

Título: COMPARACION DE LA EVOLUCIÓN DE DOS NIÑOS CON GASTROSQUISIS .IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO PRECOZ.

Autores: Marta Falo Beser, Petri Navajas García, Elena Llanas Porte, Nieves Romero Luna.

Hospital: Hospital Universitario Mutua de Terrassa

Ciudad: Terrassa

Comunidad Autónoma: Cataluña

Introducción: La gastrosquisis es un defecto congénito de la pared abdominal, con eventración de su contenido y sin la presencia de un saco o membrana que recubra el defecto. Se pretende mostrar la diferencia en la evolución postquirúrgica en un caso detectado dos horas previas al parto en un niño a término y un caso detectado en la semana 19.2 por lo que fue programada una cesárea en la semana 33.4 SG. El líquido amniótico tiene un efecto irritante, sobretodo en las últimas semanas de gestación, en las vísceras y los dos casos presentados permiten ver la diferencia en la evolución del niño relacionado con el estado de las visceras. La preparación de los padres también es un elemento importante ya que un diagnóstico precoz permite a la familia estar informada sobre la malformación con la que nacerá su hijo y saber en términos generales cual será su evolución, explicándoles que será intervenido quirúrgicamente inmediatamente después del nacimiento. Esto les permite ir asimilando la gravedad de la situación. Contrariamente al no haber hecho un diagnóstico antes del parto, se observa una fase de negación ante la nueva situación, una menor comprensión del proceso que se puede agravar cuando existe una barrera idiomática.

Palabras clave: Gastrosquisis. Unidad de cuidado intensivo neonatal. Cuidados de enfermería. Enfermedades congénitas.

Justificación del estudio: En nuestro centro hemos tenido en los últimos 7 años 6 casos de gastrosquisis, detectados todos ellos precozmente, excepto uno, el cual se detectó 2 horas previas al nacimiento. Creemos conveniente mostrar cual fue la diferencia entre este caso y uno de los otros.

Objetivos del estudio: Comparar la evolución de un recién nacido a término con gastrosquisis no diagnosticada precozmente con el de un recién nacido pretérmino diagnosticado prenatalmente.

Material: Presentación de 2 casos clínicos con Gastrosquisis. Ambos casos estuvieron ingresados en el hospital Universitario de Mutua de Terrassa en la unidad de neonatología, en el año 2010 el caso 1 y en el 2006 el caso 2.

Método: CASO 1: Madre de 23 años de origen marroquí que acude a urgencias al no notar los movimientos del feto y por pérdida de líquido amniótico, amniorexia desconocida. Se realiza ecografía en la cual se detecta posible gastrosquisis, y se procede a realizarle cesárea urgente a las 39,1 semanas de gestación. Nace un recién nacido de sexo masculino, con un apgar de 8/10 y un peso de 2630 gr. Presenta gastrosquisis de prácticamente la totalidad del intestino delgado y grueso, con mal rotación de las asas intestinales, mal color i teñidas de meconio, con dilatación, edema y rigidez de la pared. Se intuba en sala de partos y se traslada a quirófano donde es intervenido quirúrgicamente. Se procede al lavado de meconio contenido en las asas y a la introducción dificultosa de éstas dentro de la cavidad abdominal, resultando una presión de 18 mmHg. Tras la operación es ingresado en la unidad de neonatos donde se le aplica un plan de cuidados individualizados según sus necesidades: control y curación de la herida que cicatriza por primera intención. Ingresa bajo ventilación mecánica. Se coloca SNG en aspiración continua drenando meconio. Colocada vía venosa central para administración de NPT y farmacoterapia. Portador de sonda vesical. A las 3

