



11210
18
CIUDAD DE MEXICO
Servicios de Salud
DDF



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD
DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA

DEPARTAMENTO DE **POSTGRADO**

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIDAD EN:
CIRUGIA PEDIATRICA

FACTORES DE RIESGO EN EL MANEJO DE
PACIENTES CON DEFECTOS DE PARED
ABDOMINAL ANTERIOR *

**TRABAJO DE INVESTIGACION
CLINICA**

P R E S E N T A :
DR. RAUL RODRIGUEZ MONTOYA
PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. CARLOS BAEZA HERRERA

1995
FALLA DE ORIGEN

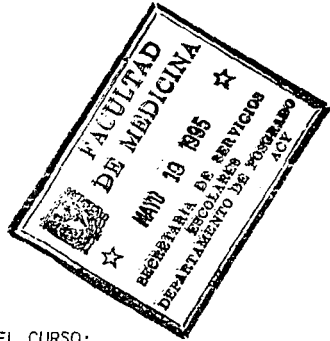


UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.



Vo.Bo. PROFESOR TITULAR DEL CURSO:
[Signature]
DR. CARLOS BAEZA HERRERA

[Signature]
Vo.Bo. DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION:
DR. JOSE DE J. VILLALPANDO CASAS.



DIREC. ORAL. SERV. DE SALUD
DEL CENTRO DE INVESTIGACIONES
DIRECCION GENERAL DE SALUD E
INVESTIGACION

A G R A D E C I M I E N T O S

PRINCIPALMENTE DOY GRACIAS A "DIOS" POR LOS DONES RECIBIDOS; EL HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE CONSEGUIR EL HABER TERMINADO UNA SUBESPECIALIDAD , - OTRA ETAPA MAS DE PREPARACION EN MI VIDA.

A MIS MAESTROS: PROFESOR TITULAR DEL CURSO Y MEDICOS ADSCRITOS, QUIENES DE CADA UNO RECIBI LA ESENCIA PARA NORMAR UN CRITERIO PROPIO.

MIS COMPANEROS: APOYO Y AMISTAD DURANTE TODO EL - CURSO DE LA SUBESPECIALIDAD Y A QUIENES RECORDARE SIEMPRE AUN DESPUES DE REGRESAR A NUESTRA PROVINCIA.

ENFERMERIA: PERSONAL DE APOYO QUE DIARIAMENTE NOS BRINDA AMISTAD Y AUXILIO EN EL DESARROLLO COTIDIANO DE NUESTRA FORMACION.

D E D I C A T O R I A S

A MI FAMILIA: PADRES, HERMANOS, ESPOSA E HIJA.

EJEMPLO DE UNION, APOYO Y AMOR, ELEMENTOS INDISPENSABLES PARA PODER LLEVAR A CABO CUALQUIER EMPRESA Y ALCANZAR LA META DESEADA Y MUCHAS MAS.

"COMO UN RECONOCIMIENTO DE LO MUCHO RECIBIDO "

• INDICE •

INTRODUCCION.....	5
OBJETIVOS	9
MATERIAL Y METODOS.....	9
CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	10
RESULTADOS	11
GRAFICAS	16
DISCUSION	32
RESUMEN	34
CONCLUSIONES.....	35
BIBLIOGRAFIA.....	36

I N T R O D U C C I O N

LOS DEFECTOS DE LA PARED ABDOMINAL ANTERIOR TALES COMO GASTROSQUISIS U ONFALOCELE CONSTITUYEN UNA ALTERACIÓN CUYO MANEJO MÉDICO; CLÍNICO Y QUIRÚRGICO HAN SIDO BIEN DEFINIDOS OBSERVÁNDOSE CON RELATIVA FRECUENCIA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (1). LA INCIDENCIA REPORTADA DE LOS DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL ANTERIOR ES DE APROXIMADAMENTE 1 EN 3,500 NACIDOS VIVOS(2). DENTRO DE ÉSTOS, PARA SU MANEJO DEBEMOS CONSIDERAR ENTIDADES PATOLÓGICAS RELACIONADAS CON LA EDAD GESTACIONAL, FUNCIÓN RESPIRATORIA, TAMAÑO Y TIPO DEL DEFECTO, VOLUMEN ABDOMINAL PROTRUIDO, LO CUAL ESTÁ EN RELACIÓN DIRECTA CON POSIBLES ALTERACIONES PRESENTADAS COMO MALFORACIONES ASOCIADAS: ATRESIA INTESTINAL (23%), VOLVULUS INTESTINAL, PERITONITIS QUÍMICA, QUE DE ACUERDO AL TIEMPO DE EXPOSICIÓN PRECIPITA COLONIZACIÓN BACTERIANA, HIPOPLASIA PULMONAR POR LA COMPRESIÓN EXTRÍNSECA, DEFECTOS DEL DIAFRAGMA Y DEFECTOS INTRACARDÍACOS (2,3,4).

CON MUCHA FRECUENCIA ESTOS PACIENTES CURSAN ACOMPAÑADOS A OTROS PROBLEMAS COMO TRAUMA OBSTÉTRICO CUANDO NO HAY IDENTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA PRENATAL (5), Y CON HIPOXIA POR PROBLEMA DE ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA, NEUMONIA, TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RÉCIEN NACIDO , ETC. (4)

DEBIDO A LAS CARACTERÍSTICAS DE ESTOS PACIENTES ES COMÚN OBSERVAR COMPLICACIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON LOS DIAGNÓSTICOS DE BASE O BIEN CON LAS DIFERENTES MODALIDADES DEL TRATAMIENTO.

LOS DEFECTOS DE LA PARED ABDOMINAL ANTERIOR ESTÁN COMPRENIDOS COMO GASTROSQUISIS U ONFALOCELE, EL PRIMERO DERIVADO DE LA PALABRA GRIEGA GASTER, OS; VIENTRE Y LE; EXPOSICIÓN ES LA SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD

CONGÉNITA O DEFECTO DESIEMBRIOPLÁSICO DE LA PARED ABDOMINAL ANTERIOR A TRAVÉS DEL CUAL SE EXTERIORIZAN LAS VISCERAS ABDOMINALES(4,6,7).

EL SEGUNDO ES LA PROCEDENCIA DE UN DELGADO SACO LLENO DE CONTENIDO ABDOMINAL ATRAVÉS DE UN DEFECTO DE LA PARED ABDOMINAL REVESTIDO DE UNA MEMBRANA AVASCULAR INTERIORMENTE DE PERITONEO Y EXTERIOR DE EPITELIO AMNIÓTICO ENTRE AMBAS SE ENCUENTRA LA GELATINA DE WHARTON (3,6,7).

ESTAS PATOLOGÍAS FUERON CITADAS COMO CURIOSIDAD MÉDICA Y HASTA 1899 AHEFELD POSTULÓ EL TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO, EN 1940 BERNSTSEIN FUE EL PRIMERO EN DESCRIBIRLA (4), Y EN 1948 GROSS INTRODUJO UN MÉTODO DE CIERRE CON GRANDES COLGAJOS DE PIEL EN ONFALOCELE GIGANTE(7).

EMBRIOLOGICAMENTE EN LA CUARTA SEMANA DE GESTACIÓN EL INTESTINO CREE Y SALE DEL ABDOMEN Y REGRESA A ESTÉ EN LA NOVENA O DÉCIMA SEMANAS, AL MISMO TIEMPO EN LA QUINTA SEMANA LOS SOMITAS QUE DAN ORIGEN A LOS PLIEGUES LATERALES DEL ABDOMEN, CÉFALICO Y CAUDAL CRECEN Y SE FUSIONAN A MEDIDA QUE SE REÚNEN Y ENCUENTRAN EN EL OMBLIGO, POR LO TANTO LA INTEGRIDAD DE LA PARED ABDOMINAL DEPENDE DEL RETORNO DEL INTESTINO MEDIO JUNTO CON EL CRECIMIENTO APROPIADO Y LA FUSIÓN DE LOS CUATRO PLIEGUES CORPORALES.(7).DENTRO DE LAS TEORIAS DE FORMACIÓN DUHAMEL PROPONE LA INTERFERENCIA TERATOGÉNICA EN EL MOMENTO DE LA DIFERENCIACIÓN MESÉNQUIMATOSA DE LA SOMATOPLEURA (14), BREMER TRANSTORNO DE LOS SOMITAS RESULTANDO EN ALTERACIÓN DE LOS PRIMORDIOS MUSCULARES CON PROBLEMAS MUSCULO ESQUELÉTICOS ASOCIADOS (25),SHA APOYA LA INTERRUPCIÓN DEL FLUJO ONFALOMESENTÉRICO Y COMO CONSECUENCIA LA NECROSIS EN LA BASE DEL CORDÓN UMBILICAL ORIGINANDO EL DEFECTO GENERALMENTE A LA DERECHA LLENANDOSE DE PIEL ENTRE EL OMBLIGO Y EL DEFECTO (GASTROSQUISIS). (7)

