

CASO CLINICO

INTERVENCION DE ENFERMERIA EN UN PACIENTE
PEDIATRICO CON GASTROSQUISIS

LUPE DEL ROSARIO APOLO CAMPOS
JULISSA ALEJANDRA MURILLO MACAS.



BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO

INSTITUTO SUPERIOR UNIVERSITARIO BOLIVARIANO

TEMA:

INTERVENCION DE ENFERMERIA EN UN PACIENTE PEDIATRICO CON
GASTROSQUISIS.

TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

Lupe del Rosario Apolo Campos
Julissa Alejandra Murillo Macas

DOCENTE RESPONSABLE:

Lcda. Daniela Tamay
Mgtr. Herminia Piedad Hurtado

OCTUBRE 2023 – MARZO 2024

INDICE

Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. JUSTIFICACIÓN	4
3. RESUMEN CASO.....	4
4. DIAGNÓSTICO MÉDICO CIE10.....	5
5. DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA.....	5
6. FISIOPATOLOGÍA	6
7. ETIOLOGÍA	7
8. CUADRO CLÍNICO.....	9
9. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO	10
10. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	11
11. PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	26
12. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	27
13. RESULTADOS.....	41
14. DISCUSIÓN.....	41
15. CONCLUSIONES.....	42
16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

1. INTRODUCCIÓN.

La gastrosquisis es una anomalía estructural de la pared abdominal del feto que da lugar a la herniación de las asas intestinales, el estómago, el hígado y en ocasiones de la vejiga, ocasionando la exposición de los intestinos al líquido amniótico. A principios de 1940 todos los defectos de la pared anterior se clasificaban dentro de la gastrosquisis y no había una clara comprensión de su patología ni de su manejo subyacente, invariablemente la mortalidad hasta ese momento alcanzaba del 90 al 100%; desde entonces se hicieron nuevos esfuerzos en la clasificación y la nomenclatura de estos defectos. (Rodríguez & Martínez, En J. Pérez, Avances en Cirugía Pediátrica, 2019)

Un trabajo que recopiló varios estudios epidemiológicos relevantes sobre gastrosquisis publicados en las últimas dos décadas indicó una prevalencia media global de 1.36 por cada 10 000 nacidos vivos (rango 0.4 a 3.01). En México se describe que el número de casos afectados por esta patología alcanza los 8.5 casos por cada 10 000 nacidos vivos. En cuanto a la incidencia de gastrosquisis en Ecuador, según INEC, se puede evidenciar un aumento en el número de casos de egreso hospitalario con diagnóstico de gastrosquisis, alcanzando los 52 pacientes con gastrosquisis en el año 2010, los 85 en el 2012 y los 112 en el año 2015. (García, M., & Pérez, R. Gastrosquisis, 2020)

Al respecto, el Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM), hospital de tercer nivel de Ecuador, de referencia regional y perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), presentó 7 pacientes con diagnóstico de gastrosquisis en el año 2012 y 3 pacientes en el 2015

A nivel local, este es el primer caso resuelto en el Hospital Manuel Ignacio Monteros de Loja, por lo que es importante informar a la población sobre los avances en el tratamiento de la patología quirúrgica neonatal. (Nelson, 2022)

2. JUSTIFICACIÓN

Tiene un impacto significativo en la salud pública la incidencia creciente y las complejidades asociadas resaltan la necesidad de un enfoque integral para comprender, prevenir y manejar esta condición. La gastrosquisis presenta desafíos específicos en términos de diagnóstico prenatal. La dificultad en la detección temprana mediante ultrasonidos y otras técnicas resalta la necesidad de mejorar las estrategias de identificación precoz para optimizar el manejo y tratamiento. (The New England Journal of Medicine, 2022)

La afección puede generar estrés emocional y financiero en las familias, ya que cuidar a un bebé con esta afección puede requerir atención constante y a largo plazo. El público necesita comprender la gastrosquisis para evitar el estigma asociado con los defectos de nacimiento. La educación comunitaria ayuda a generar empatía y comprensión. Los bebés con gastrosquisis suelen requerir cirugía inmediata y cuidados intensivos. Esto pone una carga adicional en los sistemas de salud, especialmente en áreas con recursos limitados. (European Paediatric Surgeons' Association , 2021)

Pueden tener necesidades educativas especiales debido a posibles retrasos en el desarrollo. Se requieren recursos educativos adicionales para garantizar su inclusión y éxito académico.

