

**“COMPLICACIONES DE LOS RECIEN NACIDOS VIVOS CON
GASTROSQUISIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS JORGE
LIZARRAGA”
(JULIO 2015 - JUNIO 2016).**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"
HOSPITAL DE NIÑOS "DR. JORGE LIZARRAGA"
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

**"COMPLICACIONES DE LOS RECIEN NACIDOS VIVOS CON
GASTROSQUISIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS JORGE
LIZARRAGA"**

(JULIO 2015 - JUNIO 2016).

AUTORA: LIMA JENNIFER

VALENCIA, NOVIEMBRE DE 2017



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
HOSPITAL DE NIÑOS “DR. JORGE LIZÁRRAGA”
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO



**“COMPLICACIONES DE LOS RECIEN NACIDOS VIVOS CON
GASTROSQUISIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS JORGE
LIZARRAGA”
(JULIO 2015 - JUNIO 2016).**

AUTORA: LIMA JENNIFER
TUTOR CLINICO: DRA. CHIRINOS JENNIFER
TUTOR METODOLOGICO: SEGURA MARYMILI

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO ANTE LA COMISION DE
POSTGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO PARA OPTAR AL
TITULO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRIA Y PUERICULTURA

VALENCIA, NOVIEMBRE DE 2017



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

COMPLICACIONES DE LOS RECIÉN NACIDOS VIVOS CON GASTROSQUISIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS "DR. JORGE LIZARRAGA". JULIO 2015 - JUNIO 2016

Presentado para optar al grado de **Especialista en Pediatría y Puericultura** por el (la) aspirante:

LIMA F., JENNIFER C.
C.I. V – 19668554

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Jennifer Chirinos C.I. 18062251, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **03/11/2017**

Prof. José Valero (Pdte)
C.I. 4741595
Fecha 03/11/2017

Prof. Denny Vargas
C.I. 7.123.885
Fecha 03/11/2017

Prof. Jennifer Chirinos
C.I.
Fecha

TG: 75-17

INDICE GENERAL

INDICE DE TABLAS	V
RESUMEN	VI
ABTRACTS	VII
INTRODUCCION	1
MATERIALES Y METODOS	8
RESULTADOS	10
DISCUSIONES	17
CONCLUSIONES	22
RECOMENDACIONES	24
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	26
ANEXO	
ANEXO A	30

INDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Distribución de la Edad Materna (años) de los recién nacidos vivos con gastrosquisis que presentaron complicaciones, atendidos en el Hospital de Niños Jorge Lizárraga (Julio 2015- junio 2016).	10
Tabla N°2: Distribución de la Edad Gestacional (semanas) de los recién nacidos vivos con gastrosquisis que presentaron complicaciones, atendidos en el Hospital de Niños Jorge Lizárraga (Julio 2015- junio 2016).	11
Tabla N°3: Distribución del Sexo de los recién nacidos vivos con gastrosquisis que presentaron complicaciones, atendidos en el Hospital de Niños Jorge Lizárraga (Julio 2015- junio 2016).	12
Tabla N°4: Distribución de N° de Casos de recién Nacidos con gastrosquisis que presentaron complicaciones en el post operatorio según el tipo de tratamiento quirúrgico recibido en el Hospital de niños Jorge Lizárraga (Julio2015- Junio2016).	13
Tabla N°5: Frecuencia de las Complicaciones presentadas por los recién nacidos vivos con gastroquisis, atendidos en el Hospital de Niños Jorge Lizárraga (Julio 2015- junio 2016).	14
Tabla N°6: Frecuencia de las Complicaciones según tipo de intervención quirúrgica realizada a los recién nacidos vivos con gastrosquisis, atendidos en el Hospital de Niños Jorge Lizárraga (Julio 2015- junio 2016).	15
Tabla N°7: Distribución de la aparición de las complicaciones según el tiempo de post-operatorios en los recién nacidos vivos con gastroquisis, atendidos en el Hospital de Niños Jorge Lizarra (Julio 2015- junio 2016).	16



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
HOSPITAL DE NIÑOS “DR. JORGE LIZÁRRAGA”
“COMPLICACIONES DE LOS RECIEN NACIDOS VIVOS CON
GASTROSQUISIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS JORGE
LIZARRAGA JULIO 2015 - JUNIO 2016”.

AUTORA: LIMA JENNIFER

TUTOR CLINICO: DRA. CHIRINOS JENNIFER

TUTOR METODOLOGICO: SEGURA MARYMILI

Año: 2017

RESUMEN

El periodo neonatal va desde el nacimiento al día 28 de vida, una de las patologías más relevantes es la Gastrosquisis, definida como: Un defecto de la pared abdominal anterior que presenta un orificio herniario, generalmente a la derecha del cordón umbilical. Por dicho orificio salen al exterior una parte variable de las asas intestinales. Esta condición conlleva una serie de complicaciones las cuales se deben prever para minimizar su impacto en la evolución del recién nacido. **Objetivo:** Analizar las complicaciones más comunes de los recién nacidos vivos con gastrosquisis atendidos en el Hospital de Niños “Jorge Lizárraga” de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera ubicada en Valencia, estado Carabobo en el periodo de julio del 2015 al junio 2016. **Metodología:** Es de tipo observacional, documental, ya que se trabajará con historias clínicas, las cuales son un documento legal e instrumento de recolección de datos personales y médicos que conllevan a un posterior diagnóstico. Utilizando con una ficha de datos como instrumento, para posterior introducción en tabla de distribución de frecuencia y análisis de los mismos. **Resultados:** Edad materna predominante con 40% fue 15-16 años, la edad gestacional 37 semanas con 40%, el sexo femenino 73.40%, las complicaciones más relevantes post quirúrgicas, fueron la sepsis y dehiscencia de la herida con un 33.4% cada una, y el postoperatorio con mayor complicaciones fue el inmediato con 40% de prevalencia. **Conclusiones:** La edad materna más frecuente entre los pacientes del estudio fue la de menores de 16 años. La prematuridad prevaleció entre los pacientes del estudio. El sexo femenino predominó sobre el masculino en una relación. Las complicaciones más frecuentemente observadas fueron la dehiscencia de herida y la sepsis. Presentes en el postoperatorio inmediato. **Palabras claves:** gastrosquisis, complicaciones, etapa neonatal.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
HOSPITAL DE NIÑOS "DR. JORGE LIZÁRRAGA"
"COMPLICACIONES DE LOS RECIEN NACIDOS VIVOS CON
GASTROQUISIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS JORGE
LIZARRAGA JULIO 2015 - JUNIO 2016".

