



MORTALIDAD POR ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE DEL RECIÉN NACIDO EN CHILE: ANÁLISIS DESCRIPTIVO 2016-2024

MORTALITY DUE TO NECROTIZING ENTEROCOLITIS OF THE NEWBORN IN CHILE: DESCRIPTIVE ANALYSIS 2016-2024

Martín Rees Cruz^{a*}
 Ximena del Pilar Soto Alfaro^b
 Ignacia Valentina Sandoval Alquinta^c
 Victoria Servat Vera^d
 Scarlett Pino Vera^e

^aEstudiante de Medicina, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Mayor.

^bEstudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Sede Viña del Mar.

^cEstudiante de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Alba, Sede La Serena.

^dEstudiante de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Chile.

^eMédica Cirujana, Hospital de San Carlos, Ñuble.

Artículo recibido el 03 de febrero, 2026. Aceptado en versión corregida el 14 de mayo, 2026.

DOI: 10.52611/confluencia.2026.1722

RESUMEN

Introducción: La enterocolitis necrotizante del recién nacido es una enfermedad gastrointestinal grave que afecta principalmente a prematuros con bajo peso al nacer, con una alta morbilidad y mortalidad. En Chile existen pocos datos epidemiológicos actualizados sobre defunciones por esta causa. **Objetivo:** Describir la tasa de mortalidad por enterocolitis necrotizante del recién nacido como causa básica en Chile durante 2016-2024. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se utilizaron defunciones por enterocolitis necrotizante del recién nacido registradas en el Departamento de Estadísticas e Información de Salud y datos poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas del período 2016-2024. El procesamiento de datos se realizó en Microsoft Excel. **Resultado:** Se registraron 396 defunciones por esta causa en el período 2016-2024, con una tasa de mortalidad de 22,34 por 100.000 recién nacidos vivos. La tasa de mortalidad anual fue irregular y mayor en el sexo masculino. Regionalmente destacaron tasas elevadas en Aysén y La Araucanía, y tasas de mortalidad bajas en Atacama, Arica y Parinacota. El 97,73% de las defunciones ocurrieron en hospitales. **Discusión:** Las variaciones interanuales podrían explicarse por inestabilidad estadística asociada a números pequeños. La mayor mortalidad masculina y la heterogeneidad regional podrían relacionarse con factores biológicos y riesgo neonatal, como el bajo peso al nacer. **Conclusión:** La enterocolitis necrotizante del recién nacido mantiene una mortalidad relevante en Chile, con diferencias por sexo y región, predominando el ámbito hospitalario como lugar de defunción. Se requieren estrategias para prevenir prematuridad y aumentar resolutiveidad regional mediante mayor dotación de subespecialistas y centros especializados.

Palabras clave: Chile; Enterocolitis necrotizante; Epidemiología; Mortalidad; Prematuro.

ABSTRACT

Introduction: Necrotizing enterocolitis in newborns is a severe gastrointestinal disease that mainly affects preterm infants with low birth weight and is associated with high morbidity and mortality. In Chile, there are limited updated epidemiological data on deaths due to this condition. **Objective:** To describe the mortality rate from necrotizing enterocolitis in newborns as the underlying cause in Chile during 2016-2024. **Methods:** An observational, descriptive, cross-sectional study. The study utilised data on deaths from necrotising enterocolitis in newborns recorded by the Department of Health Statistics and Information, along with population data from the National Institute of Statistics for the period 2016-2024. Data processing was carried out in Microsoft Excel. **Result:** A total of 396 deaths from this cause were recorded between 2016-2024, with a mortality rate of 22,34 per 100.000 live births. The annual mortality rate was irregular and higher among males. Regionally, high rates were noted in Aysén and La Araucanía, and low mortality rates in Atacama, Arica and Parinacota. 97,73% of deaths occurred in hospitals. **Discussion:** Interannual variations may be explained by statistical instability associated with small numbers. Higher male mortality and regional variation may be related to biological factors and neonatal risk, such as low birth weight. **Conclusion:** Necrotising enterocolitis in newborns remains a relevant cause of mortality in Chile, with differences by sex and region, and with hospital as the predominant place of death. Strategies are needed to prevent prematurity and to enhance regional care capacity through increased availability of subspecialists and specialized centers.

