

11219



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
**HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
FEDERICO GOMEZ**

“FACTORES DE RIESGO DE INFECCION EN
NEONATOS CON GASTROSQUISIS Y
ONFALOCELE”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA
SUBESPECIALIDAD DE

INFECTOLOGIA

PRESENTA EL

DR. RAFAEL HERNANDEZ MAGAÑA



ASESOR: DR. ROMULO ERICK ROSALES URIBE



MEXICO, D.F.

SUBDIRECCION DE
ENSEÑANZA

1998

2005

0350725



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DOY GRACIAS A DIOS

Por permitir sin obstáculos mi superación la cual me ha dado grandes satisfacciones.

Pero sobre todo le doy gracias por haberme dado unos padres tan maravillosos y unos hermanos sin los cuales no hubiera sido posible empezar el vuelo....

Y ahora por si no fuera poco me da la esposa y la hija mas hermosas y a quienes quiero con todo el corazón y serán ellos los que ahora se encarguen de permitirme continuar el vuelo, el cual en muchas ocasiones será con su sacrificio y distanciamiento pero eso si con todo su corazón.

gracias

INDICE

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	5
RESULTADOS	6
DISCUSION	9
CONCLUSIONES	12
TABLAS	13
BIBLIOGRAFIA	17
ANEXO 1	19

Antecedentes

La incidencia aproximada de onfalocele y gastrosquisis es de 1 por cada 2000 nacidos vivos.¹ En el pasado el onfalocele fue claramente más común que la gastrosquisis; sin embargo, la incidencia de gastrosquisis ha ido en incremento sobre todo las últimas dos décadas²⁻⁵, mientras que el onfalocele ha permanecido prácticamente sin cambios.¹

No ha sido posible identificar factores etiológicos definitivos en humanos, pero experimentalmente se ha relacionado la deficiencia de ácido fólico, la administración de salicilatos, la hipoxia y algunos factores ambientales; no ha sido considerado una condición hereditaria aunque se han reportado casos familiares y anomalías asociadas.¹ Algunas características han sido asociadas con una mayor morbilidad tales como isquemia intestinal en el periodo posquirúrgico inmediato y disfunción intestinal prolongada después de cirugía.⁶

Puede haber integridad del saco que cubre las vísceras en el caso del onfalocele, sin embargo se reporta su ruptura prenatal de un 10 a un 18%^{7,8} apreciándose estas cubiertas de un exudado grueso por la exposición al líquido amniótico, mientras que su ruptura al momento del parto se reporta en un 4%.¹

En la gastrosquisis generalmente el estómago y el intestino están herniados siendo más raro el hígado habiéndose reportado la vesícula biliar, útero, trompas de falopio, vejiga, testículos y ovarios;² si esta cubierto de un exudado grueso la herniación ocurrió en etapas tempranas de la gestación, apreciándose de tal manera por su exposición prolongada al líquido amniótico.¹

El manejo de estos pacientes al momento del parto tiene un efecto importante sobre su morbi-mortalidad. Su resucitación será iniciada inmediatamente, se debe colocar una sonda orogástrica con el fin de descomprimir el estómago, prevenir su distensión facilitar la reducción de la víscera así como para evitar el vómito y la broncoaspiración; se valorará el uso de ventilación mecánica si hay dificultad respiratoria. El manejo de líquidos se debe iniciar rápidamente por vía endovenosa de preferencia en miembros superiores ya que puede haber compresión de vena cava inferior al reducir la víscera, inicialmente se administrará una carga con cristaloides a 20 ml/kg para después continuar la infusión a 2 o 3 veces los requerimientos de mantenimiento sin someterlos a restricción electrolítica; se colocará sonda Foley para monitorizar el flujo urinario así como para evitar que ocupe espacio dentro de la cavidad abdominal.¹

Se debe prestar especial atención a las condiciones de las vísceras herniadas ya que en ocasiones el defecto es tan pequeño que puede haber compresión de estas, es importante dar un soporte al intestino y prevenir la tracción del mesenterio, las vísceras serán cuidadosamente cubiertas con gasas secas estériles dándole posición adecuada para evitar compresión vascular y con el fin de evitar pérdida de líquidos y temperatura se cubrirá con una bolsa intestinal transparente estéril ya que la hipotermia es uno de las complicaciones serias reportándose hasta 67% en gastrosquisis y 44% para onfalocele.⁹ Posterior a las medidas de resucitación previamente tomadas se buscará con mas detalle anomalías asociadas.