AUTORA: LIMA JENNIFER
TUTOR CLINICO: DRA. CHIRINOS JENNIFER
TUTOR METODOLOGICO: SEGURA MARYMILI
Año: 2017

ABSTRACT

The neonatal period goes from birth to day 28 of life, one of the most relevant pathologies is Gastroschisis, defined as: A defect of the anterior abdominal wall that has a hernial orifice, usually to the right of the umbilical cord. A variable part of the intestinal loops come out through this hole. This condition involves a series of complications which must be anticipated to minimize its impact on the evolution of the newborn. **Objective:** To analyze the most common complications of live newborns with gastroschisis treated at the "Jorge Lizárraga" Children's Hospital of the Enrique Tejera Hospital City located in Valencia, Carabobo state from July 2015 to June 2016. **Methodology:** It is Observational type, documentary, since it will work with clinical histories, which are a legal document and instrument of collection of personal and medical data that lead to a later diagnosis. Using with a data sheet as an instrument, for later introduction in frequency distribution table and analysis of them. **Result:** Prevailing maternal age with 40% was 15-16 years, gestational age 37 weeks with 40%, female sex 73.40%, the most relevant post-surgical complications were sepsis and dehiscence of the wound with 33.4% each, and the postoperative period with the greatest complications was the immediate one with a 40% prevalence. **Conclusions:** The most frequent maternal age among the patients in the study was that of children under 16 years of age. Prematurity prevailed among the study patients. The female sex predominated over the male in a relationship. The most frequently observed complications were wound dehiscence and sepsis. Present in the immediate postoperative period. **Keywords:** gastroschisis, complications, neonatal stage.

INTRODUCCIÓN

La etapa más vulnerable en la vida del ser humano se dice que es la neonatal, ya que se producen cambios importantes, algunos de éstos normales, en tanto que otros no lo son; en el neonato en las primeras horas y días de vida, el organismo sufre cambios necesarios a fin de mantener la homeostasis y por ende se adapte a la vida extrauterina. El período neonatal lo comprenden los primeros 28 días de vida, es considerada la época más delicada en la vida del ser humano, ya que es el paso del medio intrauterino al extrauterino. ⁽¹⁾

Siendo una etapa específica, ocurren cambios importantes que ayudan al equilibrio fisiológico del ser humano, muchos neonatos viven dicha etapa sin ningún problema, otros pueden nacer con patologías ya diagnosticadas en la etapa fetal causadas por distintos factores ya sean genéticos o no.

La gastrosquisis es definida como: Un defecto de la pared abdominal anterior que presenta un orificio herniario, generalmente a la derecha del cordón umbilical en donde por dicho orificio salen al exterior una parte variable de las asas intestinales, así como también en casos variables exposición del estómago, hígado o vejiga. ⁽²⁻³⁾

Así mismo, diferentes trabajos de investigación definen la gastrosquisis como una malformación de la pared abdominal anterior consistente en un defecto para-umbilical derecha por el que las asas intestinales se hayan en contacto con el líquido amniótico. Por otro lado, en la actualidad la tasa de supervivencia es superior al 90% y el pronóstico depende sobre todo de la morbilidad secundaria a la disfunción intestinal. ⁽⁴⁾

Hay una coincidencia mundial en el incremento de la prevalencia de esta malformación, que hace algunas décadas no llegaba al 1 por 20,000 nacidos

vivos, y hoy se puede observar hasta en 2 o 3 por cada 20.000 en la población general, mientras que se incrementa hasta 7 u 8 cada 10.000 cuando las madres tienen 20 años o menos.⁽⁴⁾

Así mismo, la incidencia de estos defectos aumenta al mejorar su diagnóstico, especialmente prenatal. No existen signos de alerta, puesto que se trata de una malformación aislada en más del 90% de los casos. Esta se produce entre la 5ta y 8va semana de edad gestacional, así que el diagnóstico dependerá de que el embarazo reciba los controles de rutina, y que el ecografista esté advertido que a partir de las 12 semanas ya se puede diagnosticar.⁽⁵⁾

Recientemente, los investigadores reportaron hallazgos sobre algunos factores que afectan el riesgo de tener un bebé con gastrosquisis, donde resaltan: madres adolescentes de raza blanca tuvieron tasas más altas que las de raza negra o afroamericanas. Así como, las mujeres que tomaban alcohol o que fumaban, en este orden de ideas; el consumo de ibuprofeno durante el embarazo aumentó el riesgo y las mujeres que reportaron una infección genitourinaria poco después de quedar embarazadas o al comienzo del embarazo parecían más propensas a tener un recién nacido con gastrosquisis.⁽⁶⁻⁷⁾

A nivel mundial las investigaciones acerca de la gastrosquisis expresan el interés por la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos, indicando la importancia y valor del recambio del líquido amniótico, estudiando la posibilidad de esta técnica como un paliativo para disminuir el riesgo de la pérdida de vidas infantiles por este tipo de casos, los cuales expresaron estar suficientemente convencidos de esta opción como un paliativo ante este tipo de emergencias pediátricas.⁽⁸⁻⁹⁾

Por otra parte, en el trabajo de investigación denominado “Defectos de pared

abdominal anterior” (5,7) se afirma que: Aunque su etiología, como ocurre en la mayoría de las anomalías congénitas es desconocida, se invocan factores como exposición a agentes teratógenos en las primeras semanas de gestación, deficiencias nutricionales y predisposición genética posiblemente vinculada a defectos enzimáticos maternos.

