Chile

Aníbal Espinoza Gamboa
*H. San Borja Arriarán/Universidad de Chile.
Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo*

Asistente Editorial

Jennifer Montecinos Candia

Sociedad Chilena de Pediatría

Miembro de la Asociación Latino Americana de Pediatría (ALAPE) y de la International Pediatric Association (IPA)

Directorio 2021-2022

Presidenta

Rossana Faúndez H.

Vicepresidente

Jorge Fabres B.

Secretario General

Jorge Carrasco V.

Tesorero

Ricardo Ávila R.

Secretaría de Actas y Reglamentos

Marcela Godoy P.

Past President

Teresa Alarcón O.

Director

Leonor Schenone C.

Director

Italo Rossi S.

Directora

Carolina Méndez B.

Directora

Loreto Podestá L.

Directora

Alejandra Zamorano W.

Directora

Mónica González Y.

Representante de Ramas y Comités

Leonor Schenone C.

Alejandra Zamorano W.

Secretaría de Socios

Mónica González Y.

Representante Secretaría de Educación Continua

Teresa Alarcón O.

Presidente Secretaría de Educación Continua

Oscar Herrera G.

Presidente Comisión de Investigación

Catalina Le Roy O.

Editora Revista

Estetoscopio y Sitio Web

Jimena Maluenda P.

Editor Diario Mi Hijo

Francisco Moraga M.

Presidentes de Filiales

Zona Norte:

Arica:

Leonor Schenone C.

Iquique:

Orquidea Arredondo B.

Antofagasta:

Claudia Rojo L.

El Loa:

Francisco Pérez D.

Atacama:

Yohanna Rincón O.

La Serena:

Felipe Slater C.

Valparaíso:

Claudio Cisterna S.

Aconcagua:

Gustavo Espinoza V.

Zona Sur:

O'Higgins:

Rosa Martínez B.

Maule:

Ruth Muñoz E.

Ñuble:

Juan Infante M.

Concepción:

Carolina Gajardo S.

Bío-Bío:

Pamela Navarrete C.

Araucanía:

Paulina Venegas N.

Los Lagos:

Marcela González P.

Los Ríos:

Loreto Podestá L.

Aysén:

Marco Reyes M.

Punta Arenas:

Alberto Martínez P.

Presidentes de Ramas

Adolescencia

Claudia Sagredo B.

Anatomía Patológica

Luis Velozo P.

Atención Primaria

Inés Guerrero M.

Cardiología Infantil

Carlos Fernández C.

Dermatología

María Angélica Macías E.

Endocrinología y Diabetes

Carolina Sepúlveda R.

Enfermedades Respiratorias

María Angélica Palomino M.

Gastroenterología

Yalda Lucero A.

Genética

Esteban San Martín L.

Ginecología

María Rosa Olguí D.

Hematología-Oncología

Marcela Córdova A.

Infectología

Leonor Jofré M.

Inmuno-Reumatología

Pamela Morales M.

Intensivo Pediátrico

Adriana Diettes G.

Medicina del Deporte

Paulo Valderrama E.

Nefrología

Luis Bofill Chávez

Neonatología

Carolina Méndez B.

Neurología

Claudia Amarales O.

Nutrición

Claudia Torrejón S.

Oftalmología

Pablo Altschawer K.

Pediatría Ambulatoria

René Soto W.

Pediatría Hospitalista

Carmen Gloria Marambio Q.

Salud Mental

Loreto Podestá L.

Presidentes de Comités

Arte y Cultura

María Eugenia Ávalos

Becados

Sebastián Arrieta E.

Deglución

Teresa Alarcón O.

Emergencias Pediátricas

Ida Concha M.

Ética

Inés Araneda A.

Hepatología

María Paz Muñoz F.

Lactancia Materna

Macarena Moya I.

Medios y Salud Infantojuvenil

Francisco Moraga M.

NANEAS

José Urrea A.

Parasitología

Isabel Noemi H.

Pediatría Social

Iván Silva L.

PINDA

Julia Palma B.

Salud Ambiental Infantil

Sandra Cortés A.

Seguimiento RN Alto Riesgo

Ivonne Dapremont O.

Seguridad Niño Pasajero

Sergio Rendich S.

SIDA

Elba Wu H.

ANDES PEDIATRICA
REVISTA CHILENA DE PEDIATRIA
Volumen 93, Suplemento No 2 Diciembre 2022
Volume 93, Supplement No 2, December 2022

Presentación _____	9
Trabajos Libres Neonatología _____	11
Indice autores _____	42

Editora Invitada:
Dra. Rossana Faúndez H.

Nota: Los resúmenes fueron reproducidos utilizando los originales enviados por cada uno de los autores.

LA EXPERIENCIA DE PADRES QUE ENFRENTAN LA HOSPITALIZACIÓN DE SU RN EN LA UPCN MIENTRAS LA MADRE SE ENCUENTRA HOSPITALIZADA POR COVID19.

Romero M, Cortés F, Mena C, Cifuentes J, Ambiado S

Unidad de Neonatología, Clínica Indisa.

Introducción: La hospitalización de un hijo en una unidad de neonatología puede ser una experiencia altamente estresante tanto para padres como para madres. En el caso de los padres, éstos asumen un rol de sostenedor emocional de la madre y del bebé, con alta autoexigencia. Durante el COVID-19 se ha visto que padres con hijos hospitalizados han presentado niveles más altos de depresión y ansiedad que aquéllos que tuvieron a sus hijos hospitalizados sin pandemia. La hospitalización de la madre por COVID-19 durante la hospitalización de su hijo puede constituir un factor de riesgo más para la salud mental del padre. Estudios han reportado que puede haber un aumento de la sintomatología depresiva cuando la pareja está hospitalizada. Esto representa un nuevo desafío para los equipos de salud de neonatología que trabajan bajo un modelo de atención centrado en la familia. Hasta la fecha, no se han encontrado estudios que evalúen la experiencia de los padres que tuvieron a su hijo hospitalizado en un servicio de neonatología y la madre del recién nacido hospitalizada por COVID-19. **Objetivo:** Se busca explorar la vivencia de los padres con un RN hospitalizado en UCIN durante la pandemia, mientras su pareja se mantiene hospitalizada por COVID-19. Específicamente apunta a: describir sus experiencias emocionales, los factores que facilitaron y obstaculizaron el desarrollo de su rol paternal, y los diversos roles y funciones que adquirieron durante la hospitalización de su hijo. **Materiales:** Estudio cualitativo exploratorio que utiliza un marco fenomenológico para analizar en profundidad las narrativas de 4 padres. Se realizó una entrevista semi-estructurada para conocer datos sociodemográficos de los padres, antecedentes clínicos del embarazo y del RN y la experiencia individual de parto y hospitalización de su hijo y pareja. **Resultados:** Se identificaron cuatro momentos por los que cursaron los padres: inicio del contagio; hospitalización de la pareja; nacimiento del bebé; y posterior al nacimiento y hospitalización del bebé. Sentimientos de culpa, angustia de muerte y pérdida de la sensación de control, son algunas de las emociones que caracterizan esta experiencia. El contacto físico con el bebé marca un hito importante que favorece la construcción de su rol paterno. La comunicación efectiva y cercana con los equipos de salud, y la participación activa en los cuidados del RN se configuran como factores protectores ante una experiencia compleja. **Conclusiones:** Los resultados reflejan el impacto que dejaron las restricciones sanitarias por la pandemia, siendo la participación activa durante la gestación, parto y post-parto y el contacto físico con su pareja e hijo/a, las necesidades más importantes para los padres. La comunicación efectiva por parte de los equipos de salud cumple una función reparatoria de la experiencia compleja vivida. El rol de los profesionales de salud debe incluir el abordaje y alivio del sufrimiento de los pacientes, incorporando una visión integral del paciente y su familia.

MENINGITIS BACTERIANA SECUNDARIA A INFUSIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL A ESPACIO EPIDURAL POR DESPLAZAMIENTO DE CATÉTER PERCUTÁNEO, REPORTE DE CASO.

Gribbell C, Marinovic A, Deppe V

Hospital Las Higueras.

Introducción: El uso de catéteres percutáneos (catéteres centrales de inserción periférica) ha permitido brindar alimentación parenteral y tratamiento medicamentoso al recién nacido críticamente enfermo. Dado su amplio uso en unidades críticas neonatales es relevante conocer y prevenir sus complicaciones, siendo las relacionadas a infección y hemorragia las más frecuentes (25 - 50%), pudiendo observarse con menos frecuencia hidrotórax, derrame pericárdico o retroperitoneal y localización intraespinal. De las complicaciones mencionadas es la localización intraespinal, y especialmente la infusión de nutrición parenteral a este espacio, una de las complicaciones más infrecuentes, pero que reviste una gran importancia por el alto riesgo de mortalidad y morbilidad severa asociados. **Objetivo:** Dar a conocer el caso clínico de recién nacido prematuro, en que se produjo la infusión de nutrición parenteral al espacio epidural como complicación asociada al desplazamiento de catéter epicutáneo. **Caso Clínico:** Recién nacido sexo femenino de 29 semanas grande para la edad gestacional, peso de nacimiento 1646 g, primer hijo producto de embarazo gemelar. Nace vía cesárea de urgencia por trabajo de parto prematuro y distocia de presentación. Presenta enfermedad de membrana hialina leve, con favorable evolución respiratoria. Al segundo día de vida presenta convulsión clínica, tratada con fenobarbital. Con apoyo nutricional parenteral desde el primer día de vida, a través de catéter venoso umbilical que se retira al sexto día de vida posterior a la instalación de catéter epicutáneo en extremidad inferior izquierda. Al décimo día de vida presenta deterioro clínico caracterizado por apneas y taquicardia, requiriendo intubación y conexión a ventilación mecánica. Por sospecha de sepsis tardía se inicia tratamiento con amikacina y cloxacilina, previa realización de cultivos. Punción lumbar da salida a líquido blanquecino de aspecto lechoso, por lo que se solicita radiografía de abdomen que evidencia curvatura de catéter epicutáneo hacia espacio espinal a nivel de L4 - L5 en proyección lateral. Se retira catéter epicutáneo en forma inmediata. Cultivo LCR es positivo a *Staphylococcus hominis* meticilino resistente indicándose 14 días de tratamiento con vancomicina, con favorable respuesta clínica. Electroencefalograma a los 17 días de vida con frecuente actividad epileptiforme, agregándose levetiracetam a tratamiento. Resonancia magnética de columna total y angioresonancia cerebral al mes y a los 2 meses de vida dentro de límites normales. Electroencefalograma a los 2 meses de vida en límites normales. Seguimiento en policlínico neurología infantil, sin alteración del neurodesarrollo al año de vida. **Conclusiones:** El desplazamiento intraespinal de catéter epicutáneo es una complicación que debe considerarse ante deterioro clínico inexplicado en el recién nacido. La infusión de nutrición parenteral al espacio epidural puede producir meningitis bacteriana.

NACIMIENTOS EN PANDEMIA: IMPACTO PSICOLÓGICO DE MEDIDAS DE PRECAUCIÓN INTRAHOSPITALARIAS COVID-19 EN MADRES Y BEBÉS.

Mena C, Cifuentes J, Silva R, Lagos R, Díaz B, Palma E, Morales I, Olhaberry M, Ambiado S

Unidad de Neonatología, Clínica Indisa.

Introducción: Las medidas de salud pública para prevenir el contagio del COVID-19 han estado acompañadas de innumerables consecuencias psicológicas y sociales. Específicamente, las instituciones de salud han debido ajustar sus protocolos para incluir medidas de precaución intrahospitalarias las cuales pueden incluir la separación física entre la madre y el bebé, restricción del contacto y las visitas, uso de EPP, entre otros. Estas restricciones pueden tener un impacto negativo en la experiencia del parto y postparto de las madres y en el desarrollo de los RN, quienes son altamente dependientes del vínculo con su madre. Por su parte, las mujeres se han visto particularmente afectadas durante la pandemia del COVID-19, donde se han reportado niveles más altos de estrés. Más aún, mujeres en el período perinatal se han visto más en riesgo de presentar dificultades de salud mental durante la pandemia. **Objetivo:** Este estudio busca describir la experiencia de las madres del uso de medidas de precaución intrahospitalarias y cómo estas medidas impactaron en su sintomatología depresiva y nivel de malestar, y en las emociones positivas y negativas tanto de las madres como de los bebés, durante el parto y postparto. Se espera que las madres que tuvieron que seguir medidas de precaución adicionales hayan tenido mayor impacto negativo que aquellas que no lo hicieron. **Materiales:** Se realizó un estudio transversal de metodología mixta. Se compararon dos grupos de pacientes según su condición al momento de la admisión a maternidad y las medidas de precaución aplicadas: madres con prueba Sars-CoV-2 PCR negativa (controles) y madres con prueba Sars-CoV-2 PCR positiva o pendiente previo al parto (casos). Se aplicó una encuesta online de auto-reporte con preguntas cerradas y abiertas. Además, se incluyó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo para evaluar la sintomatología depresiva materna. **Resultados:** Los casos experimentaron mayor malestar que los controles, pero a su vez expresaron sentirse más competentes. Del total de la muestra un 51.67% se encontraba en riesgo de depresión postparto sin diferencias significativas entre los grupos. No se encontraron diferencias significativas en el nivel de malestar, estrés o en las emociones positivas o negativas de los recién nacidos según lo reportado por las madres. En general, las madres reportaron un impacto positivo en el vínculo madre-bebé debido a la restricción de visitas. **Conclusiones:** Los resultados refuerzan que el contexto de la pandemia ha impactado negativamente en la salud mental de las madres en el período perinatal, resaltando la importancia de que reciban apoyo oportuno para mitigar a su vez el impacto en el RN. Las restricciones de visita durante la estadía en la unidad de maternidad, permitieron en muchos casos un espacio tranquilo e íntimo que fue positivamente evaluado por las madres, algo que las instituciones de salud debieran evaluar para incorporar a sus procedimientos regulares, para promover el vínculo madre-bebé y fomentar su sentido de competencia.

FALLA HEPÁTICA AGUDA Y TRASPLANTE HEPÁTICO EN RECIÉN NACIDO MÁS JOVEN DE CHILE: REPORTE DE UN CASO Y DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.

Martínez D, Blacud R, Encina F, Hernández S, Calderón G

Clínica Indisa.

Introducción: La falla hepática aguda en recién nacido es una entidad poco frecuente pero catastrófica. Es una patología rápidamente progresiva caracterizada por un grave compromiso de la función hepática, debiendo detectarse la causa precozmente para actuar. Presentaremos el caso de un paciente con hepatitis autoinmune neonatal que termina en un trasplante hepático con resultado exitoso. **Objetivo:** Describir el primer caso clínico de trasplante hepático en un recién nacido en Chile. **Caso Clínico:** Paciente masculino RN de EG 35 semanas, PEG < 3. Antecedentes de madre primigesta de 38 años que cursó con embarazo complicado con síndrome hipertensivo del embarazo, hipotiroidismo, DG y Doppler fetal alterado. Nació el día 31/01/2021 a las 06:00 horas, por cesárea de urgencia por metrorragia y monitoreo no tranquilizador, en presentación podálica, APGAR 8-9, requirió O2 al nacer. En su segundo día de vida se constató ictericia con una hiperbilirrubinemia de 20 mg/dl con bilirrubina directa de 4.9 la cual se intentó tratar con fototerapia sin mejoría. Se inició estudio de colestasis neonatal, en donde destacó la persistencia de la hiperbilirrubinemia total e incrementó de la bilirrubina directa, llegando a valores de 8 mg/dl. El paciente evolucionó con trastorno severo de coagulación por plaquetopenia persistente y alteración de las pruebas de coagulación, requiriendo transfusiones. En el contexto de la falla hepática, se realizó un perfil hepático completo, ecotomografía abdominal que reveló microcalcificaciones en la periferia con líquido libre. Se comenzó el estudio por falla hepática, iniciándose al quinto día ácido ursodeoxicólico y Fenobarbital. Dentro de los exámenes de estudio destacó una ferritina elevada en 1471, que seguía en ascenso, por lo que se solicitó una biopsia de glándulas salivales siendo negativa para la detección de hierro. Se determinó una sospecha de Hepatitis Autoinmune. Se planteó tratamiento con gammaglobulina y exanguinotransfusión. Completó 5 dosis de gammaglobulina el 8° día y se realizaron dos Exanguinotransfusión los días 5° y 12° de vida y hospitalización. Desde el punto de vista genético se tomó Exoma enviado a Alemania resultando negativo. Dentro del estudio infeccioso se realizaron 2 PCR CMV en orina, PCR herpes 1,2 y 6, Varicela Zoster, Parvovirus, Rubéola, hepatitis B y C, Toxoplasmosis y Enterovirus, resultando todos negativos. Screening metabólico normal. Mielograma normal. RMN mostro depósito anormal de hierro en hígado, páncreas, glándulas suprarrenales y corazón compatible con Hepatitis Autoinmune Neonatal. Se decidió traslado a un centro de trasplante debido a su deterioro, realizándose sin incidentes y excelente resultado. **Conclusiones:** La falla hepática neonatal debe ser rápidamente estudiada ampliamente para poder llegar a un diagnóstico y ofrecer el mejor tratamiento en este caso un trasplante hepático exitoso, actualmente el paciente tiene 1 año y medio y está en excelentes condiciones.

EFFECTO DE LA SEPSIS EN LA FARMACOCINÉTICA DE AMIKACINA EN RECIÉN NACIDOS.

Severino N, Urzúa MS, Leguizamon L, Toso A, Inojosa R, Maccioni A, Paulos C, Ibacache M, Cortinez L

Hospital Clínico UC-Christus y Hospital Dr Sótero del Río.

Introducción: Los aminoglicósidos como Amikacina (AMK) se utilizan de forma habitual en recién nacidos (RN) para el tratamiento de sepsis neonatal por bacilos gram negativos. Pese a lo frecuente de esta indicación, aún no ha sido posible establecer esquemas posológicos definitivos que aseguren efectividad y bajo riesgo de toxicidad, debido a la elevada variabilidad farmacocinética observada en esta población. Además de las variables antropométricas, evidencia de estudios retrospectivos plantean que la sepsis podría ser capaz de modificar de forma importante la farmacocinética de aminoglicósidos en RN, pero sugieren la realización de estudios prospectivos de mayor calidad metodológica. **Objetivo:** Se evaluó el efecto de la sepsis en los parámetros farmacocinéticos de amikacina AMK en RN. Se estimó además la proporción de RN que lograron objetivos PK/PD adecuados (C_{max} entre 24-35 mg/L o $C_{max}/C_{IM} > 8$). **Materiales:** Estudio observacional prospectivo, descriptivo y analítico que se realizó en las unidades neonatales del Hospital Clínico UC-Christus y Complejo asistencial Dr. Sótero del Río durante los años 2019-2021. Se incluyeron RN con edad $>$ o igual 3 días de vida que recibieron al menos una dosis de amikacina. La AMK se administró por vía intravenosa en 60min. Se tomaron tres muestras de sangre venosa (C_p) de 0,5mL a cada paciente durante las primeras 48 h. Las estimaciones de parámetros farmacocinéticos poblacionales se obtuvieron utilizando un enfoque poblacional con el programa NONMEM. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina UC y el Comité de Ética del SSMO (Número de Proyecto 190325002), y se registró en ClinicalTrials.gov (NCT04867135). El proceso de consentimiento informado fue realizado por los padres o tutores legales de los pacientes. **Resultados:** Se obtuvieron 329 C_p de AMK de 116 RN [EPM: 38,3 (32-42,4) semanas, peso: 2,8 (1,6-3,8) kg]. Las C_p de AMK medidas oscilaron entre 0,8 mg/l y 56,4 mg/l. Un modelo de 2 compartimentos con eliminación lineal produjo un buen ajuste de los datos. Los valores medios de los parámetros estimados fueron aclaramiento ($Cl=0,054$ L/kg/h), volumen de distribución del compartimento central ($V_c=0,36$ L/kg) y volumen de distribución periférico ($V_p=0,48$ L/kg). El peso corporal actual (PA), la EPM, la presencia de sepsis y el cursar con shock influyeron significativamente en Cl de AMK. La sepsis se asoció a un aumento del 31% del Cl y el Shock se asoció a una disminución del 24% del Cl . Respecto a los objetivos PK/PD, en el 51,1% de los sujetos observó niveles peak entre 25-35mg/L y el 62,9% logró objetivos $C_{max}/C_{IM} > 8$. **Conclusiones:** El PA, la PMA y la función renal son factores relevantes que influyen en los requerimientos de AMK del recién nacido. Además, estados fisiopatológicos, como sepsis y shock, se asociaron con efectos opuestos en el aclaramiento de AMK y deben ser considerados en los ajustes de dosis. Por último, un porcentaje elevado de pacientes no alcanzan los objetivos PK/PD de amikacina con los esquemas propuestos actualmente.

RETARDO ENTRE LA INDICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO O SOSPECHA DE SEPSIS NEONATAL.

Romero MP, Escobar A, Durán JA, Sandoval A

Hospital Carlos Van Buren.

Introducción: La sepsis neonatal constituye una causa importante de morbimortalidad a nivel mundial, pese a lo cual, aún se carecen de estudios que evidencien si se cumple con el manejo agresivo adecuado como, el inicio de la antibioticoterapia dentro de la primera hora del diagnóstico. La tardanza, en el inicio de un tratamiento adecuado podrían explicar, en parte, las graves consecuencias de estos pacientes. Existe muy poca literatura internacional sobre la realidad de este tema. **Objetivo:** Describir el intervalo de tiempo entre la prescripción de antibióticos por el médico a cargo luego de la sospecha de sepsis neonatal, y el momento en que estos fueron administrados, de acuerdo con los registros clínicos. **Materiales:** Estudio descriptivo realizado entre octubre de 2020 y junio de 2022 en la Unidad de Neonatología del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, que incluyó a todos los pacientes con sospecha de sepsis neonatal (precoz y tardía) que iniciaron tratamiento antibiótico. La sospecha de sepsis se definió como todo cuadro clínico que motivó la recolección de hemocultivos y/o LCR, y la posterior administración de antibióticos. Se definió como sepsis confirmada todo aquel paciente que tuvo hemocultivos y/o cultivo de LCR positivo. El tiempo hasta la administración del fármaco se calculó a partir de la hora registrada en la ficha clínica donde se indica el tratamiento antibiótico, hasta la primera administración del mismo. Se utilizó el programa Microsoft Excel para los cálculos estadísticos ($p < 0,05$). **Resultados:** Se recolectaron los datos de 131 pacientes. De éstos, el 95 (72,5%) fueron de género masculino, 89 (68%) fueron prematuros, y la mediana de peso de nacimiento y edad gestacional fue de 1966 g ($\pm 932,3$) y 32,5 semanas ($\pm 4,8$), respectivamente. Hubo 14 casos (10,6%) de sepsis confirmadas, 3 de ellos sepsis precoces y 11 de ellos sepsis tardías. Todos los casos correspondieron a bacteriemias, y hubo una meningitis en contexto de sepsis tardía. Considerando todos los antibióticos utilizados, el promedio de tiempo entre la indicación y la administración fue 110 minutos ($\pm 84,9$), con un mínimo y máximo de 0 a 480 minutos. En los casos con diagnóstico de sepsis confirmada el promedio de tiempo entre la indicación y la administración fue de 86 minutos (± 58), con mínimo y máximo de 10 a 240 minutos, la diferencia entre los ambos grupos fue estadísticamente significativa $p=0,0001$. **Conclusiones:** Existió un retraso significativo de hasta casi 8 horas entre la indicación y el inicio de los antibióticos, ante la sospecha de sepsis neonatal, hallazgo que se mantuvo en el subgrupo con diagnóstico confirmado. Iniciativas como esta delatan la importancia de conocer la realidad local, de la educación constante y del trabajo multidisciplinario para mejorar las prácticas de atención. Continuaremos con la recolección de datos para incluir outcomes clínicos y así objetivar las consecuencias que puede llevar consigo el retardo del inicio de antibióticos.

RENDIMIENTO DE HEMOCULTIVOS ANAERÓBICOS EN LA RECUPERACIÓN DE MICROORGANISMOS EN LAS SEPSIS NEONATALES.