Se recomienda siempre su traslado a una unidad de tercer nivel de atención, debiendo ser en incubadora con una vía sistémica segura y perfusión continua de líquidos acompañados de un personal calificado.

Uno de los puntos más importante dentro del manejo inicial del paciente es el uso de antibióticos, teniendo en cuenta que es inevitable algún grado de contaminación de las vísceras expuestas, además que se demostró en un estudio que los neonatos con evisceración de asas intestinales tenían niveles anormalmente bajos de inmunoglobulinas, albúmina y otras proteínas séricas tales como transferrina¹⁰ condicionando con esto un mayor riesgo para el establecimiento de infección o sepsis por lo cual se considera importante la administración oportuna de antibióticos de amplio espectro^{5,11,12} así como hay algunos autores que apoyan la administración de gammaglobulina para disminuir el riesgo de sepsis.¹¹

Ocasionalmente hay indicaciones para un manejo no quirúrgico sobre todo en neonatos con otras condiciones que amenacen la vida, lesiones cardíacas severas o síndromes cromosómicos, prematurez y síndrome de dificultad respiratoria.¹ Han sido utilizados varios métodos tal como el uso de solución de mercurocromo tópica, sulfadiazina, solución de nitrato de plata, alcohol o bien la aplicación de una cubierta biológica con lo cual se puede retrasar la cirugía hasta 2 semanas, sin embargo trayendo con esto una mayor probabilidad de presentar complicaciones infecciosas.¹ El tratamiento ideal es realizar un cierre definitivo del defecto; sin embargo, en ocasiones es imposible introducir las vísceras a la cavidad abdominal por haber desproporción con la capacidad de esta o por el edema que presentan las asas intestinales, en tales circunstancias es conveniente la colocación de material protésico tal como el silo con el fin de contener las vísceras y la ampliación de la cavidad para realizar posteriormente su reparación lo antes posible disminuyendo así la morbi-mortalidad y acortando la estancia hospitalaria.¹³ Una complicación seria bien reconocida posterior a la reparación responsable de una morbilidad considerable y una mortalidad ocasional es la enterocolitis necrozante.¹⁴

La sobrevida posterior a la primera hospitalización es reportada hasta de un 94%^{5,15} egresándose en buenas condiciones y para un año es variable siendo hasta de un 95% para gastrosquisis y 86% para onfalocele¹⁶, incrementando la mortalidad hasta un 65% en neonatos con un peso menor de 2500 g.¹⁷

Los defectos de pared abdominal tales como la gastrosquisis y el onfalocele siguen presentando una elevada morbi-mortalidad en nuestro medio, a pesar de su manejo oportuno en unidades de atención de tercer nivel tales como esta institución. Es importante identificar los factores de riesgo que predisponen al neonato con tal problema para presentar complicaciones; en nuestro caso el estudio será enfocado hacia identificar factores de riesgo para el desarrollo de procesos infecciosos ya que dentro de las complicaciones tienen un lugar importante que va a influir en la morbi-mortalidad, costos por el uso de antibióticos de amplio espectro, laboratorio y gabinete así como la estancia hospitalaria. Se analizarán los antecedentes perinatales, condiciones de traslado y los datos de importancia durante su estancia en la institución.

Material y métodos

Este estudio fue realizado por el Departamento de Infectología del Hospital Infantil de México Federico Gómez en el cual se llevó a cabo un análisis retrospectivo mediante la revisión de los expedientes clínicos de todos los pacientes con los diagnósticos de gastrosquisis y onfalocele ingresados a la institución durante el periodo de enero de 1994 a diciembre de 1997. La información fue obtenida directamente por el investigador mediante la revisión completa del expediente y la colección de los datos en un formato previamente elaborado (anexo 1). Tal información constaba principalmente de lo siguiente: datos generales como edad, sexo y número de expediente; antecedentes maternos como infecciones perinatales o durante el tercer trimestre de gestación; datos del parto como lugar de nacimiento, vía de obtención y complicaciones así como edad gestacional; todo lo referente a su traslado y condiciones de ingreso a la institución. Dentro del hospital el tiempo transcurrido en ser sometido a cirugía, tipo de cirugía, número de reintervenciones y el uso de dispositivos intravasculares y nutrición parenteral fue de suma importancia; así como los datos relacionados con las complicaciones infecciosas, uso de antibióticos y microorganismos involucrados fueron analizados. Finalmente se determinó la estancia hospitalaria de los pacientes que sobrevivieron, la tasa de mortalidad durante la primera hospitalización y la relación de esta con los factores previamente mencionados. Los análisis estadísticos empleados fueron medidas de tendencia central tal como la mediana y promedio además de la prueba de χ^2 para correlacionar algunos factores con los procedimientos quirúrgicos, complicaciones infecciosas y la mortalidad.