Key words: Chile, Epidemiology, Necrotizing enterocolitis, Mortality, Premature infant

Cómo citar:

Rees-Cruz M, Soto Alfaro X, Sandoval-Alquinta I, Servat-Vera V, Pino-Vera S. Mortalidad por enterocolitis necrotizante del recién nacido en Chile: Análisis descriptivo 2016-2024. Rev Conflu [Internet]. 2026 [citado el 31 de mayo 2026];9. Disponible en: <https://doi.org/10.52611/confluencia.2026.1722>

INTRODUCCIÓN

La Enterocolitis Necrotizante del Recién Nacido (ENRN) corresponde a una enfermedad gastrointestinal que ocurre principalmente en recién nacidos prematuros de bajo peso al nacer. Esta patología resulta de una interacción multifactorial entre la inmadurez intestinal, la alteración de la perfusión y la colonización bacteriana anormal. En los recién nacidos prematuros la barrera epitelial es inmadura y responde de manera exagerada a estímulos inflamatorios o infecciosos, lo que predispone al daño tisular^{1,2}. La hipoperfusión intestinal genera una lesión en la mucosa, permitiendo la translocación bacteriana y la activación de mediadores inflamatorios^{1,3}. Este proceso puede evolucionar hacia una necrosis intestinal progresiva, con riesgo de perforación, sepsis y falla multiorgánica^{4,5}.

La ENRN es una enfermedad de inicio insidioso, cuyos primeros síntomas suelen incluir intolerancia alimentaria, distensión abdominal progresiva, residuo gástrico bilioso o sanguinolento y vómitos. A medida que progresa, puede observarse eritema de la pared abdominal y hematoquecia. En los casos más graves, el paciente puede evolucionar con deterioro sistémico, caracterizado por letargo, bradicardia, hipotermia, acidosis metabólica, coagulación intravascular diseminada y shock séptico^{3,4}.

El diagnóstico se realiza mediante la correlación de los hallazgos clínicos, radiológicos y de laboratorio. Dentro de los exámenes complementarios más utilizados destacan las radiografías abdominales seriadas, las cuales permiten identificar signos característicos como la neumatosis intestinal, la presencia de gas portal y, en casos avanzados, neumoperitoneo, indicativo de perforación intestinal^{2,5}. Los exámenes de laboratorio suelen mostrar hallazgos inespecíficos, tales como leucocitosis o leucopenia, trombocitopenia, acidosis metabólica, elevación de proteína C reactiva y desequilibrios electrolíticos^{4,6}. Estos parámetros, junto con la evolución clínica, permiten clasificar la enfermedad según los Criterios de Bell modificados, utilizados para determinar la severidad y orientar las decisiones terapéuticas^{2,3}.

El tratamiento se determina según la gravedad del cuadro y se centra inicialmente en medidas de soporte orientadas a mantener la estabilidad hemodinámica y metabólica. Estas incluyen la suspensión de la alimentación enteral, la descompresión gástrica y el uso de antibióticos de amplio espectro^{2,4}. En casos graves o con perforación intestinal, se indica tratamiento quirúrgico, que consiste en la resección del segmento necrótico y drenaje peritoneal³.

A largo plazo, las secuelas más frecuentes incluyen estenosis intestinal secundaria a fibrosis, síndrome de intestino y trastornos de la absorción. Además, se asocian alteraciones del crecimiento y

del neurodesarrollo, particularmente en prematuros, junto con mayor riesgo de disfunción hepática y trastornos metabólicos⁷.

A nivel mundial, esta patología tiene una incidencia de 1 a 3 por cada 1.000 recién nacidos vivos y una letalidad estimada entre 15 y 30%; sin embargo, en casos complicados que requieren resolución quirúrgica, puede elevarse hasta 40 y 50%. En Chile, estudios recientes informan una incidencia de 2,6 por cada 1.000 recién nacidos vivos, con una letalidad de 18,4%².

Por la falta de datos epidemiológicos actualizados sobre defunciones por ENRN como causa básica en recién nacidos en Chile, se hace necesario describir la Tasa de Mortalidad (TM) por esta patología. En este contexto, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es la TM por ENRN como causa básica de defunción en Chile durante el período 2016-2024, y cómo se distribuye según sexo, región y lugar de defunción?

