

Cuidados del recién nacido con defectos de la pared abdominal

Lic. Guillermina Chattás

Resumen

Los defectos de la pared abdominal incluyen una amplia gama de malformaciones en el recién nacido. Las más frecuentes son el onfalocele y la gastroquisis. Muchos de los defectos comprometen la vida del neonato, si no recibe la intervención oportuna, o por lo menos provocan un desequilibrio en su estabilidad cardiorrespiratoria, nutricional, hidroelectrolítica y térmica. Los cuidados integrales en la recepción y en el periodo perioperatorio hacen a la diferencia en la morbimortalidad y en la calidad de vida futura. Este artículo revisa la embriología, el manejo perioperatorio y los cuidados de enfermería de los recién nacidos con estas patologías.

Palabras claves: defectos de la pared intestinal, gastroquisis, onfalocele, recién nacido, cuidados de enfermería

Clasificación de los defectos de la pared abdominal

El onfalocele y la gastroquisis son los defectos congénitos más frecuentes de la pared abdominal que requieren intervención quirúrgica en el periodo neonatal. Hay reportes de su existencia desde 1634, pero recién en 1960 se comienza a intervenir, acompañado con el avance en los cuidados neonatales, la incorporación de la nutrición parenteral y las nuevas técnicas quirúrgicas. La mortalidad y la morbilidad de los recién nacidos con estas entidades están ligadas a la presencia de otras malformaciones asociadas o de anomalías cromosómicas.

El onfalocele es un defecto abdominal central a nivel umbilical a través del cual se hernian las vísceras abdominales. Se encuentra cubierto por una doble membrana de amnios (externa) y peritoneo (interno). No está protegido ni por piel, ni por los músculos abdominales. El cordón umbilical se inserta en la membrana habitualmente en la región central o inmediatamente inferior. Puede tener un tamaño variable que va desde los pocos centímetros de diámetro, que corresponde más bien a una hernia umbilical, hasta un diámetro mayor constituyendo un onfalocele gigante (más de 5 cm)



Cuadro 1: Onfalocele

La gastroquisis es un defecto de la pared abdominal habitualmente paraumbilical derecho, pequeño de 4 centímetros de

diámetro o menos, con cordón umbilical intacto. A través del defecto se eviscera el intestino, que se encuentra sin membrana cobertora y presenta en la serosa una reacción inflamatoria o peel de intensidad variable, con distintos grados de mal rotación. El hígado permanece generalmente en el interior del abdomen.



Cuadro 2: Gastroquisis

Incidencia y epidemiología

Los estudios epidemiológicos demuestran una incidencia de onfalocele de 1 en 3000 a 5000 recién nacidos vivos. Esta malformación tiene mortalidad oculta, ya que hay una gran cantidad de fetos afectados con malformaciones incompatibles con la vida. Está asociado frecuentemente con alteraciones cromosómicas. Se sospecha que la incidencia es mucho mayor. Es más frecuente en varones; entre el 60 y 80% de los niños tienen otra malformación asociada.

La distribución a nivel mundial para onfalocele no es homogénea. El área de mayor incidencia se encuentra en Noruega con 3,9/10 000 y la de menor incidencia en Francia con 1,1/10 000.

La gastroquisis, a diferencia del onfalocele, no se asocia a otras malformaciones, por lo que es probable que la estadística represente al número de fetos afectados. El mayor reporte en la incidencia se presenta en Inglaterra con 2,3/10 000 recién nacidos y hay áreas de menor incidencia como Italia con 0,4/10 000.

Es llamativo el aumento de la incidencia de gastroquisis a nivel mundial, mientras que la casuística de onfalocele permanece estable.

Ambas entidades tienen importantes diferencias anatómicas y de condiciones asociadas que implican un pronóstico distinto.

Un alto porcentaje de recién nacidos con onfalocele presentan otras malformaciones asociadas. (Cuadro 3), mientras que los neonatos con gastroquisis en raras ocasiones poseen otras anomalías (Cuadro 4).

Malformaciones	Incidencia	Más frecuente
Cromosómicas	30-40%	Trisomía 13-18, síndrome Beckwith-Wiedermn
Cardiopatías congénitas	50%	Tetralogía de Fallot
Renales	10%	Mal rotación renal
Genitourinarias	10%	Exstrofia vesical
Faciales	10%	Labio leporino y paladar hendido
Esqueléticas	10%	Variedad de defectos
Gastrointestinales	40%	Atresia intestinal, hernia diafragmática.