Resultados

Un total de 54 expedientes fueron revisados de los cuales 34 tenían el diagnóstico de gastrosquisis y 20 de onfalocele. La edad promedio de ingreso fueron 19 horas de vida, teniendo que el 85% de los pacientes ingresó en sus primeras 24 horas. No hubo diferencias en el sexo presentando una relación 1:1. En cuanto a la edad gestacional de los 54 pacientes 41 fueron de término, 12 prematuros y 1 con datos de posmadurez. De los pacientes con gastrosquisis 23 tenían un peso menor o igual a 2500 g de los cuales 10 fallecieron (43%) y en el grupo de onfalocele 9 tenían tal peso y de los cuales 8 fallecieron (89%) encontrando en este grupo una diferencia estadísticamente significativa al relacionar el peso bajo con una mayor mortalidad ($p < 0.05$). No hubo una relación en cuanto al peso y la edad gestacional con el número de complicaciones infecciosas en ambos grupos. (Tabla 1)

Las infecciones maternas solo se relacionaron a 4 eventos infecciosos en los neonatos. De el total de pacientes solo 3 nacieron en su domicilio atendidos por empírica y solo un neonato presentó proceso infeccioso de adquisición nosocomial.

Seis neonatos fueron traídos a la institución por los familiares y el resto trasladados de alguna institución, de estos últimos se obtiene la información que doce se presentaron en malas condiciones principalmente con hipotermia y cianosis, exposición de asas intestinales con algunas de aspecto violáceo e hipotérmicas así como la falta de incubadora para su traslado.

En relación al manejo quirúrgico, en el grupo de pacientes con gastrosquisis once se trataron con cierre primario, 22 con colocación de silo y uno sin tratamiento quirúrgico sin encontrarse una relación significativa entre el tipo de cirugía y la presencia de infección ($p > 0.05$); del grupo de onfalocele en siete se realizó cierre primario, ocho colocación de silo

y cuatro sin cirugía, si encontrando en este grupo una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la mayor relación de infección en pacientes sometidos a colocación de silo contra aquellos con cierre primario. En 27 pacientes del primer grupo la cirugía se asoció con una gastrostomía y en el segundo solo en siete fue asociada. El tiempo promedio transcurrido desde el ingreso hasta su manejo quirúrgico primario fue de 21 h con un rango que va desde una hasta 48 horas. Posterior a la cirugía de ingreso en el grupo de gastrosquisis se realizaron 30 intervenciones quirúrgicas y en el grupo de onfalocele 15; el promedio en realizar el cierre quirúrgico definitivo en los pacientes manejados a su inicio con colocación de silo fue de 11 días.

A su ingreso se colocó catéter central a 49 pacientes, con un tiempo de estancia variable, así como el número de dispositivos colocados teniendo un promedio de 2 cateter por paciente (rango 1-7). Poco tiempo después de su primer cirugía se inició la infusión de nutrición parenteral total con un promedio en días de administración de 30 por paciente (rango 3-120 días).

En cuanto a las infecciones presentes en ambos grupos se encontró que el grupo de pacientes con gastrosquisis presentó un total de 68 episodios infecciosos en 28 pacientes teniendo con esto un promedio de 2.5 infecciones por paciente, mientras que el grupo de onfalocele tuvo 38 episodios con un promedio de 2.7 infecciones por paciente, siendo esto muy similar en ambos grupos. (Tabla 2)

Todos los pacientes recibieron a su ingreso ampicilina mas un aminoglucósido, siendo el total de esquemas administrados durante su estancia hospitalaria de 150 con un promedio de 3 esquemas por paciente (rango 1-10). (Tabla 3)

De los pacientes infectados se logró recuperar un número importante de microorganismos de diferentes sitios. No hubo diferencia significativa en cuanto al número de bacterias aisladas en ambos grupos. En las ds poblaciones predominó de forma importante en aislamiento de bacilos Gram (-). (Tabla 4).