De acuerdo a la evidencia disponible, se plantea como hipótesis de investigación que la TM por ENRN en Chile durante 2016-2024 es mayor en el sexo masculino y presenta diferencias regionales, ocurriendo predominantemente en el ámbito hospitalario.

Objetivo general

Describir la TM por ENRN como causa básica de defunción en el período 2016-2024 en Chile.

Objetivos específicos

- Analizar descriptivamente la TM según sexo.
- Comparar la TM entre las diferentes regiones del país.
- Determinar la distribución porcentual según el lugar de defunción.

METODOLOGÍA

Se desarrolló un estudio observacional, descriptivo y transversal sobre la TM por ENRN como causa básica de defunción en Chile durante el período 2016-2024, de acuerdo con las variables sexo, región y lugar de ocurrencia de la defunción (domicilio, hospital/clínica u otro), utilizando como población de estudio a todos los Recién Nacidos (RN) cuya causa principal de defunción fue enterocolitis necrotizante del RN, durante el periodo de 2016-2024.

Los datos de defunciones se obtuvieron desde las bases de acceso público del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), donde cada registro corresponde a una persona fallecida y la causa básica de muerte, entendida como la enfermedad o condición que originó directamente la cadena de eventos que condujo al fallecimiento. Se seleccionaron registros según la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas

Relacionados con la Salud, décima revisión (CIE-10), bajo el código P77, correspondiente a “Enterocolitis necrotizante del recién nacido”, dentro del rango P75-P78 (enfermedades del sistema digestivo del feto y del recién nacido). Los datos demográficos y poblacionales se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Se realizó un análisis descriptivo de las variables mediante el cálculo de medidas de tendencia central y distribución de frecuencias, expresadas en promedios y porcentajes. La TM fue calculada mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Tasa de Mortalidad: } \frac{\text{Número de defunciones por ENRN}}{\text{Número de recién nacidos vivos}} \times 100.000$$

El procesamiento de los datos se efectuó utilizando Microsoft Office Excel y sumado a esto, se elaboraron figuras para representar de forma visual los resultados.

Este estudio no requirió revisión por comité de ética, ya que se utilizaron datos de acceso público, previamente anonimizados. Los autores declaran no poseer conflictos de interés que puedan influir en los resultados o interpretación de los hallazgos.

RESULTADO

Se registró un total de 396 decesos por ENRN como causa básica de defunción en Chile durante el período 2016-2024, determinando una TM del período de 22,34 muertes por cada 100.000 RN vivos. Al analizar la evolución temporal, se observó una tendencia irregular en las tasas anuales, destacando un máximo en 2018 con 27,96 defunciones por cada 100.000 recién nacidos vivos. Por el contrario, la tasa más baja se evidenció en 2022, con 17,43 muertes por cada 100.000 recién nacidos vivos. Las TM anuales se presentan en la Figura 1.