LA INCIDENCIA ES DESDE 1/3000 -1/3,500 RÉCIEN NACIDOS VIVOS CON

PREDOMINIO L:L.2 DEL SEXO MASCULINO (2,8). LA SOBREVIVENCIA EN 1965 ERA 10% Y ACTUALMENTE 80-90% (1,15). LAS ANOMALÍAS ASOCIADAS SON LA CAUSA DE MORTALIDAD EN UN 31% (9,13,14). LA GASTROSQUISIS SE ASOCIA CON PREMATUREZ HASTA 60%, EN CAMBIO EL ONFALOCELE SOLO EN 10%, LAS MALFORMACIONES SE ASOCIAN CON EL ONFALOCELE EN UN 37% Y LA GASTROSQUISIS EN UN 18% (2,14,22). EL DIAGNÓSTICO PUEDE SER PRENATAL POR ULTRASONIDO, MARCADORES DE LIQUIDO AMNIÓTICO, CARIOTIPOS, O POSTNATAL PUDIENDO SER PEQUEÑOS O DE GRAN MAGNITUD PROTUYENDO GRAN VOLUMEN ABDOMINAL; ESTÓMAGO, BAZO, INTESTINOS, VEJIGA, ORGANOS REPRODUCTIVOS, (9,10,13,16). LA EXPOSICIÓN DE LOS INTESTINOS AL LIQUIDO AMNIÓTICO INDUCE UNA REACCIÓN PERITONEAL SEVERA CON EDEMA Y ENGROSAMIENTO O EN OCASIONES CON EXUDADO GRUESO EN LA SUPERFICIE INTESTINAL QUE INFLUYEN EN EL TIEMPO PARA QUE REAPAREZCA LA FUNCIÓN INTESTINAL (26).

EL TRATAMIENTO SE INICIA DESDE EL DIAGNÓSTICO PRENATAL DAMO LA POSIBILIDAD DE TRANSFERIR A LA MADRE A UN CENTRO HOSPITALARIO DONDE SE DISPONGA DEL EQUIPO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA Y UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PREPARANDO A LOS PADRES EN ESPERA DE PROBLEMAS Y COMPLICACIONES TOMANDO EN CUENTA FACTORES DE RIESGO COMO TAMAÑO DEL DEFECTO, RUPTURA PREOPERATORIA, PREMATUREZ O BAJO PESO, MALFORMACIONES ASOCIADAS, PROLAPSO HEPÁTICO Y TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE SU NACIMIENTO CUBRIENDO EL DEFECTO CON COMPRESAS CALIENTES ESTÉRILES PARA EVITAR LA HIPOTERMIA, ULCERACIONES, INFECCIONES, SE MANEJA CON SOLUCIONES PARENTERALES, ANTIBIÓTICOS, VITAMINA K, NORMOTERMIA EN INCUBADORA Y POSTERIORMENTE SE DECIDE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DESDE PINCELACIONES, REPARACION POR PERÍODOS MEDIANTE COLOCACIÓN DE SILO O MALLA MARLEX, O CIERRE PRIMARIO DE PARED CON MODALIDADES DESDE INVERSIÓN DE AMNIO HASTA LA RESECCIÓN DEL SACO Y CERRANDO POR PLANOS O CON COLGAJOS DE

PIEL, VALORANDO LA DIFICULTAD RESPIRATORIA POSQUIRÚRGICA SECUNDARIA A LA COMPRESIÓN TORÁCICA CON INCREMENTO DE LA PRESIÓN INTRAPERITONEAL LA CUAL SE LLEGA A VALORAR CON MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN INTRAVESICAL. (1,17,19,20,21,22,23,24).

CON LA TÉCNICA DE GROSS EL CIERRE PRIMARIO SE LOGRA EN DOS ETAPAS EN UN 78% SIENDO NECESARIO MANEJO VENTILATORIO POR 72HRS MÍNIMO RETIRÁNDOLO EN FORMA PROGRESIVA, MANEJO CON NUTRICIÓN PARENTERAL MÍNIMO 3 SEMANAS (18,23,24).

LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MÁS IMPORTANTES SON LAS SEPTICEMIAS, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y COLAPSO RESPIRATORIO SECUNDARIO EN OCASIONES AL SÍNDROME DE FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE. (16,25,26).

* OBJETIVOS *

- + CONOCER LA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO MOCTEZUMA EN EL MANEJO DEL RÉCIEN NACIDO CON DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL ANTERIOR.
- + DETERMINAR LAS COMPLICACIONES MÉDICAS MÁS FRECUENTES QUE OCURREN EN ESTÉ GRUPO DE PACIENTES DENTRO DE LA UNIDAD.
- + NORMATR EL PROTOCOLO DE MANEJO DE ESTOS PACIENTES DE TAL FORMA QUE DISMINUYAN LAS COMPLICACIONES.
- + MEJORAR EL PRONÓSTICO DE SOBREVIDA DE ESTOS PACIENTES INTEGRANDO UN EQUIPO DE TRABAJO ENTRE EL CIRUJANO Y EL CLÍNICO.

MATERIAL Y METODOS.-

SE REALIZÓ REVISIÓN RETROSPECTIVA COMPLETA DE EXPEDIENTES DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE INTERNO CON EL DIAGNÓSTICO DE GASTROSQUISIS Y ONFALOCELE ,EN UN PERIODO DE TRES AÑOS, DE ENERO A DICIEMBRE DE 1992 A 1994 , ECLUYENDO LOS QUE NO SE CONTO CON EXPEDIENTE CLÍNICO EN ARCHIVO, Y DETERMINANDOSE LAS SIGUIENTES VARIABLES:

- 1.-LUGAR DE PROCEDENCIA, POR TIEMPO EN DISTANCIA DEL TRASLADO.
- 2.-EDAD AL INGRESO EN HORAS.
- 3.-EDAD GESTACIONAL AL INGRESO.
- 4.-EDAD AL MOMENTO DE LA CIRUGIA.
- 5.-PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO REALIZADO.
- 6.-TAMAÑO DEL DEFECTO EN LA PARED ABDOMINAL.
- 7.-TIPO DE PARTO AL NACIMIENTO.
- 8.-USO DE VENTILACIÓN MECÁNICA.
- 9.-USO DE ALIMENTACIÓN PARENTERAL TOTAL.
- 10-REESTABLECIMIENTO DEL TRÁNSITO INTESTINAL.
- 11-COMPLICACIONES MÉDICAS ENCONTRADAS.
- 12-HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS, CANTIDAD DE VÍSCERAS PROTUIDAS.

*** CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION***

SE INCLUYERON EN EL ESTUDIO A TODOS LOS PACIENTES QUE INGRESARON CON EL DIAGNÓSTICO DE DEFECTO DE PARED ABDOMINAL ANTERIOR, GASTROSQUISIS U ONFALOCELE Y DE LOS CUALES SE PUDO OBTENER SU EXPEDIENTE CLÍNICO EN EL ARCHIVO DE NUESTRO HOSPITAL, INGRESADOS DURANTE EL PERIÓDO DE ENERO A DICIEMBRE DE 1992-1994, CON VIGILANCIA POSTERIOR EN LAS SALAS DE NEONATOLOGÍA O TERAPIA INTENSIVA DE LA MISMA UNIDAD.

SE EXCLUYERON AQUELLOS QUE NO PRESENTABAN EXPEDIENTES MÉDICOS COMPLETOS EN EL ARCHIVO CLÍNICO, ASÍ COMO EXPEDIENTES INCOMPLETOS, CONFUSOS O CONTRADICTORIOS.

SE TABULO EL TOTAL DE VARIABLES Y SE SACO MEDIA ARITMÉTICA Y PORCENTAJE DE CADA UNA DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS, ADEMÁS DE EXPRESARLO EN FIGURAS Y TABLAS ILUSTRATIVAS.

• RESULTADOS •

DENTRO DEL ESTUDIO RETROSPECTIVO REALIZADO DURANTE EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE 1992-1994 SE INTERNARON UN TOTAL DE 57 PACIENTES CON DEFECTO EN EL CIERRE DE PARED ABDOMINAL ANTERIOR, SE EXCLUYERON DEL ESTUDIO 6 PACIENTES POR NO CONTAR CON SU EXPEDIENTE EN EL ARCHIVO CLÍNICO DE LA UNIDAD.

DE LOS 51 PACIENTES QUE SE INCLUYERON EN EL ESTUDIO SE ENCONTRO EN RELACIÓN AL SEXO UN PREDOMINIO NO SIGNIFICATIVO DEL MASCULINO SOBRE EL FEMENINO EN RELACIÓN DE 1:1.28 PARA GASTROSQUISIS CON UN PORCENTAJE DE 56.25% PARA SEXO MASCULINO Y 43.75% PARA EL FEMENINO, MIENTRAS QUE EN EL DEFECTO DE ONFALOCELE LA RELACIÓN FUÉ 1:1.37 TAMBIÉN PREDOMINANDO EL MASCULINO CON UN PORCENTAJE DE 57.89% Y UN 42.10% PARA EL FEMENINO SIN SER SIGNIFICATIVOS ESTADÍSTICAMENTE EN CUANTO A MORTALIDAD, SOBREVIVIENDO 3 PACIENTES PARA CADA SEXO RESPECTIVAMENTE EN DEFECTO POR GASTROSQUISIS CONSTITUYENDO UN 40% PARA EL TOTAL DE PACIENTES QUE SOBREVIVIERON EN NUESTRA UNIDAD ,5 MASCULINOS CON 4 FEMENINOS PARA ONFALOCELE CONSTITUYENDO EL 60% DEL TOTAL DE SOBREVIDA EN NUESTRA UNIDAD (15 PACIENTES) CON UNA MORTALIDAD DEL 70.58% ,COMO SE MUESTRA EN LA FIGURA (1).