Más adelante, en el mismo trabajo se señala que: El tratamiento para la gastrosquisis es quirúrgico, incluye técnicas de reparación primaria. El cirujano reintroduce los intestinos dentro del abdomen y cierra el defecto, de ser posible. En otros casos se realiza un cierre diferido y con el tiempo, el intestino herniado cae de nuevo dentro la cavidad abdominal y el defecto se puede cerrar. El tratamiento más adecuado es el cierre quirúrgico de la pared luego de reintegrar las asas intestinales a la cavidad abdominal.(7)

Otros tratamientos fundamentales para el neonato son la alimentación parenteral, la asistencia ventilatoria y los antibióticos para prevenir la infección. Se debe controlar cuidadosamente la temperatura del paciente, debido a que el intestino expuesto permite el escape de mucho calor corporal. Así mismo, la probabilidad de recuperación es buena si la cavidad abdominal es relativamente grande, ya que una cavidad abdominal muy pequeña puede causar complicaciones que requieran cirugía adicional. (9)

Por las características de esta enfermedad, los neonatos que la padecen requieren de cuidados especializados que se brindan en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y en las Unidades de Cirugía Neonatal. Estos recién nacidos antes de ser intervenidos quirúrgicamente, requieren de un período que puede oscilar desde horas hasta varios días, en los cuales el rol de los profesionales de enfermería en la atención de estos es clave para mantener al neonato en óptimas condiciones y evitar o disminuir las complicaciones propias de la patología. (10-11)

La gastrosquisis puede diagnosticarse mediante las ecografías prenatales a partir de la 7ma semana de gestación, y en un futuro serán corregidas mediante la cirugía fetal. Existe controversia en relación a la necesidad de una cesárea programada para el nacimiento ⁽¹¹⁾. En este orden de ideas, se señala que la cesárea previene la lesión de las vísceras herniadas, pero el parto vaginal tiene otras ventajas para el feto en especial la estimulación de las vías respiratorias disminuyendo así el índice de afecciones respiratorias del recién nacido, así como estimulación del peristaltismo intestinal. El tratamiento quirúrgico propiamente dicho se considera precoz (no urgente) pues lo primero será estabilizar al recién nacido y favorecer las condiciones necesarias para que soporte la intervención quirúrgica bajo anestesia general. ⁽¹²⁾

Así mismo, los síntomas de la presencia de esta malformación, tales como: protuberancia en el abdomen, intestino que protruye a través de la pared abdominal cerca del cordón umbilical problemas con el movimiento y la absorción intestinal debido a la exposición del intestino desprotegido al líquido amniótico, el examen físico de los recién nacidos es suficiente para que el médico diagnostique la gastrosquisis. Además, la madre pudo haber mostrado signos que indicaran la presencia de líquido amniótico excesivo (polihidramnios). ⁽¹²⁾

Con la ecografía prenatal se puede identificar la gastrosquisis. La muerte del intestino es otra complicación. Esta afección es evidente en el nacimiento y se detecta en el hospital en el momento del parto o con ecografía fetal es de rutina ⁽¹²⁾. Y la mayoría de las veces, la gastrosquisis puede corregirse con una o dos cirugías. El pronóstico del recién nacido dependerá de cuánto daño se presentó en el intestino. Después de la recuperación de la cirugía, la mayoría de los niños evolucionan muy bien y llevan vidas normales. ⁽¹³⁾

Se requiere un manejo multidisciplinario prenatal y posnatal. Aunque hoy en día todavía existe controversia con respecto al momento y la vía en que debe realizarse el parto, se sabe que la terminación electiva vía cesárea después de las 36-37 semanas de gestación, antes del inicio del trabajo de parto, evita el paso por el canal vaginal y disminuye el riesgo de contaminación con la flora bacteriana y el daño mecánico en las vísceras; sin embargo, aún no se ha demostrado una diferencia importante en cuanto a las complicaciones o a la supervivencia.

El tratamiento definitivo es quirúrgico, el tiempo y la técnica para el cierre quirúrgico dependen del grado de inflamación intestinal, del tamaño del defecto y de las condiciones generales del recién nacido. Se prefiere el cierre quirúrgico primario antes de las 24 horas de vida extrauterina pero, si existe desproporción víscero-abdominal (presente en 20-49% de los casos), es necesaria una reducción gradual con silo para evitar complicaciones y la reparación quirúrgica debe realizarse entre los 6-10 días. El intercambio de líquido amniótico para disminuir los mediadores de la inflamación no ha mostrado tener algún beneficio.⁽⁶⁻⁷⁾

Entre las técnicas más destacadas se encuentran cierre primario y diferido a través de diferentes maneras tales como: la técnica de schuster (indica el recubrimiento de las asas, saco o contenido herniario con una prótesis de silastic que se reduce progresivamente hasta lograr la introducción total), el Simil Exit (manejo y diagnóstico prenatal con introducción del contenido herniado al momento del nacimiento), Dispositivo Abello-Brito ABS (colocación de dispositivo de polietileno o polipropileno que conserve el contenido herniado con una introducción progresiva del contenido).

En general el pronóstico es bueno con una sobrevida mayor al 90%; no obstante, en países en vías de desarrollo el riesgo de muerte puede llegar a

ser hasta de 50-60%. Las principales causas de mortalidad se relacionan por ser prematuros, sepsis neonatal, complicaciones intestinales relacionadas con isquemia intestinal, insuficiencia renal aguda o falla orgánica múltiple. De los pacientes diagnosticados prenatalmente 10% muere en esta etapa y se realiza la terminación electiva del embarazo en 26.5% de los casos.

Una vez intervenido el recién nacido quirúrgicamente, es necesario una adecuada nutrición parenteral y ventilación mecánica oportuna. En cuanto a las complicaciones post-operatorias según las diversas etapas encontramos que el postoperatorio inmediato se encuentra la dehiscencia de herida operatoria, trastornos hidroelectrolíticos, mala adaptación al medio, problemas respiratorios, trastornos de la homeostasis, hasta muerte súbita.