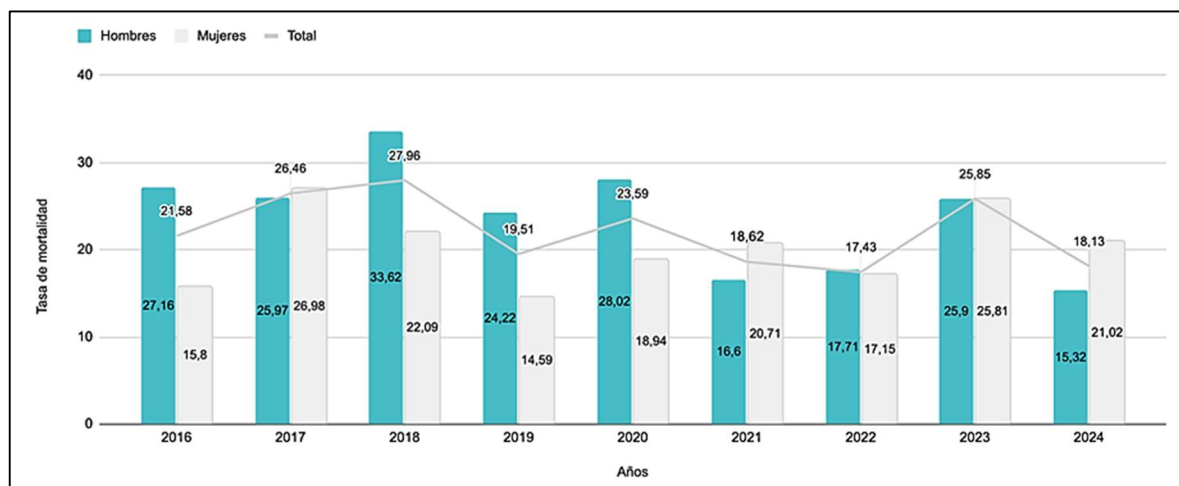


Figura 1. TM por ENRN (defunciones por cada 100.000 RN vivos) según sexo durante el período 2016-2024 en Chile.

Al analizar los decesos según sexo, se constató que el sexo masculino obtuvo una mayor TM durante el período estudiado, registrando 24,36 defunciones por cada 100.000 RN vivos, mientras que la del sexo femenino fue de 20,24 por cada 100.000 RN vivos. Por otra parte, la tasa más elevada en hombres se registró en el año 2018 con 33,62 fallecimientos por cada 100.000 recién nacidos vivos, mientras que la más baja se obtuvo en 2024, con 15,32 por cada 100.000 recién nacidos vivos. Para las mujeres, la mayor TM se observó en el año 2017 con 26,98 muertes por cada 100.000 RN vivos, mientras que la menor tasa se registró en el año 2019, con 14,59 por cada 100.000 RN vivos (Figura 1).

Al evaluar la distribución geográfica de los decesos por ENRN, se identificó una marcada variabilidad entre las distintas regiones del país. En la zona norte se registraron las tasas más bajas del territorio nacional. Es así como se puede observar que la Región de Atacama presentó 3,26 defunciones por cada 100.000 RN vivos, seguida de Arica y Parinacota (3,92) y Antofagasta (5,84), mientras que la Región de Tarapacá presentó un valor

moderadamente mayor (18,44), aunque inferior al promedio nacional (22,34).

Por su parte, en la zona centro y centro-sur del país, las tasas se mantuvieron cercanas al promedio nacional, con valores que, si bien no corresponden a los más bajos, permanecieron dentro de niveles medios y con menor variación. Las regiones de Coquimbo (21,34), Valparaíso (15,48), del Libertador Bernardo O'Higgins (16,44) y Maule (19,86) registraron tasas inferiores al promedio nacional, mientras que la Región Metropolitana alcanzó 24,48 defunciones por cada 100.000 RN vivos, valor moderadamente superior a la tasa nacional. Asimismo, las regiones de Ñuble y Biobío destacaron dentro de esta zona con tasas de 30,94 y 35,39 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, respectivamente, cifras considerablemente superiores al resto de regiones del territorio.

Por último, la zona sur y austral concentró las tasas más elevadas, con valores significativamente por sobre el promedio. La Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo presentó la mayor TM con 50,74 decesos por cada 100.000 RN vivos,