EN RELACIÓN AL LUGAR DE NACIMIENTO O PROCEDENCIA DEL PACIENTE POR EL TIEMPO EN DISTANCIA AL TRASLADO SE TOMO COMO PARAMETRO UNA DISTANCIA DE 15 KM, EL 62.74% FUERON TRASLADADOS DE UNIDADES DE LA MISMA INSTITUCIÓN 25.49% DE HOSPITALES A MENOS DE 15 KM Y 37.25% DE HOSPITALES A MÁS DE ESTA DISTANCIA, CON UNA SOBREVIDA DEL 60% EN NUESTRA SERIE. DE HOSPITALES DEL ESTADO DE MÉXICO UN 23.52% CONSTITUYENDO UN 9.8% LOS DISTANTES A MENOS DE 15 KM Y UN 13.72% PARA HOSPITALES A MÁS DE ESTA , CON UNA SOBREVIDA DEL 26.6% , Y PARA HOSPITALES FUERA DEL ESTADO O DEL

D.F. CON MAS DE 15 KM UN PORCENTAJE DE 13.72% CON UNA SOBREVIDA DEL 13.3% COMO SE MUESTRA EN LAS FIGURAS (2,3) RESPECTIVAMENTE, SIN PODER INFERIR QUE LAS CONDICIONES DE TRASLADO DE LAS UNIDADES DE NUESTRA INSTITUCIÓN ESTABLEZCAN UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ESTADISTICAMENTE EN LA SOBREVIDA DE ESTOS PACIENTES.

EN CUANTO A LAS HORAS DE VIDA EXTRAUTERINA AL INGRESO NO HAY DIFERENCIA ESTADISTICA YA QUE LA MEDIA DE LOS PACIENTES FUÉ $X=9.6$ HORAS Y LA MEDIA DE LOS PACIENTES QUE SOBREVIVIERON FUÉ $X= 8.2$ HORAS DE VIDA EXTRAUTERINA COMO SE ILUSTRA EN LA FIGURA (4).

DE ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL ENCONTRADA EN ESTOS PACIENTES VARIO ENTRE 32 A 41 SEMANAS CON UNA $X=36.7$ SEMANAS, ENCONTRANDO UNA PROPORCIÓN 1:1.83 EN RELACIÓN A LOS DE TÉRMINO CON LOS DE PRETÉRMINO Y UN PORCENTAJE DE 64.7% CONTRA 35.3% RESPECTIVAMENTE, CONSTITUYENDOSE UN 80% DE SOBREVIDA A LOS DE TÉRMINO MOSTRANDOLO EN LA FIGURA (5).

SEGÚN LA EDAD EN HORAS AL MOMENTO DE LA CIRUGÍA LA $X=17.2$ HORAS, EXCLUYENDOSE 9 PACIENTES QUE NO SE INTERVINIERON DE PRIMERA INTENCIÓN POR REQUERIR ESTABILIZARSE O NO LLEGAR NUNCA A PRESENTAR LAS CONDICIONES ADECUADAS PARA HACERLO Y 2 PACIENTES QUE SE INTERVINIERON HASTA LOS 7 Y 17 DÍAS POR ONFALOCELE GIGANTE, DE LOS PACIENTES QUE SOBREVIVIERON LA $X= 39.4$ HORAS ILUSTRANDOSE EN LA FIGURA (6).

LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS PARA LA PLASTIA DE PARED CONSISTIERON EN CIERRE DE PARED POR PLANOS 39.21% , PARA GASTROSQUISIS 75% CON UNA SOBREVIDA DE 10%, PARA ONFALOCELE 25% CON UNA SOBREVIDA DE 100% PARA LOS PACIENTES SOMETIDOS A ESTE MÉTODO.FIG (7)

CIERRE DE PARED POR COLGAJO DE PIEL ÚNICAMENTE 15.68% NO SOBREVIVIENDO NINGÚN PACIENTE DE GASTROSQUISIS DE 3 SOMETIDOS A ESTA TÉCNICA Y DE LOS DE ONFALOCELE SOBREVIVIERON UN 60% DE LOS 5 SOMETIDOS A ESTÁ TÉCNICA. REPARACIÓN EN DOS FASES COLOCANDO PRIMERO SILO 31.37% , UN 87.5% PARA

GASTROSQUISIS CON UNA SOBREVIDA DE 25% Y UN 12.5% PARA ONFALOCELE SIN SOBREVIDA POR ESTE MÉTODO, PINCELACIONES CON ISODINE O SULFADIACINA DE PLATA EN PACIENTES CON ONFALOCELE INTEGRO 11.76% CON UNA SOBREVIDA DE 16.6% . CON LO CUAL PODEMOS ARGUMENTAR QUE NUESTROS PACIENTES CON ONFALOCELE SOMETIDOS A RESECCIÓN DEL SACO Y PLASTIA DE PARED POR PLANOS TUVIERON UNA SOBREVIDA SIGNIFICATIVA DEL 100%. FIGURA (8).

EL TIEMPO DE ESTANCIA DE LOS PACIENTES FUÉ DE $X=11.6$ DÍAS VARIANDO DESDE 2 HASTA 51 DÍAS, LOS PACIENTES QUE SOBREVIVIERON TUVIERON UNA ESTANCIA DE $X=18.8$ DÍAS.FIGURA (9).

EL PROMEDIO DEL TAMAÑO DEL DEFECTO EN LA PARED ABDOMINAL FUÉ $X=4.8$ CM DE DIÁMETRO MOSTRANDO MEJOR EVOLUCIÓN EN SOBREVIDA LOS QUE TENIAN ENTRE 4 - 6CM DE DIÁMETRO CON UNA $X=5.3$ CM , ENCONTRANDO QUE LOS PACIENTES CON DIÁMETROS PEQUEÑOS TUVIERON PROBLEMA DE ISQUEMIA DE ASAS INTESTINALES O VASCULAMIENTO DE LAS MISMAS DE ACUERDO AL MAYOR CONTENIDO EVENTRADO, SE ILUSTRA EN LA FIGURA (10).

DE ACUERDO AL TIPO DE PARTO AL NACIMIENTO EL 76.46% FUÉ POR VÍA VAGINAL CON UN 73.3% DE SOBREVIDA CONTRA UN 23.52% DE PARTOS POR VÍA ABDOMINAL CON UNA SOBREVIDA DE 26.6% AUNQUE DEBEMOS CONSIDERAR QUE LOS ONFALOCELES RESUELTOS POR CÉSAREA POR DETECCIÓN PRENATAL (4 PACIENTES) LA SOBREVIDA FUÉ DE UN 75% AL CONTRARIO DE LA VÍA VAGINAL DONDE FUÉ DE UN 42.8% .

EL APGAR AL NACIMIENTO INTERPRETÁNDOLO COMO UNA CAUSA DE ASFIXIA PERINATAL FUÉ LEVE 7-9 EN UN 62.7% , MODERADO 5-7 EN UN 25.4% Y SEVERA EN 11.7% ENCONTRANDO QUE TODOS LOS PACIENTES QUE SOBREVIVIERON SE ENCONTRABAN EN EL GRADO DE ASFIXIA LEVE.

DE LOS PACIENTES QUE REQUIRIERON VENTILACIÓN MECÁNICA ASISTIDA CONSTITUYO EL 58.8% CON UNA $X=7.4$ DÍAS DE VENTILACIÓN , DE LOS

PACIENTES QUE SOBREVIVIERON EL 73.3% NO REQUIRIÓ DE VENTILACIÓN MECÁNICA Y LOS QUE SI LA TUVIERON LA $X=3.1$ DÍAS. FIGURA (11).

EN NUESTRA SERIE EL USO DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL SE ESTABLECIO EN 28 PACIENTES 54.9% SIENDO LA $X= 10.5$ DÍAS DE LOS PACIENTES QUE SOBREVIVIERON LA $X=$ FUÉ DE 8.26 DÍAS EN BASE A QUE ESTOS PACIENTES PRESENTARON UN REESTABLECIMIENTO EN EL TRÁNSITO INTESTINAL DE MANERA TEMPRANA CON UNA $X=8.3$ DÍAS .

