



Licenciatura En Enfermería.

5° cuatrimestre.

PATOLOGÍA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

Tabla comparativa gastrosquisis y onfalocele.

E.L.E.: Allyn Gabriela Farfan Córdova.

Catedrático: Dr. Gustavo Armando López Cruz.

GASTROSQUISIS

ONFALOCELE

- **Número de casos por nacimiento:**
1 por cada 15,000 a 30,000 nacidos vivos
a 1 por cada 3,000 a 10,000.

- **Factores de riesgo:** Madre menor de edad, alcoholismo y tabaquismo durante el embarazo, también puede ser causada por una combinación de genes y otros factores, como los elementos con los que entre en contacto la madre dentro del ambiente, o lo que coma o beba, o ciertos medicamentos que use durante el embarazo, drogas como el cannabis y/o cocaína.

- **Características clínicas:**
- a. Las vísceras herniadas son, comúnmente, el intestino delgado, en ocasiones el estómago y rara vez una porción del hígado.
- b. Ausencia de saco membranoso que proteja las vísceras, por lo que se encuentran expuestas al líquido amniótico, que produce inflamación, engrosamiento y adherencias entre las asas intestinales.
- c. El diámetro del defecto de la pared es inferior a 4cm.
- d. Se localiza hacia la derecha del cordón umbilical, aunque existen algunos casos donde el defecto está a la izquierda.

- **Número de casos por nacimiento:**
La incidencia reportada es de 3 a 4 cada 10.000 RN vivos* (En aumento).

- ***Factores de riesgo:** Tabaquismo durante el embarazo, consumo de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) para la depresión o ansiedad antes o durante el primer trimestre del embarazo, uso de medicamentos para el asma antes o durante el primer trimestre de embarazo, sobrepeso u obesidad en la madre.

- *** Características clínicas:**
- Ubicación del defecto parietal: Lateroumbilical (casi siempre a la derecha del ombligo)
- Tamaño Pequeño: (promedio: 3 cm)
- Cobertura con saco: No (ausencia de residuo de saco)
- Inserción del cordón umbilical: Normal
- Órganos herniados: Habitualmente intestino delgado e intestino grueso; más raramente estómago, vejiga, órganos genitales internos, hígado, vesícula biliar y bazo
- Intestino herniado: En general edematoso, acartonado, acortado, cubierto por una lámina de fibrina
- Hígado herniado: Excepcional
- Anomalías gastrointestinales: Frecuentes (malrotación y atresia intestinal)
- Anomalías generales: Raras (10%)

GASTROSQUISIS

• **Métodos de diagnóstico:**

- Durante el embarazo
Hay pruebas de detección que se hacen durante el embarazo (también llamadas pruebas prenatales) para ver si hay defectos de nacimiento y otras afecciones presentes. La gastrosquisis podría dar resultados anormales en las pruebas de detección en suero o sangre, o podría observarse en una ecografía (la cual crea imágenes del cuerpo).
- Después del nacimiento: La gastrosquisis se observa inmediatamente cuando nace el bebé.

* **Tratamientos:** Si la gastrosquisis es un defecto pequeño (solo una parte de los intestinos salen del abdomen), generalmente se trata con cirugía poco después del nacimiento, para colocar los órganos adentro del abdomen y cerrar la abertura. Si la gastrosquisis es un defecto grande (muchos órganos salen del abdomen), la reparación podría hacerse lentamente, por etapas. Se podrían cubrir los órganos expuestos con un material especial y volver a colocarlos lentamente en el abdomen. Después de que se hayan colocado todos los órganos adentro del abdomen, se cierra la abertura.

Los bebés con gastrosquisis a menudo necesitan también otros tratamientos, como recibir nutrientes a través de una vía intravenosa, antibióticos para prevenir infecciones y atención cuidadosa para controlar la temperatura de su cuerpo.

ONFALOCELE

* **Métodos de diagnóstico:** se puede detectar en la ecografía a partir de las 12 semanas de gestación. En estos casos se observa un defecto central de la pared abdominal con herniación de vísceras recubiertas por una membrana. No es posible la detección antes de las 12 semanas porque puede existir una herniación de forma fisiológica. También existe una alta asociación con otras malformaciones, sobre todo las cardiopatías. Se debe realizar un estudio anatómico detallado y una ecocardiografía.

* **Tratamientos:** Se realiza después del nacimiento por parte del cirujano pediátrico y consiste en cerrar el defecto de la pared abdominal.

Es importante que el parto se produzca a término si es posible, ya que el intestino del feto es más maduro y tendrá un peso mayor que si fuera un bebé prematuro. No es imprescindible que el bebé nazca mediante cesárea aunque ocurre en muchos casos en que el defecto es muy grande o el bebé no tolera las contracciones del parto.

GASTROSQUISIS

ONFALOCELE

* **Complicaciones:** El aumento de la presión de los contenidos abdominales fuera de lugar puede disminuir el flujo sanguíneo a los intestinos y los riñones. También pueden dificultar la expansión de los pulmones del bebé, lo que conlleva a problemas respiratorios. Otra posible complicación es la necrosis o muerte del intestino.

* **Complicaciones:** problemas genéticos (anomalías cromosómicas), hernia diafragmática congénita, y defectos cardíacos y renales. Estos problemas también afectan el panorama general (pronóstico) para la salud del bebé y su supervivencia. Las principales complicaciones asociadas al manejo de niños con GS son la oclusión intestinal por bridas, enterocolitis necrosante, los trastornos de motilidad intestinal, la dehiscencia de herida, y la necrosis, perforación y/o el vólvulo del intestino introducido.

• **Cuidados de enfermería:**

* **Integridad cutánea:**

Intervenciones principales:

- Cuidados de las heridas.
- Cuidados del sitio de incisión.
- Administración de medicación.
- Cuidados de la piel: tratamiento tópico.