Guerra MC, Sandoval A, Espinoza S

Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

Introducción: La toma de hemocultivos en botellas anaeróbicas no es una práctica rutinaria en las unidades de neonatología. Pese a lo anterior, la guía de la Academia Americana de Pediatría sugiere realizar idealmente un hemocultivo aeróbico y un hemocultivo anaeróbico (un ml cada uno) para el diagnóstico de sepsis precoz en recién nacidos (RN) ≥ 35 semanas. Lo anterior, se basa en que existiría mejor detección de microorganismos en botellas de hemocultivos anaeróbicos, con mayor pesquiza no sólo de microorganismos anaeróbicos estrictos, sino también de microorganismos anaeróbicos facultativos, y esto sería fundamental para mejorar el diagnóstico microbiológico en sepsis neonatal. **Objetivo:** Comparar el rendimiento de hemocultivos anaeróbicos versus los hemocultivos aeróbicos en el diagnóstico de sepsis neonatal (precoz y tardía). **Materiales:** Estudio observacional descriptivo de pruebas diagnósticas. Incluyó todos los pares de hemocultivos tomados en RN con sospecha de sepsis neonatal (precoz y tardía) atendidos en el Servicios de Neonatología del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, entre febrero 2019 y junio 2022. La sospecha de sepsis se definió como todo cuadro clínico que motivó la recolección de hemocultivos y/o LCR, y la posterior administración de antibióticos. Se consideró cada par de hemocultivo como un hemocultivo aeróbico y un hemocultivo anaeróbico de un ml cada uno recolectado por cada evento de sospecha de sepsis neonatal. Análisis fueron hechos con STATA 17. **Resultados:** Se recolectaron un total de 840 hemocultivos (420 pares) en 319 RN. El 55% de los RN fueron de género masculino, 33 semanas de edad gestacional ($\pm 4,4$) y peso de nacimiento de 2240g ($\pm 985,2$), con un 29,5% ≤ 32 semanas y 25,7% ≤ 1500 g. Hubo una positividad general de los hemocultivos de 9,6% (81/840), siendo 12,1% (51/420) para hemocultivos anaeróbicos vs 7,1% (30/420) para los aeróbicos ($p < 0,00001$). Del total de hemocultivos positivos (81) hubo 24 (29,6%) pares de hemocultivos positivos en el mismo evento, 20 de los cuales fueron positivos para un mismo microorganismo, hubo 27 (33,3%) hemocultivos positivos sólo para botellas anaeróbicas y 6 (7,4%) fueron positivos sólo para botellas aeróbicas. Entre los microorganismos que crecieron sólo en hemocultivos anaeróbicos hubo 2 bacterias anaeróbicas estrictas (*Clostridium perfringens* ambas) y bacterias anaeróbicas facultativas. El tiempo de positividad promedio de los hemocultivos anaeróbicos fue de 22 horas ($\pm 9,6$) y para los hemocultivos aeróbicos 17,5 horas ($\pm 7,9$), $p=0,02$. **Conclusiones:** Existe, de forma significativa, un mayor aislamiento de microorganismos en botellas de hemocultivos anaeróbicos. A la luz de nuestros resultados, el no uso de hemocultivos anaeróbicos, podría haber llevado a una pérdida de un tercio de los casos positivos, con las múltiples consecuencias que ello conlleva en este tipo de pacientes.

BENEFICIOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE PALIVIZUMAB EN DOMICILIO: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO.

Vásquez I, Ortiz C, Zamorano A, Díaz M, Pittaluga E, D'Apremont I, Campos C

Hospital Dr. Sotero del Río.

Introducción: La infección por el virus respiratorio sincicial (VRS) es una causa importante de morbilidad, hospitalizaciones y secuelas respiratorias en la población pediátrica, en especial en grupos de riesgo como prematuros y pacientes con Displasia broncopulmonar. La administración de Palivizumab (PVZ) ha demostrado ser efectiva para reducir el número de hospitalizaciones e ingreso a Unidades críticas en estos grupos. Actualmente esta prestación está garantizada por la Ley Ricarte Soto (LRS) en los prematuros extremos < 32 semanas de edad gestacional al nacer. Habitualmente esta administración se realiza en los Centros de Salud con los inconvenientes del traslado del paciente y el contacto con otros usuarios con distintas morbilidades en las salas de espera. **Objetivo:** Demostrar la oportuna administración de PVZ tanto en domicilio a través del Programa de Apoyo Domiciliario (PAD) como en Centro Diagnóstico y Terapéutico (CDT) y describir la población beneficiaria de la LRS para administración de PVZ. **Materiales:** Análisis observacional y retrospectivo de una cohorte de pacientes beneficiarios de PVZ ingresados al policlínico de seguimiento de prematuros perteneciente al Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río (CADSR) del área Sur Oriente de Santiago, Chile. Se recabaron los datos de los períodos 2019, 2020 y 2021. Análisis estadístico con SPSS 20.0 y se consideró significativo todo valor menor a $p < 0,0001$. **Resultados:** Se incluyeron 88, 80 y 104 pacientes, respectivamente, sin diferencias en la edad gestacional, el peso al nacer, la distribución por sexo o la prevalencia de displasia broncopulmonar. La adherencia al tratamiento fue superior al 94% en todos los períodos destacando que el año 2020, en que la administración fue en su totalidad en domicilio (excepto primera dosis en Unidad de neonatología), esta adherencia aumentó al 98,7%. La mediana del intervalo interdosas fue adecuado en todos los períodos y para todas las dosis, con tendencia significativa a optimizarse a 29 días para la administración en domicilio. La incidencia de infecciones por VRS fue de 5,7% ($n=5$) para 2019 y de 0,9% ($n=1$) para 2021, sin casos en 2020 en el contexto de la pandemia por COVID-19. **Conclusiones:** La administración de PVZ fue adecuada y oportuna tanto en CDT como en domicilio, mostrando en este último incluso una mejor adherencia e intervalo de administración. Se observa una baja incidencia de infección y hospitalización por VRS comparado con datos nacionales e internacionales en pacientes de este grupo de riesgo sin administración de PVZ.

INFECCIÓN DE SARS-CoV-2 EN PLACENTAS Y NUEVOS HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS IDENTIFICADOS.

Guerra MC, Lozano C, Escobar A, Sandoval A, Haro C, Bachmann M, González P, Gajardo P, Ahumada E

Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

Introducción: La infección vertical por SARS-CoV-2 parece ser excepcional a pesar de la gran cantidad de casos de COVID-19 en embarazadas. La infección placentaria involucra la identificación viral dentro del tejido placentario. Pocos casos de transmisión vertical han demostrado infección placentaria. **Objetivo:** Comparar patrones inmunohistoquímicos entre placentas no infectadas con SARS CoV-2, elegidas de años previos a la pandemia y placentas de madres infectadas por SARS CoV-2. **Materiales:** Se estudiaron muestras de placenta de gestantes PCR SARS CoV-2 positivas, entre abril-octubre 2021. Se recolectaron datos maternos, gestación, severidad clínica enfermedad COVID materna, y datos del recién nacidos (RN). En las placentas se describió histopatología, y para detección del virus SARS-CoV-2, se usaron técnicas de marcación inmunohistoquímica con anticuerpo primario SARS-CoV-2, se determinaron 6 patrones de tinción y 4 grupos de severidad de clínica materna. **Resultados:** Edad materna promedio 29,3 años, 89,3% chilenas, 21,4% primigestas, ninguna vacunada contra SARS-CoV-2, el 42,9% (12 casos) debió hospitalizarse por una neumonía, de las cuales en 25% (3 casos) esto provocó la interrupción del embarazo Intervalo entre pesquiza de COVID materno y parto fue 42 días promedio. En temporalidad/severidad la mayor cantidad se presentó más de 3 días previo al parto, mayoría con síntomas leves. Del grupo de mayor gravedad, 4 fueron del grupo que cursó COVID 3 días previos al parto y 9 cursó COVID en el periparto. No hubo mortalidad materna. De las 28 gestaciones, hubo un óbito fetal y 28 RN, dos de los cuáles eran gemelos. 60,7% nació por cesárea, 9 (32,1%) género femenino, edad gestacional promedio 36,2 semanas. 12 prematuros (63,2%), de los cuales 1 fue PT extremo, peso nacimiento promedio 2830 gramos (740-4600). El prematuro extremo falleció a los pocos minutos de vida. 11 RN se hospitalizaron (5 prematuridad, 4 condición materna, 2 ictericia), 2 de los 5 RN hospitalizados por prematuridad desarrollaron sepsis tardía (1 shock séptico por S. aureus) y ambos fallecieron. Todos los RN a quienes se realizó PCR para SARS-CoV-2 tuvieron resultado negativo. Las placentas COVID-19 presentaron patrón particular y transversal, diferenciado de placentas no COVID-19, con aumento significativo de los depósitos de fibrina subcoriónico y en menor medida decidual. Hubo mayor frecuencia de degeneración mucinosa de la gelatina de Wharton, que es un evento morfológico excepcional. El 65,5% (19/29) placentas fueron positivas en inmunohistoquímica. En cuanto al patrón de tinción, mayoría fue tipo C, el prematuro extremo fallecido presentó patrón celular tipo "E" y el del óbito fetal tipo "A". **Conclusiones:** El estudio es uno de los pocos que describe histología placentaria en casos COVID 19 materno confirmados. La severidad de la enfermedad materna fue variable, esperable ya que sólo una madre recibió vacunación incompleta, más de 1/4 tuvo enfermedad severa. El óbito fetal y la muerte neonatal precoz, tuvieron presencia de patrones inmunohistoquímicos específicos, y más de la mitad tuvieron inmunohistoquímica positiva para SARS CoV-2 en placenta. Los patrones histológicos descritos son inéditos, por lo cual aportan conocimiento adicional. Pese a estos resultados, no se puede inferir que hubo transmisión vertical. Es fundamental extender esta investigación para poder asociar patrones histopatológicos con clínica prospectiva, de madres y sus RN, con lo cual se pueda mejorar la comprensión del compromiso placentario y consecuencias clínicas en el binomio.

HIDROPS FETAL NO INMUNE. A PROPOSITO DE UN CASO.

Acosta A, Guerra MC, Aguirre M, Escobar A, Peña C

Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

Introducción: Hidrops, es la acumulación de líquidos anormales en el feto, con ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico y edema cutáneo generalizado. Puede ser inmune o no inmune (HFNI). Este último tiene incidencia de 1/1700 a 1/3000 nv, el 50% tienen muerte fetal y el otro 50% no sobrevive al periodo neonatal. **Objetivo:** Revisar un caso clínico de poca frecuencia, que requiere la comprensión de sus posibles causas y consecuencias, para preparar con antelación el manejo multidisciplinario exitoso. **Caso Clínico:** Gestante 28 semanas, 32 años multipara de 2, en control policlínico Alto riesgo por hiperemésis gravídica, sin otros mórbidos. Acude a control ecográfico, detectándose edema de extremidades superiores e inferiores, asociado a disnea de mínimo esfuerzo, con exámenes de control que detectan hipertiroidismo TSH. **Conclusiones:** El manejo del HFNI es un desafío neonatal que requiere manejo multidisciplinario tanto en RNI como en el seguimiento clínico en búsqueda de la etiología y manejo.

PREVALENCIA DE DEFORMACIONES CRANEALES DE 971 RECIÉN NACIDOS AL MOMENTO DEL ALTA MÉDICA DE UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DE SANTIAGO DE CHILE.

Pedrero A, Alvear E, Montoya I

Clínica Alemana Santiago.

Introducción: Las deformidades craneales (DC) son una condición caracterizada por el aplanamiento y la asimetría de los huesos del cráneo, se puede presentar frecuentemente en recién nacidos prematuros pudiendo vincularse a alteraciones que abarcan no solo lo estético, sino también asociarse a alteraciones motoras, retraso del desarrollo psicomotor, cognitivo y alteraciones conductuales. **Objetivo:** Este estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de las DC en los recién nacidos hospitalizados en la unidad de neonatología de Clínica Alemana Santiago (CAS) al momento del alta durante los años 2014-2019. **Materiales:** Se analizaron los datos de 971 recién nacidos egresados de la unidad de neonatología de CAS en forma retrospectiva con indicación de kinesiterapia motora entre enero del 2014 hasta diciembre del 2019 con un diámetro biparietal de ≥ 78 mm. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de craneosinostosis, monitorización cerebral y quienes tuviesen datos incompletos. Se realizaron mediciones de cráneo utilizando un calíper para evaluar el Índice Craneal (IC) y la Asimetría de la Bóveda Craneal (CVA). El IC se calcula tomando en cuenta la medición del ancho dividido por el largo del cráneo multiplicado por 100. Este valor determina la presencia o no de braquicefalia en donde existe un aplanamiento del hueso occipital observándose una cabeza más ancha que larga o la presencia de dolicocefalia que es el aplanamiento de ambos lados del cráneo resultando un cráneo estrecho y alargado. La CVA se calcula realizando una resta de las diagonales craneales pudiendo obtener resultados que determinan la presencia o no de plagiocefalia derecha o izquierda según sea el lado más corto. Para el estudio se tomó en cuenta la última evaluación previa al alta. **Resultados:** La prevalencia de las DC fue de n=399 (41%), 572 (59%) sujetos no presentaron DC. De estas, 169 sujetos (42%) presentaron braquicefalia leve, dolicocefalia leve se manifestó en 109 sujetos (27%), plagiocefalia derecha leve se presentó en 49 sujetos (12%). No hubo diferencia significativa en el porcentaje de DC entre los diferentes años ($p > 0,05$). Existe asociación entre edad de nacimiento y tipo de DC. Nacer menor de 34 semanas se asocia con la presencia de dolicocefalia mientras que nacer mayor a 34 se asocia a braquicefalia. **Conclusiones:** Un gran porcentaje de los recién nacidos egresados de la unidad de neonatología de CAS lo hicieron sin DC. Las principales DC son de categoría leve. Los datos en relación a la edad gestacional del paciente permitirían tomar medidas preventivas según la edad gestacional de nacimiento, así como la creación de un bundle. Con respecto a lo publicado previamente se encuentran diferencias ya que nuestros valores son menores a los reportados en estudios de prevalencia similares previos. Existe un manejo kinésico integral y un enfoque unificado dentro de la unidad de neonatología que pueden estar incidiendo en la menor prevalencia de DC. Este manejo va enfocado a la toma de medidas personalizadas y contempla el uso de medidas físicas.

NIVELES SÉRICOS BAJOS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO 1 (IGF-1) Y MORBILIDAD EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO DE MUY BAJO PESO AL NACER.

Arroyo V, Bancalari A

Universidad de Concepción.

Introducción: El factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGF-1) es el principal mediador del crecimiento fetal. Se ha descrito asociación entre niveles bajos de IGF-1 y el desarrollo de algunas morbilidades como displasia broncopulmonar (DBP) y retinopatía del prematuro (ROP) en recién nacidos de muy bajo peso al nacer (RNMBPN). **Objetivo:** Determinar asociación entre niveles séricos bajos de IGF-1 y morbilidad en RNMBPN. **Materiales:** Estudio observacional prospectivo en 40 RNMBPN. Se midieron niveles séricos de IGF-1 a las 24 horas, 15, 30 y 45 días post-natales. Se identificaron patologías como DBP, ROP, hemorragia intraventricular (HIV) y otras morbilidades neonatales, y su asociación con niveles séricos de IGF-1. **Resultados:** La edad gestacional y peso de nacimiento promedio de los neonatos fue 28,7 semanas (rango 24 - 32) y 1 248 gramos (rango 680 - 2 100), respectivamente. Se encontró asociación entre niveles bajos de IGF-1 con DBP a los 15 y 30 días ($p = 0,035$ y $0,018$); con ROP severa a los 15 días ($p = 0,027$); con sepsis tardía a los 15 y 30 días ($p = 0,038$ y $0,010$) y con ductus arterioso persistente hemodinámicamente significativo (DAP-hs) a los 30 días ($p = 0,03$). No se observó asociación de niveles bajos de IGF-1 con otras morbilidades. **Conclusiones:** Se determinó asociación entre niveles postnatales bajos de IGF-1 con DBP, ROP severa, sepsis tardía y DAP-hs. Se requieren nuevos estudios prospectivos para corroborar estos resultados y la asociación entre niveles bajos de IGF-1 con otras morbilidades neonatales.

SEGUIMIENTO DEL NEURODESARROLLO MEDIANTE LA HERRAMIENTA TADI EN NIÑOS Y NIÑAS CON EXPOSICIÓN IN ÚTERO A INFECCIÓN POR SARS-COV-2.

Leal L, Guerra MC, Quiroz V, Pérez G, Villanueva X, Aguilera F, Gajardo P, Escobar A, Villegas V

Hospital Carlos Van Buren.

Introducción: INTRODUCCIÓN. Desde marzo del 2020 la infección por SARS-COV-2 (COVID) fue declarada pandemia a nivel mundial. Existe preocupación sobre las consecuencias de la exposición in útero en el neurodesarrollo, considerando la evidencia respecto a la influencia negativa a largo plazo de otras infecciones congénitas. El Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil (TADI) es una escala que permite evaluar de manera continua el desarrollo y aprendizaje de niñas y niños entre 3 meses y 6 años, diseñado y estandarizado en Chile; este permite detectar potenciales rezagos y retrasos en el desarrollo para su intervención temprana, mediante la evaluación de cuatro dimensiones: cognición, motricidad, lenguaje y socioemocionalidad. **Objetivo:** OBJETIVO. Evaluar el riesgo de alteraciones en el neurodesarrollo al año de vida de niños y niñas con exposición in útero a SARS-CoV-2. **Materiales:** MATERIALES Y MÉTODOS. Estudio observacional de cohorte prospectiva de seguimiento del neurodesarrollo mediante TADI. Se reclutaron recién nacidos (RN) del servicio de neonatología del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso desde abril del 2021 hasta diciembre del 2021, cuyas madres tuviesen antecedente de infección por SARS-CoV-2, independiente del grado de severidad, y en cualquier etapa del embarazo. Se excluyeron RN con malformaciones, genopatías, otras infecciones y asfixia perinatal. El total de la muestra fue derivado a seguimiento con neuropediatría y aplicación de TADI al año de edad corregida, por parte de neurólogos pediátricos y residentes de la misma especialidad, entrenados en la aplicación de la prueba. Se calcularon y analizaron los resultados globales y por cada dimensión según lo estandarizado en el manual de la herramienta aplicada. **Resultados:** RESULTADOS. Se reclutaron 47 recién nacidos, contando a la fecha con 13 evaluaciones. La edad promedio al momento de evaluación es de $1,05 \pm 0,1$ años con promedio de puntaje global de $48,5 \pm 8,2$ puntos, considerándose normal ≥ 40 puntos; para cada dimensión, el promedio resultó dentro del rango de normalidad; los puntajes más bajos se observaron en motricidad, con un promedio de $43 \pm 4,8$ puntos, habiendo 6 pacientes con puntajes en el rango de riesgo. **Conclusiones:** CONCLUSIÓN. Los resultados preliminares muestran bajo riesgo de alteraciones en el neurodesarrollo en el primer año de seguimiento, dado por puntajes globales que en promedio se encuentran dentro del rango de la normalidad. Sin embargo, considerando los puntajes más bajos en motricidad, es necesario completar las evaluaciones para poder tener resultados más confiables con un mayor tamaño muestral.

ICTIOSIS CONGÉNITA: REPORTE DE UN CASO.

Ulloa N, Araya G, Huserman J, Millar M, Vera MP

Hospital Base San José de Osorno.

Introducción: Las ictiosis se definen como un grupo de trastornos generalizados de la cornificación de la piel, caracterizada por presentar hiperqueratosis y/o descamación. Su origen puede ser adquirido o hereditario, siendo las formas hereditarias las más frecuentes. Estas últimas, se subdividen en sindromáticas y no sindromáticas, de acuerdo a su frecuencia, patrón de herencia y compromiso extra cutáneo, existiendo actualmente 36 tipos descritos. La presentación más frecuente es la ictiosis vulgar (autosómica dominante), seguida por las ictiosis recesivas ligadas al X en las no sindromáticas. Mucho más infrecuentes son las autosómicas recesivas, dentro de las que destaca el síndrome Ictiosis hipotricosis (IH), que se caracteriza por descamación tipo ictiosis lamelar con hipohidrosis, asociada a hipotricosis, atrofodermia folicular, fotofobia y pinguécula. El diagnóstico es principalmente clínico, el cual, asociado a estudio genético, permite realizar un diagnóstico más preciso y adecuada consejería genética. El manejo es sintomático y el seguimiento multidisciplinario. **Objetivo:** Describir un caso clínico de un paciente con ictiosis hereditaria diagnosticada durante el periodo neonatal. **Caso Clínico:** Recién nacido de sexo masculino, de término de 37 semanas, con antropometría adecuada para la edad gestacional. Madre con embarazo controlado y fisiológico, sin antecedentes familiares, solo padre con psoriasis. Nace vía cesárea electiva, APGAR 8-9. Destaca al examen físico eritema e hiperqueratosis en placas más marcadas en cara y descamación generalizada que compromete piel y cuero cabelludo, ausencia de cejas y pestañas (hipotricosis). En evaluación por dermatología se sospecha ictiosis congénita indicándose lubricación y evaluación multidisciplinaria. Desde el punto de vista neurológico con desarrollo psicomotor acorde a edad, evaluación auditiva normal y examen ocular con hiperemia conjuntival. Genética solicita estudio con panel genético "Invitae Congenital Ichtyosis Panel", el cual evidencia dos mutaciones patogénicas, ubicadas en alelos diferentes, en el gen ST14 (heterocigosis compuesta) lo cual confirma una ictiosis de herencia autosómica recesiva tipo IH. El paciente se mantiene en seguimiento por dermatología con buena evolución y buena respuesta a manejo tópico, con disminución de hipotricosis y sin manifestaciones extra cutáneas. Se informa a padres herencia de un 25% en caso de ser ambos portadores, sin embargo, rechazan estudio genético adicional por el momento. **Conclusiones:** Este grupo de patologías posee un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes y sus familias, por lo que es importante recalcar la utilidad del estudio genético con el fin de otorgar de manera precisa un manejo, seguimiento y pronóstico adecuados, así como la posibilidad de consejería genética para sus familias.

UNA ESTRATEGIA PREVENTIVA DE HOSPITALIZACIONES RESPIRATORIAS EN PREMATUROS EXTREMOS: PROGRAMA ATENCIÓN DOMICILIARIA POST-ALTA DE NEONATOLOGÍA PRIMEROS 6 MESES.

Pittaluga E, D'apremont I, Zamorano A, Vásquez I, Aguirre F, Díaz M, Campos C, Domínguez A

H. Dr. Sótero Del Río.

Introducción: Los niños prematuros egresados de las unidades de neonatología presentan mayor riesgo de re-hospitalización, siendo la principal causa respiratoria y el período de mayor vulnerabilidad los primeros 6 meses post alta, lo que implica altos costos sanitarios, incremento de secuelas y estrés parental. **Objetivo:** Evaluar los resultados de la implementación de un Programa de Atención Domiciliaria (PAD) en prematuros extremos como una estrategia preventiva de rehospitalizaciones (RH) de causa respiratoria en el primer semestre post alta de neonatología. **Materiales:** Estudio observacional analítico, cohorte de 387 menores 32 semanas o menor de 1500 g (prematuro extremo [PE]) ingresados al policlínico de seguimiento entre años 2015-2019. Se comparó las re-hospitalizaciones de causa respiratoria en los primeros 6 meses post alta de Neonatología en el grupo histórico 2015-2017 (G1) sin PAD con el grupo intervenido 2018-2019 (G2) El PAD consiste en visita por médico, enfermera y kinesióloga, al domicilio, donde se realiza educación, toma de exámenes e inmunización para VRS durante los primeros 6 meses post alta en conjunto con la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD). Se entrega atención telefónica diaria para orientar las consultas de los padres. Se cuenta con registro digital sincronizado con ficha clínica del hospital. El financiamiento es a través de Fonasa. Se describen los resultados mostrando porcentajes o medianas según grupos G1 y G2. Se usó pruebas Chi-cuadrado de Pearson o Exacta de Fisher para contrastar los grupos versus variables categóricas y pruebas de Mann-Whitney versus variables numéricas. El nivel de significancia se fijó en 0,05. **Resultados:** Hubo 260 PE sin PAD (G1) y 127 con PAD (G2). 31,2% y 26,8% fue rehospitalizado respectivamente por cualquier causa en los primeros 6 meses ($p=0,376$). El G1 tuvo más rehospitalizaciones de causa respiratoria (22,7% vs 13,4%; $p=0,03$), mayor requerimiento de cuidados críticos (UCI) (57,6% vs 29,6%; $p=0,040$) y de ventilación mecánica (54,4% vs 17,6%; $p=0,008$ en el período de estudio. No hubo diferencia en los días de estadía en UCI (7 vs 4; $p=0,662$). En ambos grupos las rehospitalizaciones se concentran antes de los 3 meses post alta de Neonatología y en el período invernal. **Conclusiones:** La implementación del Programa de Apoyo Domiciliario en prematuros extremos, ha permitido disminuir la prevalencia y la severidad de las hospitalizaciones por causa respiratoria en los primeros 6 meses post alta de neonatología. La educación a la familia y la atención integral son factores relevantes en el éxito del programa. Consideramos que la adaptación programática de los profesionales del Seguimiento del Prematuro en colaboración con el Equipo de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria es un modelo que puede replicarse en la red asistencial del país.