Cuadro 3: Malformaciones asociadas a onfalocele

Malformaciones	Incidencia	Más frecuente
Gastrointestinales Cerebrales	15 a 45%	Atresia intestinal, perforación, necrosis y vólvulos, hernia diafragmática Anencefalia
Faciales		Labio leporino y paladar hendido
Cardiopatías congénitas		Defecto atrial
Esqueléticas		Escoliosis, sindactilia

Cuadro 4: Malformaciones asociadas a gastroquisis

Etiopatogenia

Existen grandes controversias acerca de las causas que producen los defectos de la pared abdominal. Los mecanismos patogénicos están por determinarse.

En las gastroquisis se cree que su aparición está relacionada a la disrupción de la arteria onfalomesentérica derecha.

Durante la cuarta semana de desarrollo, los pliegues laterales del cuerpo se mueven hacia el centro y se fusionan en la línea media para formar la pared abdominal anterior. La fusión incompleta resulta en un defecto que permite que las vísceras abdominales protruyan a través de la pared abdominal. Los intestinos típicamente se hernian a través de los músculos rectos abdominales, en un defecto que casi siempre está a la derecha del cordón umbilical.

En los últimos años numerosos estudios epidemiológicos relacionan la gastroquisis con factores ambientales. Entre estos se destacan el uso de vasoconstrictores como acetaminofeno, aspirina e ibuprofeno durante los primeros estadios del embarazo.

Werler et al. demostraron que el uso de vasoconstrictores en fumadoras de más de 20 cigarrillos por día aumenta el riesgo de gastroquisis en 3,6 veces.

El estudio de la Asociación de Cirujanos Pediatras Japoneses demuestra claramente el mayor riesgo asociado al tabaco.

Otros estudios demuestran que el uso de cocaína, aumenta 4 veces el riesgo, el uso de anfetaminas y marihuana lo aumenta al doble. Estos estudios apoyan la hipótesis vascular en la patogenia de la gastroquisis. También parece estar asociada a la menor edad de la madre. Otros trabajos lo han relacionado a la escolaridad y el nivel educativo de la madre y a la existencia de un corto periodo entre la menarca y el primer embarazo.

En las gastroquisis las alteraciones fisiopatológicas dependen del tiempo de exposición de las asas intestinales al líquido amniótico; el daño es mayor si el contacto es previo a la semana 30 de gestación. El pH del líquido amniótico es menor de 6,9 y se encuentra aumentado el factor de crecimiento epidermal, que produce alteraciones de la motilidad, acortamiento del mesenterio y atrofia de vellosidades intestinales. Los órganos están cubiertos por una membrana denominada peel, que está constituida por colágeno tipo IV.

Las implicancias clínicas de estos hechos resultan en íleo prolongado, trastornos de absorción intestinal y riesgo de adherencias.

En el caso del onfalocele hay por lo menos tres teorías acerca de su etiología. La primera se refiere a la detención del desarrollo de la pared abdominal en periodos precoces del embarazo. Como segunda teoría, De Vries responsabiliza a la persistencia del tronco o tallo corporal en la región normalmente ocupada por la somatopleura como responsable de la patogenia del onfalocele. Pero es quizá la tercera teoría, la más fuerte que postula que en el periodo embrionario, el intestino en condiciones normales migra a través del cordón umbilical fuera del abdomen, para retornar aproximadamente en la semana 10 de gestación. Es quizá un fallo en el retorno de las vísceras al abdomen lo que da lugar a la herniación de los órganos.

El siguiente cuadro resume algunas otras diferencias entre ambas patologías, que sólo tienen en común el sitio de localización, la pared abdominal.

CARACTERÍSTICAS	ONFALOCELE	GASTROQUISIS
Localización del defecto	Cordón umbilical	Lateral al cordón (derecha)
Tamaño del defecto	4 - 10 cm	Menor a 4 cm
Localización del cordón	Sobre el defecto	Sobre la piel
Posición del hígado	Herniado	Intraabdominal
Apariencia del intestino	Normal	Edematoso
Cavidad abdominal	Pequeña	Casi normal
Mal rotación intestinal	Presente	Presente
Atresia Intestinal	Raro	Frecuente
Isquemia del mesenterio	Raro	Frecuente
Anomalías Asociadas	40 - 80%	Raro