Intervenciones sugeridas:

- Manejo de la nutrición.
- Manejo de líquidos/electrolitos.
- Prevención y control de infecciones.
- Vigilancia de la piel.
- Precauciones circulatorias.
- Cuidados del paciente encamado.
- Monitorización de los signos vitales.

• **Dolor agudo:**

Intervenciones principales:

- Manejo de la medicación.
- Manejo del dolor.
- Administración de medicación y analgesia.

Intervenciones sugeridas:

- Manejo ambiental: confort.
- Mejorar el sueño.
- Vigilancia.
- Masaje simple.
- Contacto terapéutico

• **Cuidados de enfermería:**

- Ingreso del recién nacido desde pabellón a UCIN.

- Conectar a ventilación mecánica, el RN está bajo el efecto de la anestesia y se debe

contrarrestar el ascenso diafragmático (la ventilación mecánica y relajadores musculares en el postoperatorio inmediato, optimizan la oxigenación e impiden el

compromiso respiratorio, mientras se logra la reducción gradual del contenido intestinal dentro del abdomen).

- Trasladar, en cuanto las condiciones del recién nacido lo permitan, a incubadora,

sobre todo en uso de reducción con prótesis (mallas), para evitar pérdidas calóricas y líquidas.

- Proporcionar cuidados críticos de recién nacido en UCIN

- Monitorizar signos vitales: saturación de extremidades inferiores.

Diuresis (sonda Foley o peso de pañal)

GASTROSQUISIS

- **Cuidados de enfermería:**
- **Perfusión tisular gastrointestinal:**
- Intervenciones principales:**
 - Manejo de la hipovolemia.
 - Terapia intravenosa (i.v.)
 - Manejo de líquidos/electrólitos.
 - Manejo de la medicación.
 - Administración de nutrición parenteral total (NPT).
 - Sondaje gastrointestinal.
- Intervenciones sugeridas:**
 - Cuidados de la sonda gastrointestinal.
 - Manejo de la nutrición.
 - Alimentación enteral por sonda.
 - Manejo de las náuseas.
 - Manejo intestinal.
 - Oxigenoterapia.
- **Riesgo de infección:**
- Intervenciones principales:**
 - Cuidados del sitio de incisión.
 - Cuidados de la piel: tratamiento tópico.
 - Administración de la medicación.
 - Protección contra las infecciones.
 - Manejo de la inmunización/vacunación.
 - Vigilancia de la piel.
 - Cuidados del paciente encamado.
- Intervenciones sugeridas:**
 - Manejo ambiental.
 - Cuidados del catéter umbilical.
 - Cuidados del catéter urinario.
 - Cuidados de la sonda gastrointestinal.
 - Cuidados de las úlceras por presión.

ONFALOCELE

- **Cuidados de enfermería:**

Realizar descompresión gástrica (sonda nasogástrica de doble lumen si procede, o sonda nasogástrica a caída libre para descomprimir abdomen).
- Proporcionar analgesia, sedación, en las primeras 48 a 72 horas si el cierre primario fue estrecho o hay silo y manejo del dolor según necesidad y/o evaluación del RN.
- Administración de medicamentos:
 - Relajantes Musculares (Vecuronio).
 - Antibioticoterapia según necesidad.
 - Vigilar efectos secundarios.
- Mantener hidratación y balance hídrico.
- Mantener ALPAR por un tiempo variable: La ALPAR es determinante en la mejoría del pronóstico de estas patologías, especialmente en gastrosquisis:
 - Considerar ALPAR total con volumen fijo administrado a través de catéter percutáneo (idealmente de uso exclusivo) y las modificaciones del aporte hídrico con aporte accesorio paralelo de acuerdo al balance hídrico puede administrarse por vía venosa periférica.
 - Ajustar el balance hídrico es fundamental, ya que la seudoparalización acumula líquido intersticial.
- Observar eliminación de meconio y movilidad intestinal.
- Iniciar alimentación enteral según indicación médica idealmente con leche materna.
- Medir la presión intraabdominal (PIA) a nivel vesical (la estasis venosa

- **Cuidados de enfermería:**

- La Hipertensión Intrabdominal se define como el incremento de la presión dentro de la cavidad abdominal por encima de 10 mm/hg.

- Técnica de medición indirecta: Medición de la PIA, se realiza a través de una sonda vesical.

- Una elevación de la PIA es signo de alteraciones agudas en los órganos contenidos en la cavidad abdominal. Es por ello que su medición esta indicada en postoperatorio de cirugía abdominal compleja.

- Cuando la Presión Intrabdominal excede los valores fisiológicos, se puede presentar el Síndrome Compartimental Abdominal. Lo esencial es prevenirlo antes que tratarlo.

- Realizar control y observación de la zona operatoria según magnitud del problema.

- En caso de reducción total y presencia de sutura de la pared abdominal, observar: apósitos, puntos, sangrado, dehiscencia y distensión abdominal.

- En caso de Silo mantener inmovilización que permita que el silo se mantenga perpendicular al abdomen, para favorecer el descenso de las vísceras por gravedad.

Observar: características de las vísceras al interior del silo, color, edema, presencia de exudado.

- Debido a que particularmente estos pacientes están más expuestos a infección, se debe extremar las medidas para prevenir IAAS, aplicando los principios de asepsia y antisepsia en todo procedimiento que se realice.

- Mantener a los padres informados de la estabilidad y recuperación del RN.

- Estimular y favorecer la presencia de los padres en el pre y post operatorio, de acuerdo a la condición del RN.

- Disminuir la ansiedad de los padres frente a la intervención quirúrgica y/o el manejo de crisis situacionales, si procede.

- Derivación a psicóloga/o según necesidad