DE LOS PACIENTES QUE REQUIRIERON USO DE AMINAS SE MANIFESTO EN UN 51% SIENDO SIGNIFICATIVO QUE LOS PACIENTES QUE SOBREVIVIERON EL 93.3% NO LAS REQUIRIO EN BASE A QUE NO PRESENTARON COMPLICACIONES MÉDICAS ASÍ MISMO EL USO DE TRANSFUSIONES CON SANGRE O SUS DERIVADOS SOLO FUÉ NECESARIO EN 46.6% PARA PLASMA Y PAQUETE GLOBULAR Y EN UN 33.3% PARA ALBUMINA DE LOS PACIENTES QUE SOBREVIVIERON.

ANALIZANDO LAS ALTAS POR SOBREVIDA TENEMOS QUE LA SOBREVIDA EN NUESTRA UNIDAD ES DE UN 29.4% CONTRA UNA MORTALIDAD DE UN 70.6%. PARA GASTROSKISIS CON UNA SOBREVIDA DE UN 17.6% CON UNA MORTALIDAD DE UN 82.3% Y PARA ONFALOCELE CON UNA SOBREVIDA DE 52.9% CONTRA UNA MORTALIDAD DE 47%. FIGURA (12)

ANALIZANDO LOS HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS EN GASTROSKISIS LA FRECUENCIA MÁS ALTA FUÉ PARA PERITONITIS PLÁSTICA CON EVISCERACIÓN DE PARTE DE TRACTO DIGESTIVO, LA MALROTACIÓN INTESTINAL SE ENCONTRO CON UNA FRECUENCIA DEL 26%, EVISCERACIÓN DEL TRACTO UROGENITAL EN EL 17.6% Y LA ISQUEMIA INTESTINAL CON PERFORACIÓN EN EL 11.7% CON PRESENCIA DE ATRESIA INTESTINAL EN EL 8.8% , EL PORCENTAJE DE PADECIMIENTOS REPETIDOS EN LOS PACIENTES DE GASTROSKISIS ASÍ COMO LA MORTALIDAD Y SOBREVIDA SE ILUSTRAN EN LA TABLA (1).

CON RESPECTO A LOS HALLAZGOS QUIRÚRGICOS TRANSOPERATORIOS DE ONFALOCELE EL 100% PRESENTARON GRADO VARIABLE DE HEPATOCELE CON UN 58.8% DE

EVISCERACIÓN DE ASAS INTESTINALES Y UN 47% DE MALFORMACIONES ASOCIADAS PRINCIPALMENTE CARDÍACAS LO CUAL SE CORRELACIONA CON LA LITERATURA EN LA TABLA (2) SE MUESTRA LA MORTALIDAD CONTRA LA SOBREVIVIDA RELACIONADA CON ESTOS HALLAZGOS.

POR ÚLTIMO DE LAS COMPLICACIONES MÉDICAS MÁS FRECUENTES SE ENCUENTRA LA ACIDOSIS O DESEQUILIBRIO A/B CON UNA FRECUENCIA DE UN 58.8%, Y UNA MORTALIDAD DE UN 93.3% , EN SEGUNDO LA SEPSIS SIN GERMEN AISLADO EN LA MAYORÍA DE LAS VECES CON UNA FRECUENCIA DE UN 35.2% Y UNA MORTALIDAD DE UN 88.8% , LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, LA COAGULACION INTRAVASCULAR, LA INSUFICIENCIA CARDIACA Y LAS ATELECTASIAS CON LA MISMA FRECUENCIA 5.8% RESPECTIVAMENTE PARA CADA UNA CON UNA MORTALIDAD DEL 100% , LA NEUMONIA SE MANIFESTO CON UNA FRECUENCIA DE 13.7% CON UNA MORTALIDAD DE 71.4% , LA CARDIOPATIA SE ASOCIO EN UN 7.8% AL IGUAL QUE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR CON UNA MORTALIDAD DEL 100% , LA ENTEROCOLITIS SE PRESENTO EN UN 11.76% AL IGUAL QUE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA RESTRICTIVA LA PRIMERA CON UNA MORTALIDAD DEL 83.3% Y LA SEGUNDA CON EL 100% DE MORTALIDAD Y POR ULTIMO EN NUESTROS PACIENTES HUBO DEHIUSCENCIA DE HERIDA QUIRÚRGICA EN UN 7.8% CON UNA MORTALIDAD DEL 50% DEL TOTAL DE NUESTROS PACIENTES (51) 10 PACIENTES NO PRESENTARON COMPLICACIONES Y SE ENCONTRARON DENTRO DEL GRUPO QUE SOBREVIVIERON ESTO LO MOSTRAMOS EN LA TABLA (3) .

FACTORES DE RIESGO EN DEFECTOS DE PARED
SOBREVIDA VS. MORTALIDAD

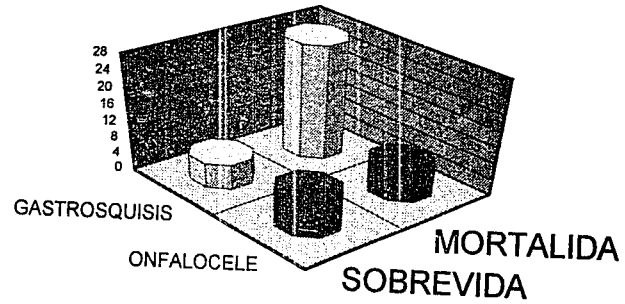


FIGURA 1

FACTORES DE RIESGO EN DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL. LUGAR DE PROCEDENCIA /DISTANCIA.

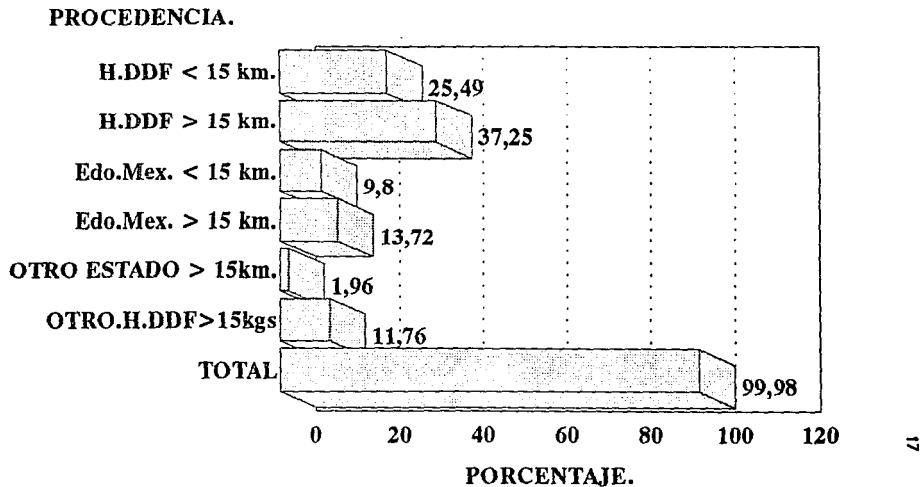


FIGURA 2

ARCHIVOS H.PEDIATRICO "MOCTEZUMA".

FACTORES DE RIESGO EN DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL. LUGAR DE PROCEDENCIA /DISTANCIA.

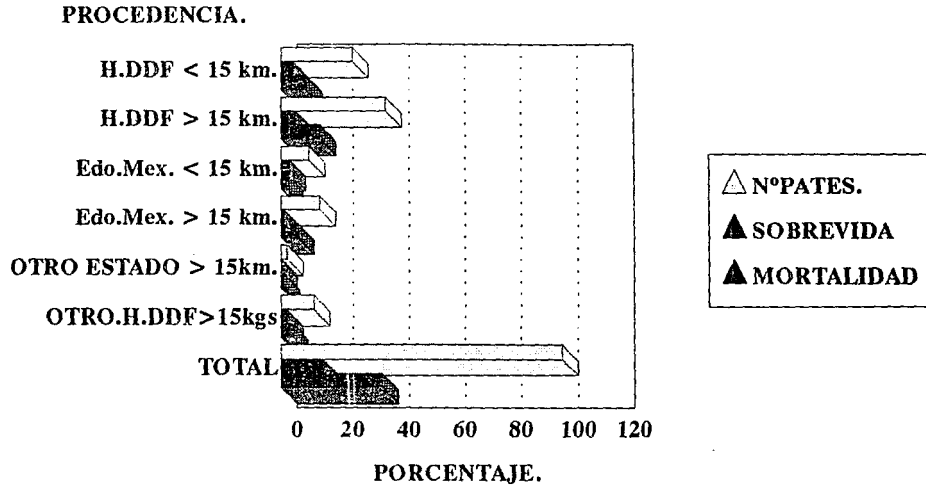


FIGURA 3

ARCHIVOS H.PEDIATRICO "MOCTEZUMA".

FACTORES DE RIESGO EN DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL EDAD POSTNATAL.