Por otra parte durante el post operatorio mediano se menciona en primera instancia la sepsis como complicación principal, perforación intestinal, síndrome compartimental, obstrucción intestinal y en el post operatorio tardío necrosis intestinal, síndrome de intestino corto, mala absorción intestinal.

Se estima que en Venezuela la gastrosquisis se presenta en un neonato por 1000 nacidos vivos y las estadísticas en la Unidad de Cirugía Neonatal del Hospital Universitario de Caracas de acuerdo al registro llevado en los años 2003 y 2006 reflejan que: En el año 2003 ingresaron 76 neonatos de los cuales 11 neonatos con gastrosquisis, en el año 2004 ingresaron 73 neonatos encontrándose 10 de éstos con gastrosquisis, en el año 2005 ingresaron 87 neonatos de los cuales 17 neonatos con gastrosquisis. Observándose un aumento en el ingreso general de pacientes y también un ascenso en los ingresos de neonatos con Gastrosquisis.

En el Hospital de niños "Jorge Lizárraga" de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera ubicada en Valencia, estado Carabobo, al presentarse casos de

Gastrosquisis; una vez realizada la intervención quirúrgica por parte de los cirujanos pediatras, son ingresados a la unidad de terapia intensiva neonatal, los cuales son encargados de la recuperación post operatoria y convalecencia de los neonatos durante el período de recuperación, las cuales pueden presentarse complicaciones antes descritas en distintas etapas del postoperatorio; dichas complicaciones siendo más evidentes en la actualidad debido a la falta de insumos medicamentos y materiales médicos con los que no se cuenta en la institución.

Tomando en cuenta lo planteado anteriormente la presente investigación tiene el propósito de analizar las complicaciones más comunes de los recién nacidos vivos con gastrosquisis atendidos en el Hospital de Niños “Jorge Lizárraga” de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera ubicada en Valencia, estado Carabobo en el periodo de julio del 2015 al junio 2016. Para lo cual se procederá a determinar la edad materna como antecedente de importancia de la Gastrosquisis que afecta a Recién Nacidos atendidos en el Hospital de Niños “Jorge Lizárraga” Julio 2015 – Junio 2016, establecer la edad gestacional como factor determinante de las complicaciones en el postoperatorio de los recién nacidos con gastrosquisis, clasificar a los recién nacidos vivos con gastrosquisis que presentaron complicaciones atendidos en el Hospital de Niños “Jorge Lizárraga” según sexo, identificar que etapa del postoperatorio presenta mayor número de complicaciones en los Recién Nacidos con gastrosquisis, indicar las complicaciones más frecuentes de los Recién Nacidos con gastrosquisis en las diferentes etapas del postoperatorio atendidos en el Hospital de Niños “Jorge Lizárraga” Julio 2015 – Julio 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación es de tipo observacional, documental, retrospectivo, transversal y de carácter descriptivo ya que se trabaja con historias clínicas, las cuales son un documento legal que representan una fuente de información significativa y completa con datos personales y médicos que con llevan a un posterior diagnóstico, así mismo a través del estudio del problema con el propósito de ampliar y profundizar los conocimientos de su naturaleza con apoyo principalmente en fuentes bibliográficas, trabajos previos, datos divulgados por medios audiovisuales o electrónicos.

La población es la totalidad del fenómeno a estudiar en donde las unidades de población poseen una característica común que se estudia y da origen a los datos de la investigación⁽¹⁴⁾. Por lo que se decidió tomar como población, los casos de recién nacidos con gastrosquisis ingresados en el Hospital de niños Jorge Lizárraga, de la ciudad Enrique Tejera, ubicado en Valencia durante el periodo julio 2015 junio 2016, una población integrada por 22 recién nacidos vivos con gastrosquisis.

El estudio presentara una muestra de tipo intencional ya que se seleccionaron los pacientes que presentaron complicaciones posteriores a la resolución quirúrgica conformando una muestra total integrada por 15 recién nacidos.

Por tanto la recolección de datos, menciona, que “es en un principio, cualquier recurso de que se vale el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos la información.”⁽¹⁴⁾ En la presente investigación para la recopilación de la información partirá de la historia clínica de la cual se extraerán las variables de estudio de acuerdo a la tabla operacional de las variables , a través de una ficha de datos realizada por el investigador para

vaciar en ella la información, tal y como explica “los que centran su atención en la observación y el análisis de diversidad de fuentes documentales existentes, donde los hechos han dejado huellas, y demandan la incorporación de una serie de técnicas y protocolos instrumentales muy específicos.

Una vez obtenido los datos de las historias clínicas se procede a vaciar sobre las fichas de datos, que representa un resumen con los datos necesaria para la investigación la cual consto de 12 renglones en donde se suministró la siguiente información: edad de la madre, edad gestacional, número de controles, numero de gestaciones, peso al nacer, talla al nacer, sexo, complicaciones prenatales, técnica quirúrgica, complicaciones inmediatas, mediatas y tardía.

Para la realización de la presente investigación, se realizó la toma de información de historias clínicas y se garantizó la confidencialidad de sus identidades. Los datos fueron analizados y presentados en cuadros de distribución de frecuencias, respondiendo a los objetivos planteados, obteniendo información de distribución según la edad materna, el sexo del recién nacido, la edad gestacional, de los recién nacidos con complicaciones en el postoperatorio de la gastrosquisis, así mismo se obtuvo datos acerca de la técnica quirúrgica con mayor incidencia de complicaciones, tipo de complicación más frecuente y en el periodo de postoperatorio en el cual ocurrían; los cuales fueron dividido en inmediato, mediato y tardío. Los periodos de post-operatorio se dividen en: inmediato las primeras 24 horas, mediato desde las 24 horas hasta 7mo día, tardío del 7mo día al mes. Una vez obtenido los datos y vaciado, se aplicó la técnica de análisis de datos univariado, utilizando proporción, media aritmética y desviación estándar.