CARACTERÍSTICAS	ONFALOCELE	GASTROSQUISIS
Incidencia	1/3000-5000 (estable)	1/3000-5000 (en aumento)
Asociación con Enterocolitos	Raro	18%
Mal absorción intestinal	Ausente	Frecuente
Asociación con prematuridad	10 - 20%	50 - 60%
Edad Materna	> 20 años	< 20 años
Pronóstico de Supervivencia	Con cardiopatía: 20% Sin cardiopatía: 70%	70 - 90%

Cuadro 5: Diferencias entre onfalocele y gastroquisis

Tratamiento

El tratamiento de los defectos de pared abdominal dependerá del tipo de defecto, del tamaño de los órganos eviscerados, y de la distensibilidad o capacidad abdominal.

Recepción del recién nacido

El diagnóstico prenatal permite anticiparse y programar la recepción el recién nacido y la vía de nacimiento. Existen intensas controversias sobre cuál es el modo óptimo del parto. En un estudio Segel y col., (2001) no encontraron evidencia de los beneficios que ocasiona la forma de nacimiento sobre los defectos de la pared abdominal. El nacimiento por cesárea comparado con el parto vaginal, no mejora los resultados. Sin embargo Sakala et al, demuestran en su serie que la cesárea disminuye los días de ayuno, la incidencia de sepsis, de obstrucción intestinal y el síndrome de intestino corto. También existen reportes de lesiones graves intestinales debidas a maniobras durante el parto vaginal.

En cuanto al momento de finalizar con la gestación antes del término en recién nacidos con gastroquisis, Huang et al. afirman que es preferible tener un RN más maduro por sobre el eventual daño que se evitaría al interrumpir el contacto de las asas intestinales con el líquido amniótico al adelantar el parto. Sin embargo hay otros autores que opinan lo contrario, y prefieren tener menor lesión del intestino con cierto grado de prematuridad.

Luego del nacimiento las vísceras deben ser manipuladas con sumo cuidado para disminuir la posibilidad de ruptura de la membrana en el caso del onfalocele y de lesionar los órganos en el caso de la gastroquisis. El defecto debe ser cubierto con gasas estériles tibias humedecidas en solución fisiológica o vaselina estéril, y luego cubrir todo con un plástico estéril. Otra alternativa es utilizar "bowel bag" (bolsa para intestino), que sirve para incluir el defecto dentro de la bolsa, junto con los miembros inferiores y el abdomen. Estas intervenciones tienen como objetivo minimizar las pérdidas insensibles de agua y de calor, y disminuir el riesgo de contaminación del defecto. (Cuadro 6)

La alineación del defecto en este periodo, disminuye el compromiso vascular por compresión, evitando mayores complicaciones en los órganos.



Cuadro 6: Cobertura del defecto al nacimiento (distintas opciones): bolsas expandibles, silo realizado con plástico, y venda y bowel bag



La experiencia y disponibilidad de recursos humanos y materiales también tiene influencia en el tratamiento. En el caso de las gastroquisis hay experiencia de cierre precoz en sala de partos, luego de la estabilidad inicial del recién nacido. Se realiza una expresión manual del intestino para eliminar el meconio, lavado intestinal, para disminuir el tamaño de las vísceras, antes que se llenen de aire y facilitar su regreso al abdomen.



Cuadro 7: Opciones de tratamiento: reducción manual: cierre primario

En el caso que las vísceras expuestas sean de gran tamaño o que la distensibilidad abdominal no sea la apropiada, el cierre diferido es el tratamiento utilizado. Luego de la protección inicial para el traslado, se realiza una cobertura del

defecto con una malla de distintos materiales que cada día el cirujano intentará achicar realizando puntos de sutura en la parte superior del defecto. De esta manera se introducen lentamente las vísceras en la cavidad abdominal. Esta técnica se denomina silo. Es importante mantener el mismo alineado, perpendicular al plano abdominal, para favorecer la perfusión de las vísceras.

Si los órganos son introducidos “a presión”, se verá comprometida la perfusión e integridad de los mismos. Es por eso que en muchos centros de salud se mide la presión intraabdominal antes de introducir las vísceras, a través de una sonda vesical o sonda nasogástrica.



Cuadro 8: Opciones de tratamiento: Reducción del silo

El tratamiento de los defectos de pared estará relacionado con los medios disponibles, el grado de inflamación intestinal, el tamaño del defecto y las condiciones generales del recién nacido.