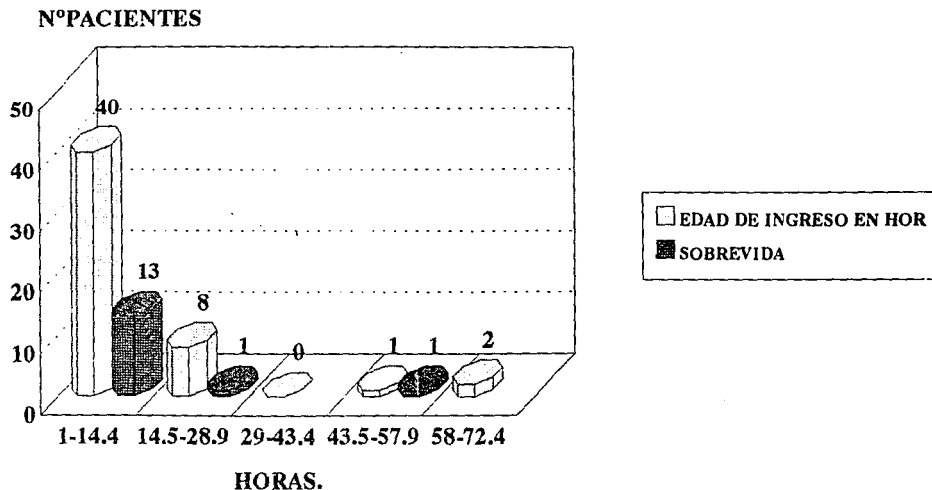


FIGURA 4

ARCHIVOS H.PEDIATRICO "MOCTEZUMA"

FACTORES DE RIESGO EN DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL EDAD GESTACIONAL

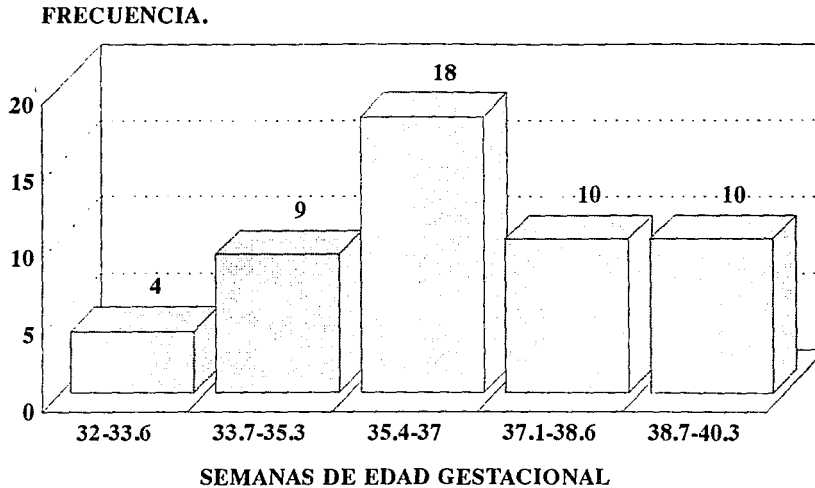


FIGURA 5

ARCHIVOS H.PEDIATRICO "MOCTEZUMA"

FACTORES DE RIESGO EN DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL. EDAD AL MOMENTO DE LA CIRUGIA.

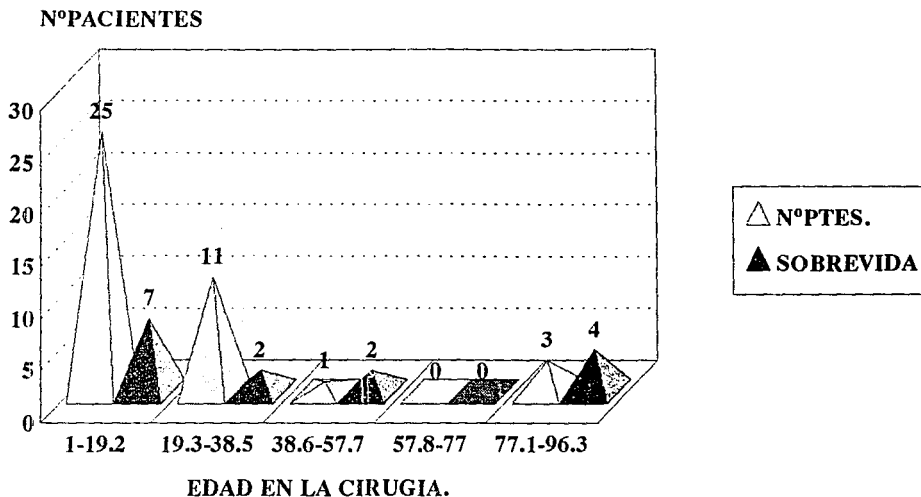


FIGURA 6

ARCHIVOS H.PEDIATRICO "MOCTEZUMA".

FACTORES DE RIESGO EN DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL. PROCEDIMIENTO QUIRURGICO REALIZADO PLASTIA DE PARED.

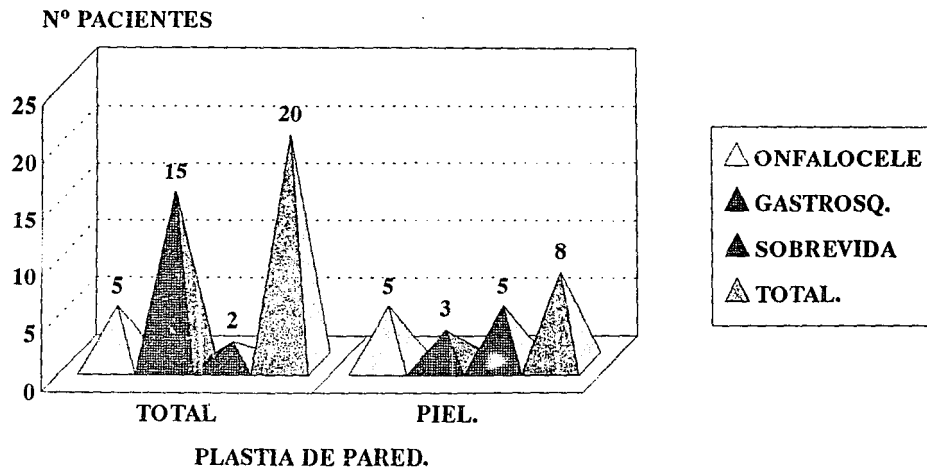


FIGURA 7

ARCHIVOS DEL H.PEDIATRICO "MOCTEZUMA".

FACTORES DE RIESGO EN DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL. PROCEDIMIENTO QUIRURGICO REALIZADO

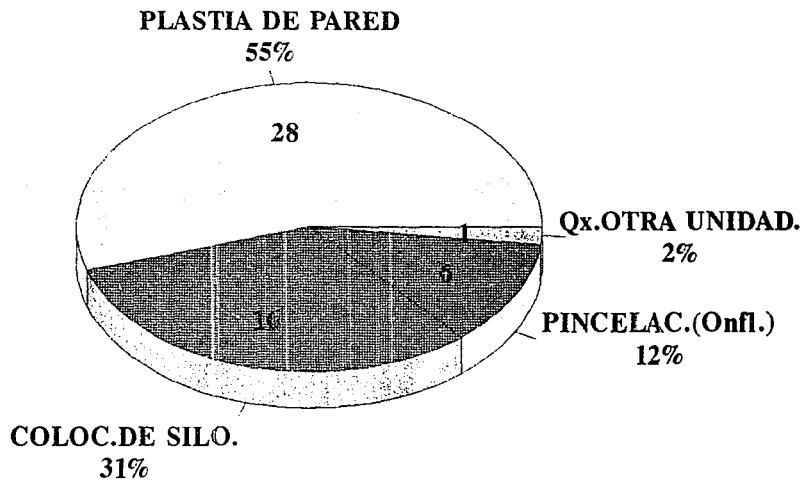


FIGURA 8

ARCHIVOS DEL H.PEDIATRICO "MOCTEZUMA".

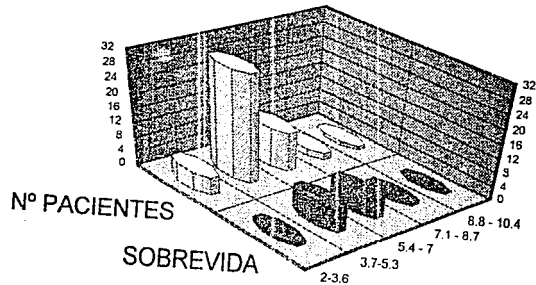
**FACTORES DE RIESGO EN DEFECTOS DE PARED
ABDOMINAL**
TIEMPO DE ESTANCIA



ARCHIVOS DE H. PEDIATRICO "MOCTEZUMA"

FIGURA 9

FACTORES DE RIESGO EN DEFECTOS DE PARED
TAMAÑO DEL DEFECTO



ARCHIVOS H. PEDIATRICO "MOCTEZUMA"

FIGURA 10

USO DE VENTILACION MECANICA.