RESULTADOS

Luego de realizar la evaluación de historias clínicas de los recién nacidos vivos que presentaron complicaciones en el postoperatorio de gastrosquisis atendidos en el Hospital de Niños Jorge Lizarra (julio2015-junio2016) se obtuvieron los siguientes resultados:

TABLA N°1

Distribución de la Edad Materna (años) de los recién nacidos vivos con gastrosquisis que presentaron complicaciones, atendidos en el Hospital de Niños Jorge Lizárraga (Julio 2015- junio 2016)

	fa(%)	fr(%)
Edad Materna (años)		
15-16	6	40%
13-14	4	26.6%
19-20	2	20%
17-18	3	13.40%
Total	15	100%

Fuente: Historias Clínicas de recién nacidos vivos con gastrosquisis en el Hospital de Niños Jorge Lizárraga (julio2015- junio2016)

En la Tabla N°1, se observa que el 26.6% corresponde al grupo etario a los 13-14 años, seguido por un 20% representado por el grupo etario de los 19-20 años. Es importante resaltar que el grupo etario de madre que indico un mayor porcentaje de casos complicaciones en recién nacidos vivos con gastrosquisis fue el de 15-16 años con un 40%, y en menor proporción el grupo etario de 17-18 años con un 13.40%.

TABLA N°2

Distribución de la Edad Gestacional (semanas) de los recién nacidos vivos con gastrosquisis que presentaron complicaciones, atendidos en el Hospital de Niños Jorge Lizárraga (Julio 2015- junio 2016)

Edad Gestacional	fa(n)	fr(%)
37 Semanas	6	40%
34 Semanas	4	26.60%
36 Semanas	3	20%
35 Semanas	2	13.4%
Total	15	100%

Fuente: Historias Clínicas de recién nacidos vivos con gastrosquisis en el Hospital de Niños Jorge Lizárraga (julio2015- junio2016)

En la Tabla N°2, se demostró que de los recién nacidos vivos con gastrosquisis que presentaron complicaciones, atendidos en el Hospital de Niños Jorge Lizárraga en el periodo julio 2015-junio 2016 la mayoría representado por un 40%, contaban con 37 semanas de gestación, seguido por los de edad gestacional de 34 semanas con un 26.60%, un 20% para los de 36 semanas y con una minoría representada con un 13.4% los recién nacidos vivo de 35 semanas de gestación

TABLA N°3

Distribución del Sexo de los recién nacidos vivos con gastrosquisis que presentaron complicaciones, atendidos en el Hospital de Niños Jorge Lizárraga (Julio 2015- junio 2016)

Sexo	fa(n)	fr(%)
Femenino	11	73,40%
Masculino	4	26,60%
Total	15	100%

Fuente: Historias Clínicas de recién nacidos vivos con gastrosquisis en el Hospital de Niños Jorge Lizárraga (julio2015- junio2016)

En relación a la distribución del sexo de los recién nacidos vivos con gastrosquisis, en la Tabla N°3 se demostró en predominio significativo del sexo femenino con un 73.4% sobre el sexo masculino representado por un 26.6%.

Tabla N°4

Distribución de N° de Casos de recién Nacidos con gastrosquisis que presentaron complicaciones en el post operatorio según el tipo de tratamiento quirúrgico recibido en el Hospital de niños Jorge Lizárraga (Julio2015- Junio2016).

	<u>fa(n)</u>	<u>fr(%)</u>
Tratamiento quirúrgico		
Cierre Primario	9	60%
Cierre Diferido	6	40%
Total	15	100%

Fuente: Historias Clínicas de recién nacidos vivos con gastrosquisis en el Hospital de Niños Jorge Lizárraga (julio2015- junio2016)

En cuanto al número de casos de recién nacidos vivos con gastrosquisis que presentaron complicaciones en el post-operatorio según el tipo de tratamiento quirúrgico realizado en la institución antes mencionada, en la tabla N°4 se evidencia que la mayoría con un 60% de la totalidad de los casos que presento complicaciones fue aquella que se realizó un cierre primario, mientras que un menor número representado con un 40% se realizó cierre diferido.

TABLA N°5

Frecuencia de las Complicaciones presentadas por los recién nacidos vivos con gastrosquisis, atendidos en el Hospital de Niños Jorge Lizárraga (Julio 2015- junio 2016)

Complicaciones	fa(n)	fr(%)
Dehiscencia de herida postoperatoria	5	33,30%
Sepsis	5	33,30%%
Trastornos hidroelectrolíticos	3	20%
Obstrucción Intestinal	2	13.40%
Total	15	100%

Fuente: Historias Clínicas de recién nacidos vivos con gastrosquisis en el Hospital de Niños Jorge Lizárraga (julio2015- junio2016)

En la Tabla N°5, se evidencio un predominio entre las complicaciones presentadas por los recién nacidos vivos con gastrosquisis con un 33.3% tanto por la dehiscencia de la herida postoperatoria como de la sepsis, seguida en un menor número por obstrucción intestinal con un 20% y los trastornos hidroelectrolíticos con un 13.4%.

TABLA N°6

Frecuencia de las Complicaciones según tipo de intervención quirúrgica realizada a los recién nacidos vivos con gastrosquisis, atendidos en el Hospital de Niños Jorge Lizárraga (Julio 2015- junio 2016)

	Cierre Primario		Cierre Diferido		Total
	fa(n)	fr(%)	fa(n)	fr(%)	
Complicaciones					
Dehiscencia de herida postoperatoria	4	26.60%	1	6.6%	33,30%
Obstrucción Intestinal	0	0	2	13.40%	13,40%
Sepsis	3	20%	2	13.40%	33,30%
Trastornos hidroelectrolíticos	2	13.40%	1	6.6%	20,00%
Total	9	60%	6	40%	100%

Fuente: Historias Clínicas de recién nacidos vivos con gastrosquisis en el Hospital de Niños Jorge Lizárraga (julio2015- junio2016)

En la tabla N°6, en relación a las complicaciones según tipo de intervención quirúrgica se evidencia que: en cuanto al cierre primario existe un predominio de la dehiscencia de herida con un 26.6% seguido de los trastornos hidroelectrolíticos con un 20%, y una nulidad de casos por obstrucción intestinal. Por su parte en los casos de cierre diferido se notó una igualdad de casos de obstrucción intestinal y sepsis respetivamente con un 13.4%.