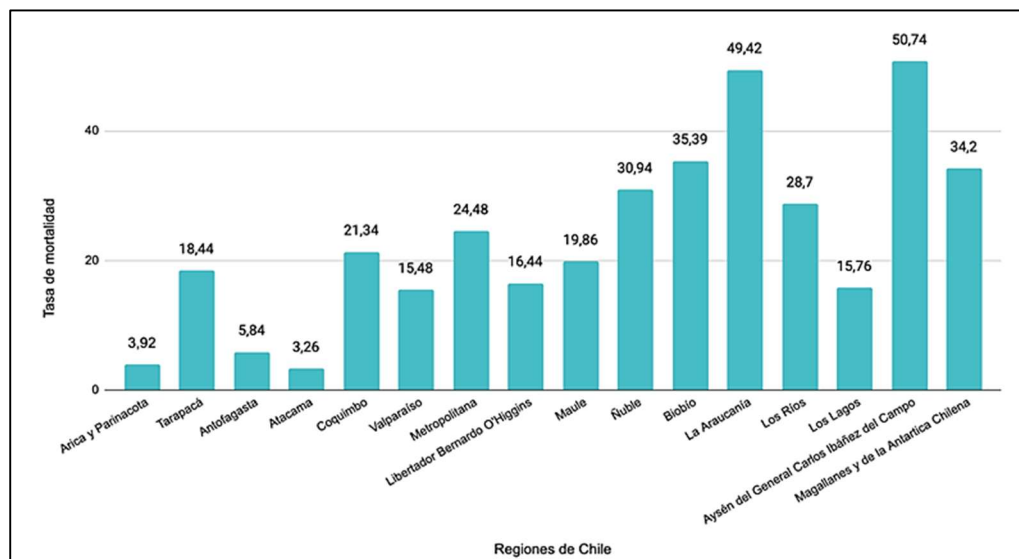


Figura 2.
TM por ENRN (defunciones por cada 100.000 RN vivos) según región de Chile, durante el período 2016-2024.

seguida de La Araucanía (49,42), duplicando o incluso triplicando las tasas observadas en gran parte del norte y centro del país. Las regiones de Los Ríos (28,7), Los Lagos (15,76) y Magallanes y de la Antártica Chilena (34,2), muestran tasas variables, aunque en su mayoría superiores a las registradas en la zona norte (Figura 2).

En relación al lugar de defunción, se observó la mayor TM en el ámbito hospitalario, lo que corresponde al 97,73% (387 defunciones) del total de fallecimientos del período 2016-2024. Por el contrario, los fallecimientos registrados tanto en viviendas como aquellos ocurridos en otros lugares fueron prácticamente nulos, representando el 0,25% (1 defunción) en casa y 2,02% (8 defunciones) en otros lugares.

DISCUSIÓN

La TM por ENRN mostró variaciones a lo largo del período de 2016-2024 en Chile. Estas fluctuaciones interanuales podrían explicarse por el fenómeno de inestabilidad estadística asociada a números pequeños, característica de enfermedades de baja incidencia, en las cuales incluso cambios mínimos en el número absoluto de casos pueden generar variaciones proporcionalmente amplificadas en las tasas anuales⁸. Al comparar con otros países, las tasas observadas en Chile fueron superiores a las reportadas en Estados Unidos, donde la TM por ENRN alcanzó un máximo de 13,2 por cada 100.000 RN vivos a mediados de los años 2000, para descender gradualmente a 8,3 en 2020⁹.

Si bien la tendencia en Chile se caracterizó por un comportamiento irregular, hacia el final del período se observó una disminución en la TM. Este descenso podría asociarse a mejoras en las políticas de salud neonatal implementadas en la última década, particularmente aquellas orientadas al fortalecimiento de la atención integral del RN prematuro. En este

contexto, la actualización de orientaciones técnicas y la estandarización de protocolos de alimentación enteral han promovido prácticas como la lactancia materna exclusiva y el uso de leche materna donada cuando esta no está disponible. Estas intervenciones se han asociado a una menor incidencia ENRN y a mejores resultados en prematuros de muy bajo peso¹⁰⁻¹². Considerando que estrategias similares han demostrado impacto en la reducción de la mortalidad por ENRN en países de altos ingresos¹³, es posible que la disminución observada hacia el final del período en Chile represente el inicio de una tendencia descendente en los próximos años, comparable a la registrada en Estados Unidos.

En relación con la variable sexo, se evidenció una mayor TM en el sexo masculino en comparación con el femenino. Esto podría explicarse por factores biológicos que confieren una mayor vulnerabilidad a los RN varones, incluyendo una maduración más tardía de los sistemas pulmonar y gastrointestinal, lo que compromete la integridad de la mucosa intestinal y favorece la progresión del daño inflamatorio^{1,3}. Asimismo, algunos genes reguladores de la respuesta inflamatoria se localizan en el cromosoma X, lo que implicaría que las mujeres, al poseer dos copias, tendrían una mayor capacidad de compensación inmunológica. En contraste, los RN varones serían más propensos a respuestas inflamatorias desreguladas, aumentando el riesgo de progresión hacia formas más graves de la enfermedad¹⁴. Adicionalmente, se ha propuesto que los estrógenos, presentes en mayor proporción en las mujeres RN, podrían ejercer un efecto protector al modular la respuesta inflamatoria y favorecer la reparación del epitelio intestinal, contribuyendo a la menor mortalidad observada en el sexo femenino^{6,7,15}.