En el caso que estos recién nacidos haya nacido en centros de salud alejados de centro quirúrgicos, se debe organizar una transferencia coordinada con el centro receptor. Para el traslado es importante mantener las condiciones de recepción del defecto, colocar al recién nacido en decúbito dorsal o lateralizado, asegurar la normotermia, colocar un acceso venoso y facilitar la descompresión gástrica a través de una sonda de gran calibre.

Plan de cuidados para un recién nacido con defectos de la pared abdominal

• Necesidad de respirar

El objetivo primordial es mantener la estabilidad cardiorrespiratoria. Los recién nacidos con defectos en la pared abdominal tienen riesgo de desarrollar insuficiencia respiratoria y frecuentemente requieren de ventilación e intubación inmediatamente al nacimiento. Los neonatos con malformaciones estructurales del corazón pueden desarrollar inestabilidad hemodinámica secundaria a otras malformaciones como las cardiopatías congénitas. En el periodo preoperatorio una radiografía toraco-abdominal de frente es útil para descartar otras malformaciones pulmonares asociadas.

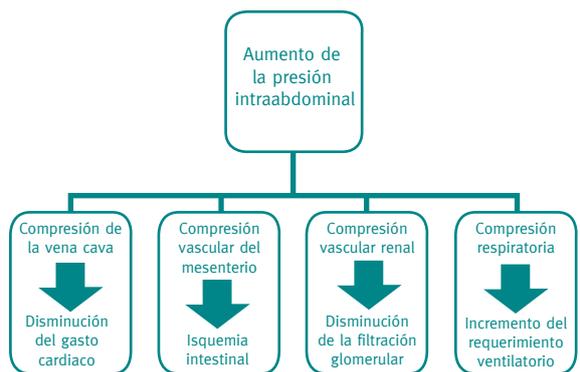
El control de la tensión arterial en estos pacientes es importante. Ubicar el defecto en línea media facilita el retorno venoso.

Independientemente del tratamiento que reciba, la introduc-

ción de las vísceras en el abdomen genera aumento de la presión intraabdominal. Es importante observar la perfusión del defecto y de los miembros inferiores para evaluar si el defecto se encuentra bien alineado.

El control de la presión intraabdominal en muchos servicios se realiza a través de la medición de la presión intravesical.

En el postoperatorio o luego de la reducción del silo, el aumento brusco de la presión intraabdominal se asocia con una reducción del gasto cardíaco, disminución en la perfusión e incremento en el requerimiento de la ventilación. Es más frecuente en niños que han sido sometidos a un cierre primario, ya que en aquellos con grandes defectos la compresión de la vena cava inferior puede reducir el gasto cardíaco secundario a la disminución del retorno venoso. La compresión de los vasos mesentéricos produce isquemia intestinal. La reducción del flujo renal puede producir disminución en la filtración glomerular y de la función renal. Estos cambios requieren un manejo agresivo de los líquidos en el postoperatorio, controlado a través del balance de ingresos y egresos y de los parámetros hemodinámicos. En general la disfunción renal es transitoria. (Cuadro N° 9)



Cuadro 9: Efecto de la presión intraabdominal sobre los distintos órganos

En el periodo postoperatorio el paciente puede requerir asistencia respiratoria prolongada, sobre todo cuando algunos de los defectos de pared se asocian a una malformación pulmonar o a prematuridad. En los defectos muy grandes la imposibilidad de movimientos respiratorios fetales puede provocar cierto grado de hipoplasia pulmonar, que complica el cuidado respiratorio y prolonga la necesidad de asistencia ventilatoria. Mantener el volumen intravascular y la estabilidad hemodinámica incluye la realización del estado ácido base, balance de ingresos y egresos, el control de electrolitos, el control de glucemia y el hematocrito.

• Necesidad de alimentación e hidratación

Los recién nacidos con defectos de pared tendrán ayunos prolongados independientemente del tratamiento que reciban. Las pérdidas de agua, electrolitos y de proteínas están incrementadas, especialmente en los recién nacidos con gastroquisis o con onfalocelo con la membrana rota.

El déficit de líquidos puede llevar a una perfusión insuficiente de los tejidos y desarrollar acidosis metabólica. Mantener el volumen intravascular, no solo mejora la perfusión de los tejidos sino que garantiza la perfusión intestinal.

Una de las medidas para disminuir las pérdidas de líquidos incluye el uso de incubadoras con humedad, especialmente cuando los recién nacidos son prematuros.