La mortalidad presentada fue mayor en el grupo de pacientes con onfalocele aunque de manera no significativa ($p>0.05$) al igual que al relacionarse con los procesos infecciosos no se encontró significancia estadística.

Discusión

Tal como se refiere en la literatura en las últimas dos décadas ha ido en incremento la incidencia de gastrosquisis viéndose reflejada ahora en nuestro estudio ya que sobrepasa al onfalocele en más del 40%.

Por el nivel socioeconómico que presenta la población tratada en esta institución esperaríamos encontrar como factores predisponentes de infección en nuestros pacientes la atención del parto en sus domicilios, en medios no asépticos, así como la forma de traslado ya que constantemente estos pacientes son egresados voluntariamente de otras instituciones y traídos por sus medios en condiciones inadecuadas además de las infecciones maternas genitourinarias en el último trimestre del embarazo las cuales generalmente no son tratadas o lo son inadecuadamente; sin embargo, en esta revisión tales condiciones están ausentes como factores de riesgo predisponentes.

El peso bajo al nacer y los pacientes pretérminos con menos de 2.5 kg al nacimiento han sido identificados como factores de riesgo importante para infecciones así como con una mayor mortalidad, lo cual es demostrado también en nuestros resultados presentando significativamente una mayor mortalidad que los neonatos con peso mayor, no demostrando sin embargo una mayor incidencia de infección en nuestro estudio.

Es importante tener en mente que el cierre primario del defecto trae consigo una menor tasa de complicaciones sobre todo de índole infeccioso disminuyendo con esto también la estancia hospitalaria y el costo. En los pacientes con gastrosquisis que estudiamos no se aprecia alguna diferencia en cuanto a la mortalidad y complicaciones infecciosas según el tipo de cirugía realizada, no siendo así para los pacientes con onfalocele ya que en ellos si demostramos una menor tasa de infecciones en aquellos que fueron sometidos a cirugías

correctivas de primera intención contra aquellos que les fue colocada una protesis o contenedor de silo que si presentaron mayor numero de complicaciones infecciosas, no siendo así para su mortalidad, esto podría estar influenciado por la presencia de manera importante de malformaciones cardiovasculares asociadas contrario a los pacientes con gastrosquisis que por lo demás son neonatos generalmente sin más malformaciones.

Dos factores que consideramos si están relacionados con el incremento en complicaciones infecciosas en estos pacientes es el uso de dispositivos intravasculares por largos periodos de tiempo y que por lo general son colocados en repetidas ocasiones por las condiciones del paciente, los medicamentos utilizados y que aunado a la administración temprana de nutrición parenteral crea un medio propicio para el desarrollo de bacteriemias por gérmenes Gram negativos así como hongos, lo que logramos demostrar en estos pacientes con base en los microorganismos recuperados.

Como se menciona en los antecedentes estos pacientes por la exposición de peritoneo continua con el líquido amniótico llegan a tener pérdidas importantes de proteínas, entre ellas inmunoglobulinas, lo que aunado a la contaminación que presentan en cierto grado al momento del nacimiento y por el mal manipuleo de las vísceras por el personal no capacitado los hace presa fácil de infección, de allí que se recomiende de manera rutinaria el empleo de antibióticos de amplio espectro en forma oportuna tal como ocurrió en la totalidad de los pacientes estudiados; sin embargo, el mal uso de los antibióticos les confiere un riesgo adicional de desarrollar superinfecciones cuando el espectro utilizado excede por mucho el espectro requerido.

Finalmente es conveniente mencionar que la mortalidad que presentan estos pacientes en nuestro medio sobrepasa con mucho la referida en la literatura, por tal motivo es de gran

importancia este tipo de estudios, con el fin de disminuir o evitar lo más posible aquellos factores que se conozcan tengan influencia positiva en el desarrollo de infecciones. Debido a la limitación que presentan los estudios retrospectivos es conveniente el realizar un estudio prospectivo bien controlado con el fin de identificar otros factores que modifiquen la tasa de mortalidad de estos pacientes.