El análisis geográfico evidenció una marcada heterogeneidad regional, con tasas elevadas en

Aysén y La Araucanía, valores bajos en el norte y un patrón intermedio en la zona central, con excepción de Ñuble y Biobío. Las regiones del Sur de Chile presentan una menor densidad de establecimientos con Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y una disponibilidad limitada de subespecialistas, particularmente neonatólogos y cirujanos pediátricos, lo que podría retrasar el diagnóstico oportuno y la resolución quirúrgica en casos graves de ENRN.

Además, las derivaciones interregionales hacia centros de mayor complejidad podrían influir negativamente en el pronóstico, especialmente en territorios extensos o con barreras geográficas importantes¹⁶. Por el contrario, las menores tasas observadas en el norte podrían relacionarse con un menor volumen absoluto de nacimientos y, en particular, de prematuros extremos, principal grupo de riesgo para esta patología⁶. Asimismo, la derivación de los casos más graves hacia centros de referencia en regiones centrales podría contribuir a una menor mortalidad registrada en las regiones de origen, fenómeno descrito en sistemas de salud centralizados¹⁷. En este contexto, la Región Metropolitana, pese a concentrar la mayor complejidad tecnológica y recursos humanos especializados, presentó una tasa levemente superior al promedio nacional, lo que podría reflejar la recepción de pacientes derivados con mayor gravedad desde otras regiones.

En cuanto al lugar de defunción, el 97% de los casos ocurrió en hospitales, probablemente debido a que la ENRN afecta principalmente a prematuros hospitalizados y puede evolucionar rápidamente a cuadros graves que requieren manejo intensivo. Este hallazgo concuerda con la literatura, que sitúa la mortalidad principalmente en las UCIN¹⁸.

Este estudio presenta como fortaleza principal el uso de bases de datos nacionales oficiales (DEIS-MINSAL) y datos poblacionales del INE durante un período reciente de 8 años, lo que permitió describir la evolución temporal de la mortalidad por ENRN e identificar diferencias regionales. Estos resultados pueden orientar la evaluación de medidas implementadas en los últimos años y futuras investigaciones sobre factores asociados a mayor riesgo neonatal. Entre las limitaciones se incluyen la exclusión de registros con sexo indeterminado, la dependencia de la calidad del registro y codificación de la causa básica de muerte, y la posible inestabilidad estadística derivada del bajo número de eventos en algunas regiones.

CONCLUSIÓN

La ENRN continúa representando una causa relevante de mortalidad neonatal en Chile durante el período 2016-2024. Este estudio evidenció una marcada heterogeneidad en la distribución de la mortalidad, con diferencias según sexo y región. La

mortalidad fue mayor en el sexo masculino, lo que sugiere una mayor vulnerabilidad biológica de los RN varones frente a esta patología. Asimismo, se observaron variaciones geográficas importantes, con tasas más elevadas en las regiones del sur y austral del país y menores en el norte, predominando el ámbito hospitalario como lugar de defunción. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de desarrollar nuevas estrategias destinadas a prevenir los nacimientos prematuros y a fortalecer la capacidad resolutiva regional mediante una mayor disponibilidad de subespecialistas y UCIN capaces de manejar casos de mayor complejidad.

Este trabajo fortaleció competencias fundamentales en investigación en salud y contribuyó al desarrollo de habilidades académicas relacionadas con la redacción científica, el uso de bases de datos públicas, análisis de datos epidemiológicos e interpretación de indicadores sanitarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonilla Cabana E, Ramírez Sandí L, Rojas Masís P, Zúñiga Alemán B. Enterocolitis necrotizante. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2020 [citado el 20 de enero 2026];37(2):63-70. [Internet]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/02/1386267/mlc/v37n02art63.pdf>
2. Nieto-Gómez P, Torres-Gavilanes T, Mayorga-Poveda P, Llumiguano-Taris ME, Chango-Moposita LO. Actualización en el Manejo de Enterocolitis Necrotizante en las áreas de Neonatología. Rev Méd Ateneo [Internet]. 2024 [citado el 20 de enero 2026];26(1):114-36. Disponible en: <https://colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/download/363/247/>
3. Bethell GS, Hall NJ. Recent advances in our understanding of NEC diagnosis, prognosis and surgical approach. Front Pediatr [Internet]. 2023 [citado el 20 de enero 2026];11:1229850. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fped.2023.1229850>
4. Hu X, Liang H, Li F, Zhang R, Zhu Y, Zhu X, et al. Necrotizing enterocolitis: current understanding of the prevention and management. Pediatr Surg Int [Internet]. 2024 [citado el 20 de enero 2026];40(1):32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00383-023-05619-3>
5. Sandoval A, Cofré F, Hernández M, Izquierdo G, Labraña Y, Reyes A, et al. Caracterización clínico-epidemiológica de las enterocolitis necrosantes neonatales de siete hospitales públicos. Rev Chil Infectol [Internet]. 2020 [citado el 20 de enero 2026];37(6):667-74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182020000600667>
6. Colarelli AM, Barbian ME, Denning PW. Prevention Strategies and Management of Necrotizing Enterocolitis. Curr Treat Options Pediatr [Internet]. 2024 [citado el 20 de enero 2026];10(3):126-46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40746-024-00297-2>
7. Bazacliu C, Neu J. Necrotizing Enterocolitis: Long Term Complications. Curr Pediatr Rev [Internet]. 2019 [citado el 20 de enero 2026];15(2):115-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2174/1573396315666190312093119>