USO DE CALOSTRO PARA LA PREVENCIÓN DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS, REGIÓN DE VALPARAÍSO.

Rojas JP, Cariaga J, Castro F, Domingo P, Fernández K, Ortiz Pavez I, Silva AM, Iturrieta N

Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe.

Introducción: La incidencia de enterocolitis necrotizante (ECN), en Chile es de 0,3 a 2,4 por mil recién nacidos vivos, siendo principalmente afectados los neonatos prematuros, y de 8 a 12 por ciento en prematuros menores a 1.500 gramos. El tratamiento preventivo sigue siendo discutido, y estudios evidencian que la exposición precoz al calostro disminuye su incidencia. En Chile se promueve la lactancia materna en prematuros, aunque no se explicita la administración de calostro. **Objetivo:** Describir la percepción de profesionales de salud sobre el uso de calostro en recién nacidos prematuros, como factor protector de enterocolitis necrotizante. **Materiales:** Estudio cualitativo, mediante entrevista semiestructurada a 18 profesionales de la salud en tres hospitales públicos de la región de Valparaíso entre abril a julio de 2019. La pauta de entrevista incluyó 3 temas: Conocimientos, percepción del suministro temprano de calostro y opinión acerca de la extensión de la medida. Procesamiento de datos mediante análisis de contenido cualitativo, temático. **Resultados:** El uso de calostro en prematuros se da de modo protocolizado en dos de las tres unidades de alta complejidad neonatal de la Región de Valparaíso. Los participantes opinan positivamente acerca de los resultados preventivos de esta medida. Aun cuando en un tercer establecimiento no se aplique, hay una percepción favorable acerca de su potencial beneficio y su bajo costo de implementación. Se señala, no obstante, que ésta requiere de mayor evidencia y de un protocolo de aplicación. Otras limitantes serían la insuficiente dotación y formación del personal, y la necesidad de adquirir equipamiento e insumos. **Conclusiones:** Profesionales que han aplicado un protocolo de administración de calostro en neonatos prematuros en la Región de Valparaíso, reportan buenos resultados de salud, y promueven la motivación del equipo hacia esta praxis. Sin embargo, se considera relevante la difusión y discusión de protocolos nacionales e internacionales, así como el desarrollo de investigación local. Dadas las experiencias en curso en Chile, y el debate internacional, se considera oportuno que el tema sea abordado y discutido en la comunidad sanitaria nacional. *Trabajo publicado en Rev. chil. pediatr. [online]. 2020, vol.91, n.4, pp.536-544. Epub 24-Ago-2020. ISSN 0370-4106. <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i4.1522>.

PENTALOGÍA DE CANTRELL: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.*Urra M, Martínez L**Clínica Santa María Universidad de los Andes.*

Introducción: La pentalogía de Cantrell es un síndrome congénito extremadamente raro, con una incidencia de 1 en 65.000 a 200.000 nacidos vivos. Su espectro completo incluye cinco anomalías: alteraciones del diafragma, pericardio diafragmático, porción inferior del esternón, línea media de pared abdominal y defectos intracardíacos. De estos últimos, los más frecuentes son: CIV (72%), CIA (53%), divertículo ventricular izquierdo (20%), estenosis pulmonar (33%) y tetralogía de Fallot (20%). La ectopia cordis es la condición más severa de este síndrome, pero no se requiere para su diagnóstico. Según su grado de penetrancia, se clasifica en: completa (cinco anomalías); probable (cuatro anomalías, incluyendo defecto intracardíaco y de pared abdominal) e incompleta (tres anomalías o si carece de defectos cardíacos). La etiología es aún desconocida. Se han visto asociaciones con anomalías cromosómicas, como Trisomía 21, 18 o Síndrome de Turner. La RNM cardíaca es el estándar para su estudio anatómico, sin embargo, en algunos casos el diagnóstico no se precisa hasta la intervención quirúrgica. El tratamiento consiste en cirugía correctiva, en una o varias etapas, según la complejidad anatómica y estabilidad hemodinámica de cada caso. El pronóstico de estos pacientes es sombrío, con tasa de sobrevida de 5 a 37%, siendo más favorable si la ectopia cordis es parcial y/o presentación incompleta. **Objetivo:** Describir un caso de pentalogía de Cantrell en un recién nacido, sin diagnóstico prenatal. **Caso Clínico:** RN de término, PEG severo, hijo de madre diabética gestacional. Embarazo controlado, en ecografía de las 31 semanas EG se evidencia RCIU. Nace por cesárea, en buenas condiciones generales. Al examen, enflaquecido, con defecto de pared abdominal central cubierto por piel de 6cm aprox. Se hospitaliza para estudio. Se realiza ecografía abdominal donde se describe defecto de pared abdominal de línea media, con protrusión de asas intestinales en su interior, cubierto por tejido subcutáneo, y ausencia de segmento inferior del esternón. En ecocardiograma doppler se evidencia CIA, CIV y divertículo ventricular izquierdo. Se complementa estudio con RNM cardíaca, confirmando sospecha diagnóstica de pentalogía de Cantrell, evidenciándose el defecto diafragmático, pero ausencia de defecto pericárdico. Cariograma 46XY. El paciente evoluciona con lento incremento ponderoestatural y signos de hiperflujo pulmonar (polipnea con retracción subcostal, leve hepatomegalia, saturación de O₂ 95-100%, sumado a congestión pulmonar en radiografía de tórax). Se maneja con diuréticos y captopril, con buena respuesta. Actualmente, en espera de mayor ganancia de peso, para realizar cirugía correctiva. **Conclusiones:** La pentalogía de Cantrell es una etiología infrecuente, con variedad en su complejidad, que requiere un enfoque integral y multidisciplinario para su diagnóstico y tratamiento. Si bien han habido avances en el abordaje quirúrgico de estos pacientes, el pronóstico a largo a largo plazo aún revela elevada morbilidad.

EVOLUCIÓN DEL BONDING, SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y DEPRESIVA EN MADRES Y PADRES DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS.*Rochet P, Armijo I, Cifuentes J, Mirand A, Palma E**Clínica Indisa.*

Introducción: El Bonding es un proceso psicológico en los padres que emerge durante el embarazo y post parto, consiste en el desarrollo de conductas y sentimientos hacia su recién nacido (RN), asegurando su protección, nutrición y la configuración del vínculo. Se posiciona como una necesidad física y psicológica para el RN, ya que le ofrece una figura de apego que le da seguridad y protección, permitiéndole su desarrollo cognitivo, social y emocional. A su vez, la evidencia, lo ha asociado a interacciones saludables con otras personas y con la propia crianza a futuro. No es un proceso innato, su establecimiento es favorecido por los cambios hormonales, físicos y cerebrales que vive la madre durante el embarazo y posteriores al nacimiento. Para el padre, el establecimiento del bonding tiene mayor éxito cuando hay contacto piel con piel con su RN, y cuando participa en los cuidados de éste, porque mejora la interacción padre-hijo y establece confianza. **Objetivo:** Describir y comparar la evolución del bonding en madres y padres de RN menores a 33 semanas de gestación hospitalizados en UPCN, en las primeras 96 horas de vida, a los 14 días y al alta al hogar. Estudiar la correlación entre la sintomatología ansiosa y depresiva de madres y padres con la evolución del bonding. **Materiales:** Estudio de tipo no experimental, longitudinal, en el que se evaluó a madres y padres de RN menores de 33 semanas de gestación al nacer, ingresados a la UPCN de Clínica Indisa. Se excluyeron los RN que presentaron a juicio de su médico tratante un alto riesgo de muerte. Entre diciembre 2016 y mayo 2018, se registraron 226 RN elegibles. De ellos, 19 fallecieron, 45 no logran ser contactados. La muestra final se compone de 162 RN, de los cuales se obtiene la respuesta de 124 madres y 118 padres. Los RN permanecieron hospitalizados en promedio 47,5 días. **Resultados:** Madres y padres presentan en promedio un bonding normal, con mejoras en las puntuaciones a medida que avanza la hospitalización. En ambos se observan bajos niveles de sintomatología depresiva y ansiosa en todas las mediciones, siendo la mayor al nacimiento del recién nacido. La sintomatología depresiva fue significativamente mayor en madres y ambos mostraron bajos niveles de ansiedad estado. Se observó una correlación estadísticamente significativa entre sintomatología ansiosa, depresiva y bonding. La escala Postpartum Bonding Questionnaire mostró incongruencias que sugieren la necesidad de validarla en el contexto de recién nacidos hospitalizados y población chilena. **Conclusiones:** Las madres presentan mejores resultados de bonding con sus recién nacidos, sin embargo, hay una evolución positiva en el tiempo tanto en madres como padres. Los hallazgos sugieren una correlación significativa entre sintomatología ansiosa, depresiva y el desarrollo del bonding, por lo que es relevante evaluar e intervenir estas variables de forma temprana en la hospitalización, para prevenir desórdenes en el bonding, considerando necesidades particulares por género.

RECIÉN NACIDO CON CRÁNEO LACUNAR, UN DIAGNÓSTICO POCO FRECUENTE.*Hubner ME, Ilabaca G, Diaz M, Koller O**Clinica Alemana, Universidad del Desarrollo /UDD.*

Introducción: El cráneo lacunar es una anomalía congénita poco frecuente, que consiste en una alteración en la osificación de la bóveda craneana y que se caracteriza por la presencia de numerosos defectos ovalados o redondeados separados por puentes óseos densos que le dan la apariencia de un panal de abeja en la radiografía de cráneo. En los casos más severos el defecto lacunar está cubierto solamente por una delgada capa fibrosa. El tejido cerebral puede protruir y herniarse a través de estos defectos. Las lagunas se encuentran en los huesos frontal, occipital pero particularmente los parietales. Su etiología sigue siendo poco clara y sujeta a controversia. Se ha asociado con defectos del tubo neural, hidrocefalia, mielomeningocele, encefalocele, craneosinostosis y se describe en el 80% de los niños con Chiari tipo II. Se ha descrito también en asociación con fenilketonuria y como lesiones autolimitadas en recién nacidos sanos. Se ha demostrado su desarrollo in útero con resolución en la infancia como resultado de la remodelación del hueso. **Objetivo:** El objetivo de esta comunicación es presentar un caso clínico de un recién nacido que en el contexto de una fractura de cráneo, se hace el diagnóstico de cráneo lacunar, siendo relevante conocer las patologías asociadas, estudio, manejo y pronóstico de esta identidad. **Caso Clínico:** Recién nacido de término de 38 semanas adecuado a edad gestacional, hijo de madre primigesta, embarazo controlado que cursa con diabetes gestacional tratada con dieta y metformina. Cultivo Streptococo grupo B negativo. Nace por parto vaginal no instrumentalizado, en buenas condiciones. Apgar 9-10 Peso: 3030 g Talla: 50 cms PC: 33 cms Al nacer destaca al examen físico; deformación plástica importante, edema de partes blandas parietal derecho, con pérdida de la continuidad ósea parietal y crepitación, por lo que se sospecha fractura parietal derecha, se hospitaliza para estudio, monitoreo y manejo. Evoluciona hemodinámicamente estable. Ecografía cerebral: hematoma subdural laminar, zona amplia sin calota en región parietooccipital derecha. TAC: fractura parietal derecha, fina colección subdural y hemorragia subaracnoidea. La calota presenta impresiones digitiformes que en algunos segmentos determinan discontinuidad ósea. Cráneo lacunar. Rx de esqueleto sin alteraciones. Rx pelvis normal. Rx abdominal normal Pruebas de coagulación normales. TSH y PKU normal. Se mantiene en observación por 72 horas, evoluciona sin eventos cardio-respiratorias Se controla a los 4 meses, el paciente está clínicamente asintomático y en la TAC cerebral lesiones están en resolución. **Conclusiones:** El cráneo lacunar es una identidad poco frecuente pero importante por sus patologías asociadas y complicaciones como fracturas y hemorragia cerebral, plantea también problemas desde el punto de vista perinatal y médico legal, por lo que nos parece relevante su revisión. Destaca en este caso una evolución favorable y lesiones óseas en regresión.

POSITIVIDAD Y TEMPORALIDAD DE HEMOCULTIVOS EN SEPSIS NEONATAL PRECOZ Y TARDÍA Y ANÁLISIS POR MICROORGANISMOS.*Ortiz M, Pimentel J, Toso A, Urzúa S**Unidad de Neonatología, Hospital Clínico Universidad Católica.*

Introducción: La sepsis neonatal es una patología frecuente en las unidades de cuidados intensivos con alta morbimortalidad asociada. En nuestro centro, luego de iniciados antibióticos, se realiza suspensión de tratamiento con hemocultivos (HC) negativos a las 36 y 48 hrs en sepsis precoz y tardía, respectivamente, según normas internacionales. **Objetivo:** Describir y analizar la temporalidad de la positividad de HC solicitados en sospecha de sepsis neonatal precoz y tardía, y según agente infeccioso detectado. Determinar efecto de estandarización de toma de muestras (aseo previo) y diagnóstico de sepsis en caso de agente *Staphylococcus coagulans* negativo (SCoN) (sepsis si 2 HC y mismo agente). **Materiales:** Estudio observacional de cohorte retrospectiva de pacientes hospitalizados, a quienes se les haya solicitado HC en búsqueda de sepsis precoz y tardía. Se obtuvo dispensa de consentimiento informado por el comité de Ética de la institución. Se estandarizó y protocolizó la toma de muestra con técnica aséptica desde el año 2015 en adelante, con volumen de sangre 1 ml promedio, bajo técnica estéril, inoculado en botella de hemocultivo aeróbico automatizado BacT/Alert, e identificación por técnica de MALDI-TOF. Se realizó análisis retrospectivo de datos obtenidos. **Resultados:** Registro de 200 pacientes con hemocultivos positivos, 2011 a 2020, peso promedio 2178 g, 102 mujeres (51%). Mortalidad del 24% (48 pacientes), con promedio de hospitalización de 70,4 días. Diagnóstico de infección realizado en promedio a los 29,3 días de vida. De un total de 409 cultivos tomados, se compararon 2 periodos de estudio 2011-2014 (121 cultivos) y 2015-2020 (288 cultivos), con tiempo para positividad (TPP) promedio y DE de 20,9 ($\pm 12,9$) hrs. y 14,3 ($\pm 9,3$) hrs. ($p < 0,05$), respectivamente. En el caso de identificación de cocáceas gram positivas (CGP), en el primer periodo el TPP fue de 25,3 ($\pm 12,2$) hrs y en el segundo de 14,1 ($\pm 6,7$) ($p < 0,05$). El TTP para SCoN en el primer periodo fue de 27,5 ($\pm 11,8$) hrs versus 16,9 (6,9) el segundo periodo ($p < 0,05$). La positividad para otras CGP no SCoN fue de 14,2 (7,5) versus 10,5 (4,1) entre el primer y segundo periodo ($p < 0,05$). No hubo mayor diferencia en el TPP entre periodos al analizar el total de bacilos gram negativos (11,8 ($\pm 4,9$) hrs versus 12,3 ($\pm 7,7$) hrs) ni las candidas (28,2 ($\pm 16,4$) hrs versus 29,2 ($\pm 23,3$) hrs), entre ambos periodos. En la identificación para SCoN, un 41% de los HC ya era positivo a las 24 horas en el primer periodo, versus un 86% en el segundo periodo. No se observaron mayores diferencias entre periodos para bacilos gram negativos (95 y 94% de positividad a las 24 horas para cada periodo respectivo). **Conclusiones:** Es importante la estandarización de toma de muestras de HC, evitando casos de contaminación (en especial por SCoN). En la mayoría de los casos (85-95%), los HC ya son positivos a las 24 horas de incubación, planteando suspensión aún más precoz de los antibióticos a lo establecido a la fecha según protocolos internacionales.

EVALUACIÓN DE MOVIMIENTOS GENERALES ESPONTÁNEOS (GMS) EN SEGUIMIENTO NACIDOS (RN) DE RIESGO EN CLÍNICA SANTAMARÍA.

López L, Pérez F

Clínica Santa María.

Introducción: El comportamiento del RN es una representación de la actividad neuronal y da una idea del desarrollo del cerebro. De manera endógena el SNC del feto y del neonato genera una variedad de patrones motores, producidos por generadores centrales de patrones que se correlacionan con indemnidad del SNC. La evaluación de movimientos generales es un método validado, rápido, no invasivo y costo-efectivo para la detección temprana de anomalías neurológicas, principalmente en el área motora. **Objetivo:** Realizar seguimiento de riesgo de daño neurológico en base a la observación de los GMS de RN prematuros < 2000g nacidos en el Servicio de Neonatología de Clínica Santa María (CSM) y determinar su valor predictivo para parálisis cerebral y otras alteraciones del neurodesarrollo. **Materiales:** Criterios de inclusión: Nacidos vivos <= 37 semanas, estables, sin malformaciones mayores y con consentimiento informado para estudio y grabación. Se realizaron videos de 5-10 minutos, y editaron para concentrar secuencias de movimientos espontáneos. Se utilizó la metodología de Precht¹ grabando en 3 períodos: 35-37 semanas EGC (GMs de prematuros), 38-42 semanas EGC (Whrithing) y entre las 12 y 20 semanas de EGC (Fidgety). Se evaluaron según criterios de Precht¹ en pobre repertorio o normales en las dos primeras grabaciones y en etapa Fidgety si están presentes los movimientos esperados o no. Se realizó seguimiento de los pacientes hasta agosto 2022, en base a la ficha clínica con evaluaciones recientes y a los mayores de 18 meses EGC se aplicó Bayley III. **Resultados:** Cumplieron criterios 45 RN con promedio de EG de 31 semanas, 38% fueron PEG (17/45). El seguimiento hasta al menos 12 meses de EGC se logró en 73% (33/45), de los 33, sólo 26 tienen 18 meses EGC o más alcanzando a realizar evaluación de Bayley III en 35% (9/26). Se grabaron en total de 71 videos: 37 en GMs (46% en Pobre repertorio), 13 en Whrithing (69% en pobre repertorio), 21 en Fidgety (100% presentes) que se correlacionó con ningún diagnóstico de parálisis cerebral durante el período de estudio. 55% (18/33) lograron realizar trayectoria completa (GMs/Whrithing + Fidgety) y seguimiento neurológico. 3 tienen evaluación completa normal y ninguno de ellos con alteración del neurodesarrollo. De aquellos con pobre repertorio (15/18) sólo 2 tienen Bayley III o evaluación neurológica normal con más de 12 meses de EGC. Los otros 13 presentan algún tipo de alteración 3 con RDSM (sin parálisis cerebral) y 10 con retraso del lenguaje. En esta muestra el VPP del examen alterado en pobre repertorio es de 0.86 y el VPN es de 1 para los normales. **Conclusiones:** La evaluación de GMS mediante el método de Precht¹ es aplicable en cualquier centro con RN de riesgo de alteración del neurodesarrollo, pero requiere un adecuado sistema de seguimiento para poder realizar la observación completa. El estudio muestra alto valor predictivo en evaluaciones alteradas permitiendo iniciar precozmente terapias y lograr mejores resultados.

EFFECTO DEL USO DE ALMOHADADA DE GEL COMO MEDIDA TERAPÉUTICA PARA DETENER EL AVANCE DE LA PLAGIOCEFALIA EN LACTANTES QUE INICIARON TRATAMIENTO DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE VIDA.

Arrau I, Carvallo F, Lira MI

Centro IMMA.

Introducción: Estos últimos años se ha observado un importante aumento en el número de lactantes derivados a kinesiología por pediatras y neurocirujanos para tratar asimetrías craneales tales como, plagiocefalias, braquicefalias, entre otras. La plagiocefalia posicional es un trastorno del cráneo caracterizado por un aplanamiento uni o bilateral de la región occipital en relación directa con el apoyo continuado del cráneo infantil, tanto durante la vida intrauterina como después del nacimiento, manteniendo abierta las suturas posteriores. Estas anomalías posicionales pueden ser prevenidas y tratadas, con almohadas de gel, ya que, al ser un cojín relleno de gel, se amortigua el peso en una zona del cráneo, cuando el bebe está de espalda, boca arriba. **Objetivo:** Describir el efecto que tiene el uso de la almohada de gel IMMA, como medida terapéutica, para detener el avance de la plagiocefalia en lactantes atendidos en Centro IMMA que se les indicó el uso de almohada de gel durante el primer trimestre de vida. **Materiales:** Estudio de cohorte, retrospectivo, longitudinal en donde se analiza un grupo de 33 lactantes, con diagnóstico de plagiocefalia, que fueron atendidos en Centro IMMA y que se les indicó el uso de almohada de gel IMMA, durante el primer trimestre de vida. Se recopilaron los datos de los pacientes atendidos en el Centro IMMA. Al aplicar los criterios de inclusión y exclusión dio como resultado una muestra de 33 lactantes a estudiar (n=33). Se estudiaron las variables: edad a la evaluación inicial (meses), índice de plagiocefalia inicial (milímetros), severidad de plagiocefalia inicial, edad a la reevaluación (meses), índice de plagiocefalia a la reevaluación (milímetros) y severidad de plagiocefalia a la reevaluación. **Resultados:** Del total de 33 pacientes, 29 disminuyeron su índice de plagiocefalia a la reevaluación, luego de al menos un mes de uso de la almohada (87%). No hubo pacientes que aumentaron su grado de severidad de plagiocefalia (de leve a moderada o de moderada a grave) al usar la almohada IMMA. **Conclusiones:** La almohada de gel IMMA es una medida efectiva para detener el avance de la plagiocefalia en lactantes a los que se les indica como medida terapéutica durante el primer trimestre de vida.

USO DE ANTIBIÓTICOS EN SOSPECHA DE SEPSIS NEONATAL PRECOZ: COMPARACIÓN ENTRE GUÍA NICE Y CALCULADORA DE RIESGO DE SEPSIS KAISER PERMANENTE.

Howard C, Urrea M, Martínez L, Gandolfi C, Becerra M, Gothe MJ, Canals A

Clínica Santa María.

Introducción: La sepsis neonatal precoz (SNP) es uno de los principales diagnósticos en las Unidades Neonatales, con una incidencia variable, en Chile alrededor de 1/1000 nacidos vivos, y presenta altas tasas de mortalidad; 1.5% en recién nacidos a término (RNT) y hasta 40% en recién nacidos prematuros. El *Streptococcus* grupo B (SGB) es el microorganismo más frecuente (35-40%), seguido por *Escherichia coli* (30%), frecuencia que se invierte en los RN de pretérminos extremos. Su diagnóstico es difícil de realizar ya que frecuentemente presenta signos clínicos inespecíficos que se superponen con condiciones no infecciosas. Si bien el tratamiento rápido con antibióticos (AB) es efectivo, puede tener riesgos y costos asociados, por lo que es importante no realizar un uso indiscriminado. En el servicio de Neonatología de Clínica Santa María, hasta mayo 2021, se seguían las recomendaciones de la Guía NICE para tomar la decisión de iniciar tratamiento con AB en estos casos, pero el año 2017, el grupo de Kaiser Permanente publicó su Calculadora de Riesgo de Sepsis (CRS) y estudios mostraron que la utilización de ésta redujo el uso de AB en un 50% sin aumentar la incidencia de SNP o reingresos. **Objetivo:** Comparar la indicación de tratamiento con AB en recién nacidos en Clínica Santa María. **Materiales:** Se realizó un estudio retrospectivo de los RN mayores de 34 semanas en Clínica Santa María durante el año 2019, para los cuales se indicó tratamiento AB según las recomendaciones de la Guía NICE. En aquellos que recibieron tratamiento AB, se aplicó la CRS del grupo Kaiser Permanente. Se realizó un análisis descriptivo de las características clínicas de madres y recién nacidos, de los resultados de hemocultivo para la confirmación de SNP y de los resultados de la CRS. **Resultados:** De los 2.988 RN en Clínica Santa María, 79 (2,6%) recibieron tratamiento AB según indicación de la Guía NICE. El 15,2% de las madres de éstos, presentaron cultivo de SGB positivo y el 51,9% recibió profilaxis antibiótica completa. El promedio de edad gestacional de los RN fue de 37,3 semanas, y el 100% tuvo un resultado negativo en el hemocultivo. Los resultados de la CRS indicaron control rutinario en el 61% de los RN, y tratamiento con AB en solo 16 de ellos (20,3%). **Conclusiones:** Los resultados muestran una disminución en la indicación de AB al utilizar la CRS de Kaiser Permanente, en comparación con la guía NICE.