La colocación de una sonda orogástrica debe ser una de las maniobras iniciales, luego de la reanimación y es necesario introducirla cuanto antes para evitar el pasaje de aire al intestino distal en los primeros minutos de vida. El aire dentro de las vísceras resulta muy difícil de extraer, debido al íleo que presentan estos pacientes. Además, si el aire ingresa a las vísceras, éstas aumentan de tamaño, dificultando la introducción en el abdomen. Se puede colocar una sonda de doble vía y mantener una aspiración permanente para facilitar la descompresión gástrica.

La instalación de vías intravenosas debe ser inmediata al nacimiento, preferentemente en los miembros superiores, ya que la perfusión de los miembros inferiores se ve comprometida en el postoperatorio.

La planificación de la colocación de un acceso vascular central en el preoperatorio es fundamental para asegurar la nutrición luego de la cirugía, la correcta cicatrización de la herida y asegurar el crecimiento adecuado.

La alimentación enteral se demora varios días, debido al íleo prolongado que presentan estos pacientes en el postoperatorio. Frecuentemente cuando se introduce la alimentación, la tolerancia limitada, restringen el avance del aporte oral.

Si se sospecha de un Síndrome de Beckwith - Wiedeman la glucosa tiene que ser monitorizada, ya que este síndrome se asocia a hipoglucemias marcadas.

• Necesidad de eliminar

La cateterización vesical, permite disminuir la presión vesical sobre el defecto, facilita el control del ritmo urinario y el manejo de los líquidos.

En los recién nacidos que no se haya realizado cierre primario y tengan silo, la sonda vesical servirá para medir indirectamente la presión intraabdominal. Se coloca la sonda perpendicular al paciente, se mide la columna de líquido en la sonda vesical y se transporta a una regla en centímetros. Si la presión excede a 20 cmH₂O, hay que esperar para reintroducir las vísceras (Lacey y col., 1998). La presión intraabdominal mayor no permite que las vísceras sean reintroducidas, ya que comprometería la perfusión de las mismas.

• Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada

Los pacientes con defectos de pared abdominal tienen casi un decúbito dorsal obligado. Eso no significa que haya que olvidar el cambio de posición para preservar la integridad de la piel de la espalda. La lateralización leve con ayuda de rollos y ropa, evita zonas de apoyo fijos, que disminuyen la perfusión y perjudican la integridad de la piel. Cada vez que este recién nacido modifica su postura es importante observar la perfusión de los miembros inferiores, el color, la temperatura de los mismos y la tensión arterial media.

• Necesidad de dormir y descansar

Los recién nacidos que presentan defectos en la pared abdominal son sometidos en el período preoperatorio, a múltiples estudios complementarios, a veces dolorosos y molestos, que atentan contra su sueño y reposo. Si el paciente es sometido a un cierre diferido, cada vez que se introducen las vísceras,

el recién nacido debe recibir analgesia. Es muy importante el trabajo en equipo, coordinar con el cirujano el mejor momento para realizar el procedimiento. Conocer el horario en que se realizará la introducción de las vísceras permitirá adelantarse, y administrar la analgesia con el tiempo suficiente para lograr la acción buscada. En el postoperatorio, en los casos que la sutura se encuentra a tensión puede resultar también conveniente la relajación farmacológica, para evitar los movimientos respiratorios que aumenten el riesgo de complicaciones en la sutura.

• Necesidad de termorregulación

Seashore y col. publican que el 67% de los recién nacidos con gastroquisis presentan en algún momento temperatura corporal menor a 35°C.

El incremento de las pérdidas insensibles como consecuencia de las vísceras expuestas, en el caso de la gastroquisis, o en los onfalocelos rotos, favorece la vasoconstricción periférica, la disminución de la perfusión de los tejidos y el desarrollo de acidosis metabólica.

Cubriendo el defecto como previamente se describe, disminuye la pérdida de calor, y se favorece la normotermia. El uso de incubadoras con humedad, y la preferencia de uso de incubadoras vs. servocunas, no solo reduce las pérdidas insensibles, sino que el calor radiante sobre el defecto, lo seca más rápidamente.

• Necesidad vestirse y desvestirse

Los recién nacidos con defectos de pared presentan una apariencia distinta a la de un recién nacido normal. Luego de la etapa postoperatoria crítica, intentar que el neonato pueda estar vestido colabora a que los padres tengan una imagen más parecida a la imagen soñada. Los padres pueden participar eligiendo la ropa, vistiéndolos. Además que el bebé se encuentre vestido disminuirá los requerimientos térmicos de la incubadora.