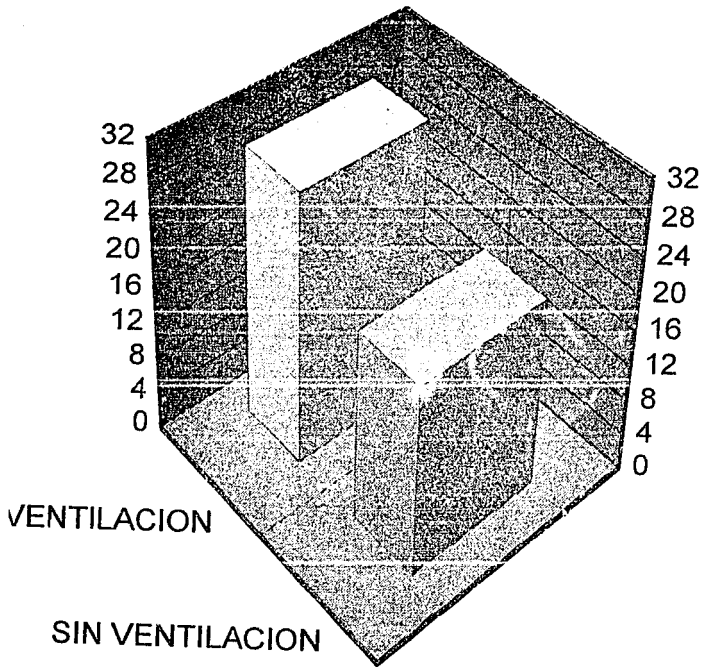


FIGURA 11

FACTORES DE RIESGO EN DEFECTOS DE PARED
SOBREVIDA VS. MORTALIDAD

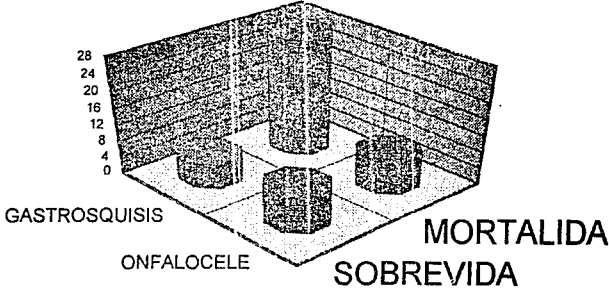


FIGURA 12

GASTROSQUISIS

HALLAZGOS QX.	FRECUENCIA	% FRECUENCIA	VIVOS/MUERTOS	% V/M
PERITONITIS	32	36.78	5/27	15.62/84.37
EVISC. TRACTO DIGESTIVO	32	36.78	5/27	15.62/84.37
EVISC. UROGENTAL	6	6.89	2/4	33.3/66.6
MALROTACION	9	10.34	2/7	22.2/77.7
ISQUEMIA INTENSTINAL	4	4.59	0/4	0/100
MALFORMACIONES ASOCIADAS	1	1.14	0/1	0/100
ATRESIA INTESTINAL	3	3.44	1/2	33.3/66.6

TABLA 1

ONFALOCELE

Hallazgos Qx.	Frecuencia	%Frecuencia	V/M	% V/M
Hepatocele	17	47.2	9/8	52.7/47
Asas Intestinales	10	27.7	4/6	40/60
Malformaciones	8	22.2	2/6	25/75
Organos	1	2.7	0/1	0/10
Urogenitales				

TABLA 2

COMPLICACIONES	Nº DE ENFERMEDADES	PORCENTAJE DE ENFERMEDADES	VIVOS □ MUERTOS	% DE VIVOS □ MUERTOS
ACIDOSIS	30	33	2/28	6.6/93.3
SEPSIS	18	19	2/16	11.1/88.8
INSUF. REN. AGUDA	3	3.2	0/3	0/100
COAG INTRAV. DIS.	3	3.2	0/3	0/100
CARDIOPATIA	4	4.2	0/4	0/100
INSUF. CARDIACA	3	3.2	0/3	0/100
HEMORRAGIA INTRAVASCULAR	2	2	0/2	0/100
NEUMONIA	7	7.4	2/5	28.5/71.4
INSUF. RESP. RESTRICTIVA	6	6.4	0/6	0/100
HIPERTENSION PULMONAR	4	4.2	0/4	0/100
ENTEROCOLITIS	6	6.4	1/5	16.6/83.3
ATELECTASIA	3	3.2	2/1	66.6/33.3
NEUROINFECCION	1	1	0/1	0/100
DEHISCENCIA DE HERIDA QX.	4	4.2	2/2	50/50

TABLA 3

TIEMPO DE ESTANCIA

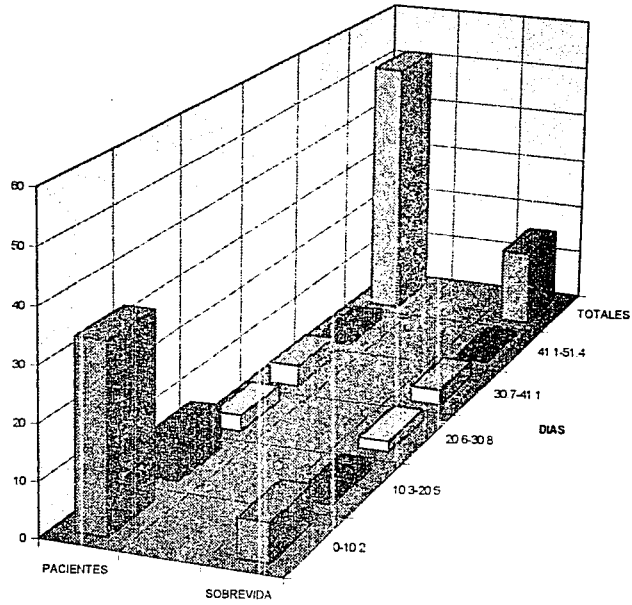


FIGURA 13

* D I S C U S I O N *

ESTE ESTUDIO RETROSPECTIVO, PRESENTO COMO PRINCIPAL OBJETIVO EL DETERMINAR LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES O FACTORES DE RIESGO EN EL MANEJO DE PACIENTES CON DEFECTO EN LA PARED ABDOMINAL ANTERIOR TANTO EN EL PREOPERATORIO DESDE LAS CONDICIONES DEL PARTO O FORMA DE RESOLVERLO HASTA EL TIEMPO DE TRASLADO EN DISTANCIA A ESTA UNIDAD YA QUE LA CONDICIÓN A MAYOR DISTANCIA INCREMENTA LOS RIESGOS,ASI COMO MANEJO INICIAL DEL DEFECTO DE PARED EM CASO DE GASTROSQUISIS ADECUADO MANEJO DE LAS ASAS INTESTINALES EXPUESTAS ASI COMO EN EL CASO DE ONFALOCELES NO INTEGROS,EL MANEJO TRANSOPERATORIOS EVALUANDO NO HAYA SUFRIDO EFECTO HIPÓXICO DURANTE EL EVENTO Y LAS CONDICIONES EN QUE EGRESA DEL QUIROFANO SI LO HACE INTUBADO O NO Y LAS CONDICIONES DEL MANEJO INICIAL EN LA SALA DE TERAPIA INTENSIVA CON GASOMETRIAS DE CONTROLES INICIANDO CON TOMA DE CULTIVOS DESDE SU INGRESO Y EL RÁPIDO INICIO DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL POR EL TIEMPO DE AYUNO QUE DEBERA LLEVAR ASI COMO LA EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA MEDIATA Y POSTERIOR.

EN NUESTRO HOSPITAL SE INTERVIENEN QUIRÚRGICAMENTE AL AÑO UN TOTAL APROXIMADO DE 20 PACIENTES CON DEFECTO DE PARED SIENDO MÁS FRECUENTE EN LA UNIDAD LOS CAUSADOS POR GASTROSQUISIS EN RELACIÓN 1:2 Y QUE LA MEJOR SOBREVIDA ES PARA LOS PACIENTES CON ONFALOCELE CONTRARIO A LO REFERIDO EN LA LITERATURA POR LA MAYOR CANTIDAD DE MALFORMACIONES ASOCIADAS CON QUE CURSA Y LO CUAL SI TUVO CORRELACIÓN CON LA MISMA, SIN EMBARGO HUBO DIFERENCIAS EN CUANTO A EDAD GESTACIONAL YA QUE LOS PACIENTES QUE MANEJAMOS FUERON DE TÉRMINO EN UN 64.7% Y LA LITERATURA REFIERE PRESENTACIÓN MÁS FRECUENTE EN PRETÉRMINOS, SE CORROBORA EL PREDOMINIO DEL SEXO MASCULINO EN CUANTO A PRESENTACIÓN AUNQUE EN NUESTRA SERIE NO FUÉ SIGNIFICATIVA, EN CUANTO AL MOMENTO QUIRÚRGICO DEBE SER LO MÁS PRÓXIMO AL INGRESO SI LAS CONDICIONES DEL PACIENTE LO PERMITEN EN LOS