semanas de cirugía se clampa intermitentemente la SNG para forzar peristaltismo. A los 27 días de vida realiza la primera deposición espontánea. A los 32 se inicia alimentación trófica con lactancia materna con tolerancia inicial adecuada que empeora al presentar clínica de obstrucción intestinal a los 38 días, por lo que se reinterviene quirúrgicamente. Requiere ventilación mecánica durante 3 días. Al 8° día se reinicia la alimentación enteral con buena tolerancia, aunque con ganancia ponderal lenta. Su comportamiento respecto a la alimentación fue: rechazo al alimento casi desde un principio con succión ineficaz, que fue mejorando hasta el día del alta cuando ya estaba instaurada. Atención de enfermería: Se trató el dolor con analgesia y acciones personales para mejorar el confort. Se procuró un ambiente tranquilo para mejorar el sueño. En este aspecto fue de gran importancia la colaboración de los padres para procurarles un nivel alto de bienestar. Se les explicó como hacerle el baño, hacerle un masaje y practicar el método canguro. Pero no siempre fue posible contar con ello pues a pesar de insistir en que su presencia era de gran importancia no fue fácil instaurar una rutina de cuidados entre padres-hijo. Bien por una razón de diferencia cultural, idiomática o por la juventud de los padres que a la vez no habían tenido el tiempo necesario para asimilar dicha malformación. Es dado de alta a los 81 días de vida con un peso de 4.480, tomando lactancia materna y biberones de fórmula enriquecida, por succión. CASO 2: Madre de 19 años de edad de Latinoamérica que ingresa a sala de partos para cesárea programada a las 33.4 SG bajo el diagnóstico de gastrosquisis desde la semana 19.2 Amniorexia intracésarea, líquido claro de aspecto y cantidad normal. Nace recién nacido sexo femenino, con un Apgar de 10/10 y un peso de 2500 gr. Se observa defecto de la pared a la derecha del ombligo de 4 cm., buen estado de las asas intestinales sin edema ni inflamación de las paredes. Prácticamente todo el intestino delgado y también el colon se hallan fuera de la cavidad abdominal. Es intervenida quirúrgicamente inmediatamente después del nacimiento, reintroduciéndose las vísceras dentro de la cavidad abdominal, consiguiendo una presión intrabdominal inferior a 20 mmHg. Llega a neonatos bajo ventilación mecánica que se suspende a las 55 horas de vida sin requerir oxigenoterapia. Colocada SNG para control de retenciones. Se inicia alimentación a las 48 horas de vida con regular tolerancia y progresión lenta. A los 12 días de vida bajo la sospecha de sepsis nosocomial se inicia antibiótico terapia, mejorando su evolución clínica a las 24 horas de vida. A los 15 días se retira NPT, y dada su buena evolución es dada de alta a los 27 días de vida tomando lactancia materna exclusiva. Su comportamiento respecto a la alimentación fue el similar a cualquier recién nacido de su misma edad gestacional, presentó buena adaptación tanto a la succión del pecho como al biberón. Atención de enfermería: Se trató el dolor con analgesia y contención, contando siempre con la colaboración de los padres, para realizarle masaje, baño, y método canguro.

Resultados del estudio: Variables estudiadas y comparadas entre ambos casos: caso 1 / caso 2 Diagnóstico prenatal: No / Si; Edad gestacional al nacer: 39.1 / 33.4; Sexo. M / F; Forma de nacimiento: Cesárea / Cesárea; Vísceras eventradas: intestino delgado grueso / inten. delgado, colon; Duración de la asistencia ventilatoria: 10 días / 2 días; Complicaciones médicas y quirúrgicas: Sepsis y oclusión / sepsis; Necesidad de analgesia en días: 61 / 6; Días de hospitalización: 81 días / 27 días; Inicio de la alimentación trófica: 66 días / 2 días; Necesidad de SNG para ser alimentado: 50 días / 16 días; Curación de la herida: Sin compl. / Sin compl.; Características familiares: Edad madre : 23 / 19; Cultura de origen: magrebí / Latinos. Tal como se muestra en la tabla se ha observado que la evolución de ambos casos ha sido distinta. En el primer caso vemos como el niño ha sido mucho más dependiente de soporte ventilatorio, de necesidad de SNG para la alimentación, una progresión mas lenta en la tolerancia

trófica, y estancamiento ponderal, debido a una posible mala absorción intestinal. El control del dolor fue más dificultoso y requirió más días de analgesia. Se consiguió una mejor colaboración por parte de la familia en el segundo caso que mejoró el bienestar del niño. En ambos casos la herida cicatrizó sin complicaciones. El primer caso requirió 54 días más de hospitalización que el segundo.

Conclusiones: Llegamos a la conclusión que un diagnóstico prenatal mejora la evolución posquirúrgica ya que evita la exposición prolongada de las vísceras en el líquido amniótico lo cual evitará una inflamación de éstas, y evitará aumentar los problemas de tolerancia alimenticia y otras complicaciones que ya presentan este tipo de malformaciones. Observamos una diferencia en la actitud de los padres sobretodo en el inicio del proceso: en el primer caso necesitaron más apoyo ya que la noticia había sido dada en el momento del parto y estaban aún asimilando la situación, contrariamente los padres del caso 2, se mostraban más tranquilos y entendedores del proceso, aunque igualmente angustiados por la evolución.

Bibliografía:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2946/1/Gastrosquisis-Caso-clinico.html> <http://rosafimoc.gicp.net/forum/topic-7157.html>