• Necesidad de estar limpio y de proteger tegumentos

Los recién nacidos con defectos de la pared abdominal tienen riesgo de presentar lesiones en la piel, debido a la inmovilización prolongada, sobre todo aquellos pacientes que son sometidos a un cierre diferido, que requieren de un silo y permanecen en decúbito dorsal obligado por varios días. Cabe recordar que la prevención es prioritaria para evitar lesiones, mediante la rotación de decúbito, y el uso de hidrocoloides antes de utilizar tela adhesiva para la fijación de sondas y drenajes.

• Necesidad de evitar los peligros

Uno de los riesgos mayores que presentan los recién nacidos con vísceras expuestas es el incremento de infecciones. Las rutinas de curación deben ser estrictas manteniendo la esterilidad del defecto, utilizando guantes, compresas y gasas estériles.

La administración de antibióticos de amplio espectro reduce el riesgo de infección incrementado por la exposición del defecto a los microorganismos del ambiente.

En prevención del sangrado intraquirúrgico estos recién nacidos deben recibir vitamina K de rutina.

La observación y la valoración clínica permitirán detectar malformaciones que implican riesgo para el recién nacido. Es por

eso que además del examen físico minucioso se indican otros estudios complementarios como ecocardiograma, radiografía de tórax, ecografía abdominal y exámenes cromosómicos.

• **Necesidad de comunicarse con los semejantes**

Las enfermeras necesitan encontrar cuáles son las necesidades de la familia. Algunos padres tienen la posibilidad del diagnóstico prenatal, otros reciben información luego del nacimiento. La experiencia es única para cada familia. En todo momento los padres necesitan información, soporte y compasión. A veces las internaciones prolongadas complican la vida familiar, sobre todo cuando los centros de atención se encuentran alejados del lugar donde viven los padres. Pasado el periodo crítico del recién nacido, es importante fomentar que los padres puedan alzarlos y realizar contacto piel a piel. La evolución tórpida que presentan algunos niños en el postoperatorio y el patrón cíclico de progresión y regresión de la alimentación desanima a los padres y es por eso que es importante incluirlos rápidamente en el cuidado. El vínculo con su hijo debe ser una prioridad. Las reuniones de padres con el equipo de salud es una buena oportunidad para que ellos pregunten y conozcan la situación de sus hijos.

Para poder llevar a cabo intervenciones efectivas y de calidad dirigidas a los padres, será necesario conocer el tipo de conductas y reacciones que estos pueden adoptar ante el nacimiento de un hijo con defectos en la pared abdominal y al mismo tiempo ser capaces de establecer una relación terapéutica que facilite y genere un clima de comprensión y confianza. Es frecuente encontrar un deterioro de la comunicación verbal relacionado con un alto grado de estrés en los padres manifestado por la dificultad para comprender los mensajes y mantener el patrón de comunicación habitual. Las enfermeras deben evaluar el lenguaje verbal y no verbal de los padres, observar la interpretación exacta de los mensajes recibidos por el equipo de salud acerca del estado de su hijo y si tienen posibilidades de intercambio de mensajes con los demás padres. Dar un abrazo, tomar la mano a veces es el primer paso de la comunicación no verbal que puede establecer la enfermera para disminuir la ansiedad y crear un ambiente que facilite la confianza y la escucha activa.

• **Necesidad de actuar según sus creencias y valores**

Como ya se ha desarrollado en otros artículos anteriores es fundamental la recolección de datos acerca de las creencias y valores que tiene la familia, con el fin de ayudar, contener y sostener en la situación que deben atravesar al tener un niño con defectos en la pared abdominal. Los miedos acerca del futuro incierto, de la pérdida de la imagen corporal y en forma más cercana a la cirugía y sus complicaciones son algunas de las preocupaciones posibles. Acompañarlos en la búsqueda de estrategias en relación a sus creencias debe ser una intervención que forma parte del plan de cuidados de enfermería.