CASOS DE RIESGO DE INFECCIÓN POR EXPOSICIÓN AL MEDIO AMBIENTE AUNQUE EN LOS CASOS DE ONFALOCELE INTEGRO GIGANTE SE PUEDE INICIAR CON PINCELACIONES DEBEMOS CUIDAR NO HAYA DATOS DE MALFORMACIONES ASOCIADAS Y EN CUANTO SE TENGA ESCARIFICACIÓN ADECUADA DE PIEL INTENTAR LA PLÁSTIA DE PARED DE FORMA TOTAL O CON COLGAJOS DE PIEL PARA EVITAR DIFICULTAD RESPIRATORIA RESTRICTIVA CON DATOS DE BAJO GASTO HEMODINÁMICO DISTAL, AUNQUE EN NUESTRA SERIE CONTRARIO A LO REFERIDO LOS PACIENTES CON ONFALOCELE QUE SE REALIZÓ RESECCIÓN SACO CON CIERRE DE PARED POR PLANOS POR EL TAMAÑO DE DEFECTO Y EL POCO VOLUMEN EVISCERADO EVOLUCIONARON SATISFACTORIAMENTE, DEBEMOS TENER CONSIDERACIÓN CON LOS PACIENTES EN QUIENES EL DEFECTO ES PEQUEÑO QUE CON LLEVA AL RIESGO DE ISQUEMIA DE LAS ASAS POR VOLVULOS O VASCULAMIENTO CUANDO EL CONTENIDO PROTRUIDO ES MUY GRANDE, EN CUANTO AL USO DE VENTILADOR SE RECOMIENDA MÍNIMO MANEJO POR 72HRS Y MANEJO CON NUTRICIÓN PARENTERAL POR 3 SEMANAS NOSOTROS NO PUDIMOS CORROBORAR QUE INFLUYERA EN LA SOBREVIVENCIA DE ESTOS PACIENTES DADO QUE NO REQUIRIERON EN SU MAYORÍA DEL APOYO Y DE NECESITARLO FUÉ POR TIEMPO MÍNIMO SIN EMBARGO CORROBORAMOS QUE LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES ESTÁ EN RELACIÓN DIRECTA CON LOS HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS LA CANTIDAD DE CONTENIDO ABDOMINAL EVENTRADO LA FALTA DE CONTINENTE POR EL HIPODESARROLLO DE LA CAVIDAD ABDOMINAL LO CUAL PROLONGA EL TIEMPO DE MANEJO DEL PACIENTE EXPONIÉNDOLO A CURSAR CON PROBLEMAS DE SEPSIS Y ACIDOSIS EN LA MAYORÍA DE LAS VECES DE TIPO METABÓLICO Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON COMPLICACIONES MÉDICAS COMO INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS SIENDO POCAS LAS VECES EN QUE ES DEBIDO AL MANEJO QUIRÚRGICO O EL MÉTODO DE PLÁSTIA DE PARED APLICADO.

*** R E S U M E N ***

SE ESTUDIARON 51 PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNÓSTICO DE DEFECTO DE PARED ABDOMINAL ANTERIOR EN UN PERIODO DE TRES AÑOS DE ENERO A DICIEMBRE DE 1992-1994 EN EL HOSPITAL PEDIATRICO "MOCTEZUMA" . SE BUSCO LOS FACTORES DE RIESGO Y LAS COMPLICACIONES MEDICAS PRESENTADAS DURANTE SU ESTANCIA EN LA SALA DE TERAPIA INTENSIVA Y NEONATOLOGIA DURANTE EL PRE , TRANS Y POSTOPERATORIO.

LOS RESULTADOS MUESTRAN QUE LOS PACIENTES TRASLADADOS DE LOS HOSPITALES DE NUESTRA UNIDAD PRESENTAN MEJOR SOBREVIDA LO CUAL PUEDE SER ENCUBIERTO YA QUE EL MAYOR NÚMERO DE PACIENTES INGRESAN DE ESTAS UNIDADES A DIFERENCIA DE LAS DEL EDO DE MÉXICO U OTROS HOSPITALES DEL D.F. AJENOS A NUESTRA INSTITUCIÓN, NO SE ENCONTRO RELACION GESTACIONAL CON RESPECTO A LA PRESENTACIÓN EN PRETÉRMINOS CON RESPECTO A GASTROSKISIS AUNQUE SE CORROBORO EL MAYOR PORCENTAJE DE MALFORMACIONES ASOCIADAS A ONFALOCELE,SE COMPRUEBA QUE LA EXPOSICIÓN DE ASAS INTESTINALES Y EL MAYOR VOLUMEN ABDOMINAL EVENTRADO PREDISPONEN A PROBLEMAS TÉCNICOS DE MANEJO ASÍ COMO A MÁS INFECCIONES SIENDO LAS COMPLICACIONES MEDICAS LA PRINCIPAL CAUSA DE MORTALIDAD EN NUESTROS PACIENTES LO CUAL DEBEMOS DE CORREGIR APLICANDO MAYOR VIGILANCIA A NUESTROS PACIENTES Y APLICANDO EL PROTOCOLO QUE SE SUGIERE EN ESTE TOMO.

* CONCLUSIONES *

1.-ENTRE LOS PACIENTES OPERADOS POR DEFECTO DE PARED LA MAYOR FRECUENCIA LA OCUPAN PACIENTES CON PROBLEMA DE GASTROQUIZIS EN RELACION 1:2 CONTRA LOS DE ONFALOCELE CONTRARIO A LA LITERATURA.

2.-LA MORTALIDAD EN NUESTRA UNIDAD CONTINÚA SIENDO ELEVADA (70%) A PESAR DE QUE LOS FACTORES TÉCNICOS DE LA CIRUGIA NO SEAN DETERMINANTES PARA LA EVOLUCIÓN SINO MÁS BIEN LAS COMPLICACIONES MÉDICAS PRESENTADAS DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA.

3.-DICHAS COMPLICACIONES MÉDICAS EN SU MAYORÍA SECUNDARIAS A PROBLEMAS DE INFECCIÓN CON ACIDOSIS METABÓLICA Y SEPSIS COMO PRINCIPALES COMPLICACIONES AUNQUE LA MUERTE EN MUCHOS PACIENTES FUE POR EL DETERIORO DE VARIOS SISTEMAS SECUNDARIA A FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE CURSANDO CON PROBLEMA DE SANGRADO POR COAGULOPATIA, RENAL O CARDÍACO.

4.-SE ENCUENTRA EN LA SERIE QUE LOS PACIENTES QUE SOBREVIVEN EN ESTA UNIDAD SON LOS QUE NO PRESENTAN COMPLICACIONES MÉDICAS LO CUAL ES SUSCEPTIBLE DE MEJORARSE.

5.-ESTABLECER UN PROTOCOLO DE MANEJO SERIA UN OBJETIVO QUE ESPERAMOS DISMINUYA DICHA MORTALIDAD, JUNTO CON UNA VIGILANCIA EXHAUSTIVA DENTRO DE LAS PRIMERAS 72 HORAS DEL POSTOPERATORIO INMEDIATO O LA VIGILANCIA ESTRECHA CON COBERTURA AMPLIA DE ANTIBIÓTICOS Y TOMA DE CULTIVOS OPORTUNA.

• P R O T O C O L O D E M A N E J O •

- 1 .-VALORACIÓN CLÍNICA ADECUADA AL MOMENTO DEL INGRESO Y ESTABLECER EL MANEJO INMEDIATO DE ACUERDO AL TIPO DE DEFECTO PRESENTADO.
- 2 .-COLOCAR SONDA OROGÁSTRICA HASTA ESTÓMAGO PARA DESCOMPRESIÓN Y AYUDAR AL DRENAJE INTESTINAL.
- 3 .-SEGÚN EL TIPO DE DEFECTO VALORAR SI REQUIERE AMPLIAR EL DEFECTO DE PARED PARA EVITAR ISQUEMIA EN LOS CASOS DE GASTROSKISIS.
- 4 .-CORREGIR EL ESTADO DE DESHIDRATACIÓN Y ACIDO/BASE DEL PACIENTE ANTES DE SER INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE.
- 5 .-REALIZAR LA CIRUGIA CON UNA CUNA DE CALOR RADIANTE QUE FUNCIONE VERIFICANDO LA NORMOTERMIA DEL PACIENTE DURANTE EL EVENTO QUIRÚRGICO.
- 6 .-SI ES POSIBLE AL PROLONGARSE EL EVENTO ANESTÉSICO VERIFICAR EL ESTADO ÁCIDO/BASE CON TOMA DE GASOMETRÍA.
- 7 .-INTUBACIÓN CON CANÚLAS ESTERILES Y DE CALIBRE ADECUADO PARA EVITAR FUGAS DESDE EL MOMENTO DE INICIO DE LA CIRUGIA.
- 8 .-VERIFICAR EL ESTADO ÁCIDO/BASE AL INGRESAR A SALA DE TERAPIA INTENSIVA O NEONATOLOGÍA,ASI COMO NORMOTERMIA Y AUTOMATISMO RESPIRATORIO DEL PACIENTE.
- 9 .-CONTROL GASOMÉTRICO DINÁMICO EN CASO DE REQUERIR VENTILACIÓN ASISTIDA, VIGILANCIA ESTRECHA DEL VENTILADOR DURANTE LAS PRIMERAS 72HRS
- 10.-CONTROL RADIOGRÁFICO DE TÓRAX DESDE SU INGRESO, VIGILANDO AL MOMENTO DE EXTUBACIÓN PRESENCIA DE ATELECTASIAS O NEUMONIAS.
- 11.-POLICULTIVAR AL PACIENTE DESDE SU INGRESO A PESAR DE HABER SIDO CUBIERTO CON ESQUEMA ANTIMICROBIANO, VERIFICAR TIEMPOS DE COAGULACIÓN Y QUÍMICA SANGUÍNEA ADEMÁS DE LA BIOMETRÍA HEMÁTICA DE INGRESO, VALORANDO SI REQUIERE TRANSFUSIÓN DE PLASMA Y DE VITAMINA K.