TABLA N°7

Distribución de la aparición de las complicaciones según el tiempo de post-operatorios en los recién nacidos vivos con gastrosquisis, atendidos en el Hospital de Niños Jorge Lizárraga (Julio 2015- junio 2016)

	fa(n)	fr(%)
Post-operatorio		
Inmediato	6	40%
Mediato	5	33,40%
Tardío	4	26,60%
Total	15	100%

Fuente: Historias Clínicas de recién nacidos vivos con gastrosquisis en el Hospital de Niños Jorge Lizárraga (julio2015- junio2016)

En relación al periodo postoperatorio de aparición de las complicaciones de los recién nacidos vivos con gastrosquisis se evidencia en la Tabla N°6, que en su mayoría ocurren en el Post-operatorio Inmediato representado por un 40%, con un porcentaje importante de un 33.4% en el periodo mediato y en menor frecuencia pero de igual forma significativo el periodo tardío con 26.6%.

DISCUSIÓN

La gastrosquisis es un defecto congénito de la pared anterior del abdomen que se sitúa generalmente a la derecha de la inserción del cordón umbilical. Se trata de una hendidura adyacente al cordón umbilical, o separada de éste por un pedazo de piel. Este defecto produce una hernia del contenido abdominal hacia el saco amniótico, generalmente de intestino delgado pero, algunas veces, también incluye el estómago, el hígado, el bazo, la vejiga, el colon y, en niñas, los ovarios. El defecto abdominal es relativamente pequeño comparado con el tamaño del intestino eviscerado, el cual, frecuentemente, desarrolla una capa gruesa y fibrosa. La gastrosquisis no tiene saco que la cubra, como el onfalocele, y no se asocia con síndromes. ⁽¹⁻²⁾

La gastrosquisis es una de las patologías más frecuentes en la etapa neonatal, que puede ser diagnosticada durante la etapa fetal, si hay un buen control prenatal; además de un equipo multidisciplinario para el momento del nacimiento de este recién nacido.

En la presente investigación, se procedió a la recolección de datos utilizando una ficha, para extraer la información necesaria de las historias clínicas de los recién nacidos vivos con gastrosquisis atendidos en el Hospital de Niños Jorge Lizárraga (Julio2015- junio2016) que presentaron complicaciones en el postoperatorio evidenciándose un predominio de casos en niños cuyas madres se encontraba en el grupo etario de los 15-16 años con un 40%, seguido por los de 13-14 años con un 26.6% y 17-18 años con un 20%, sin embargo en la revisión de historias de recién nacidos no se evidencio madre mayores de 20 años, en relación a esto; en un estudio de colaboración realizado en Chile (2013) por Nazer J. y cols denominado: Defecto de la pared abdominal: estudio comparativo entre el onfalocele y la gastrosquisis se concluyó: que la edad global promedio de las madres era de 30 años con

un rango de 18-44 años, sin embargo en el caso de la gastrosquisis fue un promedio de 22.7 años.⁽⁴⁾ En este sentido se evidencia que persisten las edades maternas tempranas en los casos de recién nacidos vivos con gastrosquisis, siendo apoyados por Lopez, y cols. México (2011) en Nuevas hipótesis embriológicas, genéticas y epidemiológicas de la gastrosquisis donde indican que: La edad promedio de las madres con hijos afectados es de 21.1 años. Las mujeres de 14 a 19 años tienen 7.2 veces más riesgo de tener un hijo con gastrosquisis comparadas con las de 25 a 29 años. Menos de 7% de los casos ocurre en madres mayores de 29 años. Este es el factor de riesgo más consistente; no se sabe la razón pero se cree que es debido a una exposición ambiental en este grupo de edad.⁽⁶⁾

En cuanto a la edad gestacional de los nacidos vivos con gastrosquisis atendidos en el Hospital de Niños Jorge Lizárraga con complicaciones en el post-operatorio, se evidenció un predominio en la semana 37 con un 40% y la semana 34 con 26.6%, en menor proporción la semana 35 y 36 con 13.4% y 20% respectivamente; sin embargo es importante mencionar que el grupo predominante fue el pre-termino con un 60% (semanas 34, 35, 36) sobre el grupo de recién nacidos a término de 37 semanas, en otros estudios se plantea de hipótesis para dicha patología que a mayor edad gestacional existe un desarrollo del aparato digestivo y otros órganos más completo, dificultando así la introducción del mismo dentro de la cavidad abdominal.

El diagnóstico prenatal temprano es benéfico para el feto, ya que hay un seguimiento por ultrasonido para vigilar el desarrollo intrauterino y diagnosticar restricciones del crecimiento fetal (RCIU) y otras complicaciones gastrointestinales, como obstrucción y atresias; sin embargo, predecir el peso al nacer por ultrasonido es difícil, al igual que el diagnóstico de RCIU, ya que la circunferencia abdominal está disminuida de forma secundaria a la gastrosquisis

En relación al sexo de los recién nacidos vivos con gastrosquisis que presentaron complicaciones en el postoperatorio se demostró un predominio significativo del sexo femenino con un 73.4% sobre el sexo masculino con un 26.6%. Nazer J. y cols denominado: Defecto de la pared abdominal: estudio comparativo entre el onfalocele y la gastrosquisis se concluyó: un predominio de 9 caso femenino sobre 5 casos masculinos con gastrosquisis los cuales para el estudio no representaron significancia estadística⁽⁴⁾ a pesar de ser datos relacionados únicamente a RN con gastrosquisis y no indican directamente la presencia o no de complicaciones en el postoperatorio se realiza la presente comparativa en función de denotar el predominio del sexo femenino sobre el masculino a través de estudios de casos comparativos.

En relación a la técnica quirúrgica utilizada en los recién nacidos vivos con gastrosquisis que presentaron complicaciones en el postoperatorio se evidencio un predominio significativo en cuanto al grupo de recién nacidos en el cual se utilizó la técnica de cierre primario con un 60%, siendo menor con un 40% los intervenidos por cierre diferido, bien sea por técnica de schuster o utilización de dispositivo ABS.