• **Necesidad de aprender**

Para poder aprender acerca del cuidado de un recién nacido con defectos de pared, los padres deben comprender en primera instancia el proceso de enfermedad de su hijo. Es importante que aprendan a desarrollar una valoración objetiva del estado del niño y que gradualmente tengan dominio de la situación. Esto es fundamental para el cuidado del recién nacido y la preparación para el alta. Los pacientes con onfalocele y gastroquisis a menudo tienen complicaciones que los obligan a reinternarse. Es fundamental que los padres comprendan cuáles son los signos de alarma que deben preocuparlos y acudir al centro de salud. Entre ellos se encuentran los vómitos y la distensión abdominal como consecuencia de una suboclusión intestinal.

• **Necesidad de preocuparse de la propia realización**

El nacimiento de un hijo habitualmente se asocia a sentimientos positivos; sin embargo cuando nace un niño con defectos en la pared abdominal estas circunstancias son distintas. La diferencia entre lo que esperaban ser como padres y lo que permiten las circunstancias de tener un hijo en la UCIN es enorme. Suelen aparecer sentimientos de tristeza, miedo, confusión, rechazo, incertidumbre y culpabilidad. La relación de ayuda es útil en este contexto. Implica que una de las partes involucradas en esta relación facilita a la otra la adopción de nuevas actitudes, sentimientos o comportamientos, con el fin de promover modos de conducta más funcionales, conocer otras posibilidades y recursos latentes a veces desconocidos por el propio individuo y obtener una percepción de control y recuperación del rol paterno. Cuando una persona establece una relación de ayuda con otro se producen algunas condiciones básicas como respetar el ritmo del otro, aceptar incondicionalmente a la otra persona, sin realizar juicios de valor, confrontar con transparencia los sentimientos e ideas con empatía, con la capacidad de captar, entender y dar respuesta a las experiencias únicas del otro.

• **Necesidad de distraerse**

La evolución tórpida, a veces crónica, de algunos recién nacidos con gastroquisis y onfalocele obligan al recién nacido y su familia a internaciones prolongadas, que modifican la rutina de los padres, las relaciones laborales, la relación con su familia y sus amigos. Permitir y facilitar a los padres el encuentro con otros, con sus seres queridos, disminuye la situación estresante al compartirla con otros, además de satisfacer la necesidad de distracción que debe tenerse en cuenta en todo ser humano.

El cuidado de los recién nacidos con onfalocele y gastroquisis es complejo. El periodo pre y postoperatorio puede ser seguido de una fase crónica con grandes desafíos. Las enfermeras tenemos el privilegio de estar siempre presentes en el cuidado de los recién nacidos y sus familias.

■ **Bibliografía**

1. Bell EF, and Oh W. Fluid and electrolyte management. In Neonatology. Pathophysiology and Management of the Newborn, 5th ed., Avery GB, Fletcher MA, and MacDonald MG, Ed. Toronto: Lippincott Williams & Wilkins; 1999. p. 347-349.
2. Cooney DR. 1998. Defects of the abdominal wall. In Pediatric Surgery, 5th ed., O'Neill JA, et al., eds. Toronto: Mosby, 1045-1086.
3. De Vries PA. The pathogenesis of gastroschisis and omphalocele. Journal of Pediatric Surgery 15(3): 245-251.
4. Dillon PW, and Cilly RE. Newborn surgical emergencies: Gastrointestinal anomalies, abdominal wall defects. Pediatric

Clinics of North America.1993 40(6): 1289–1314.