12.-INICIO DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL EN LAS PRIMERAS 48 HORAS DE POSOPERADO,PREVIO CONTROL DE EXÁMENES DE LABORATORIO.

13.-INICIAR PARAMETROS DE DESTETE DE VENTILACIÓN MECÁNICA DESPUÉS DE 72 HORAS DE ASISTENCIA MÍNIMO SIEMPRE QUE LOS CONTROLES GASOMÉTRICOS LO PERMITAN

14.-EN CASO DE SANGRADO POR CANÚLA ENDOTRAQUEAL REALIZAR LAVADO BRONQUIAL CON SOLUCIÓN BICARBONATADA 1:1 CON AGUA DESTILADA E INCREMENTAR EL PEEP.

BIBLIOGRAFIA.-

- 1.-MARGARET E.GINN-PEASE, DENIS R.KING, ET AL: PSYCOSOCIAL ADJUSTMENT AND GROWTH IN CHILDREN WITH IMPERFORATE ANUS OR ABDOMINAL WALL DEFECTS. J.PED.SURG. 1991 SEPT; 26(9): 1129-1135.
- 2.-J.THOMPSON, A.GREENOUGH, ET AL: IMPAIRED RESPIRATORY FUNCTION IN INFANTS WITH ANTERIOR ABDOMINAL WALL DEFECTS. J.PED.SURG. 1993 MAY; 28(5): 664-6.
- 3.-KINJI YOKOMORI, MITSUHISA OHKURA, ET AL: ADVANTAGES AND PITFALLS OF AMNION INVERSION REPAIR FOR THE TREATMENT OF LARGE UNRUPTURED OMPHALOCELE: RESULTS OF 22 CASES. J.PED.SURG. 1992 JULY; 27(7):882-4.
- 4.-RAJKUMAR SHAH, MORTON M.WOOLLEY: GASTROSCHISIS AND INTESTINAL ATRESIA. J.PED.SURG. 1991 JUL; 26(7): 788-790.
- 5.-LEWIS DF, TOWERS CV, ET AL: FETAL GASTROSCHISIS AND OMPHALOCELE: IS CESAREAN SECTION THE BEST MODE OF DELIVERY. AM.J.OBSTET.GINECOL. 1990 SEP; 163(3): 773-5
- 6.-MOLENAAR JC, TIBBOEL D.: GASTROSCHISIS AND OMPHALOCELE. WORLD J.SURG. 1993 MAY-JUN; 17(3):337-41.
- 7.-BAEZA H,C.: PATOLOGIA QUIRURGICA NEONATAL. LIMUSA
- 8.-CALZOLARI E, VOLPATO S, ET AL: OMPHALOCELE AND GASTROSCHISIS: A COLLABORATIVE STUDY OF FIVE ITALIAN CONGENITAL MALFORMATION REGISTRIES. TERATOLOGY. 1993 JAN; 47(1): 47-55.
- 9.-VAN DE GEIUN EJ, VAN VUGT JM, ET AL: ULTRASONOGRAPHIC DIAGNOSIS AND PERINATAL MANAGEMENT OF FETAL ABDOMINAL WALL DEFECTS. FETAL DIAGN THER. 1991; 6(1-2): 2-10.
- 10-YANG P, BEATY TH, ET AL: GENETIC-EPIDEMIOLOGIC STUDY OF OMPHALOCELE AND GASTROSCHISIS: EVIDENCE FOR HETEROGENEITY. AM J.MED.GENET 1992 NOV; 44(5): 668-75.
- 11-SALEH AA, ISADA NB, ET AL: AMNIOTIC FLUID ACETYLCHOLINESTERASE IS FOUND GASTROSCHISIS BUT NOT OMPHALOCELE. FETAL DIAGN THER. 1993 MAY-JUN ;8(3): 168-70.
- 12-TUCKER JM, BRUMFIEELD CG, ET AL: PRENATAL DIFFERENTIATION OF VENTRAL ABDOMINAL WALL DEFECTS. ARE AMNIOTIC FLUID MARKERS USEFUL ADJUNCTS? . J.REPROD.MED. 1992 MAY; 37(5): 445-8.
- 13-FOGEL M, COPEL JA, ET AL: CONGENITAL HEART DISEASE AND FETAL THORACOABDOMINAL ANOMALIES: ASSOCIATIONS IN UTERO AND THE IMPORTANCE OF CYTOGENETIC ANALYSIS. AM.J.PERINATOL. 1991 NOV; 8(6):411-6.
- 14-VAN DE GEIUN EJ, VAN VUGT JM, ET AL: ECHOGRAPHIC DIAGNOSIS AND PERINATAL MANAGEMENT IN FETAL ABDOMINAL WALL DEFECTS. NED.TIJDSCR. GENEESK.D. 1991 NOV 25; 135(47): 2235-8.

15-DROGOWSKI RA, SMITH RK, ET AL : CONTRIBUTION OF DEMOGRAPHIC AND ENVIRONMENTAL FACTORS TO THE ETIOLOGY OF GASTROSCHISIS: A HYPOTHESIS. FETAL DIAGN THER. 1991; 6(1-2): 14-27.

16-SWARTZ BF, NELSON RL, ET AL: DIAGNOSIS OF FETAL ANTERIOR ABDOMINAL WALL DEFECTS BY USE OF ULTRASONOGRAPHY. J. AM. OSTEOPTH. ASSOC. 1991 JUN; 91(6): 583-4, 587-90.

17-CHANG PY, YEH ML, ET AL: EXPERIENCE WITH TREATMENT OF GASTROSCHISIS AND OMPHALOCELE. J. FORMOS. MED. ASSOC. 1992 APR; 91(4): 447-51.

18-SAUTER ER, FALTERMAN KW, ET AL : IS PRIMARY REPAIR OF GASTROSCHISIS AND OMPHALOCELE ALWAYS THE BEST OPERATION ?. AM. SURG. 1991 MAR; 57(3) :142-4.

19-LACEY SR, CARRIS LA, ET AL : BLADDER PRESSURE MONITORING SIGNIFICANTLY ENHANCES CARE OF INFANTS WITH ABDOMINAL WALL DEFECTS: A PROSPECTIVE CLINICAL STUDY. J. PEDIATR. SURG. 1993 OCT; 28(10): 1370-4.

20-SELL C, DANIEL P. : TREATMENT STRATEGY AND RESULTS IN LARGE COVERED AND PERFORATED OMPHALOCELES AND GASTROSCHISIS IN NEWBORN INFANTS. ZENTRALBL. CHIR. 1990; 115(19): 1235-40.

21-DE LORIMIER AA, ADZICK NS, ET AL: AMNION INVERSION IN THE TREATMENT OF GIANT OMPHALOCELE. J. PEDIATR. SURG. 1991 JUL; 26(7): 804-7.

22-REUTER G. : DEFINITIVE ABDOMINAL WALL CLOSURE FOLLOWING PALLIATIVE INTERVENTION FOR OMPHALOCELE AND LAPAROSCHISIS. ZENTRALBL. CHIR. 1990; 115(9): 1241-7.

23-HOVENDAL OP, RASMUSSEN L, ET AL : GASTROSCHISIS AND OMPHALOCELE TREATMENT AND RESULTS. UGESKR. LAEGER. 1990 OCT; 152(40): 2926-7.

24-CALISTI A, MANZONI C, ET AL: ONE-STAGE "FORCED" CLOSURE OF LARGE CONGENITAL DEFECTS OF THE ABDOMINAL WALL WITH MECHANICAL VENTILATION AND CURARIZATION. CLINICAL EVALUATION. PEDIATR. MED. CHIR. 1990 MAR-APR; 12(2) : 189-94.

25-SAMUEL D, SMITH EDWARD P, TAGGE, ET AL : CHARACTERIZATION OF NEONATAL MULTISYSTEM ORGAN FAILURE IN THE SURGICAL NEWBORN. J. PEDIATR. SURG. 1991 APR ; 26(4): 494-99.

26-RAYMOND A AMOURY, EUGENE C. BEATTY, ET AL : HISTOLOGY OF THE INTESTINE IN HUMAN GASTROSCHISIS-RELATIONSHIP TO INTESTINAL MALFUNCTION: DISSPLUTION OF THE "PEEL" AND ITS ULTRASTRUCTURAL CHARACTERISTICS. J. PEDIATR. SURG. 1988 OCT; 23(10): 950-956.