Conclusiones

El cierre primario del defecto deberá ser una prioridad sobre todo en pacientes con onfalocele, prematuros así como aquellos desnutridos in útero.

Todos los pacientes con gastrosquisis y onfalocele sobre todo aquellos que presenten al nacer ruptura del saco deben ser tratados con antibióticos profilácticos, aunque queda inquietud de demostrar cual sería el periodo de tratamiento más adecuado y establecer un esquema óptimo en este tipo de patología.

Quizás aunado a lo anteriormente comentado la administración de gammaglobulina tenga un papel benéfico al disminuir el riesgo de infecciones nosocomiales y con esto lograr una disminución en la tasa de mortalidad que por mucho sobrepasa lo reportado en la literatura, por lo cual el desarrollo de un protocolo de estudio tal vez sería sumamente valioso en un futuro para estos pacientes si se llegará a demostrar su utilidad.

El disminuir oportunamente el tiempo de estancia de los dispositivos intravasculares así como evitar su manejo con técnicas inadecuadas, esto aunado a la pronta estimulación intestinal con el fin de prolongar lo menos posible el uso de nutrición parenteral traerá como consecuencia una disminución importante en el riesgo de infecciones relacionadas a catéter, bacteriémias, fungémias y sepsis además de otras complicaciones relacionadas a su uso.

Fig 1. Características principales de los pacientes

CARACTERISTICAS	GASTROSQUISIS	ONFALOCELE	TOTAL
NO. PACIENTES	34	20	54
SEXO (M:F)	1.1 : 1	1 : 1.2	1 : 1
EDAD GESTACIONAL			
- TERMINO	24	17	41
- PRETERMINO	10	2	12
- POSTMADUREZ	—	1	1
CIRUGIAS			
- CIERRE 1o	11	7	18
-COLOC. SILO	22	8	30
- NO Qx.	1	5	6
- REINTERVENCIONES.	30	15	45
PAC. INFECTADOS	28	14	42
NO. INFECCIONES	68	38	106
PESO < 2500 g	23	9	32
- DEFUNSIONES %	43%	89%	
MICRO: COCOS G (+)	15	5	20
BAC G (-)	36	14	50
LEVADURAS	5	2	7

Tabla 2. Tipo de infecciones presentes en ambos grupos

TIPO DE INFECCIONES	GASTROSQUISIS	ONFALOCELE
SEPSIS N. TARDIA	9	3
NEUMONIA I. H.	13	5
SEPSIS N. TEMPRANA	12	10
INFECCION Hx Qx	8	4
INF. REL. CATETER	7	3
CHOQUE SEPTICO	5	6
PERITONITIS	4	1
E. C. N.	4	1
I. V. U.	2	1
NEUMONIA IN UTERO	1	1
CELULITIS	1	1
TROMBOFLEBITIS	1	—
CONJUNTIVITIS	—	1
DERRAME PLEURAL	—	1
MENINGITIS	1	—

Tabla 3. Número de esquemas utilizados en los pacientes.

ANTIBIOTICOS	No. ESQUEMAS
AMIKACINA	64
AMPICILINA	55
CEFOTAXIMA	24
IMPENEM	15
CLINDAMICINA	14
VANCOMICINA	12
AZTREONAM	12
DICLOXACILINA	11
AMFOTERICINA	9
CEFTAZIDIMA	8
GENTAMICINA	7
NETILMICINA	6
METRONIDAZOL	4
CIPROFLOXACINA	1
FLUCONAZOL	1
OTROS	4

Tabla 4. Microorganismos aislados en diversos cultivos

MICROORGANISMO	GASTROSQUISIS	ONFALOCELE
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	14	6
Estafilococo coagulasa Neg.	13	4
<i>Serratia sp.</i>	3	2
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3	—
<i>Escherichia coli</i>	5	2
<i>Enterobacter cloacae</i>	4	—
<i>Staphylococcus aureus</i>	2	—
<i>Enterobacter sp.</i>	2	2
<i>Pseudomonas cepacea</i>	—	2
<i>Enterococcus sp.</i>	—	1
Bacilo Gram Neg. No Ferm.	5	—
Levaduras	5	1
<i>Candida tropicalis</i>	—	1
<i>Chlamidia (IF)</i>	—	1