5. Olesevich M, Alexander F, Khan M, Cotman K. Gastroschisis revisited: role of intraoperative measurement of abdominal pressure. *Journal of Pediatric Surgery* 2005 May Vol. 40, Issue 5. p. 789-792.
6. Grosfeld JL, Dawes L, Weber TR. Congenital abdominal wall defects: Current management and survival. *Surgical Clinics of North America* 61(5): 1981. p. 1037–1049.
7. Rodeck CH, and Whittle MJ, eds. Philadelphia: Churchill Livingstone, 373–374. Mann L, et al. 1984. Prenatal assessment of anterior wall defects and their prognosis. *Prenatal Diagnosis* 4 (6): 427–431.28.
8. Hernández DE, Flores MS, Patiño J. Cuidados de la familia con un recién nacido de alto riesgo. Proceso de transición al hogar. En Díaz NM, Gómez CL y Ruiz MJ. *Tratado de enfermería en la infancia y la adolescencia*. Madrid. Mc Graw-Hill Interamericana; 2006.p 417-424
9. Hernández DE, Flores MS, Hurtado S. Enfermería y la relación de ayuda. *Revista Excelencia Enfermera*. 2004 Disponible en <http://www.ee.isics.es> consultado el 24 de abril de 2009
10. Hershenson MB, et al. Respiratory insufficiency in newborns with abdominal wall defects. *Journal of Pediatric Surgery* 1985 20(4): 348–353.25.
11. How HY, et al. Is vaginal delivery preferable to elective cesarean delivery in fetuses with a known ventral wall defect? *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000. 182(6): 1527–1534.32.
12. Kirk EP, Wah RM. Obstetric management of the fetus with omphalocele or gastroschisis: A review and report of one hundred twelve cases. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1983. 146(5): 512–517.33.
13. Koivusalo A, Lindahl H, and Rintala RJ. Morbidity and quality of life in adult patients with a congenital abdominal wall defect: A questionnaire survey. *Journal of Pediatric Surgery* 2002. 37 (11): 1594–1601.
14. Williams T, Butler R, Sundem T, Management of the infant with gastroschisis: a comprehensive review of the literature. *Newborn and Infant Nursing Reviews* June 2003 (Vol. 3, Issue 2, Pages 55-63)
15. Mc.Nair C, Hawes J, Urquhart H. Caring for the newborn with an omphalocele. *Neonatal Network* 2006 Vol. 25 N° 5 September/October.
16. Meller JL, Reyes HM, and Loeff DS. 1989. Gastroschisis and omphalocele. *Clinics in Perinatology* 16(1): 113–122.46.
17. Moore K, Persaud T. In *The Developing Human Clinically Oriented Embryology* 1998. 6th ed. Moore K, Persaud T. Eds. Philadelphia: WB Saunders, 273–302.
18. Moretti M, et al. The effect of mode of delivery on the perinatal outcome in fetuses with abdominal wall defects. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1990. 163(3): 833–837. 36.
19. Nicolaidis KH, et al. Fetal gastro-intestinal and abdominal wall defects: Associated malformations and chromosomal abnormalities. *Fetal Diagnostic Therapy* 1992 7(2): 102–115. 30.
20. Nyberg DA, et al. Chromosomal abnormalities in fetuses with omphalocele. Significance of omphalocele contents. *Journal of Ultrasound Medicine* 1989 8(6): 299–308.
21. Paidas MJ, Crombleholme TM, and Robertson FM. Prenatal diagnosis and management of the fetus with an abdominal wall defect. *Seminars in Perinatology* 1994. 18(3): 196–214.
22. Rescorla FJ. Surgical emergencies in the newborn. In *Workbook in Practical Neonatology*, 3rd ed., Polin RA, Yoder MC, and Burg FD, Eds. Toronto: WB Saunders; 2001.
23. Roger CR. *El proceso de convertirse en persona*. Ed Paidos 1996
24. Sadler T. Digestive system. In *Langman's Medical Embryology*, 8th ed., O'Brian P, and Sadler T, eds. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
25. Salomon LJ, et al. Omphalocele: Beyond the size issue. *Journal of Pediatric Surgery* 2002 37(10): 1504–1505. 48.
26. McNair C, et al. Postoperative pain assessment in the neonatal intensive care unit. *Archives of Disease in Childhood*. 2004. Fetal and Neonatal Edition 89(6): 537–541.44.

27. Stoll C, et al. Risk factors in congenital abdominal wall defects (omphalocele and gastroschisis): A study in a series of 265,858 consecutive births. *Annals of Genetics* 2001.44(4): 201–208.
28. Stringel G, and Filler RM. Prognostic factors in omphalocele and gastroschisis. *Journal of Pediatric Surgery* 1979. 14(5): 515–519.
29. Wilson RD, and Johnson MP. 2004. Congenital abdominal wall defects: An update. *Fetal Diagnosis and Therapy* 19(5): 385–398
30. Yaster M, et al. Hemodynamic effects of primary closure of omphalocele/gastroschisis in human newborns. *Anesthesiology* 1988 69(1): 84–88.40.
31. Draper ES, Rankin J, Tonks AM, et al. Recreational drug use: a major risk factor for gastroschisis? *Am J Epidemiol.* Feb 15 2008;167(4):485-91
32. Henrich K, Huemmer HP, Reingruber B, Weber PG. Gastroschisis and omphalocele: treatments and long-term outcomes. *Pediatr Surg Int.* 2008 Feb ;24(2):167-73
33. Vachharajani AJ, Dillon PA, Mathur AM. Outcomes in neonatal gastroschisis: an institutional experience. *Am J Perinatol.* Sep 2007;24(8):461-5