PREVALENCIA EN TRASTORNO DE SUCCIÓN-DEGLUCIÓN EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS MENORES DE 32 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL.

Guerra A, Carvajal F

Hospital de La Serena/Universidad.

Introducción: Los trastornos de succión-deglución en neonatos prematuros < 32 semanas de Edad Gestacional (EG), aumentan las comorbilidades tales como desnutrición, riesgo de broncoaspiración, neumonías y contribuye a estancias hospitalarias prolongadas. En Chile actualmente no existen datos estadísticos respecto a su prevalencia. **Objetivo:** Determinar la prevalencia en Trastorno de succión- deglución (TSD) en recién nacidos (RN) prematuros. **Materiales:** Se estudió a neonatos < 32 semanas de edad gestacional hospitalizados en la UPC neonatal del Hospital de La Serena en 2019. En base a la literatura y experiencia local se estimó una mínima de 42 niños. Criterios de inclusión: Recién nacidos < 32 semanas de EG al nacer, con estabilidad cardiorrespiratoria. Criterios de Exclusión: Peso inferior a 1000 gramos al evaluar, ayuno por cualquier causa, Malformación craneo facial que impida la alimentación oral. Los pacientes fueron evaluados utilizando el instrumento Protocolo de Evaluación de habilidades tempranas de alimentación en recién nacidos Prematuros (validado en Chile). Se realizó análisis estadístico descriptivo mediante medias y desviación estándar, mediana y rangos y distribuciones porcentuales. Las variables continuas se evaluaron mediante T de Student y las categóricas con Chi cuadrado, para el caso de las variables de distribución normal. En el caso de aquellas sin ese atributo, se usó estadígrafos no paramétricos. Se evaluó la asociación entre variables predictoras y de resultado a través de Razón de Prevalencia (RP) con sus respectivos Intervalos de confianza al 95%. Los cálculos estadísticos se realizaron con el programa Epidat 4.2. **Resultados:** La muestra correspondió a 44 neonatos, 19 fueron de sexo femenino (43,2%) y 25 RN de sexo masculino (56,8%). La EG promedio al nacer fue de 28,9 semanas (DE +/-2,2), el promedio del peso al nacimiento fue de 1266 gramos (DE +/-389,9) y talla al nacimiento 37,2 cm (DE +/-3,9). Se encontró una prevalencia de TSD de 73% (leve 20,5%, moderado 18,2% y severo 34,1%). Las variables peso, talla y circunferencia craneana al nacer mostraron una asociación estadísticamente significativa con este diagnóstico, al igual que Displasia Broncopulmonar (DBP), días de hospitalización (sin TSD: 37,6 DE 11,7; con TSD 63,2 DE 30,8, p=0,001), anemia (RP: 6,75 IC95%: 1,09-45,19) y uso de VM (RP: 6,75 IC95%: 1,01-45,18). **Conclusiones:** Existe una alta prevalencia de TSD en prematuros, la que aumenta a menor EG y peso al nacer. Entre los factores de riesgo se encuentran la anemia, DBP y uso de VM. Estas condiciones repercuten directamente en la capacidad del recién nacido prematuro de lograr alimentación por succión cumpliendo con los parámetros de seguridad, eficiencia y confort. Esta alta prevalencia obliga a realizar una búsqueda activa por parte del neonatólogo para lograr un diagnóstico precoz y un manejo terapéutico adecuado, para lograr una alimentación segura y eficiente y permitir disminuir la estancia hospitalaria.

NEOCOSUR: REPORTE DE 21 AÑOS DE UNA RED NEONATAL SUD-AMERICANA.*D'Apremont I, Musalem C, Rojas S, Faunes M, Fabres J, Tapia JL**Universidad Católica de Chile.*

Introducción: Neocosur es una red colaborativa neonatal creada en 1997 con el objetivo de vigilar los resultados de los RNMBPN en Sud-América. Los centros participantes son todos de III nivel y afiliados a universidades, 66% pertenecientes al sistema público y 33% al sistema privado. **Objetivo:** Describir los principales resultados de los RNMBPN ingresados a Neocosur, durante un período de 21 años, (36 unidades de 5 países Argentina - Chile- Paraguay – Perú - Uruguay). **Materiales:** Estudio observacional con datos obtenidos prospectivamente. Se incluyó a los RNMBPN con PN entre 500 y 1500 g nacidos en los centros participantes. Se recolectaron en forma prospectiva, los datos bio-demográficos y de morbi-mortalidad de los niños nacidos entre el 01/01/2001 al 31/12/2021. El registro de datos fue realizado en línea, con criterios de diagnóstico pre-definidos que fueron analizados por una Unidad de Base de Datos. **Resultados:** En los 36 centros de Neocosur, 29.223 RNMBPN fueron enrolados en los 21 años. El promedio de PN fue de 1.093 g (+ 276) y de EG 28,8 semanas (+ 2,9). 52,0% fue de sexo masculino, 3,7% falleció en la sala de partos y 20,5% fallece post-ingreso. 37,9% correspondió a < 1.000 g y 44,9% a <29 semanas. 4,5% de los niños ingresados presentaba Malformaciones Congénitas Mayores. En relación a los datos perinatales, aumentó en forma significativa: el control prenatal (media 88,6%), uso de esteroides antenatales (media 79,6%), vía de parto: cesárea (media 74,0%), embarazo gemelar (media 20,5%). La mortalidad global luego del ingreso a UCIN fue de 20,5% con una tendencia significativa a la baja en los últimos 4 años. El 59,0% de los ingresos recibió surfactante; 64,2% requirió de ventilación mecánica convencional y 17,6 % ventilación de alta frecuencia. Hubo una disminución significativa de sepsis precoz (media 3,2%) siendo la E. Coli, el germen más frecuente (21%) y de sepsis tardía (media 20,4%), donde el germen más frecuentes fue el S. Coagulasa-/ S epidermidis (44%). En la morbilidades con secuelas a largo plazo, se observó disminución significativa de HIC global (media 27,5%) con G III-IV del 9,6% y LPV 5,7%; ROP global (media 21,9%) con 3,5% de ROP grado 3-5 y ECN (media 11%). No hubo cambios en el O2 36 semanas (media 21,9%) y 9,3% de O2 al alta. **Conclusiones:** La Red Neocosur cumple 22 años con registros en línea a través de ficha electrónica y cuenta con 36 centros activos: 24 públicos y 12 privados. El actual reporte informa los datos crudos de 29.223 casos con PN entre 500-1500 g. Si bien en la Red los Centros muestran diversidades, los resultados globales confirman disminución significativa de la mortalidad Post-ingreso, y la disminución significativa de sepsis tardía, HIC G III-IV, ROP global y ECN, es el resultado de mejores cuidados intrahospitalarios.

MORBIMORTALIDAD DE NEONATOS PEQUEÑOS PARA EDAD GESTACIONAL CLASIFICADOS SEGÚN LOS ESTÁNDARES DE INTERGROWTH 21TH Y FENTON EN LOS RECIÉN NACIDOS DE MUY BAJO PESO DE LA RED NEOCOSUR.*Cocucci C, D'Apremont I, Cerene MB, Masoli D, Musante G**Hospital Universitario Austral, Pilar Provincia de Buenos Aires, Argentina, Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica, Santiago de Chile.*

Introducción: Los niños con peso al nacer (PN) en percentil <10 para su edad gestacional (EG) son considerados pequeños para edad gestacional (PEG). Aunque extremadamente sensible, este punto de corte carece de especificidad para resultados adversos. Asimismo, los estándares Intergrowth21st y Fenton tienen diferentes puntos de corte para esos percentiles y por ende podrían inducir sesgo de clasificación en zonas grises. NEOCOSUR es una red colaborativa neonatal creada en 1997 que cuenta actualmente con unidades neonatales de 5 países: Argentina, Chile, Paraguay, Perú y Uruguay. **Objetivo:** Evaluar el efecto de la condición de PN para la EG sobre la morbi-mortalidad en neonatos de MBPN considerando factores de riesgo individuales y de los centros de atención. **Materiales:** Se analizó una cohorte de MBPN < 1500 g con EG entre 24 y 31 semanas de 23 centros en la red NEOCOSUR ingresados entre 2013-2020. Se excluyeron aquellos con malformaciones congénitas mayores, fallecidos en sala de partos y embarazos múltiples. La condición de PN se clasificó en 3 grupos usando Intergrowth21st y Fenton para calificar Adecuado para EG (≥ 10) PEG (<10 ≥ 3) y muy pequeño para edad gestacional (MPEG) (<3). Esta fue la variable de exposición primaria. El resultado principal fue muerte en UCIN. Los resultados secundarios fueron morbilidades combinadas o no con muerte: Enterocolitis necrotizante (ECN) quirúrgica, Displasia Broncopulmonar (DBP), Hemorragia Intraventricular III-IV (HIV), Leucomalacia periventricular (LPV). El análisis estadístico se realizó mediante modelos logísticos multivariados multinivel, uno con Intergrowth21st y otro con Fenton. Las variables de ajuste fueron EG, PN, género y esteroides prenatales y la variable de grupo o segundo nivel fue el centro de nacimiento. **Resultados:** Se analizaron 6.763 niños de 23 centros donde Intergrowth21st calificó como menor al percentil 10 al 14,1% de los RN y Fenton al 13%, con 7,1% y 3,4% de MPEG respectivamente. Para MPEG el OR ajustado de muerte según Intergrowth21st fue 2.18 (1.7–2.8) y según Fenton 3.29 (2.4–4.5). No se encontraron diferencias significativas para Enterocolitis necrotizante (ECN) quirúrgica, DBP, HIV o LPV, pero si en los resultados combinados DBP o Muerte 1.7 (1.33–2.16) y 2.27 (1.6–3.17) respectivamente; HIV o muerte 1.62 (1.27–2.05) y 2.31 (1.7–3.14) y LPV 1.56 (1.22–1.96) y 2.37 (1.74–3.23). El coeficiente de correlación intraclase (ICC) de la variable de grupo señala que un 8% de variabilidad en los resultados se explica por el centro de nacimiento. **Conclusiones:** Los neonatos con PN menor al percentil 10 son un grupo heterogéneo, donde por debajo del percentil 3, la morbi-mortalidad es significativamente mayor. Para la Red Neocosur la curva de Fenton discrimina con mayor especificidad al grupo de más riesgo que Intergrowth21st en mortalidad y resultados combinados con DBP, HIV y LPV. El análisis multinivel destaca un efecto centro significativo en esta Red debido al ICC estimado.

INFLUENCIA DE LA PANDEMIA POR SARS-COV2 EN LA NATALIDAD Y EN LOS RECIÉN NACIDOS DE MUY BAJO PESO EN UNIDADES DE LA RED DE NEONATOLOGÍA DEL CONO-SUR (NEOCOSUR).

Locarnini F, D'Apreamont I, Bancalari A, Saa G, Nieto R, Silvera F, Flores F, Alfieri G, Keller R

Hospital Universitario Austral, Pilar, Argentina; Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Guillermo Grant, Chile; Hospital Fernández, Ciudad de Buenos Aires, Argentina; Maternidad Sarda, Ciudad de Buenos Aires, Argentina; Servicio de Recién Nacidos, Hospital Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay.

Introducción: La natalidad y la incidencia de recién nacidos de muy bajo peso (RNMBP) se ha visto afectada a nivel mundial por la pandemia del SARS-CoV2. En países europeos como Dinamarca, han observado una significativa disminución en la incidencia de prematuros extremos. En otras latitudes como India o Nepal, no se han observado diferencias en la natalidad de prematuros, pero sí se ha reportado un aumento de las muertes neonatales. Existen escasos datos del efecto de la pandemia por SARS-CoV2 en la natalidad y en el porcentaje de RNMBP en la región de Sudamérica. **Objetivo:** Comparar la natalidad global, la incidencia de RNMBPN, la mortalidad y morbilidad en los diferentes centros de la Red Neocosur entre el período pre-pandemia y pandemia. **Materiales:** Estudio observacional con datos obtenidos prospectivamente entre los años 2018-2021, que incluyó 26 centros neonatales que participan con más de 5 años de permanencia en la Red Neocosur. Criterios de inclusión: RNMBPN con PN entre 500-1500 g. Se excluyeron los fallecidos en sala de parto, los menores de 23 y mayores de 36 semanas de edad gestacional. No se excluyen malformaciones congénitas mayores. Se analizaron 5.799 RNMBP en el periodo estudiado. Los años 2018 y 2019, corresponden al período pre-pandemia y los años 2020 y 2021 al período de pandemia. El período pandémico se subdividió en pandemia sin vacuna (año 2020) y pandemia con vacuna (año 2021). Se determinó y comparó el número de nacimientos totales en cada centro, la incidencia de RNMBP (500-1500 g); la mortalidad y las diferentes morbilidades como sepsis precoz y tardía, ECN, ROP, DAP, DBP, HIV. Los resultados de estas variables se compararon entre los centros públicos y privados de la Red Neocosur. Para los análisis estadísticos se usó SPSS 17.0. **Resultados:** En los 26 centros analizados, el número total de nacimientos disminuyó significativamente entre el año 2018 (94.062 RNV) y el año 2021 (70.130 RNV) ($p < 0.0008$). Sin embargo, aumentó el porcentaje de RNMBP de 1.72% en el período pre-pandémico a 1.91% en el período pandémico con vacuna ($p < 0.01$). Este aumento de los prematuros ocurrió en los centros públicos, pero no así en los privados. El análisis buscó diferencias en el PN que al estratificarse en grupos de peso, cada 250 g, no mostró diferencias en su distribución ($p 0.62$). La mortalidad de los RNMBP disminuyó significativamente en el período pandémico al compararlo con el período pre-pandémico ($p < 0.013$). Las diferentes morbilidades de los RNMBP estudiadas entre ambos periodos evaluados, no mostraron diferencias significativas. **Conclusiones:** En los centros analizados de la Red Neocosur disminuyó el total de recién nacidos vivos durante el período pandémico en la Red Neoco, pero se observó un aumento en el porcentaje de RNMBP, que nacieron principalmente en los hospitales públicos. La mortalidad de los RNMBP en el período pandémico fue menor que en el período pre-pandémico, sin observarse diferencias en las morbilidades.

VELOCIDAD DE CRECIMIENTO TEMPRANO EN LACTANTES NACIDOS DE MUJERES CON OBESIDAD PREGESTACIONAL SUPLEMENTADAS CON ÁCIDO DOCOSAHEXAENOICO DURANTE EL EMBARAZO.

De Toro V, Alberti G, Domínguez MA, Carrasco K, Ferrer P, Garmendia ML, Casanello P

Departamentos de Gastroenterología y Nutrición pediátrica - Neonatología - Obstetricia - Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile / Instituto de nutrición y tecnología de los alimentos, Universidad de Chile.

Introducción: Existe evidencia de la influencia de la suplementación materna con ácido docosahexaenoico (DHA) durante el embarazo en la antropometría de sus hijos. Sin embargo, el impacto de esta intervención nutricional sobre la tasa de crecimiento postnatal en la descendencia de mujeres con obesidad pregestacional (OPG) sigue siendo controvertido. **Objetivo:** Analizar la tasa de crecimiento postnatal durante los primeros 4 meses de vida en la descendencia de mujeres con OPG suplementadas aleatoriamente con 200 mg/día (OPG-200) u 800 mg/día (OPG-800) de DHA durante el embarazo, en comparación con los hijos de mujeres sin obesidad ni suplementación de DHA (grupo de referencia, GR-0). **Materiales:** Este estudio es un análisis secundario de un estudio de cohorte longitudinal que evaluó la tasa de crecimiento de 242 lactantes (NCT04249635) durante los primeros 4 meses de vida. Se incluyeron los lactantes de las mujeres del grupo OPG-200 o OPG-800 ($n=169$) y los lactantes del GR-0 ($n=73$). Se evaluó la velocidad de crecimiento del peso (g/kg/día y g/día), la longitud y el perímetro cefálico (cm/semana) y el cambio en la puntuación z (tablas de la OMS). **Resultados:** Los lactantes del grupo OPG-200 presentaron una mayor puntuación z de peso por longitud (PLZ, coef 0,36, IC95% 0,04, 0,68, $P = 0,029$), y una menor puntuación z de longitud por edad (TEZ, coef -0,31, IC95% -0,58, -0,04, $P = 0,027$) en comparación con el GR-0 ajustado por la estatura materna, el aumento de peso durante el embarazo, la edad gestacional, la talla al nacer, la insulina en sangre del cordón umbilical y la alimentación del lactante. Los grupos OPG-800 y GR-0 tuvieron parámetros de velocidad de crecimiento comparables. **Conclusiones:** La suplementación materna con DHA durante el embarazo podría beneficiar la velocidad de crecimiento temprano de los niños nacidos de mujeres con OPG.

CARACTERIZACIÓN DE LOS ESPECIALISTAS EN NEONATOLOGÍA INSCRITOS EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES INDIVIDUALES (RNPI) DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD (SIS) EN CHILE EL AÑO 2022.

Pantoja M

Facultad de Medicina. Campus Oriente. Universidad de Chile Servicio de Neonatología. Hospital Dr. Luis Tisné Brousse Servicio de Neonatología. Clínica Alemana Santiago.

Introducción: La especialidad médica de Neonatología es relativamente reciente en la historia de la medicina, tanto a nivel mundial como nacional. No existe a la fecha información consolidada que dé cuenta del número de especialistas a nivel nacional y su distribución a nivel regional. El RNPI permite mantener información transparente de todos los prestadores de salud y sus especialidades debidamente certificada, como parte de las funciones de la SIS. **Objetivo:** El objetivo del presente estudio es caracterizar a los especialistas en neonatología de Chile, según los datos del RNPI. **Materiales:** Corresponde a un estudio descriptivo. Se solicitó información de los neonatólogos inscritos en el RNPI hasta el 30/06/22. Se solicitó información de los datos incluidos en el RNPI como fecha de nacimiento, sexo, nacionalidad, año de inscripción en RNPI, entidad certificadora, región de trabajo. Luego de eliminar los registros duplicados se analizó la información para evaluar el número de neonatólogos cada año, desde la creación del RNPI el año 2009, a la fecha. Para dichos efectos se consideró a cualquier especialista desde su año de certificación, hasta los 65 años, que es la edad de jubilación vigente en Chile. Se evaluó además la tasa de recambio anual de neonatólogos que es la diferencia entre nuevos neonatólogos certificados cada año – neonatólogos que cumplen 65 años. Para calcular la tasa de neonatólogos por 10.000 recién nacidos vivos a nivel nacional y por región, se utilizaron datos disponibles en el DEIS – MINSAL. **Resultados:** Luego de eliminar registros duplicados se obtuvo un total de 450 neonatólogos inscritos en el RNPI. Un 51% corresponde al sexo femenino. Un 91% de los neonatólogos son de nacionalidad chilena y un 9% extranjeros. En relación con la entidad certificadora un 35,6% corresponde a un Servicio de Salud, 33,8% la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM), un 24,9% a Universidades y un 4,4% a Fuerzas Armadas y Carabineros. Al filtrar los resultados excluyendo a los mayores de 65 años se obtiene un total de 294 neonatólogos según los datos del RNPI, lo que corresponde a una tasa de 14 neonatólogos por 10.000 RNV el año 2019, con un rango que va desde 0 a 26,7. La tasa de recambio promedio entre los años 2009 y 2021 es de 24 neonatólogos, sin embargo, al separar en trienios se puede observar un descenso importante en la tendencia desde 78 en el trienio 2009-2011 hasta 2 en los últimos 2 trienios (2015-2017, 2018-2020). **Conclusiones:** Actualmente tenemos 21 neonatólogos por 10.000 RNV, que disminuye a 14 si sólo incluimos los menores de 65 años. Se observan importantes diferencias en acceso a especialista entre regiones, pero se desconoce la diferencia entre entidades público-privadas. Se necesitan estudios que permitan estimar las brechas existentes en nuestra especialidad de manera confiable para poder planificar de mejor manera la formación de nuevos especialistas para la red de salud.

VENTILACIÓN MECÁNICA Y SOBREVIDA SIN MORBILIDAD MAYOR EN RECIÉN NACIDOS DE MUY BAJO PESO AL NACER: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO.

Toso A, Kuzmanic D, Domínguez MA, González A, Méndez A, Aburto C, Tapia JL

Pontificia Universidad Católica de Chile - Red Neonatal NEOCOSUR.

Introducción: La ventilación mecánica (VM) es un soporte vital que colabora en la supervivencia de los recién nacidos de muy bajo peso al nacer (RNMBPN). A pesar de esto, la VM puede presentar riesgos y complicaciones. **Objetivo:** Comparar la supervivencia sin morbilidad mayor (SSMM) en los RNMBPN que recibieron VM en comparación con los que no la recibieron, según la edad gestacional (EG) y la duración de la VM. **Materiales:** Estudio retrospectivo multicéntrico con datos recolectados en forma prospectiva. Se incluyeron recién nacidos prematuros con un peso de 500 a 1.500 gramos y de 24 a 30 semanas de EG nacidos entre 2010 y 2019 en centros de la Red neonatal NEOCOSUR. Se compararon las características basales y los resultados neonatales entre los RNMBPN ventilados y no ventilados. Se realizó una estratificación por cada semana de EG. Se calcularon los odds ratio ajustados y los intervalos de confianza (IC) del 95% para los principales resultados mediante regresión logística, ajustando por el peso de nacimiento, EG, sexo, tipo de parto, síndrome de dificultad respiratoria (SDR), corticoides prenatales, pequeño para la edad gestacional (PEG) y Apgar. **Resultados:** Se incluyeron en el análisis un total de 9478 RNMBPN. De ellos, 7398 (78,1%) fueron conectados a VM y 2080 (21,9%) no se conectaron a VM. Los pacientes no ventilados tenían mayor peso de nacimiento y EG, mejor Apgar y presentaban menos resultados adversos importantes ($p < 0,001$). La SSMM en los pacientes no ventilados fue del 72,3%, en comparación con el 24,2% en los pacientes ventilados (OR 0,26; IC del 95%: 0,23-0,30). Además, la SSMM de los RNMBPN ventilados fue inferior en todos los intervalos de EG luego del ajuste por riesgo. La duración de la VM también se asoció a una disminución de la SSMM; cada día adicional de VM disminuyó la SSMM en un 6% (OR=0,940, IC 95%: 0,932 - 0,948). **Conclusiones:** El uso y la duración de la VM se asociaron con una disminución significativa de la SSMM en esta población de RNMBPN, incluso luego de ajustar por riesgo. Estos resultados refuerzan la búsqueda de estrategias que puedan disminuir de forma segura el uso y la duración de la VM en estos pacientes.

CARACTERIZACIÓN DE RECIÉN NACIDOS CON SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIO ADAPTATIVO.

Faúndez J, Aguiluz R, Cabrera A, Higuera T, Bancalari A

Departamento Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Servicio Neonatología, Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB).