Continuando con la línea de investigación se realizó la valoración de las complicaciones más frecuentes en los recién nacidos con gastrosquisis evidenciándose un predominio de la sepsis y la dehiscencia de la herida operatoria ambas con un 33.3%, seguidas por los trastornos hidroelectrolíticos con un 20%, siendo apoyado por Peña A. en su trabajo titulado: Defectos de la pared abdominal, donde se plantean entre las complicaciones más frecuentes de los postoperatorios: dehiscencia de la herida, mala adaptación al medio, trastornos hidroelectrolíticos, problemas respiratorios, perforación intestinal, sepsis, síndrome de intestino corto, necrosis intestinal entre otros.⁵, en este sentido en una presentación de casos, presentada por Montes y cols. en México(2010) denominada Efecto

del Recambio del Líquido Amniótico en Fetos con Gastrosquisis en el cierre primario de la Pared Abdominal indicaron que Dentro de los factores de riesgo descritos se encuentran la sepsis intra-abdominal, dehiscencia de la herida y colocación de prótesis para el cierre de la pared abdominal, ninguna de las cuales presentó nuestro paciente, pero llama la atención, que se enfatiza que dentro de los factores que pueden prevenir esta patología es precisamente la realización de recambio de líquido amniótico.⁽¹⁵⁾

En relación a la edad gestacional, sexo de los recién nacidos, el tipo de técnica quirúrgica y complicaciones; Iran Romay en el año 2010 realizó un estudio denominado “Factores que influyen en la morbi-mortalidad de recién nacidos con gastrosquisis” un estudio no experimental, retrospectivo, descriptivo y transversal, cuya población estuvo representada por 125 historias clínicas de neonatos, donde se obtuvo como resultados:

“Una mortalidad de 28% de los recién nacidos en los cinco años, predominando el sexo masculino en el 52,0%, el 52,0% eran a término y 54,4% eran con peso adecuado para su edad gestacional. En el 72,8% de los neonatos se empleó el cierre gradual, siendo las principales patologías asociadas la perforación intestinal, infección de la herida y serositis, entre otras. La mortalidad se presentó principalmente en prematuros y debido a sepsis. Se concluye que la gastrosquisis es un defecto de la pared abdominal cuyos factores que condicionan su morbi-mortalidad son la prematuridad, bajo peso, perforación intestinal y sepsis, así como las complicaciones derivadas de la técnica de cierre empleada, días de ventilación mecánica y duración de nutrición enteral”.⁽¹⁶⁾ Difiere del presente estudio donde hubo un predominio del sexo femenino, y en el que el cierre diferido presentó menor comorbilidad.

Continuando con la línea de investigación se evidencio que $\frac{1}{4}$ de la población presento como complicación la dehiscencia de herida operatoria siendo esta la principal complicación de los pacientes intervenidos por cierre primario con un 26.6%, seguido de los trastornos hidroelectrolítico. Por su parte un menor número de pacientes presentaron complicación con la resolución por cierre diferido, siendo las principales la sepsis y la obstrucción intestinal con un total de $\frac{1}{4}$ de la población entre ambas.

En cuanto al periodo de aparición de la complicaciones en el post-operatorio de los recién nacidos vivos con gastrosquisis en el Hospital de Niños Jorge Lizarraga (julio2015-junio2016), se demostró una incidencia de complicaciones en el periodo inmediato predominando con un 40%, sobre el periodo mediato y tardío con un 33.4% y 26.6% respectivamente. La presente investigación es innovadora por lo que algunos datos no pudieron ser correlacionados con otros estudios, debido a la escasa y desactualizada información acerca de los mismos.

CONCLUSIONES

En la presente investigación, se determinó las complicaciones más frecuentes de los recién nacidos vivos con gastrosquisis en el Hospital de Niños Jorge Lizárraga (julio2015- junio2016), se realizó una recolección de datos a través de una ficha, obteniendo los mismos a partir de las historias clínicas donde se pudo concluir que:

1. Las edades maternas de los recién nacidos vivos con gastrosquisis que presentaron más complicaciones fueron las del grupo etario de los 15-16 años siendo casi la mitad de la población en estudio.
2. La distribución del número de casos complicados en relación a la edad gestacional del recién nacido siendo predominantes los casos en recién nacidos pre-termino (34, 35, 36 semanas).
3. En el presente estudio realizado en el periodo julio2015-junio2016, se evidencio el uso de cierre primario y cierre diferido en los recién nacidos vivos con gastrosquisis en el Hospital de niños Jorge Lizárraga, evidenciándose menor número de complicaciones en la técnica asociada al cierre diferido.
4. En cuanto al sexo de los recién nacidos de la muestra en estudio, la mayoría fue del sexo femenino
5. En relación a la frecuencia de las complicaciones las de mayor significancia en el presente estudio fueron la sepsis y la dehiscencia de la herida con un valor similar representando cada una, un 1/3 de las complicaciones más frecuentes.
6. Las complicaciones según tipo de intervención quirúrgica realizada, la dehiscencia de herida operatoria predomino en el cierre primario, mientras que la sepsis y la obstrucción intestinal representaron el grupo de complicaciones del cierre diferido.

7. En relación al periodo post-operatorio en el que se evidenció el mayor número de casos de complicaciones, se obtuvo el periodo inmediato el cual represento más de la mitad de las complicaciones.

Un buen equipo multidisciplinario que va a estar encargado por obstetra, neonatólogo, pediatra, cirujano pediatra y anestesiólogo, son los encargados del buen manejo y precoz atención del recién nacido una vez que se encuentre en la vida extrauterina, de igual forma si se resuelve precozmente, es decir se realiza la cirugía posterior a pocas horas del nacimiento, se pueden evitar complicaciones más severas, y se `podría evitar el fallecimiento del recién nacido.