Referencias

1. Cooney DR: Defects of the abdominal wall. In O'Neill JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG, editors: *Pediatric surgery*, ed 5, St. Louis Missouri, 1998, Mosby-Year book.
2. Grosfeld JL, Dawes L, Weber TR. Congenital abdominal wall defects: current management and survival. *Surg Clin North Am* 1981; 61: 1037.
3. Mayer T. Gastroschisis and omphalocele: an 8 year review. *Ann Surg* 1980; 192: 783.
4. Tan KH, Kilby MD, Whittle MJ, Beattie BR, Booth IW, Botting BJ. Congenital anterior abdominal wall defects in England and Wales 1987-93: retrospective analysis of OPCS data. *BMJ* 1996; 313: 903-6.
5. King DR, Savrin R, Boles ET. Gastroschisis update. *J Pediatr Surg* 1980; 15: 553-7.
6. Ramsden WH, Arthur RJ, Martinez D. Gastroschisis: a radiological and clinical review. *Pediatr Radiol* 1997; 27: 166-9.
7. Knight PJ, Buckner D, Vassy LE. Omphalocele: treatment options. *Surgery* 1981; 89: 332.
8. Mahour GH, Weitzmann JJ, Rosenkrantz JG. Omphalocele and gastroschisis. *Ann Surg* 1973; 177: 478.
9. Seashore JH. Congenital abdominal wall defects. *Clin Perinatol* 1978; 5: 61.
10. Lorenzo MD, Yazbeck S, Ducharme JC. Gastroschisis: a 15-year experience. *J pediatr Surg* 1987; 22: 710-2.
11. Gutemberger JE, Miller DL, Dibbins AW, Gitlin D. Hypogammaglobulinemia and hypoalbuminemia in neonates with ruptured omphaloceles and gastroschisis. *J Pediatr Surg* 1973; 8: 353-9.

12. Stringer MD, Brereton RJ, Wright VM. Controversies in the management of gastroschisis: a study of 40 patients. *Arch Dis Child* 1991; 66: 34-6.
13. Lee SC, Jung SE, Kim WK. Silo formation without suturing in gastroschisis: use of Steridrape for delayed repair. *J Pediatr Surg* 1997; 32: 66-8.
14. Jayanthi S, Seymour P, Puntis JW, Stringer MD. Necrotizing enterocolitis after gastroschisis repair: a preventable complication?. *J Pediatr Surg* 1998; 33: 705-7.
15. Davies BW, Stringer MD. The survivors of gastroschisis. *Arch Dis Child* 1997; 77: 158-60.
16. Lafferty PM, Emmerson AJ, Fleming PJ, Frank JD, Noblett HR. Anterior abdominal wall defects. *Arch Dis Child* 1989; 64: 1029-31.
17. Stringel G, Filler RM. Prognostic factors in omphalocele and gastroschisis. *J Pediatr Surg* 1979; 14: 515-9.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INFECCIÓN EN NEONATOS CON
GASTROSQUISIS Y ONFALOCELE"

- GASTROSQUISIS
- ONFALOCELE

1. Nombre: _____ 2. Edad: _____ 3. Sexo: _____ 4. Exp: _____

5. Fecha de ingreso: _____

6. Antecedentes perinatales:

- Infecciones maternas- 3er trim. o perinatal: Si No Cual:

Tx:

- Parto atendido en: hosp. o casa. Por: Médico o partera. Fortuito: Si No

-Vía: Vaginal o cesárea

-Datos de corioamnioititis:

-Complicaciones:

-Edad gestacional (método):

-Dx y condiciones del defecto de pared:

7. Modo de traslado:

8. Condiciones de traslado y días de vida:

9. Tratamiento previo:

10. Dx a su ingreso:

11. Tipo de tratamiento Qx: Cierre primario -

Colocación de silo -

a) Tiempo transcurrido desde su ingreso hasta la Qx:

b) Número de cirugías:

c) Motivo:

12. Administración de antibióticos: Terapéuticos _____ Profilácticos: _____ Observación:

a) Esquema 1: _____ Dx: _____

b) Esquema 2: _____ Dx: _____

c) Esquema 3: _____ Dx: _____

13. Cultivos:

14. Dispositivos IV (tipo, lugar, días):

15. Nutrición parenteral:

16. Condiciones de egreso:

17. Está infectado: Sí No. Al ingreso o intrahospitalario: Cual