Introducción: El síndrome de dificultad respiratorio adaptativo (SDRA) es una condición transitoria de carácter auto limitado, que se presenta dentro de las primeras horas post-natales en los recién nacidos (RN). Este síndrome se diagnostica con cierta frecuencia, pero los datos a nivel internacional son escasos, limitados y desactualizados. En Chile no se han reportado datos epidemiológicos, clínicos y/o de laboratorio de RN con SDRA diagnosticados. **Objetivo:** Describir las características epidemiológicas, sintomatología clínica, exámenes de laboratorio y el manejo realizado en RN con diagnóstico de SDRA. **Materiales:** Estudio descriptivo retrospectivo de RN con diagnóstico de egreso de SDRA, del Servicio de Neonatología del HGGB entre octubre 2010 y diciembre del 2020. Se describe la sintomatología clínica presentada, exámenes complementarios y asistencia respiratoria utilizada. Se consideró SDRA aquel RN que presentó alguna sintomatología respiratoria con una duración ≤ 12 horas y que no requirió en ningún momento intubación endotraqueal. Se realizó análisis estadístico descriptivo en planilla Microsoft Excel 2019. **Resultados:** Se estudiaron 259 RN con una edad gestacional y peso de nacimiento promedio \pm DE de $35,9 \pm 2,4$ semanas (rango:28-41) y 2800 ± 866 g (rango:1160-5390), respectivamente y el 67,6% fueron adecuado para la edad gestacional. Del total de RN un 42,5% (110/259) fueron de término, y un 46,3% (120/259) pretérminos tardíos. Un 63,3% nacieron por cesárea, con predominio del sexo masculino (58,7%). Presentaron morbilidad materna un 62,9%, siendo las más frecuentes: la diabetes gestacional (35%), seguido por el síndrome hipertensivo del embarazo (18,4%). El 100% de los RN presentó alguna sintomatología respiratoria. La sintomatología predominante fue quejido espiratorio en el 74,9% seguida de retracción subcostal en el 71,0%. Del grupo total, un 83,8% (217/259) requirió administración de oxígeno, con una concentración de oxígeno media de 27% (rango 23-40%) y una duración media de 6,0 hrs. (rango: 1-12). El método de asistencia respiratoria más utilizado fue Hood (65,4%), seguido de CPAP (33,2%). Se realizó radiografía de tórax en el 71,1% (184/259) describiéndose como normal o discreto infiltrado intersticial perihiliar en el 89,7%. Gases arteriales se tomaron en las primeras 4 horas de vida postnatal en el 81% de RN resultando una media de PaO₂ de 84,4 mmHg y pH 7,34. Del grupo total la media de estadía hospitalaria fue de 8,8 días. En los RN de término fue de 5,5 días, en los RN de pretérminos tardíos de 7,02 días, y los RN ≤ 32 semanas fue de 22,6 días. **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes con SDRA corresponden a RN de término y pretérmino tardío, de los cuales 2/3 nacieron por cesárea y presentaron alguna morbilidad materna. Todos los RN presentaron sintomatología clínica siendo el quejido espiratorio el signo más frecuente. Estos RN requieren bajas concentraciones de oxígeno, por un breve periodo de tiempo, sin presentar alteraciones significativas en la radiografía de tórax y gasometría.

TAMIZAJE TEMPRANO PARA DETECCIÓN DE TRASTORNOS DEL ÁNIMO EN PUÉRPERAS VULNERABLES (RESULTADOS PRELIMINARES).

López C, Labbe C, Larrain M, Villalón H

Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile.

Introducción: El término depresión posparto se utiliza para describir la depresión que comienza dentro de los 12 meses posteriores al parto. Es una entidad bien conocida, que puede alterar la relación madre-hijo desde sus inicios. La frecuencia reportada en Chile es aproximadamente del 10%, similar a la encontrada en otros países. Sin embargo, su prevalencia real se desconoce, debido a las múltiples variables involucradas, principalmente las diferentes situaciones de vulnerabilidad de las madres. Es fundamental aplicar de manera universal métodos de tamizaje para conocer la real dimensión de esta condición, y de manera precoz, para permitir tratamientos oportunos que permitan evitar las consecuencias sobre el binomio madre-hijo. **Objetivo:** Describir los resultados de una escala de tamizaje para detección temprana de trastornos del ánimo en madres vulnerables. **Materiales:** Paciente y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, no controlado con 21 madres acogidas por una Fundación en contexto de vulnerabilidad socioeconómica, que decidieron no abortar. Se aplicó la Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) desde la diada hasta los primeros tres meses post parto, como tamizaje para trastorno del ánimo puerperal. Se consideró un puntaje mayor a 10 como alto riesgo de depresión. **Resultados:** La mediana de edad fue 28 años (15 - 43). 61.9% (13/21) refirió parto vaginal y 38.1% (8/21) cesárea. Se observó primiparidad en 66.6% (14/21) de ellas. Otra variable analizada fue la red de apoyo referida. En 80.9% (17/21) se observó buena red, 14.2% (3/21) presentaba de manera parcial y 4.7% (1/21) refirió contar con ningún tipo de apoyo. 61.9% (13/21) se encontraba emparejada al momento del parto y 38.1% (8/21) solas. Finalmente, 33.33% (7/21) de las madres obtuvieron un puntaje de corte mayor a 10 puntos en la escala y, por lo tanto, alto riesgo de depresión post parto. **Conclusiones:** Discusión: La prevalencia observada es 33.3% (7/21) en este grupo de madres vulnerables socioeconómicamente, significativamente mayor a lo reportado a nivel nacional e internacional. Aunque son resultados preliminares y la casuística aún baja, se observa una tendencia que motiva a ampliar los estudios en poblaciones con diversos tipos de vulnerabilidad. Conclusión: Los resultados preliminares de este estudio orientan a un significativo mayor riesgo de trastornos del ánimo temprano en puérperas con vulnerabilidad socioeconómica. Se requieren más estudios para conocer la real dimensión de este problema.

EMBARAZO MONOCORIAL DICIGOTICO CON DISCORDANCIA ANTIGENICA ERITROCITARIA FETAL: UNA QUIMERA. REPORTE DE UN CASO.

Nordenflycht J, Labbé C, Jatip S, Riofrancos C, Villalón H

Universidad de los Andes.

Introducción: Los gemelos monocigotos comparten el mismo material genético debido a que se forman a partir de un mismo cigoto que se separan tempranamente. Los dicigotos son formados por 2 óvulos y 2 espermios con diferente carga genética y, de acuerdo a la evidencia, son siempre bicoriales biamnióticos. El paradigma de que los gemelos monocigotos son individuos idénticos ha cambiado en los últimos años. Hoy se reconoce que pueden presentar diferencias producto de mosaicismos cromosómicos, mutaciones puntuales en genes y/o cambios epigenéticos. Reportes actuales han revelado la existencia de gemelos monocoriales dicigóticos, por la fusión temprana de dos cigotos diferentes que originan un individuo, formando dos masas celulares internas con una mezcla de células, lo que conduce a la formación de embriones con diferente carga genética. Se conoce como quimerismo o quimera. Esto se asocia con más frecuencia a procedimientos de fertilización asistida (82.1% de los casos). Hasta hoy, sólo se han reportado 14 casos de quimerismo en embarazo espontáneo. Las quimeras de grupos sanguíneos y sus combinaciones pueden causar confusión y eventos adversos en transfusiones o trasplantes de sangre, por lo que la tipificación del grupo sanguíneo en gemelos monocoriales biamnióticos debe realizarse cuidadosamente. **Objetivo:** Reportar un caso de embarazo gemelar espontáneo monocorial dicigótico con grupos sanguíneos discordantes. **Caso Clínico:** Mujer sana de 32 años, M2, diagnosticada con embarazo gemelar espontáneo monocorial biamniótico mediante ultrasonido certificado por 2 médicos especialistas en distintos centros obstétricos. Buena evolución y sin complicaciones. No se realiza estudio de cigocidad. Parto vaginal a las 36 semanas con dos recién nacidas de sexo femenino. La primera con peso 2.220 g, talla 47 cms. y grupo 0 Rh positivo. La segunda con 2.580 g, talla 48 cms. y grupo B Rh positivo. Presentan adecuada adaptación post natal y buena evolución posterior. **Conclusiones:** Se presenta un raro caso de embarazo gemelar monocorial dicigótico concebido de manera espontánea. Se debe insistir en la correcta tipificación y diagnóstico, para evitar complicaciones futuras asociadas a trasplantes o transfusiones.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON PARACETAMOL DEL DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE: COMPARACIÓN DE ESTRATEGIA HABITUAL VERSUS PROLONGADA.

Marinovic A, Bancalari A, Cotua S, Muñoz V

Hospital Regional de Concepción Departamento de Pediatría Universidad de Concepción.

Introducción: El Ductus Arterioso Persistente hemodinámicamente significativo (DAP-hs) constituye uno de los problemas más desafiantes en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. En los últimos años el uso de paracetamol endovenoso ha emergido como una buena opción terapéutica, pero la mayoría de los estudios tienen una duración de 3 días. Sin embargo, la administración prolongada de este fármaco no ha sido aún explorada. **Objetivo:** Comparar la eficacia y seguridad del tratamiento habitual versus prolongado con paracetamol del DAP-hs, en recién nacidos prematuros. **Materiales:** Estudio de 2 cohortes, una evaluada prospectivamente y la otra retrospectivamente, en recién nacidos de pretérmino menor o igual a 32 semanas de edad gestacional y/o ≤ 1500 gramos (g) con diagnóstico ecocardiográfico de DAP-hs realizado por cardiólogo pediatra. La cohorte prospectiva correspondió a estrategia habitual definida como tratamiento con paracetamol endovenoso por 3 días (15 mg/kg/dosis cada 6 hrs). La cohorte retrospectiva correspondió a estrategia prolongada, definida como tratamiento con paracetamol endovenoso por 6 días (15 mg/kg/dosis cada 6 hrs). La evaluación del cierre del DAP se realizó por ecocardiografía al final de cada tratamiento. Para la evaluación de posibles efectos secundarios se solicitaron diversos exámenes bioquímicos. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v.23. **Resultados:** Se analizaron 122 RN prematuros, 60 fueron tratados con estrategia habitual (Grupo 1) y 62 con estrategia prolongada (Grupo 2). El peso y edad gestacional promedio \pm DS para el Grupo 1 fue de 1.145 ± 339 g y $28,3 \pm 2,5$ semanas y para el Grupo 2 de 1.094 ± 257 g con $27,9 \pm 2,1$ semanas. Estos valores no mostraron diferencia significativa. El diámetro ductal promedio pre-tratamiento fue similar entre ambas estrategias (Grupo 1: $2,35 \pm 0,43$ mm y Grupo 2: $2,20 \pm 0,52$ mm). La tasa de cierre ductal con el primer curso de tratamiento en el Grupo 1 fue de 66,7% (40/60) y de 69,4% (43/62) en el Grupo 2 ($p = 0,75$); aumentando a un 88,3% y 87,1% respectivamente con el segundo curso de tratamiento ($p = 0,84$). El 10% (6/60) de los prematuros tratados en el Grupo 1 y el 9,7% (6/62) en el Grupo 2 requirieron cierre quirúrgico ($p = 0,95$). No se pesquisarón diferencias significativas en los exámenes de laboratorio pre y post tratamiento entre ambos grupos. Al comparar las diferentes morbilidades entre ambos grupos, sólo se observó una menor incidencia de displasia broncopulmonar en el Grupo 1. **Conclusiones:** El tratamiento del DAP-hs con paracetamol endovenoso prolongado, no aumenta la tasa de cierre ductal en comparación al tratamiento habitual. No se observó diferencias en los efectos adversos entre ambos regímenes de tratamiento. La estrategia de tratamiento prolongado con paracetamol no ofrece ventajas respecto a la estrategia habitual.

IMPACTO DE UN EQUIPO DE INFECCIONES EN LAS INFECCIONES ASOCIADAS A ATENCIÓN EN SALUD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.

Urzúa MS, Toso A, Domínguez MA, Leguizamón L

Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Las infecciones aumentan la morbilidad y la mortalidad en los recién nacidos hospitalizados. **Objetivo:** El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de un equipo de infecciones neonatales (EIN) en la incidencia de sepsis tardía (ST), infecciones asociadas a atención en salud (IAAS) y el uso de antibióticos en una UCIN. **Materiales:** Estudio de cohorte retrospectivo que compara 2 periodos (P), antes (P1, 2012-2015) y después (P2, 2015-2019) de la incorporación de un EIN. El EIN fue creado con el propósito de implementar y supervisar las estrategias de prevención y control de infecciones, siendo además responsable de la supervisión del uso de antimicrobianos en la UCIN. Se analizaron las características basales de la población, los episodios de infección y el uso de antibióticos en ambos periodos. Se realizó un análisis multivariado dentro del subgrupo de pacientes infectados, comparando entre los que presentaron episodios de IAAS y los que no. **Resultados:** De 3153 neonatos hospitalizados, 1503 nacieron en P1 y 1650 en el P2. Los pacientes del P2 presentaron mayor gravedad, puntuaciones de APGAR más bajas, mayor requerimiento de ECMO y su estadía hospitalaria fue más prolongada. En el P1 se produjeron 76 episodios de ST y 69 de otras infecciones; en P2, 105 episodios de ST y 71 de otras infecciones. La incidencia acumulada de episodios de infección por cada 1.000 pacientes/día disminuyó de 5,7 a 4,6 días entre P1 y P2 (p 0,003). Al analizar las IAAS, en el P2 se observó una disminución significativa de las sepsis asociadas a catéter venoso central (CVC) (de 2,42 a 1,13 por cada 1.000 días de uso de CVC, p 0,012), así como de la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) (de 2,87 a 0,33 por cada 1.000 días de ventilación mecánica (VM), p<0,05). **Conclusiones:** La creación de un EIN en una UCIN disminuyó la incidencia de infecciones, especialmente las IAAS, y el uso de antibióticos.

LESIONES CEREBRALES EN RNPT EXTREMOS HIJOS DE MADRE CON ENFERMEDAD GRAVE POR COVID-19. EVOLUCIÓN NEUROLÓGICA Y MORBIMORTALIDAD ASOCIADA HASTA EL AÑO DE VIDA. SERVICIO NEONATOLOGÍA HBLT. 2020 – 2022.

López MT, Correa F, Vallejos A, Sanhueza L, Jordán C, Correa ME

Servicio Neonatología, Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau.

Introducción: La Pandemia por COVID19 ha planteado nuevos desafíos en su diagnóstico y manejo. Grandes retos en la cobertura universal de la inmunización contra este virus. Es una incógnita los recién nacidos hijos de madres COVID19(+) que cursaron enfermedad severa durante el embarazo. Quisimos conocer nuestra realidad. **Objetivo:** Determinar patologías y evolución neurológica durante su hospitalización y seguimiento durante el primer año de vida de RNPT menores de 32 Semanas o menos de 1500gr cuyas madres fueron hospitalizadas por enfermedad severa a Coronavirus durante el periodo 2020–2022. **Materiales:** Análisis Clínico general, Neurológico y Neuroimágenes entre 01/01/2021 y 31/07/2022. US realizadas a los 7 y 30 días de vida y 40 semanas EGC. Seguimiento realizado en nuestro Policlínico de prematuros y de Neurología HEGC durante un año. Confeccionada la planilla electrónica registrándose fecha de nacimiento edad gestacional peso Apgar y diagnósticos clínico y ecográfico, PCR-Covid Materna y RN evolución Neurológica y neuroimágenes durante un año. Usamos Ecógrafo GEMD400 transductor sectorial de frecuencia variable cinco cortes clásicos con doppler arterias cerebrales. **Resultados:** 12 RNPT constituyen el universo del estudio. Madres Hospitalizadas con Neumonía por Coronavirus en la UPC. 5 se encontraban en VMI al momento del parto 7 con requerimientos de oxígeno y medidas de apoyo. Resolución del parto 75% fueron cesáreas de urgencia. Todos RN tuvieron PCR negativa para COVID. Su sobrevida fue de un 75%. Los tres fallecidos correspondió a madres fallecidas. Las causas de muerte fueron 2 por HIV III- IV y 1 por asfixia severa. Las patologías más frecuentes fueron Asfixia 4/12 EMH 7/12, IAAS 3/12 y 1 paciente con NEC. Ecocardiografía reveló DAP en 33% un RN necesito cierre farmacológico. Neuroimágenes de los 9 sobrevivientes 7 y 30 días fue normal en el 50% de los casos. El otro 50% se encontró, HPV leve a moderada, uno se encontró lesiones hemorrágicas HIVI. A las 40 semanas EGC el 77.7 % fueron normales demás persistía la HPV bilateral. La evaluación Neurológica al año reveló 5 pacientes DSM normal equivalente al 55.5% un prematuro presentó Hemiparesia doble espástica 2 pacientes presentaron Síndrome Hipotónico 1 paciente no fue a control. Durante su seguimiento 3 se re hospitalizaron uno por Neumonía viral un TEC una Reconstitución intestinal por NEC perforada. Consultadas las madres, sobre su sintomatología al año post COVID 4 se mantuvieron asintomáticas, 2 con disnea de esfuerzo, 2 insomnio disfonía y tos, 2 no ubicables. **Conclusiones:** La sobrevida en el grupo de estudio fue de un 75%. No encontramos transmisión vertical en los RN del estudio. No se evidenció mayor compromiso SNC por clínica ni Neuroimágenes respecto a otros prematuros de madres sanas. No se encontraron mayores complicaciones propias de la prematuridad, como ROP DBP Hipoacusia EOM. Los resultados obtenidos en el estudio coinciden con las publicaciones actuales y la bibliografía existente.

BRUE EN RECIÉN NACIDOS > 34 SEMANAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO.*Silva R, Cifuentes J, Ambiado S, González Y**Clinica Indisa.*

Introducción: La American Academy of Pediatrics recomienda el reemplazo del ALTE por un nuevo concepto: Brief Resolved Unexplained Events (BRUE) definido como un evento que ocurre en un lactante menor de un año en el que el cuidador reporta un episodio breve, súbito, resuelto y caracterizado por la presencia de al menos uno de los siguientes signos: palidez o cianosis, respiración ausente o irregular, cambio en el tono (hipo o hipertonia) y nivel de responsividad alterada, sin alteraciones en la historia o examen físico que lo explique. Se considera de alto riesgo al caso de BRUE que se presenta antes de los 60 días de vida o antes de las 45 semanas de edad postconcepcional en RN prematuros menores de 32 semanas. Aunque aproximadamente el 25% de los casos descritos en las distintas series publicadas se presentan en el periodo neonatal no existe información que permita estimar su incidencia en este periodo ni una descripción de las características clínicas específicas o de los riesgos asociados a esta presentación precoz. tiene una tasa de complicaciones y/o muertes menores, aproximadamente 1 en 800 niños nacidos vivos. **Objetivo:** Describir la frecuencia y las características clínicas de episodios súbitos que cumplen con los criterios diagnósticos de BRUE que se presentan entre el nacimiento y el alta de la maternidad en RN mayores de 34 semanas aparentemente sanos. **Materiales:** El estudio descriptivo, observacional, prospectivo. La población está compuesta por RN aparentemente sanos cuyo parto fue atendido en Clínica Indisa entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2020 que presentan un episodio súbito, breve, resuelto al momento de la evaluación, de cianosis o hipotonía acompañada o no por palidez, detectado por padres o personal de salud durante su permanencia postparto en maternidad y que no tiene explicación clara al examen físico y con los antecedentes de la historia clínica. **Resultados:** 145 (3,76%) RN presentaron un evento de BRUE, con una incidencia de 37,61 x1000 recién nacidos vivos >34 semanas, 63 RN fueron hospitalizados, lo que da una tasa de hospitalización en UPC por BRUE de 13.75/1000 RNV >34 semanas. En total, en 17 de 56 (30,36%, 95% IC: 18,3 - 42,4) RN se pesquió un diagnóstico posible asociado al BRUE. 17 RN de los 145 (11.72%) fueron excluidos del estudio (tabla 2), de los cuales 10 no se hospitalizaron (EG: 38,35 + 0,944 semanas) y 7 fueron hospitalizados (EG: 38,17 + 0,75 semanas). De los 129 casos incluidos en el estudio 56 (43,41%) se hospitalizaron. **Conclusiones:** Los “eventos” de cianosis, cese de respiración, hipotonía, considerados por los padres y personal de salud, y denominados por la AAP como BRUE, tienen una alta frecuencia de ocurrencia 37,61 x 1000 RNV, en el periodo neonatal. El SUPC es infrecuente, teniendo en nuestro estudio una incidencia de 26x100.000RNV. El protocolo aplicado permite llegar a diagnóstico en algunos casos, y permite tener una pauta eficaz de manejo. La tasa de recurrencia durante el periodo neonatal es baja y la mayoría no requirió hospitalización.

DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE HEMODINÁMICAMENTE SIGNIFICATIVO: TRATAMIENTO PROLONGADO CON PARACETAMOL ENDOVENOSO EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS DE MUY BAJO PESO.*Cotua S, Bancalari A, Sandoval M, Pérez G**Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.*

Introducción: El Ductus arterioso persistente hemodinámicamente significativo (DAP-hs) en recién nacidos de muy bajo peso al nacer (RNMBPN) continúa siendo motivo de investigación respecto al momento de tratar y cuál sería el fármaco más adecuado. Diversos estudios han tratado el DAP-hs en RNMBPN con paracetamol con un régimen de 3 días continuos, con resultados satisfactorios. En nuestro centro hemos analizado en forma prospectiva el tratamiento del DAP-hs con paracetamol durante 3 días con resultados similares a lo obtenido con el tratamiento con ibuprofeno. Sin embargo, el tratamiento del DAP-hs en forma prolongada con paracetamol durante 6 días continuos no ha sido evaluado. **Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad del paracetamol endovenoso prolongado como tratamiento del DAP-hs en recién nacidos prematuros de muy bajo peso. **Materiales:** Estudio retrospectivo, en recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer (<32 semanas de edad gestacional (EG) y/o <1500 gramos (g) de peso) con diagnóstico ecocardiográfico de DAP-hs realizado por cardiólogo pediatra que recibieron tratamiento con paracetamol endovenoso (EV). La dosis de paracetamol administrado fue de 15mg/kg/dosis cada 6 horas, durante 6 días. Al finalizar el tratamiento se realizó una nueva ecocardiografía para determinar persistencia o cierre del DAP-hs. Para la evaluación de posibles efectos secundarios del paracetamol EV se solicitaron exámenes sanguíneos tales como hemograma con recuento plaquetario, bilirrubinemia, creatinemia, transaminasas, al inicio y al término del tratamiento. Para el análisis estadístico se usó el programa SPSS v23. **Resultados:** Se enrolaron 62 RNMBPN con un peso y EG promedio \pm DE de 1.094g \pm 257g y 27.9 \pm 2,1 semanas respectivamente. El tamaño ductal promedio \pm DE del grupo total fue de 2,2 \pm 0,52mm. La tasa de cierre ductal con el primer curso de tratamiento fue de 69,4% (43/62), y con el segundo curso aumento a un 87,1% (17,7% de incremento) de cierre. Se requirió cierre quirúrgico en 9,7% (6/62) de los neonatos. Los pacientes que requirieron cierre quirúrgico eran menores de 28 semanas de EG, excepto uno de 29 semanas. Al comparar los recién nacidos cuyos DAP-hs cerraron con el tratamiento con paracetamol EV prolongado versus aquellos que no cerraron, se encontró en estos últimos un menor peso al nacer, menor edad gestacional, y un aumento en la incidencia de hemorragia intraventricular y de retinopatía del prematuro. No se encontraron diferencias significativas en los exámenes de laboratorio pre y post tratamiento con paracetamol. **Conclusiones:** En RNMBPN con DAP-hs el tratamiento con paracetamol endovenoso prolongado es seguro y efectivo, sin observarse efectos secundarios. Los recién nacidos con DAP-hs que no cerraron con el primer curso de paracetamol correspondieron a neonatos de menor peso y edad gestacional.

MEDICIÓN DE INDICADORES DE DEPRESIÓN POST-PARTO Y ESTRÉS DE LOS PADRES EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO.

Montoya I, Luders L, González JM, Milet B

Clínica Alemana de Santiago.