RECOMENDACIONES

Según lo evidenciado entre los resultados del presente estudio, se presentan las siguientes recomendaciones:

1. Considerando que la edad materna representa un riesgo de importancia para la aparición de la patología en estudio y por ende de sus complicación pre y post- operatorias, se exhorta a la educación de la población en general de los riesgo existentes asociados a los embarazos a temprana edad; así mismo a la planificación familiar y su beneficios para la obtención de recién nacidos a termino con una salud indemne.
2. Por otra parte en evidencia de una alta incidencia de casos pre-termino con complicaciones en el post-operatorio de gastrosquisis, haciendo énfasis que a mayor edad gestacional, la sobrevida disminuye y las complicaciones aumenta, se deben realizar diagnósticos precoces de la patología, por ende mejorar todo lo inherente al control prenatal y aumentar las técnicas diagnósticas y terapéuticas empleadas para descartar la gastrosquisis y así poder brindar atención médica especializada y oportuna tanto a los familiares en la orientación durante el periodo fetal, como al neonato en su manejo pre y postquirúrgico.
3. En relación a las complicaciones presentadas en los post-operatorios de los recién nacidos con gastrosquisis, se recomienda la capacitación del personal médico, enfermería y familiares del recién nacido, en pro de minimizar la aparición de las misma, en este sentido a nivel institucional la mejoría en cuanto a infraestructura y la facilitar de un mayor número de cupos en la unidad de cuidados neonatal, así como de las medidas sanitarias de dicha área y quirófano, y proveerlas de la antibiótico-terapia requerida; en vista de ser la sepsis y la dehiscencia de herida las principales complicaciones asociada.

4. Fomentar la realización de historias médicas detalladas, con finalidad de obtener mayor información y mejor registro que facilite la realización de estas investigaciones epidemiológicas, así como mejorar el sistema de archivo de historias médicas donde puedan permanecer durante más tiempo los documentos que sirven de base para este tipo de estudios estadísticos.
5. Aumentar la frecuencia de estos estudios epidemiológicos, con la intención de evidenciar cambio en cuanto a incidencia, mortalidad, mejoras de la técnica quirúrgica y manejo post-operatorio que además permite evaluación propia sobre el manejo de estos pacientes y así establecer y ofrecer mejoras en cuanto al mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ashcraft, h. Cirugía Pediátrica. 2ª edición. Mc. Graw Hill Interamericana. Impreso en México. (2002). pag. 578-586
2. Burroughs, A y Leifer, G. Medicina Pediátrica. 8ª edición. Impreso en México. Mc. Graw Hill Interamericana. (2002). Pag. 278-286
3. Del Angel A. y cols. Gastrosquisis, manejo médico-quirúrgico: Abordaje multidisciplinario. Mexico (2012) publicado en la revista Mexicana de Pediatría Vol. 79 Sep-oct 2012 disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp125d.pdf>
4. Nazer J, Cifuentes L, Aguilar A. Defectos de la pared abdominal. Estudio comparativo entre onfalocele y gastrosquisis. Chile (2013) disponible en : <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v84n4/art06.pdf>
5. Peña, A. Defectos de la pared abdominal. Revista Cubana Pediátrica. (2004). Pag. 129-137 disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312004000100003
6. Lopez J, Castro D, Venegas C. Nuevas hipótesis embriológicas, genética y epidemiología de la gastrosquisis. Mexico (2011) disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v68n3/v68n3a10.pdf>
7. Oruña, A. "Defectos de Pared Abdominal Anterior". La Habana. Revista Cubana de Genética Humana. 2004. Pag. 25-30
8. Rodríguez Balderrama, I. Morbilidad y Mortalidad en Recién Nacidos con Gastrosquisis: Valoración del Recambio del Líquido Amniótico. Universidad Autónoma de Madrid, en la Facultad de Medicina. Departamento de Pediatría. (2010). Disponible en :

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/5432/35374_rodriguez_bal_derrama_isaias.pdf?sequence=1

9. Luton D. "Tratamiento Prenatal de la Gastroquisis: Técnica de Recambio Amniótico". Clínicas de Perinatología. (2003). Disponible en : http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pediatria/gastroquisis.presentacion_de_un_caso.pdf
10. Diez, R. Una Alternativa al Silastic en la Reparación de la Gastroquisis. Pediatría Quirúrgica Panamericana. La Habana. Cuba. (2010). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/renacip/programa_analitico.pdf
11. Castañeda, A. Protocolo de obstetricia y medicina perinatal, instituto Universitario Quirón Dexeus. Sevilla (2014) disponible en: <http://www.redlagrey.com/files/Protocolos.de.Obstetricia.y.Medicina.Perinatal.pdf>
12. Fonseca, P. Publicación mensual de la Unidad de Neonatología y el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Instituto de Ciencias Biomédicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. (2010). Disponible en : http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20ARA%20PUBLICAR.pdf
13. Thomas, R. "Abdominal Wall Defects". Curr Opin Pediatr. 2002 disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pediatria/gastroquisis.presentacion_de_un_caso.pdf
14. Metodología de la investigación Hernandez Sampieri 6ta edición
15. Montes, Hambiriz y cols. Efecto del Recambio del Líquido Amniótico en Fetos con Gastroquisis en el cierre primario de la Pared Abdominal

monterrey 2010 disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexcirped/mcp-2010/mcp103e.pdf>

16. Romay Romero, Irán Enrique. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MORBI – MORTALIDAD DE RECIEN NACIDOS CON GASTROSQUISIS. Maracaibo, Venezuela, nov.2010 disponible en: tesis.luz.edu.ve/tde_arquivos/15/TDE-2011-11—01T08:55:47Z-2066/Publico/romay_romero_iran_enrique.pdf

ANEXOS



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



01.- Edad Materna	02.- Edad Gestacional	03.- N° de Controles	04.-N° de Gestaciones

05.- Peso al Nacer	06.- Talla al Nacer	07.-Complicaciones prenatales	08.-Tecnicas Quirúrgicas

09.-Sexo	10.-Complicaciones inmediatas	11.-Complicaciones Mediatas	12.-Complicaciones Tardías