8. Lash TL, VanderWeele TJ, Haneuse S, Rothman KJ. Modern epidemiology [Internet]. 4a ed. Filadelfia, USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2021 [citado el 20 de enero 2026]. Disponible en: <https://www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/modern-epidemiology-4634>
9. Wolf MF, Rose AT, Goel R, Canvasser J, Stoll BJ, Patel RM. Trends and Racial and Geographic Differences in Infant Mortality in the United States Due to Necrotizing Enterocolitis, 1999 to 2020. JAMA Netw Open [Internet]. 2023 [citado el 20 de enero 2026];6(3):e231511. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.1511>
10. Ministerio de Salud de Chile. Norma Técnica para la Supervisión de Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud, 2ª ed. Capítulo 3 [Internet]. Santiago: UNICEF, Chile Crece Contigo. 2021 [citado el 20 de enero 2026]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Cap%C3%ADtulo-3.pdf>
11. Ley 21.155. Establece Medidas de Protección a la Lactancia Materna y su Ejercicio [Internet]. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2019 [citado el 20 de enero 2026]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1131064>
12. Unger SL, O'Connor DL. Review of current best practices for human milk banking. Matern Child Nutr [Internet]. 2024 [citado el 20 de enero 2026];20 Suppl 4(S4):e13657. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/mcn.13657>
13. Jin YT, Duan Y, Deng XK, Lin J. Prevention of necrotizing enterocolitis in premature infants - an updated review. World J Clin Pediatr [Internet]. 2019 [citado el 20 de enero 2026];8(2):23-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5409/wjcp.v8.i2.23>
14. Rose AT, Patel RM. A critical analysis of risk factors for necrotizing enterocolitis. Semin Fetal Neonatal Med [Internet]. 2018 [citado el 20 de enero 2026];23(6):374-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.siny.2018.07.005>
15. Sepúlveda Sánchez C, Parra Quinteros C, Gonzalez Mardones M, Navarrete L, Rojas V, Calisto Valenzuela J, et al. Egresos hospitalarios de pacientes con enterocolitis necrotizante durante el periodo 2020-2023: Un análisis epidemiológico. Revista ANACEM [Internet]. 2025 [citado el 20 de enero 2026];19(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.70536/revanacem/v19n2-202556>
16. Llorca-Jaña M, Morales-Campos D. Secular Trends in Birth Weight in Chile and Its Regions Between 1990 and 2021. Am J Hum Biol [Internet]. 2025 [citado el 20 de enero 2026];37(1):e70002. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ajhb.70002>
17. Lorch SA, Rogowski J, Profit J, Phibbs CS. Access to risk-appropriate hospital care and disparities in neonatal outcomes in racial/ethnic groups and rural-urban populations. Semin Perinatol [Internet]. 2021 [citado el 20 de enero 2026];45(4):151409. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semperi.2021.151409>
18. Ofek Shlomei N, Tayeb M, Abu Omar R, Eventov Friedman S. Changes in the Incidence and Severity of NEC over the Last Decade: A Single-Center Stud. J Clin Med [Internet]. 2025 [citado el 20 de enero 2026];14(10):3551. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm14103551>