Introducción: La hospitalización de un hijo Recién nacido (RN) implica un desafío para los padres, y de manera sistemática se observa un aumento de sintomatología ansiosa y depresiva. Lo anterior repercute en la posibilidad de vincularse con su hijo durante la hospitalización y tiene efectos negativos a mediano y largo plazo para el desarrollo del RN y el bienestar emocional de sus cuidadores. Diversos estudios, han mostrado que la depresión materna produce alteraciones en el neurodesarrollo del RN, además de asociarse en el mediano y largo plazo a un aumento del riesgo de aparición de problemas emocionales en los niños, y de depresión durante la adolescencia tardía, además de alteraciones en el desarrollo cognitivo. **Objetivo:** Medir la prevalencia de estrés post traumático y depresión post-parto de los padres de RN hospitalizados en la Unidad Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales Clínica Alemana de Santiago. **Materiales:** Estudio descriptivo prospectivo en donde se incluyeron todos los padres con hijos hospitalizados por 7 días o más, entre Julio 2020 y Abril 2022, en Unidad de Neonatología CAS que contesten las encuestas (Escala de depresión de Edimburgo y Escala de trauma de Davidson) y firmen consentimiento informado de investigación. Escala de Depresión de Edimburgo se usó para cuantificar la depresión post parto y la escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS). Mide la frecuencia y gravedad del Estrés Postraumático. Ambos instrumentos de evaluación son auto - aplicados y se encuentran validados y se cuenta con la autorización para su uso. **Resultados:** Se enrolaron un total de 48 padres. De ellos 12 eran de sexo masculino y 36 femenino. La prevalencia de depresión postparto fue de un 45,8% y de estrés post-traumático de un 22,9%. En la prevalencia de estrés, la muestra de padres no registró indicadores de estrés post-traumático. **Conclusiones:** La posibilidad de medir los niveles de indicadores de depresión post - parto y estrés en los padres de niños hospitalizados en ucín permite adaptar las intervenciones disponibles para los padres y profundizar en las variables relevantes. Los resultados de este estudio en términos de indicadores de depresión post-parto se encuentran dentro del rasgo esperado para el contexto ucín, en comparación con estudios internacionales. En relación con el estrés post-traumático, el resultado es interesante, ya que ha sólo se registra en la muestra de madres y es una variable que ha sido menos estudiada que la depresión post-parto. El estrés en el contexto perinatal se asocia a una disminución en la calidad del vínculo con el hijo y en la percepción de las capacidades parentales. Junto con esto, es probable que el estrés parental durante la hospitalización no permita el despliegue de habilidades de afrontamiento que los padres requieren para adaptarse a los desafíos de acompañar a su hijo en este contexto. Se observan con frecuencia actitudes evitativas y proyección de sentimientos negativos en los equipos de salud.

COMPARACIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD DE RNMBPN HIJOS DE MADRES HAITIANAS VERSUS HIJOS DE MADRES CHILENAS.

Vergara MP, Toledo P, Valdés I

Hospital Félix Bulnes, Santiago de Chile.

Introducción: Actualmente, a nivel nacional y bajo el contexto del creciente número de población de RN prematuros de inmigrantes haitianos, no existen estudios previos en nuestro país que describan y caractericen la evolución clínica, morbilidad, y mortalidad de estos. Por ello surge la necesidad de comparar la morbimortalidad de RNMBPN entre los hijos de madres haitianas y los de madres chilenas. **Objetivo:** Caracterizar y comparar las variables perinatales de las cohortes de RNMBPN de madres haitianas y chilenas nacidos en el Hospital Félix Bulnes entre los años 2017 y 2020. - Analizar y comparar la morbimortalidad neonatal de ambas cohortes manejadas por un mismo equipo de salud. **Materiales:** Se realizó estudio de cohorte retrospectivo de los RNMBPN nacidos en el Hospital Félix Bulnes entre el 1 de enero del 2017 al 31 de diciembre 2020 hijos de madre haitianas y de madres chilenas. La información fue obtenida del Registro de seguimiento SOCHIPE y de la ficha clínica, y se realizó estudio estadístico para el cálculo del riesgo relativo (RR) con un nivel de confiabilidad del 95%. **Resultados:** Se estudiaron 163 pacientes de los cuales, 30 corresponde a la cohorte de hijos de madre haitiana y 133 a hijo de madre chilena. En ambas cohortes la media de edad materna fue de 29 años y la edad gestacional de 29 semanas, el control prenatal tuvo presente en el 90% de los haitianos versus el 95% de los chilenos y recibieron maduración pulmonar un 95% y un 84% de haitianos y chilenos respectivamente. La cohorte de haitianos, requirieron reanimación en un 80% versus 53% de los chilenos con un RR de 1.5 y fueron PEG el 60% versus un 36% con RR de 1.6 ambas variables alcanzaron significación estadística. Requirieron surfactante pulmonar el 73% de los haitianos comparado con el 59% de los chilenos. Ambas cohortes tuvieron una media de necesidad de VMI de 7 días y de CPAP de 11 días, la DBP estuvo presente en el 47% de los haitianos versus el 36% de los chilenos. Con respecto a las alteraciones intracraneanas tuvieron HIC GIII - IV o LMPV el 20% de la cohorte de haitianos comparado con el 7% de la de chilenos con un RR de 2.9 que alcanzó significación estadística. El 37% de los haitianos y el 26% de los chilenos requirió tratamiento farmacológico para cierre de ductus. La media de días de hospitalización fue de 79 días en haitianos comparado con 72 días en chilenos. La mortalidad fue de un 21% y 24% en haitianos y chilenos respectivamente. **Conclusiones:** Los RNMPN hijo de madres haitianas si bien no presentan mayor mortalidad neonatal, continúan siendo un grupo de mayor riesgo que la población chilena después del nacimiento manejados en un mismo centro de salud especialmente por ser en mayor porcentaje PEG, requerir más reanimación al nacer y presentar mayores alteraciones intracraneanas.

LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA FAMILIAR: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO DE PRESENTACIÓN NEONATAL.

Urra M, Gandolfi C

Clínica Santa María, Universidad de Los Andes.

Introducción: La Linfocitosis Hemofagocítica (HLH en inglés) es un síndrome clínico caracterizado por una respuesta exagerada e inadecuada del sistema inmune. Se clasifica en HLH primario, que se subdivide en HLH familiar y HLH asociado a inmunodeficiencias primarias, y en HLH secundario, gatillado por diferentes etiologías (infecciosas, oncológicas, reumatológicas o metabólicas). Su prevalencia mundial es desconocida, sin embargo, se han reportado prevalencias de 1/100.000 recién nacidos vivos (RNV) en USA, 1/50.000 RNV en Suecia y en Chile, si bien no se disponen de cifras epidemiológicas, se han publicado algunas series de casos pediátricos. El diagnóstico de HLH se hace en base a criterios clínicos y de laboratorio, incluyendo fiebre, citopenias, hiperferritinemia, hipertrigliceridemia y/o hipofibrinogenemia, disminución de la actividad citotóxica de Natural killers (NK) y elevación del marcador CD25 soluble. Sin embargo, la presencia de mutación en genes implicados en la degranulación de células NK o en las perforinas, es suficiente para el diagnóstico. El HLH se asocia a una elevada mortalidad y mal pronóstico. El único tratamiento curativo para HLH primario es el trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH). **Objetivo:** Describir un caso de HLH familiar de presentación neonatal. **Caso Clínico:** RN de término, hijo de madre con colitis ulcerosa, que cursó con Covid-19 periparto, y padre sano, no consanguíneos, consulta en servicio de urgencias a los 6 días de vida por presentar episodios de apneas e hipotonía. Se ingresa a UCI por inestabilidad hemodinámica, requiriendo conexión a VM. En EEG de ingreso destaca estallido de supresión, iniciándose tratamiento anticonvulsivante. RNM cerebral con patrón de sulcación simplificado para su edad gestacional. Se descartó infección de SNC, TORCH y enfermedades metabólicas. A los 15 días de vida presenta distensión abdominal, deposiciones con sangre y radiografía abdominal sugerente de enterocolitis necrotizante (ECN), evolucionando en menos de 8 horas con perforación intestinal fulminante. Se realiza hemicolectomía derecha. En exámenes de laboratorio destaca intensa respuesta inflamatoria: PCT 363, PCR 95, Dímero D 17, Ferritina 36.652, Fibrinógeno 115, pruebas de coagulación y perfil hepático alterado y pancitopenia. Se plantea un HLH, se solicita CD25 soluble: elevado, y expresión de perforinas: severamente disminuidas, sugerentes de HLH familiar. Por evolución quirúrgica tórpida, queda con intestino delgado corto de 35cm. Se discute caso en reunión multidisciplinaria, se decide adecuación del esfuerzo terapéutico, debido a que por su insuficiencia intestinal, el TPH tendría baja posibilidad de sobrevida. **Conclusiones:** El HLH familiar de presentación neonatal es un cuadro poco frecuente y con elevada mortalidad, que debe sospecharse si hay historia familiar compatible (casos familiares o padres consanguíneos), presentación inicial grave (especialmente en edades tempranas), recurrencias y disminución de la actividad de NK persistente.

USO DE STENT INTRALUMINAL PARA MANEJO DE COARTACIÓN AÓRTICA CRÍTICA EN PREMATURO DE MUY BAJO PESO AL NACER. REPORTE DE UN CASO.

Pantoja M, Montoya I, Aguirre D, O’Ryan M, Blunda C

Clínica Alemana Santiago.

Introducción: Los pacientes prematuros de muy bajo peso al nacer (MBPN) portadores de alguna cardiopatía congénita (CC) poseen un riesgo elevado de morbimortalidad y representan un desafío para el manejo médico y el tratamiento quirúrgico. **Objetivo:** Presentamos el caso de un paciente prematuro de 30 semanas con coartación aórtica y su manejo en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). **Caso Clínico:** Pretérmino de 30 semanas PEG, PN: 1153 g, sexo masculino. Antecedentes de preeclampsia materna, diagnóstico antenatal de fisura labiopalatina bilateral y sospecha de coartación aórtica. Nace por cesárea por preeclampsia severa, previa administración de corticoides y sulfato de magnesio, en buenas condiciones. Ecocardiografía confirma coartación aórtica crítica por lo que se inicia prostaglandina E1 0,005 mcg/kg/min. Recibe 2 dosis de surfactante y evoluciona con edema pulmonar secundario a DAP con repercusión hemodinámica. No tolera suspensión de PGE1 evolucionando con shock cardiogénico e injuria renal aguda. Se realiza angioplastia con stent por acceso carotídeo con instalación en sitio de coartación y se administra paracetamol para cierre ductal. Presenta neumonía asociada a ventilación mecánica por *S. aureus* que se trata con cloxacilina, requiere uso de óxido nítrico inhalatorio por 10 días y corticoides postnatales, logrando ser extubado a los 31 días de vida a ventilación no invasiva. Dentro del estudio complementario presenta criptorquidia bilateral, cariograma 46, XY y MLPA para 21 microdelecciones normal. Ecografía cerebral sin hemorragia. **Conclusiones:** El presente caso plantea una alternativa terapéutica de la coartación aórtica en un paciente prematuro que por su condición clínica y bajo peso nacimiento no puede ser resuelto por vía quirúrgica. El manejo de prematuros portadores de cardiopatías complejas requiere manejo individualizado y multidisciplinario ya que corresponde a pacientes de elevada morbimortalidad y con aspectos fisiopatológicos propios de los prematuros que necesitan la participación tanto de neonatólogos como cardiólogos.

COMPARACIÓN ENTRE PARACETAMOL E IBUPROFENO ENDOVENOSO EN EL TRATAMIENTO DEL DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE HEMODINÁMICAMENTE SIGNIFICATIVO EN PREMATUROS DE MUY BAJO PESO.

Bancalari A, Díaz V, Giacconi J, Contreras H, Henríquez I, Pérez G, Marinovic A

Hospital Regional de Concepción, Universidad de Concepción.

Introducción: El Ductus Arterioso Persistente hemodinámicamente significativo (DAP-hs) constituye uno de los problemas más desafiantes en las Unidades de Cuidados Críticos Neonatales. Actualmente existe controversia en el tratamiento del ductus respecto al momento de inicio y cuál sería la mejor alternativa farmacológica con buena eficacia y mínimos efectos adversos. En los últimos años el uso de paracetamol endovenoso ha emergido como una buena opción terapéutica; sin embargo, la eficacia y seguridad de este fármaco, respecto al tratamiento habitual con Ibuprofeno o Indometacina es aún limitada y por tanto se requiere de nuevos estudios. **Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad del paracetamol versus ibuprofeno en el tratamiento del DAP-hs en recién nacidos prematuros (RNPT). **Materiales:** Estudio prospectivo, randomizado, en RNPT menor o igual a 32 semanas de edad gestacional y/o ≤ 1500 gramos (g) con diagnóstico ecocardiográfico de DAP-hs. Los recién nacidos se aleatorizaron en grupo paracetamol y grupo ibuprofeno. La evaluación del cierre del DAP se realizó por ecocardiografía al final del tratamiento por cardiólogo pediatra. Para la evaluación de posibles efectos secundarios se solicitaron diversos exámenes bioquímicos tales como: hemograma con recuento plaquetario, creatinemia, bilirrubinemia, transaminasas. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v.23. **Resultados:** Se enrolaron 120 RN prematuros, 60 recibieron paracetamol (15 mg/kg cada 6 hrs. por 3 días) y 60 recibieron Ibuprofeno (10 mg/kg el 1er día y 5 mg/kg el 2º y 3er día). El peso y edad gestacional promedio \pm DS para el grupo paracetamol fue de 1.145 ± 339 g y $28,3 \pm 2,5$ semanas y para el grupo ibuprofeno 1.096 ± 251 g con $27,6 \pm 2,1$ semanas. El diámetro ductal promedio pre-tratamiento fue similar entre ambos grupos (paracetamol 2,35 mm e ibuprofeno 2,41 mm). La tasa de cierre ductal en el grupo paracetamol con el primer curso de tratamiento fue de 66,7% (40/60) y 63,3% (38/60) en el grupo ibuprofeno ($p = 0,70$), aumentando a un 88,3% y 86,7% respectivamente con el segundo curso de tratamiento ($p = 0,78$). El 10% (6/60) de los prematuros en el grupo paracetamol y el 11,7% (7/60) en el grupo ibuprofeno requirieron cierre quirúrgico ($p = 0,77$). No se pesquisarón diferencias significativas en los exámenes de laboratorio pre y post tratamiento entre ambos grupos y tampoco en las principales morbilidades, tales como, sepsis tardía, enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular, retinopatía del prematuro y displasia broncopulmonar. En ambos grupos hubo 1 fallecido. **Conclusiones:** El tratamiento del DAP-hs con paracetamol endovenoso es seguro y es tan efectivo como el ibuprofeno, sin diferencias en los efectos adversos. Estos resultados apoyan el uso del paracetamol como tratamiento de primera línea en el DAP-hs en prematuros de muy bajo peso.

TROMBOSIS DEL SENO VENOSO CEREBRAL COMO COMPLICACIÓN DE DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA NEONATAL, REPORTE DE CASO.

Marinovic A, Fierro K, Reyes S, Gutiérrez V, Grybbell C

Universidad de Concepción, Hospital Las Higueras.

Introducción: La deshidratación hipernatrémica puede desencadenar graves complicaciones neurológicas en el recién nacido. Su manejo representa un desafío para el clínico, ya que una corrección agresiva puede agravar aún más el cuadro. Los fenómenos trombóticos asociados a la deshidratación en el recién nacido son de especial consideración, siendo la trombosis del seno venoso una de las complicaciones más temidas en este contexto. **Objetivo:** Dar a conocer el caso de trombosis del seno venoso cerebral secundaria a deshidratación hipernatrémica en un recién nacido de término. **Caso Clínico:** Recién nacido de término AEG, 38 semanas, segundo hijo de madre de 29 años con embarazo bien controlado, sin patologías asociadas. Nace por cesárea electiva, en buenas condiciones, APGAR 10-10. Alimentado con lactancia materna exclusiva, consulta a los 12 días de vida en CESFAM en donde se pesquiza pérdida de peso de 35%, se deriva a Servicio de Urgencia de Hospital, objetivándose shock hipovolémico. Se administra bolo de suero fisiológico, destacando en exámenes de laboratorio acidosis metabólica severa ($\text{pH } 7,18 - \text{HCO}_3 11,3 - \text{EB } -17,1$) e hipernatremia severa de 179 mEq/L. Se hospitaliza en UTI neonatal corrigiendo hipernatremia en forma gradual con objetivo reducción máxima de 10 mEq/L/día. Destaca a su ingreso hipotonía y deshidratación severa. Presenta crisis convulsiva a los 13 días de vida, tratada con fenobarbital. EEG a los 20 días con escasa actividad epileptiforme centro-temporal bilateral. Angio RM cerebral a los 21 días con trombosis venosa del seno sagital superior, de venas corticales e infarto hemorrágico frontal anterior derecho. Dentro de evaluación hematológica destaca Dímero D: 1013 ng/ml y tromboelastograma concordante con trombosis evolutiva. Inicia heparina de bajo peso molecular día 17, manteniéndose por 3 meses. Seguimiento al año de vida destaca Sd. Piramidal bilateral y Sd. Hipotónico central en resolución. **Conclusiones:** Las graves complicaciones asociadas a deshidratación hipernatrémica por deshidratación hacen muy importante el fomentar una lactancia materna exclusiva correcta con una valoración oportuna de los signos de hipoalimentación en el niño. La trombosis del seno venoso cerebral debe ser considerada dentro del estudio de las complicaciones asociadas, su evolución es variable pudiendo presentar graves secuelas neurológicas a largo plazo.

SATUROMETRÍA NOCTURNA CONTINUA: DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES DETECTADAS.*Bancalari A, Casanova JI, Castillo S**Hospital Guillermo Grant Benavente, Universidad de Concepción.*

Introducción: La saturometría nocturna continua (SpO₂C) es un examen que se solicita frecuentemente en recién nacidos de pretérmino de muy bajo peso al nacer (RNMBPN) previo al alta en nuestro país. Sin embargo, este examen no se realizaría en otros países. Los criterios empleados para considerar alterada la SpO₂C actualmente son los siguientes: a) saturación promedio 90%, b) más del 10 % del tiempo con saturación <90%, c) más del 5 % del tiempo con saturación <85 % y d) evento de desaturación <80% por más de 20 segundos. Estos criterios fueron definidos en el año 2014 en un taller de saturometría en nuestro país. **Objetivo:** Describir en RNMBPN, los hallazgos encontrados en las SpO₂C consideradas alteradas de acuerdo a los criterios definidos en el taller de saturometría. **Materiales:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas y registros de saturometría de RNMBPN en el Servicio de Neonatología del HGGB en un período de dos años, a los cuales se les realizó SpO₂C previo al alta y resultaron alteradas. Se describe el peso al nacer, al momento del examen y al alta; junto con el diagnóstico por el cual se solicitó el examen; la saturación promedio de todo el registro, el tiempo con saturación <90%, eventos de desaturación <80% por más de 20 segundos y la frecuencia cardíaca durante dicho evento. Se realizó análisis estadístico descriptivo en planilla Microsoft Excel®. **Resultados:** Se estudiaron 43 RNMBPN con SpO₂C considerada alterada, cuya edad gestacional promedio + DE fue de 29,2 + 2,8 semanas y su peso de nacimiento promedio + DE 1336 + 468 gramos. El motivo para solicitar la SpO₂C fue apnea en un 51,2% (22/43); displasia broncopulmonar en un 27,9% (12/43) y prematuridad en el 20,9% (9/43). La saturación promedio + DE de la SpO₂C fue 96,5 + 1,9% (rango: 90,6 - 99,3). Respecto a los criterios utilizados para considerar alterado este examen, lo más frecuentemente detectado fue un evento de desaturación 80% por más de 20 segundos en el 90,7% (39/43), y una saturación <90% por más del 10% del tiempo total evaluado en el 9,3% (4/43). En relación a los eventos de desaturación <80%, la duración promedio de estos, fue de 40,4 segundos [rango: 21-104], y el promedio de saturación bajo 80% de 72,8% [rango: 59-79]. La frecuencia cardíaca durante estos eventos se encontró dentro de rangos normales en un 90,7% (39/43), y de los cuatro restantes, en 3 se detectó taquicardia (7%) y en 1 bradicardia (2,3%). El peso promedio + DE al momento del examen de Saturometría fue de 2415 + 422 g, y al alta 3072 + 595 g. **Conclusiones:** En la gran mayoría de los RNMBPN la alteración de la SpO₂C correspondió a un evento de desaturación <80% por más de 20 segundos, presentando la mayor parte de ellos una frecuencia cardíaca dentro de rangos normales. Se puede especular, que un evento <80% por más de 20 segundos, si no tiene repercusión en la frecuencia cardíaca, pudiera no tener significancia clínica relevante en ese momento ni a futuro.

AGENESIA COMPLETA DEL CUERPO CALLOSO Y ACIDOSIS LÁCTICA NEONATAL COMO SOSPECHA INICIAL DE DÉFICIT DEL COMPLEJO PIRUVATO DESHIDROGENASA: A PROPOSITO DE UN CASO.*Gribbell C, Pérez T, Gäbler M, San Martín M, Marinovic A, Deppe V**Hospital Las Higueras de Talcahuano.*

Introducción: Dentro de las etiologías que pueden causar una agenesia completa del cuerpo calloso, son las alteraciones del metabolismo mitocondrial, lo que puede ser explicado porque estos trastornos metabólicos afectan a órganos altamente demandantes de energía como el cerebro. La acidosis láctica es un hallazgo común en neonatos, generalmente secundario a patologías comunes, como hipoperfusión tisular. Causas primarias son más raras, y sugieren un error congénito del metabolismo mitocondrial. Asociando ambas entidades, agenesia del cuerpo calloso y acidosis láctica neonatal, se logra un enfoque específico sobre defectos metabólicos mitocondriales. La causa metabólica mitocondrial más común asociada tanto a agenesia del cuerpo calloso como a acidosis láctica es la deficiencia del complejo piruvato deshidrogenasa (CPD), enfermedad con una prevalencia de < 1/1.000.000 recién nacidos vivos. Se han encontrado 6 subtipos según el gen subunidad afectado, siendo el más común (76-85% del déficit de CPD) la mutación del gen PDHA1. El diagnóstico confirmatorio se realiza con pruebas genéticas. La dieta cetogénica es el tratamiento de elección, ya que, evita el bloqueo metabólico, aportando fuente directa de acetil CoA mediante la beta oxidación de ácidos grasos y tiamina, atenuando la sintomatología clínica. **Objetivo:** Dar a conocer el caso clínico de recién nacido con agenesia completa del cuerpo calloso y acidosis láctica neonatal que permite una sospecha y diagnóstico precoz de una patología de muy baja incidencia y que requiere un tratamiento específico para mejorar sustancialmente su pronóstico. **Caso Clínico:** Recién nacida de 39 semanas, sexo femenino, hija de padres no consanguíneos con diagnóstico antenatal de agenesia del cuerpo calloso que evoluciona a las 4 horas de vida con compromiso de conciencia profundo y acidosis láctica persistente, luego de descartar sepsis y alteraciones de la perfusión. Electroencefalograma del quinto día de vida muestra supresión generalizada de voltaje y escasa actividad epileptiforme con lo que se inician anticonvulsivantes. Se realiza screening metabólico ampliado normal y cariograma 46 XY. Al mes de vida se recibe resultado panel INVITAE de malformaciones del sistema nervioso central y de enfermedades mitocondriales nucleares que resulta positivo para una variante patogénica en gen PDHA1: Mutación asociada a deficiencia de piruvato deshidrogenasa ligada al X. Se inicia dieta cetogénica lo que logra controlar acidosis láctica. Seguimiento en policlínico, sin interurrencias infecciosas, sin crisis convulsivas, crecimiento lento, compromiso neurológico severo al quinto mes de vida. **Conclusiones:** El déficit del complejo piruvato deshidrogenasa debe considerarse al enfrentamiento de un paciente con acidosis láctica neonatal, en especial al asociarse con agenesia del cuerpo calloso, lo que permite un diagnóstico y tratamiento de inicio precoz, además de conocer pronóstico y consejería genética.

PESQUISA DE EVENTOS HIPOXÉMICOS EN PREMATUROS DE MUY BAJO PESO: COMPARACIÓN ENTRE LA SATUROMETRÍA NOCTURNA CONTINUA Y LA POLIGRAFÍA.

Castillo S, Casanova JI, Bancalari A, Zenteno D

Hospital Guillermo Grant Benavente, Universidad de Concepción.

Introducción: La saturometría nocturna continua (SpO₂C) es el examen más utilizado en las Unidades de Neonatología de nuestro país, para la detección de eventos hipoxémicos en RN pretérmino de muy bajo peso (RNMBP) previo al alta. La Poligrafía (PG) es un examen más completo que la SpO₂C, ya que tiene 3 sensores adicionales: flujo nasal (transductor nasal de presión), micrófono y sensor de movimiento torácico (banda torácica). La PG es un examen que está disponible y es el método confirmatorio más utilizado. **Objetivo:** Evaluar el rendimiento diagnóstico de la SpO₂C en relación a la PG en la pesquisa de hipoxemia persistente o intermitente en RNMBP. **Materiales:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de todos los RN prematuros de muy bajo peso (<1.500 g y/o <32 semanas de edad gestacional), en los cuales se realizó SpO₂C y posteriormente una PG, entre septiembre 2.017 y diciembre del 2.021, en el Servicio de Neonatología del HGGB. El rendimiento diagnóstico de la SpO₂C se determinó mediante el cálculo de la: sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) y se comparó con la PG considerándose esta última como el patrón de oro. Se realizó análisis estadístico descriptivo en planilla Microsoft Excel®. **Resultados:** Se estudiaron 31 RNMBP a quienes se les efectuó SpO₂C y posteriormente PG. Los prematuros estudiados, presentaron una edad gestacional y peso de nacimiento promedio + D.E de 28,7 ± 2,1 semanas y 1.245 ± 386 g, respectivamente. En esta población predominó el sexo masculino con un 61,3%, la vía de parto más frecuente fue la cesárea con un 64,5%, con una mediana de Apgar de 9 a los 5 minutos postnatales. De los 31 RNMBP con SpO₂C, en 27 de ellos (87,1%) el examen resultó alterado. Al efectuarse posteriormente en ellos la PG, esta resultó normal en 23 de los 27 neonatos, en las cuales la SpO₂C había resultado alterada (85,2%). En los 4 pacientes en que la SpO₂C estaba normal, la PG confirmó la normalidad. La sensibilidad de la SpO₂C en relación a la PG fue de 100%, la especificidad: 14,8%, el VPP 14,8% y el VPN 100%. La edad postnatal promedio + D.E al momento de realizar la SpO₂C, fue 61,3 + 27,1 días, mientras que para la PG fue 66,7 + 28,2 días, y el peso promedio + D.E fue de 2.501 + 584 g y 2.725 + 526 g para la SpO₂C y PG, respectivamente. Del grupo total de neonatos evaluados, el peso promedio + D.E al alta fue de 3.028 + 728 g. **Conclusiones:** En la gran mayoría de los RNMBP a los cuales se les realizó SpO₂C previo al alta, esta resultó alterada. Este examen presentó un bajo rendimiento, en particular, un bajo VPP, en la pesquisa de episodios de hipoxemia al compararla con el patrón de oro que es la Poligrafía, prolongando la estadía hospitalaria innecesariamente.

ASCITIS QUILOSA CONGÉNITA EN RECIÉN NACIDO CON DIAGNÓSTICO ANTENATAL DE HIDROPS FETAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Gribbell C, Romero X, Landeros JJ, Bobadilla JP

Hospital Guillermo Grant Benavente.

Introducción: La ascitis quilosa congénita es una entidad muy poco frecuente y de difícil diagnóstico etiológico. Una de sus causas es la linfangiectasia intestinal primaria, un trastorno congénito caracterizado por la dilatación difusa o localizada de los linfáticos intestinales. Esta patología habitualmente se presenta como una enteropatía perdedora de proteínas, pero excepcionalmente se ha descrito la ascitis quilosa como manifestación. El estudio comprende la paracentesis, que confirma el quiloperitoneo, el estudio del sistema linfático por medio de la linfocintigrafía radioisotópica y biopsia intestinal. El diagnóstico de ascitis quilosa en el periodo de recién nacido es excepcional y su manejo al igual que la linfangiectasia intestinal primaria se basa en el manejo dietético con fórmulas que contengan triglicéridos de cadena media, uso de octeotide y cirugía si se detecta un trastorno localizado. **Objetivo:** Dar a conocer el estudio y manejo de recién nacido con ascitis quilosa congénita. **Caso Clínico:** Recién nacido de 38 semanas, padres no consanguíneos, con diagnóstico prenatal de hidrops fetal e hidrocele bilateral. Nace en buen estado general, se hospitaliza y estudia con: TORCH negativo, cariograma 46 XY, TANDEM normal. A las 17 horas de vida inicia alimentación enteral, evolucionando con importante distensión abdominal, imágenes radiográficas sugerentes de ascitis que se confirma con ecografía. A los 17 días se realiza paracentesis diagnóstica, extrayéndose 60 cc de líquido peritoneal con aspecto macroscópico de quilo, cultivo negativo, PCR herpes 1, 2, 6, virus varicela zoster, parvovirus y citomegalovirus negativos. Se inicia alimentación con fórmula de triglicéridos de cadena media (Monogen) e infusión continua de octeotide por 16 días. Evoluciona con persistencia de quiloperitoneo, por lo que 14 días después, se realiza una segunda paracentesis obteniéndose 90 cc de líquido, muestra que se logra procesar con Triglicéridos > 550. Se indica régimen cero por 7 días y nutrición parenteral por 12 días, reintroduciendo el Monogen en forma progresiva. A los 52 días logra volumen enteral total sin reproducción de quiloperitoneo. Se estudia por probable linfangiectasia intestinal primaria con endoscopia digestiva alta y biopsias informan duodenitis crónica difusa severa, atrofia de vellosidades y fibrosis cicatricial, gastritis crónica difusa inespecífica, atrofia glandular y fibrosis cicatricial (no se observa dilatación de vasos linfáticos). Se realizó linfocintigrafía radioisotópica que resulta normal. Seguimiento a los 6 meses alimentándose con fórmula de triglicérido de cadena media con buen incremento ponderal y neurológico, sin reproducción de ascitis quilosa. **Conclusiones:** La ascitis quilosa, debe sospecharse en aquellos pacientes con distensión abdominal posterior al inicio de alimentación enteral, presenta una respuesta favorable a la alimentación con fórmula de triglicéridos de cadena media, pero existe escasa evidencia que soporte una terapia específica para su manejo.

EFFECTO DE 2 FRECUENCIAS DE ESTÍMULO DORSAL MECANIZADO SOBRE EL ESFUERZO RESPIRATORIO, ESCALA DE DOLOR Y ARQUITECTURA DEL SUEÑO EN PREMATUROS SANOS.

Toso P, Fáunes M, Álvarez MJ, Toso A, González A, Campbell S

Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Alrededor de 15 millones de bebés prematuros nacen cada año, y la mayoría de ellos se ven afectados por apneas y/o eventos hipóxicos intermitentes. El tratamiento estándar no resuelve completamente estos eventos, por lo que agregar un estímulo dorsal mecánico podría ser una intervención para tratarlos y prevenirlos. Sin embargo, su impacto en la mecánica respiratoria, así como los efectos adversos, no son bien conocidos. **Objetivo:** Comparar los signos vitales, escala de dolor y arquitectura del sueño, basal y entre dos frecuencias de estímulos mecánicos dorsales. **Materiales:** Estudio piloto cross-over en 10 prematuros, estables y sin soporte respiratorio. Se colocó un guante quirúrgico conectado a un ventilador mecánico debajo de la espalda del paciente, en posición supina. El guante se infló y desinfló secuencialmente con una presión pico y una meseta de 12 y 5 cm de agua. Un período basal de dos horas (sin estímulos externos), fue seguido por dos períodos de estudio aleatorios de 2 horas con el guante inflado a una frecuencia de 20 y 40 por minuto (rpm), respectivamente. Se controló continuamente la frecuencia respiratoria (RR), frecuencia cardíaca (FC) y las saturaciones de oxígeno (Sats). La Sincronicidad Respiratoria con los estímulos mecánicos (RS), la escala de dolor neonatal-infantil (NIPS) y la presencia del ciclo de sueño-vigilia (SWC) por electroencefalografía de amplitud integrado (aEEG), se evaluaron y registraron cada 10 minutos. Cada uno de los períodos de registro de 2 horas ocurrió entre las alimentaciones, asegurando que los bebés estuvieran limpios y cómodos. Se obtuvo el consentimiento por escrito de los padres. Las estadísticas descriptivas y analíticas se calcularon con un 95% de IC y un 5% de error alfa, en test de dos colas. Para explorar las diferencias entre las intervenciones (RR, -FC-Sats) se ingresaron en ANOVA de medidas repetidas, por separado. NCT04584814. **Resultados:** El promedio de RR, tiende a disminuir en un rango de 19-50% del período basal. En cambio, el promedio de Sats tiende a aumentar hasta un 2-7% durante las Intervenciones ($p < 0,0001$). 0-77% de las veces, el esfuerzo respiratorio de los bebés se sincroniza con los estímulos mecánicos, sin diferencias entre 20 o 40 rpm. El 94 % del registro, los bebés parecen relajados y tranquilos ($NIPS \leq 2$) A pesar de los artefactos, en 9 /10 neonatos, podemos reconocer un SWC en aEEG durante el protocolo de estimulación. **Conclusiones:** Podemos destacar que los estímulos mecánicos dorsales interfieren en el esfuerzo respiratorio de estos prematuro sanos. Los principales hallazgos son una marcada disminución de la RR, un aumento de la saturación de oxígeno, basales, más cierta sincronización respiratoria con el estímulo. Por otro lado, este impulso no provocó molestias ni alteró la estructura del sueño. Los próximos pasos deben correlacionar estos hallazgos con las medidas de volúmenes respiratorios, ya que la estimulación podría beneficiar la mecánica respiratoria en los bebés prematuros.

IMPLEMENTACIÓN TÉCNICA LISA EN CLÍNICA SANTA MARÍA: RESULTADOS INICIALES.

Ávila C, Guiñez M, Gandolfi C, Martínez L

Clínica Santa María.

Introducción: La introducción de la terapia con surfactante exógeno en recién nacidos con distress respiratorio ha mejorado notoriamente la sobrevivencia de niños cada vez más prematuros. Sin embargo, esta mayor sobrevivencia se asocia a un aumento de morbilidades como la displasia broncopulmonar (DBP), la cual tiene una etiología multifactorial. Dentro de los factores asociados a mayor riesgo de DBP se describen la intubación endotraqueal /ventilación mecánica. Por otro lado, el apoyo con presión positiva continua (CPAP) en niños que respiran en forma espontánea, es un factor protector del desarrollo de DBP. Se han desarrollado técnicas para administrar surfactante exógeno sin los efectos deletéreos de la ventilación mecánica en los pulmones en desarrollo. Dentro de estas nuevas modalidades de terapia se encuentra la administración de surfactante mínimamente invasiva (LISA, Less invasive surfactant administration), en la cual el surfactante se suministra a través de un catéter fino colocado en vía aérea, en pacientes apoyados con CPAP. Esta técnica es la recomendada por el Consenso Europeo de manejo de distress respiratorio (2019). **Objetivo:** Describir los resultados iniciales de la implementación del protocolo de administración de surfactante mínimamente invasivo (LISA) en una unidad de neonatología. **Materiales:** Desde octubre del año 2020 a la fecha, se implementó en la unidad de recién nacidos de Clínica Santa María, un protocolo de administración de surfactante por método mínimamente invasivo. Se creó una base de datos, en la que se registraron, entre otras: características de pacientes, complicaciones, y principales resultados. Se recolectó la información en forma prospectiva. **Resultados:** Durante este período de tiempo, se reclutaron 13 pacientes, con edades gestacionales entre las 26+5 semanas y las 36 semanas, con una mediana de 30+4 semanas, 30% (4/13) menores de 30 semanas. El peso promedio fue de 1826 grs. Un 61% (8/13), de los pacientes, utilizaron CPAP y el resto ventilación nasal no invasiva. Se usó sedoanalgesia con Fentanilo en 46% (6/13), 2 pacientes recibieron Remifentanilo. Se utilizó atropina pre-procedimiento en el 61% de los pacientes. Todos los pacientes menores de 30 semanas de gestación reciben cafeína ev. antes de LISA. Se administró surfactante por LISA desde antes de la primera hora de vida hasta las 48 horas de vida, con una mediana de 3 horas. Se utilizó Poractant alfa en todos los pacientes. 33% se intuba antes de las 72 h de vida. Se reporta desaturación durante el procedimiento, menor a 80%, en 66% de los recién nacidos. En la mayoría de los pacientes que no requieren ventilación invasiva, se describe saturaciones > 90% en O₂ ambiente a las 6 horas post LISA. No hay reporte de oxígeno dependencia a las 36 sem de edad gestacional corregida. **Conclusiones:** La técnica LISA es un procedimiento factible de implementar en las unidades neonatales locales. Se requieren protocolos de administración, entrenamiento del personal para obtener los resultados esperados.

ADICIÓN DE MELATONINA A TERAPIA CON HIPOTERMIA PARA ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA NEONATAL.*Meza V, Toso P**Pontificia Universidad Católica de Chile.*

Introducción: La encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal se caracteriza por una disfunción neurológica aguda, de severidad variable, causada por un episodio asfíctico perinatal. Se presenta en uno a seis de cada 1000 recién nacidos de término, asociándose a una alta morbilidad neonatal y a desenlaces neurológicos adversos. El uso de hipotermia es considerado como la terapia estándar para esta condición. Sin embargo, debido a su limitada eficacia clínica, se han propuesto diferentes opciones terapéuticas adyuvantes, incluyendo el uso de fármacos como la melatonina. **Objetivo:** Evaluar la evidencia disponible en cuanto a la superioridad del tratamiento combinado de hipotermia más melatonina a la hipotermia, para la encefalopatía hipóxico-isquémica. **Materiales:** Realizamos una búsqueda en Epistemonikos, base de datos mantenida por MEDLINE/PubMed, EMBASE, Cochrane, entre otras. Extrajimos los datos desde las revisiones identificadas, analizamos los datos de los estudios primarios, realizamos un metaanálisis y preparamos una tabla de resumen de los resultados utilizando el método GRADE. **Resultados:** Identificamos dos revisiones sistemáticas que en conjunto incluyeron dos estudios primarios, ambos ensayos aleatorizados. Se incluyeron los dos ensayos aleatorizados en el análisis del presente trabajo. **Conclusiones:** No es posible establecer con claridad si la adición de melatonina disminuye la mortalidad o la probabilidad de presentar alteraciones reflejadas en la resonancia magnética cerebral, debido a que la certeza de la evidencia existente ha sido evaluada como muy baja. Por otro lado, adicionar melatonina a la terapia con hipotermia, comparado con la monoterapia con hipotermia, podría aumentar la probabilidad de que el examen neurológico sea normal a los seis meses, y que la cognición sea normal a los 18 meses. Finalmente, la adición de melatonina a la terapia con hipotermia probablemente disminuya la probabilidad de presentar convulsiones.

MORBI- MORTALIDAD DE PREMATUROS EXTREMOS PEQUEÑOS PARA LE EDAD GESTACIONAL: EXPERIENCIA DE UN CENTRO TERCIARIO EN 6 AÑOS.*Chávez V, Lindemann C, Jiménez C**Hospital de La Florida.*

Introducción: La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) describe la situación de aquellos fetos que no logran alcanzar el crecimiento óptimo esperado según su potencial genético. En el grupo de pacientes prematuros extremos con RCIU se ha observado una incidencia mas alta de complicaciones relacionadas con la prematuridad además de mayores tasas de mortalidad neonatal. Existiendo especial riesgo de mayor morbi- mortalidad en el grupo RCIU con doppler alterado (DA). Una vez nacido el paciente, se define si se trata de un recién nacido (RN) adecuado para la edad gestacional (AEG) o pequeño para la edad gestacional (PEG), por lo tanto, RCIU no es sinónimo de PEG. Existen pocos estudios enfocados en los pacientes PEG, siendo esto lo que nos motiva a revisar los datos de nuestro centro desde un enfoque más neonatal. **Objetivo:** El objetivo de este estudio es comparar la morbi- mortalidad de los recién nacidos prematuros extremos PEG con doppler normal o alterado con los prematuros extremos de peso $>p10$ adecuados y grandes (GEG). **Materiales:** Estudio retrospectivo de cohortes de prematuros extremos nacidos en la unidad de neonatología del Hospital de La Florida entre los años 2016- 2021. Datos obtenidos de la base de datos de la unidad. Se comparan el grupo de prematuros PEG/ PEG doppler alterado con los AEG y GEG. Exclusión: pacientes con genopatía, cromosomopatía, malformaciones mayores. **Outcomes:** mortalidad, displasia broncopulmonar (DBP), enterocolitis (NEC), días de ventilación mecánica (VM). **Resultados:** Entre el 01/01/ 2016 al 31/12/ 2021 hubo 14197 RN. Los prematuros extremos fueron un 2,3% del total de RN. Se analizaron 325 pacientes, un 28,9% fue PEG y un 71% AEG. Mortalidad en PEG= 14,8% y en PEG con DA= 15,3% Mortalidad en AEG+ GEG = 8,6% PEG/ AEG+GEG p de 0,09. PEG con DA/ AEG+GEG p de 0,1. NEC en PEG= 5,3% y en PEG con DA 5,7% NEC en AEG+ GEG = 3,4% PEG/ AEG+GEG p de 0,6. PEG con DA/ AEG+GEG p de 0,4. NEC quirúrgica en PEG= 4,2% y en PEG con DA 5,7%. NEC en AEG+ GEG fue de un 2,6%. DBP en PEG= 29,7% y en PEG con DA 30,7% DBP en AEG+ GEG = 23,3% PEG/ AEG+GEG p de 0,4. PEG con DA/ AEG+GEG p de 0,4. Días de VM en PEG = 3,7 días (p 0,4) PEG con DA de 4,9 días (p 0,1) AEG+GEG de 3,5 días. **Conclusiones:** En este trabajo se observa un mayor porcentaje de mortalidad en el grupo de pacientes PEG y los PEG con DA comparado con el grupo AEG+GEG. A pesar de que esta diferencia no tuvo significancia estadística, el valor de p en ambos grupos fue cercano a 0,05. En cuanto a la NEC también hubo un mayor porcentaje de NEC en el grupo PEG y especialmente en los PEG con DA, observándose mayor diferencia en la NEC quirúrgica, sin embargo, tampoco hubo diferencia estadísticamente significativa. Ocurrió lo mismo con los outcomes de DBP y días de VM, observándose mayor porcentaje de DBP y días de VM en el grupo PEG, sin significancia estadística. Con estas claras tendencias de mayor mortalidad, DBP y NEC en el grupo de pacientes PEG y PEG DA es que se hace necesario realizar estudios con mayor N de pacientes.

VALORES DE OXIMETRÍA DE PULSO EN PREMATUROS A LAS 34-36 SEMANAS POST-CONCEPCIONAL.

Oyarzún I, Díaz M, Toso P, Zamorano A, Montes S, Lindemann B, Caussade S

Universidad Católica de Chile.

Introducción: La oxigenoterapia es un componente importante de la atención de los prematuro, siendo la Displasia Broncopulmonar (DBP) su principal indicación. La oximetría de pulso (SpO₂) es fundamental para orientar la oxigenoterapia. Evidencia sobre los valores de SpO₂ en prematuros asintomáticos antes del alta es limitada. **Objetivo:** Establecer valores de SpO₂ en prematuros asintomáticos a las 34, 35 y 36 semanas edad posmenstrual (PMA). **Materiales:** Estudio multicéntrico y longitudinal. De mayo de 2018 a mayo de 2019 Se incluyeron prematuros nacidos ≤ 32 semanas de edad gestacional, de tres UCIN de nivel III en Santiago, Chile (altitud 579mt), sanos y sin apneas, actualmente. La SpO₂ continua se obtuvo con Masimo-Radical 7/8 (2 a 4 segundos), a las 34, 35 y 36 semanas PMA. Incluímos registros con un mínimo de 6 horas de tiempo libre de artefactos. Este estudio fue aprobado por la CEI de la PUC, Hospital Dr. Sótero del Río y Hospital La Florida. **Resultados:** Obtuvimos 101 registros de SpO₂ (n = 44, 33 y 24 a las 34, 35 y 36 semanas PMA respectivamente) de 62 niños. Veintiocho (45%) hombres, mediana (rango) de edad gestacional al nacimiento 30 (26-32) semanas, mediana (rango) peso al nacer 1480 (785-2700) g. Variables de oximetría para los registros de SpO₂ total fueron: SpO₂ media, mediana (rango) 96,9 (93,3-99,3); mínimo SpO₂, mediana (rango) 74 (51-89); tiempo de SpO₂ menor de 90%, mediana (rango) 2% (0-10,6%); tiempo de SpO₂ menor de 80%, mediana (rango) 0,1% (0-1,3%); número de eventos de desaturación en $\geq 4\%$ (DI4) ≥ 0 y ≥ 10 segundos por hora de muestra, mediana (rango) 45,2 (5,2-115) y mediana (rango) 15 (3,5-62,5) respectivamente; número de eventos de desaturación menor de 80% (DI80), mediana (rango) 0,58 (0-10,8). No hubo diferencias entre las mediciones de las variables de SpO₂ en diferentes semanas de registros de PMA (p= 0,05). **Conclusiones:** Describimos los valores de SpO₂ en recién nacidos muy prematuros, asintomáticos a los 34, 35 y 36 semanas PMA. Estos valores podrían usarse como referencia para guiar el tratamiento con oxígeno en el hogar. previo al alta.

DESCRIPCIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE ENTEROCOLITIS NECROSANTE EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO DRA. ELOISA DÍAZ, LA FLORIDA.

Jiménez C, Christina B, Chávez V

Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz, La Florida.

Introducción: La enterocolitis necrotizante (NEC) es una enfermedad multifactorial, con una incidencia mayor en prematuros con menor edad gestacional (EG) siendo entre un 5-10% en prematuros extremos menor de 1500gr al nacer. A pesar de los avances en Neonatología, la NEC sigue siendo una de las patologías con mayor morbilidad asociada y una mortalidad que llega hasta el 25%. Durante años se ha intentado estudiar factores que reduzcan la incidencia de NEC, dentro de los cuales se describe: corticoides antenatales, ligadura tardía cordón, protocolos de alimentación enteral, evitar alteración de microbiota intestinal: disbiosis. De estos factores, los principalmente modificables son los asociados a la disbiosis: evitar alimentación con fórmula, la exposición a medicamentos supresores de ácido, disminuir el uso de antibióticos empíricos prolongados y uso profiláctico de probióticos. Además de la implicancia en la morbi- mortalidad de los recién nacidos pretérmino (RNPT), la prevención de la NEC es importante para reducir los costos hospitalarios asociados. En promedio se estima que los RNPT que padecen de NEC aumentan su estadía hospitalaria en 20 días y aquellos que requieren cirugía aumentan su estadía hospitalaria 60 días más en comparación a pacientes sin NEC. En nuestra unidad entre los años 2016 al 2018 la incidencia de NEC fue de 4%, 4% y 6% pero el año 2019 evidenciamos un aumento preocupante de la incidencia al 10%, por lo cual se vio la necesidad de implementar nuevas estrategias para disminuir la NEC en prematuros extremos. **Objetivo:** Disminuir la incidencia de enterocolitis necrosante en la Unidad de neonatología del Hospital la Florida. **Materiales:** A partir de nuestra base de datos de prematuros extremos se analizaron los casos de NEC entre los años 2016 al 2019. Posterior a esto, se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed, sobre la evidencia de los últimos 5 años de prácticas para prevenir NEC. En base a ésta investigación se implementaron las siguientes medidas en todo RNPT menor de 32 semanas edad gestacional y/o menor 1500 gr al nacer desde Enero 2020: protocolo de calostro que corresponde a 24 dosis de 0.2ml en menores de 1000 gr al nacer y 0.4 ml en aquellos que pesaron 1000 a 1500 gr al nacer, alimentación con leche materna exclusiva de la madre o leche humana pasteurizada del Banco de leche donada del Hospital Sotero del Río, cambio del protocolo de cierre ductal de indometacina a paracetamol o ibuprofeno endovenoso y se inicia el uso de los probióticos con *Lactobacillus reuteri* $\geq 10 \times 10^8$ UFC y *Bifidobacterium animalis* subsp *Lactis* $\geq 10 \times 10^9$ UFC antes de las 72hrs de vida. **Resultados:** Durante el año 2020 tuvimos una incidencia de prematuros extremos de 1.8% y el 2021 de 2.3%. A partir de la implementación de las medidas descritas se logró disminuir la incidencia de NEC del 10% en el año 2019 a 0% y 1% el 2020 y 2021 respectivamente. **Conclusiones:** NEC es una enfermedad gastrointestinal grave en prematuros extremos, siendo una causa principal de morbilidad y mortalidad en las unidades neonatales, principalmente en aquellos que requieren intervención quirúrgica. La implementación de un conjunto de medidas que favorecen principalmente la flora intestinal, demostró una disminución significativa de la incidencia de NEC en RNPT menores de 32 semanas y/o menores de 1500 grs. al nacer, disminuyendo la morbimortalidad y los días de hospitalización de los prematuros extremos.

EXPERIENCIA EN LA INSTALACIÓN Y MANEJO DE UN CATÉTER DE LÍNEA MEDIA (MINI-MIDLINE) EN 2 UNIDADES DE NEONATOLOGÍA DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA RM.

Bustamante N, Duarte P

Hospital Luis Tisné B. - Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: La gestión del capital venoso en neonatología, constituye un desafío de todo el equipo a cargo del cuidado de los/as recién nacidos/as (RN), especialmente en los prematuros/as extremos/as y/o gravemente enfermos/as. Los accesos vasculares frecuentemente utilizados en la UCIN son los catéteres venosos periféricos (CVP) y catéter central de inserción periférica (CCP), ambos no exentos de riesgos. La instalación del Mini - midline (línea media), catéteres de 4 a 8 cm de longitud, de 2FR, que se insertan preferentemente extremidades superiores, inferiores o en vena temporal, se presentan como una alternativa segura para preservar en capital venoso neonatal. El material es el poliuretano y permiten un uso de hasta 4 semanas, además, su instalación no requiere confirmación radiográfica. Anatómicamente la punta del catéter, debe situarse fuera de la cavidad torácica o abdominal. **Objetivo:** Objetivo General: Describir la experiencia en la instalación del catéter de línea media en 2 unidades de neonatología de alta complejidad. Objetivos específicos: Estandarizar la técnica de inserción y mantención de los catéteres de línea media en neonatología en el HSO y HCSBA. Sentar las bases para diseñar un protocolo de instalación y manejo de los catéteres de línea media en neonatología. **Materiales:** Estudio descriptivo realizado en dos etapas, una primera a partir de capacitación de matronas/es en la técnica y una segunda etapa de seguimiento en recién nacidos/as. La muestra fue seleccionada por conveniencia entre 8 RN hospitalizados/as en las Unidades de Neonatología de los Hospitales de la Región Metropolitana de Chile San Borja Arriarán (HCSBA) y Luis Tisné (HLT), con tratamiento de antibioticoterapia o alimentación parenteral de 7 a 10 días. Criterios de exclusión: RN que requiere catéter venoso central o PICC. En una primera etapa se realizó una capacitación de los equipos durante el año 2019, retomándose presencial en el año 2022 en temas de gestión del capital venoso e instalación de midline. En una segunda etapa, se analizaron los resultados de instalación y seguimiento de 8 catéteres de línea media utilizados en ambos hospitales. **Resultados:** Se instalaron 8 catéteres de línea media de 8 cms. de longitud con técnica de seldinger modificada, 5 con aguja nro 21 y 3 con bránula nro 24 G. 38% de los RN fueron de término, el resto prematuros tardíos. La duración promedio fue de 4.1 días. Las causas principales de instalación fueron antibioticoterapia y NPT periférica. **Conclusiones:** El catéter de línea media, disminuyó el número de punciones para el recambio de catéteres venosos periféricos y la sobreutilización de percutáneo, observándose buena tolerancia por parte de los/as RN. Existe reticencia del equipo al cambio, que ha ido disminuyendo a medida que van conociendo la técnica y sus resultados. Según las experiencias de ambas unidades, se recomienda la creación de un protocolo consensuado de instalación, manejo y vigilancia. Además de invitar a la realización de una guía ministerial.

NIVELES SÉRICOS DE VITAMINA D EN PREMATUROS EXTREMOS.

Navarrete O, Núñez C, Diéguez M, Román A, Orellana JJ, Rapimán I

Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Universidad de La Frontera, Temuco.

Introducción: La alteración del metabolismo calcio fósforo y la deficiencia de micronutrientes como la Vitamina D son frecuentes en prematuros extremos. Además, considerando el rol inmunomodulador de la vitamina D en neonatos y lactantes, su déficit podría asociarse a infecciones respiratorias, sepsis, alergia compromiso del neuro desarrollo. No existe suficiente evidencia de su rol en el metabolismo óseo del prematuro extremo. Sin embargo, basado en sus efectos benéficos observados en adultos y niños, la Academia Americana de Pediatría recomienda la suplementación diaria de 400UI en todos los recién nacidos incluyendo los prematuros extremos. Nuestro propósito fue estudiar los niveles plasmáticos de vitamina D en población de prematuros extremos con el fin de diseñar un plan de tratamiento que incorpore modificaciones en las dosis de suplementación. **Objetivo:** Evaluar la prevalencia de deficiencia e insuficiencia de Vitamina D al mes de vida, en prematuros extremos del Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco. **Materiales:** Estudio descriptivo, de corte transversal, retrospectivo de los niveles séricos de Vitamina D, en prematuros menores de 1500 gr de peso o menor de 32 semanas de edad gestacional al nacer, ingresados al Servicio de Neonatología del Hospital de Temuco, durante el período enero 2021 a junio 2022. En todos los recién nacidos la suplementación de vitamina D oral se inició al momento de alcanzar aporte enteral completo, con 400 UI por día y los niveles plasmáticos fueron controlados a los 30 días de edad cronológica. Se definió como deficiencia de Vitamina D un nivel menor a 20 ng/ml e insuficiencia menor a 30 ng/ml. Se consideró nivel óptimo entre 30 y 100 ng/ml y nivel tóxico sobre 100 ng/ml. Se calcula estadísticas descriptivas considerando las variables, sexo, edad gestacional y adecuación. Para el análisis de los datos se utilizó Stata 17. **Resultados:** Durante el período estudiado, ingresaron 118 prematuros extremos, 53.4% de sexo masculino. Según adecuación de peso al nacer, la distribución fue la siguiente: AEG 64.4%, PEG 28% y GEG 7.6%. El promedio de nivel de Vitamina D alcanzado al mes de vida fue de 34,5 ng/ml. El resultado fue similar al agrupar a los recién nacidos en aquellos de 28 semanas o menos (35 ng/ml) y mayor a 28 semanas (34.3 ng/ml). Sin embargo, al estudiar el total de la población un 40.7% alcanza niveles suficientes de Vitamina D al mes de vida. Al estudiar la población de prematuros menores a 28 semanas o menores de 1000 gr de peso al nacer, el 51.3% tiene niveles insuficientes/deficientes de Vitamina D. **Conclusiones:** Este estudio muestra que la población estudiada, presenta una elevada prevalencia de niveles séricos de Vitamina D insuficientes o deficientes al mes de vida, a pesar del inicio estandarizado de suplementación oral con 400 UI. **DISCUSIÓN:** La suplementación estándar con la dosis establecida pareciera ser insuficiente para alcanzar niveles óptimos en prematuros, a los 30 días de vida, pero pudiese ser que se consiga más tardíamente.

EFFECTOS DE VASOPRESINA EN HIPERTENSIÓN PULMONAR PERSISTENTE EN RECIÉN NACIDOS.

Santelices F, Luco M, Masoli D, Kattan J, González A, Toso A

Hospital Clínico Universidad Católica de Chile.

Introducción: El manejo de hipotensión sistémica en el contexto de hipertensión pulmonar persistente (HTPP) en recién nacidos es desafiante. Vasopresina se ha vuelto una terapia atractiva en el manejo de neonatos con HTPP refractaria, pudiendo ser útil pese a no haber sido estudiada para este propósito con estudios randomizados controlados. **Objetivo:** El objetivo de este estudio es definir el efecto de vasopresina en recién nacidos con hipertensión pulmonar persistente bajo un protocolo de manejo establecido. **Materiales:** En 2019, diseñamos un protocolo de manejo de hipotensión refractaria en el contexto de hipertensión pulmonar, que incluía el uso de vasopresina. Este es un estudio de cohorte de carácter retrospectivo para evaluar los resultados clínicos, de laboratorio y ecocardiográficos en pacientes que requirieron vasopresina en el contexto de este protocolo en una unidad de neonatología. The hemodynamics markers obtained were blood pressure, including systolic, diastolic and mean arterial pressure. Measured invasively with an umbilical artery or peripheral right radial catheter in all patients. Lactate, pH, base excess, urine output, heart rate and vasoactive inotropic score (VIS) were obtained. The VIS was obtained using the formula: dopamine dose (mcg/kg/min) + dobutamine dose (mcg/kg/min) + 100 epinephrine dose (mcg/kg/min). 10 milrinone dose (mcg/kg/min) + 10,000 VP dose (U/kg/min) + 100 norepinephrine dose (mcg/kg/min) (11). Markers of oxygenation including Oxygenation index, fraction of inspired oxygen (FiO₂), and mean airway pressure (MAPV) were registered. The starting dose, maximum dose and duration of therapy with VP were collected. Serum sodium was collected to assess the incidence of hyponatremia. **Resultados:** Incluimos 22 recién nacidos, con una edad gestacional media de 37 semanas en un período de 16 meses (diciembre 2019 a marzo 2021). La principal causa de hipotensión pulmonar persistente fue Hernia diafragmática congénita en esta cohorte (82%). Todos los pacientes se encontraban en ventilación mecánica con óxido nítrico. En nuestra cohorte, 4 horas después de iniciada vasopresina, se observó que presión arterial, pH plasmático y débito urinario aumentaron significativamente. El score Inotrópico- vasoactivo, ácido láctico e índice de oxigenación disminuyeron significativamente. El seguimiento ecocardiográfico también demostró disminución de presión de ventrículo derecho y mejora de gasto cardiaco de ambos ventrículos. No hubo episodios de hiponatremia severa (<120 mmol/L). **Conclusiones:** Este estudio demostró que el uso de vasopresina en recién nacidos con hipertensión pulmonar persistente e hipotensión refractaria, se asoció a una rápida y significativa mejoría en marcados de oxigenación y hemodinámicos de perfusión, incluyendo presión arterial. Esta asociación fue precoz durante primeras horas de tratamiento, permitiendo retiro de vasopresina en forma segura después de 3 días de tratamiento.

USO DE DAPTOMICINA EN SEPSIS NEONATAL PERSISTENTE POR S. AUREUS METICILINO SENSIBLE, REPORTE DE CASO.

Ihl C, Jequier A, Jerez V, Cabrera S, Marinovic A

Universidad de Concepción, Hospital Las Higueras.

Introducción: INTRODUCCIÓN La Daptomicina es un agente antimicrobiano lipopeptídico con cobertura Gram positiva, indicado para el tratamiento de la bacteriemia por *Staphylococcus aureus*, endocarditis e infecciones de partes blandas en el adulto. Si bien es una alternativa atractiva de manejo para estas infecciones, existe especial cautela respecto a su uso en pediatría, especialmente por su impacto en la función renal del paciente recién nacido. Por lo anterior la evidencia de su uso en neonatología es aún limitada. Disponer de mayores datos respecto a su empleo local contribuye a ampliar el conocimiento y la experiencia en su uso. **Objetivo:** OBJETIVO Dar a conocer el caso de uso de Daptomicina en el tratamiento de sepsis neonatal persistente en un recién nacido. **Caso Clínico:** CASO CLÍNICO RNPT de 34 semanas PEG severo, producto de embarazo controlado, con antecedente de RPM de 5 días de evolución. En su monitorización se constata estado fetal no tranquilizador, por lo que se realiza cesárea. Madre recibió manejo corticoidal adecuado previo al parto y tratamiento antibiótico con Ampicilina, Eritromicina y Amoxicilina. Ingresa a UCI neonatal para monitoreo y tratamiento antibiótico empírico, por RPM, inmadurez y RCIU. A los 7 días de vida presenta inestabilidad térmica y requerimientos de oxígeno. Evoluciona letárgico, quejumbroso, con edema generalizado, distensión abdominal y mal aspecto general. Se pancultiva y se solicita screening infeccioso, destacando leucocitosis con desviación a izquierda (GB = 28.830) y PCR en 19,4 mg/dl. Inicia tratamiento empírico de sepsis tardía con: Amikacina, Ampicilina y Cloxacilina. Evoluciona con signos de celulitis en ambas rodillas, mayor a derecha. Se descarta artritis séptica mediante 3 ecografías de partes blandas, RNM de ambas rodillas, y cintigrama óseo. HC resulta (+) para *Staphylococcus aureus* meticilino sensible (SAMS). Se ajusta tratamiento a Cloxacilina + Gentamicina. Por persistencia de HC positivos (1er HC (+) 18.11 - HC 21.11 (+) - HC 24.11 (+) todos para SAMS) y ausencia de mejoría clínica, se cambia tratamiento a Daptomicina + Cloxacilina, con diagnóstico de bacteriemia persistente. Se realiza búsqueda activa de foco séptico (ecografía de extremidades inferiores, ecocardiograma, punción lumbar, fondo de ojo, ecografía abdominal y ecografía cerebral); resultando todos los estudios negativos. Al día 2 de tratamiento con Daptomicina presenta HC (-). Completa 21 días de tratamiento, con evolución clínica favorable y sin alteración de función renal. **Conclusiones:** CONCLUSIONES La daptomicina es un antibiótico bactericida poco conocido y poco utilizado en la práctica clínica; sin embargo, es un agente altamente efectivo contra SAMS. Está aprobado en el tratamiento de bacteriemias por este agente en la población pediátrica y es una buena alternativa en casos de bacteriemia persistente que no responden a otros agentes.

¿ES EL USO DE CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO (CNAF) UN FACTOR DE RIESGO DE DISPLASIA BRONCOPULMONAR (DBP) Y RETINOPATÍA DEL PREMATURO (ROP) EN EL RECIÉN NACIDO DE MUY BAJO PESO DE NACIMIENTO (MBPN)?

Mena P, Toro C, Pérez H, Zenteno S, Smith J, Zúñiga C

Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

Introducción: Estudios Controlados Aleatorizados sobre el uso de CNAF en el retiro de ventilación asistida, comparado con CPAP nasal ha mostrado evolución similar con menor daño a nivel nasal (Cochrane Database Syst Rev. 2017 Feb 1;2(2)). Estudios observacionales, retrospectivos han reportado aumento de incidencia de DBP y ROP en coincidencia con la introducción de CNAF en el soporte respiratorio del prematuro. (Respir Care 2016 Oct;61(10):1299-304; J Pediatr. 2016 Jun;173:50-55.e1. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2022 Mar;107(2):150-155). En nuestro servicio se introduce el uso de cánula de alto flujo a inicios del 2017. **Objetivo:** Comparar la incidencia de DBP y ROP, la duración de oxigenoterapia y el alta con oxígeno en grupo de MBPN tratados con CNAF con controles históricos. **Materiales:** Análisis de caso-control de MBPN, menores de 31 semanas de edad gestacional, pareados por peso y EG en relación 1:2, entre casos con CNAF hospitalizados entre el 2017 y 2020 y controles nacidos entre 2013 y 2016, sin uso de CNAF. Se realiza análisis descriptivo con promedios, desviación estándar y mediana y rango intercuartil según test de Bartlett y análisis estadístico con Anova, Kruskal-Wallis y chi cuadrado, se considera $p < 0,05$, y se utiliza programa Epiinfo-7. **Resultados:** Se analizaron 59 casos y 116 controles con peso de nacimiento, promedio (DS) de 1022 (257) y 1007 (248) respectivamente, y edad gestacional 27,5 (1,6) en ambos grupos. Los casos tuvieron menor apgar al minuto, mayor uso de surfactante (88,5 vs 66,4%), mayor administración de surfactante en atención inmediata, mayor escape aéreo, mayor uso de ON, mayor hemorragia pulmonar (9,3 vs 3,5%), mayor número de días de soporte ventilatorio (CPAP+VMI) 20,5 (7,5-36,5) vs 10 (3-31), días de oxígeno: 58,3 (40,7) vs 42,7 (42,9) y la duración de hospitalización 82 (62-101) vs 64 (50-89). El uso de O₂ a las 36 semanas fue de 66,1 vs 27,6 %; O₂ domiciliario de 34,6 vs 12,8%, ROP de 44,8 vs 13,3 %, la cirugía por ROP de 7,02 vs 0,96%. Todos estos datos tienen un $p < 0,05$. **Conclusiones:** En relación con el uso de CNAF y otros cambios de manejo respiratorio se observó importante aumento de patología derivada de daño oxidativo. Se propuso un cambio en la normativa de uso de CNAF reservándolo para el mayor de 32 semanas de edad postconcepcional y agilizando la disminución de flujo y FiO₂.

EVOLUCIÓN DE LA RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO EXTRAUTERINO (RCEU) ENTRE 2012 Y 2021 EN LA RED NEONATAL NEOCOSUR.

Mena P, Toro C, Butrón F, Pineda J

Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río y Centros participantes en Red neonatal Neocosur.

Introducción: La reducción de la RCEU es importante en el cuidado neonatal. Múltiples factores influyen en el crecimiento postnatal, que tiene consecuencias en el desarrollo y crecimiento posterior. No hay consenso todavía en la mejor definición, utilizamos la diferencia entre el puntaje Z de peso al nacer y al alta > -1 , ya que controla la condición de crecimiento prenatal más adecuadamente. **Objetivo:** El objetivo fue analizar la evolución de RCEU en 3 periodos: 2012-2015, 2016-2018 y 2019-2021 (1,2 y 3 respectivamente) y los factores asociados a la evolución. **Materiales:** Se analizaron los datos de una base de recién nacidos de muy bajo peso de la red Neocosur entre 2012 y 2021 incluyendo egresados vivos con más de 28 días y entre las 33 y 48 semanas postgestacional, pertenecientes a centros participantes en todo el período. Se utilizó el puntaje Z de Peso talla y CC al nacer y al alta según Fenton. Se calculó el incremento de peso entre 0 y 28 días y 28 días y el alta en g/k/día. Se utilizó análisis descriptivo, univariado y regresión logística con Epiinfo 7. **Resultados:** Se analizaron 7878 casos. La RCEU disminuye significativamente entre los 3 periodos: 50,5 – 44 y 42,7 %. 8 de 27 centros muestran reducción estadísticamente significativa, 19 muestran evolución estática o variable sin tendencia clara. La RCEU varió entre 16,4 y 87,3% en período 1; entre 13,8 y 86,9% en el 2 y entre 11,5 y 87,5% en el 3 entre los centros. El delta de Z peso al alta fue de -1,01; -0,89 y -0,86, el Z de talla al alta fue de -1,59; -1,51 y -1,30 y no se observó diferencia significativa en circunferencia craneana. La edad gestacional al alta, los días de hospitalización, la displasia broncopulmonar y el soporte ventilatorio aumentaron en los 3 periodos. El incremento de peso en g/k/d entre 0-28 días aumentó de 9,3 a 9,9 y 10,3, en cambio el incremento de 28 días al alta disminuye de 14,1; 13,7 a 13,6. El mayor peso de nacimiento, mayor edad gestacional, el mayor incremento de peso de 0-28 días, el avance en período de estudio, corticoides prenatales, el uso de fortificantes de leche materna, se asociaron a menor RCEU. La enterocolitis necrotizante, el ductus, la sepsis tardía, mayor soporte ventilatorio, uso de corticoides postnatales, la presencia de DBP se asociaron a mayor RCEU en análisis univariado, pero sin una tendencia de estos factores por periodos ni el grado de DBP con RCEU. Los días de nutrición parenteral y los días para alcanzar 100 ml/k/día enteral, no se asociaron a RCEU. En análisis de regresión logística el principal factor es el centro de nacimiento, además del menor peso al nacer, presentar ECN, sepsis tardía y mayor soporte ventilatorio. Se observa una relación directa entre el z peso al alta y el incremento de peso en g/k/d entre 0 y 28 días, por centro (coef. Corr.: 0,82). **Conclusiones:** Se observa una mejoría del estado nutricional en los tres periodos. Se mantiene una marcada diferencia entre los diferentes centros, con sólo 8 de 27 centros con significativa tendencia a la mejoría en el tiempo. El crecimiento de 0-28 días por centro impacta el estado nutritivo al alta.

LOS BAJOS NIVELES DE VITAMINA B12 NEONATAL ESTÁ RELACIONADA CON RESISTENCIA A LA INSULINA Y LA ADIPOSIDAD EN LOS HIJOS DE MUJERES CON OBESIDAD PREGESTACIONAL.

Castaño E, Garmendia ML, Ronco AM, Casanello P

Universidad de Chile, Santiago, Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos - INTA, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La obesidad pregestacional se asocia con un bajo nivel de vitaminas y alteraciones metabólicas en las gestantes y sus hijos. Existe escasa información del estatus de Vitamina B12 y Folatos en el recién nacido de gestantes con obesidad y la presencia de alteraciones metabólicas. **Objetivo:** Estudiar el estatus de folatos y vitamina B12 en el recién nacido (RN) de mujeres con obesidad pregestacional (OB; IMC > 29 Kg/m²) vs normopeso (NP; > 18,5 IMC < 25 Kg/m²) y su asociación con marcadores metabólicos neonatales y composición corporal. **Materiales:** Mujeres con OB (n= 27) y NP (n= 42), sus hijos (n=152) participaron de este estudio previo consentimiento informado. El estado de folato en plasma y glóbulos rojos (total y 5-metiltetrahidrofolato) y el ácido fólico no metabolizado (UMFA) se cuantificaron mediante LC-MS/MS, el estado de vitamina B12 (total y HoloTC) mediante ECLIA, la homocisteína (Hcy) mediante HPLC y el ácido metilmalónico (MMA) por LC-MS/MS en plasma. La expresión del transportador de folato placentario (FOLR1) y receptores de transcobalamina (TCbIR/CD320) se cuantificaron por RT-qPCR y Western blot, y la glucosa e insulina en la sangre del cordón umbilical mediante métodos estándar. La grasa corporal neonatal fue evaluada por antropometría y calculada por la ecuación de Catalano. El análisis se realizó mediante la prueba de la t de Student o pruebas no paramétricas y se estableció como significancia estadística la chi-cuadrado y el valor de p < 0,05. **Resultados:** La mediana (P25-P75) del IMC materno en el grupo NW fue 22,4 (20,7 - 23,5) y 32,1 (29,3 - 36,1) en el grupo OB. De todas las mujeres estudiadas, el 75 % presentó bajos niveles de vitamina B12 (< 209 pmol/L) y el 50 % niveles bajos de HoloTC (< 29 pmol/L) en comparación con los valores de referencia para la población no embarazada. Las mujeres con OB tenían un estado de folato más bajo (p < 0,05), y su RN tenía un Z-Score IMC/edad y un % de masa grasa más altos, un estado de folato más bajo y deficiencia de vitamina B12 (MMA alta), p < 0,05. Los RN femeninos fueron deficientes en vitamina B12 en comparación con los masculinos. La expresión del transportador de vitamina B12 y folato placentario (ARNm y proteína) fue menor en el OB y mayor en las placentas femeninas (p < 0,05). Los RN que presentaron bajos niveles de vitamina B12 y elevados niveles de Folatos presentaron mayor peso, perímetro cefálico, Z-Score de IMC/edad, % de grasa corporal y HOMA-IR. **Conclusiones:** Este es el primer estudio que muestra el riesgo de deficiencia de vitamina B12 en gestantes chilenas. La obesidad materna se asocia con un menor estatus de folatos en la madre y deficiencia de vitamina B12 en la descendencia, lo que puede explicarse por la menor expresión del transportador placentario. El dimorfismo sexual en los transportadores placentarios podría deberse a una adaptación para asegurar el suministro fetal de estas vitaminas críticas. Lo más interesante es la relación entre la trampa de folato y las características de resistencia a la insulina y adiposidad en el recién nacido, lo que indica un papel de estas vitaminas en el metabolismo de la glucosa y el tejido adiposo con un efecto mayor en la descendencia femenina. Se requieren más estudios para descubrir los mecanismos de estas adaptaciones, el dimorfismo sexual y los efectos a largo plazo de estas deficiencias vitamínicas en estos bebés.

A			I			P		
Acosta A	15		Ihl C	39		Pantoja M	25	31
Arrau I	21					Pedrero A	16	
Arroyo V	16		J			Pittaluga E	18	
Ávila C	35		Jiménez C	37		R		
Bancalari A	32	33	L			Rochet P	19	
B			Leal L	17		Rojas JP	18	
Bustamante N	38		Locarnini F	24		Romero M	11	
C			López C	26		Romero MP	13	
Castañón E	41		López L	21		S		
Castillo S	34		López MT	28		Santelices F	39	
Chávez V	36		M			Severino N	13	
Cocucci C	23		Marinovic A	27	32	Silva R	29	
Cotua S	29		Martínez D	12		T		
D			Mena C	12		Toso A	25	
D'Apremont I	23		Mena P	40		Toso P	35	
De Toro V	24		Meza V	36		U		
F			Montoya I	30		Ulloa N	17	
Faúndez J	26		N			Urra M	19	31
G			Navarrete O	38		Urzúa MS	28	
Gribbell C	11	33 34	Nordenflycht J	27		V		
Guerra A	22		O			Vásquez I	14	
Guerra MC	14	15	Ortiz M	20		Vergara MP	30	
H			Oyarzún I	37				
Howard C	22							
Hubner ME	20							