La atención médica continua y las posibles cirugías adicionales pueden generar cargas económicas significativas para las familias y los sistemas de salud, pueden enfrentar dificultades para mantener empleos regulares debido a la necesidad de cuidados intensivos. Esto puede afectar la estabilidad económica de las familias. Es esencial abogar por medidas que mejoren la conciencia pública, fortalezcan los sistemas de atención médica y proporcionen apoyo tanto a nivel social como económico para las familias afectadas. (Pediatric Surgery International, 2020)

3. RESUMEN CASO

RN masculino, producto de madre primigesta de 16 años, sin otros antecedentes prenatales de importancia. La madre se realizó 5 controles prenatales y 4 ecografías en casa de salud particular, las cuales, según la misma, se le informaron como normales, a las 37.4 semanas de gestación se produce parto eutócico, obteniéndose RN único vivo, con APGAR 9/9 al nacimiento se observa defecto de la pared abdominal, abdomen excavado, presencia de asas intestinales expuestas, localizadas en la región para umbilical

derecha, edematizadas, con ruidos hidroaéreos ausentes, por lo que se procede resolución quirúrgica.

El peso al nacimiento fue de 2 560 gr, talla de 46cm, perímetro cefálico de 30.5cm, perímetro torácico de 30 cm, 38 semanas de gestación.

Signos Vitales

PA: 70/40 mmhg, FC: 142 lpm, FR: 39 rpm, STO2: 88%, T°: 37.8°.

Examen Físico

Paciente masculino de 4 días de edad, que se encuentra dentro del servicio de UCI neonatal, en su tercer día pos-quirúrgico tras diagnóstico de gastrosquisis, a la exploración física paciente hemodinámicamente estable sin drogas vasoactivas. cabeza perímetro cefálico de 30.5cm configuración craneal normal, acceso venoso catéter central en la vena yugular derecha cubierta con apósitos, tórax expansible disnea, tiraje subcostal presente, corazón R1 y R2 rítmico normo fonético, abdomen suave depresible con ruidos hidroaéreos presentes, cubierto con apósitos en sitio quirúrgico, extremidades superiores e inferiores: características dentro de la normalidad, tono conservado.

INDICACIONES MEDICAS

- Monitorización de signos vitales.
- Nutrición enteral trófica con lactancia materna/leche de prematuros al 15% a través de sonda orogástrica.
- Oxigenoterapia cánula nasal 4 litros valorar respuesta.
- Cuidado de la vía central.
- Meropenem 17 mg cada 8 horas intravenoso.
- Vancomicina 17 mg cada 8 horas intravenoso.
- Metronidazol 12 mg cada 8 horas intravenoso.
- Solución salina 0.9% 1000 cc a 125 ml/h intravenoso cada 24 horas.

4. DIAGNÓSTICO MÉDICO CIE10

GASTROSQUISIS CIE10: Q79.3

5. DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA

La gastrosquisis es un defecto congénito que desarrolla un bebé mientras la madre está embarazada. La afección ocurre cuando se forma una abertura en la pared

abdominal del bebé. Los intestinos del bebé salen por el orificio. Luego se desarrollan afuera del cuerpo del bebé en el líquido amniótico. La abertura se encuentra con más frecuencia en el lado derecho del ombligo del bebé. Puede ser grande o pequeña, pero habitualmente mide 1-2 pulgadas. En casos más graves, a veces el estómago y/o el hígado también pueden salir por el orificio. (JAMA Network)

Como el intestino está afuera del cuerpo del bebé, no está protegido. Eso significa que existe la probabilidad de que puedan irritarse, inflamarse y lesionarse. Esta afección es relativamente rara, pero se ha visto un aumento en los últimos años. Ocurre en aproximadamente 1 de cada 2,000 bebés. Se desarrolla en las primeras etapas del embarazo, en las semanas cuatro a ocho. La gastrosquisis ocurre debido a una debilidad en los músculos de la pared abdominal del bebé, cerca del cordón umbilical. Si su bebé desarrolla esta afección durante el embarazo, usted no tendrá ningún síntoma relacionado con la afección. La gastrosquisis se puede reparar con cirugía después de que nace el bebé. Generalmente no está asociada con otras malformaciones. (RESERVED, 2022)

6. FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de la gastrosquisis involucra una serie de eventos complejos que resultan en la protrusión de los intestinos a través de un defecto en la pared abdominal. Aunque la etiología exacta aún no se comprende completamente, diversos estudios y teorías han arrojado luz sobre los posibles mecanismos subyacentes, la gastrosquisis se ha asociado con un fallo en el desarrollo embrionario, específicamente durante el proceso de cierre de la pared abdominal, implica una falla en el cierre de la pared abdominal durante el desarrollo fetal, lo que permite que los intestinos y, en ocasiones, otros órganos, protruyan fuera del abdomen. Aunque la etiología precisa no se comprende completamente, hay varias teorías y estudios que han investigado aspectos genéticos y ambientales. (The etiology of gastroschisis and omphalocele: An update with a review of the literature , 2020)

La fisiopatología de la gastrosquisis implica varios aspectos: Desarrollo anormal del abdomen: Durante el desarrollo fetal, los órganos abdominales se forman fuera del abdomen y luego regresan a su posición normal. En la gastrosquisis, este proceso puede verse afectado, lo que lleva a la protrusión de los órganos. Defecto en la pared abdominal: La gastrosquisis está asociada con un defecto en la pared

abdominal, generalmente a la derecha del ombligo. Este defecto permite que los intestinos y, a veces, otros órganos, salgan del abdomen y entren en contacto con el líquido amniótico. Irritación e inflamación: Los órganos expuestos a menudo están en contacto con el líquido amniótico, lo que puede causar irritación e inflamación. Esto puede afectar negativamente a los intestinos y otros órganos, comprometiendo su función normal. Compromiso vascular: La protrusión de los órganos puede afectar el suministro sanguíneo, lo que puede resultar en daño adicional a los tejidos y afectar la capacidad de los órganos para funcionar adecuadamente. (Smith's Recognizable Patterns of Human Malformation - Jones, 2021)

La gastrosquisis se diagnostica a menudo antes del nacimiento mediante ecografías y otros estudios de imagen prenatal. El manejo típico implica la cirugía inmediata después del nacimiento para colocar los órganos en su posición normal y cerrar el defecto en la pared abdominal. La gravedad y el pronóstico de la gastrosquisis pueden variar según el tamaño del defecto y la presencia de complicaciones asociadas. El cuidado y seguimiento continuo son fundamentales para asegurar el bienestar a largo plazo del paciente. (Gastroschisis: a review - Journal of Pediatric Surgery.)

7. ETIOLOGÍA

SEGÚN EL TEXTO	EN EL PACIENTE
<p>1. Causa Genética: La contribución genética a la gastrosquisis ha sido objeto de investigación, y aunque se han identificado algunos factores asociados, no se ha establecido un patrón hereditario claro. Se ha propuesto que ciertos polimorfismos genéticos pueden aumentar la susceptibilidad a esta malformación. Estudios han explorado la asociación con variantes genéticas específicas, pero hasta ahora, la herencia</p>	<p>Paciente con diagnóstico de Gastrosquisis, no presenta antecedentes por lo que se asocia a una causa desconocida.</p>

genética directa no se ha demostrado de manera concluyente.

2. **Causa Estructural:** Factores estructurales también juegan un papel en la etiología de la gastrosquisis. Se ha observado que el defecto en el desarrollo embrionario durante las primeras etapas de gestación, particularmente el cierre anormal de la pared abdominal contribuye a la formación de la gastrosquisis. Este fallo estructural impide la fusión adecuada de las láminas laterales del embrión, resultando en la protrusión de los intestinos.
3. **Causa Desconocida:** A pesar de los avances en la investigación, una proporción significativa de casos de gastrosquisis sigue siendo de causa desconocida. La literatura científica señala la complejidad de esta malformación congénita y la interacción de múltiples factores genéticos y ambientales que podrían contribuir a su desarrollo. Esta categoría resalta la necesidad continua de investigaciones para comprender completamente los mecanismos subyacentes a la gastrosquisis. (Mastroiacovo P, Lisi A, Castilla EE, et al., 2020)

Autor: Sadler TW.

8. CUADRO CLÍNICO

SEGÚN EL TEXTO	EN EL PACIENTE
<p>Evidencia de gastrosquisis: Protrusión de órganos abdominales a través de una abertura en la pared abdominal.</p> <p>Edad Gestacional al Nacer: 37.4 semanas.</p> <p>Método de Nacimiento: Parto eutócico.</p> <p>Laparotomía más peritoneostomía realizadas a las 24 horas de vida.</p> <p>Programación de cierre diferido para abordar la gastrosquisis.</p> <p>Cierre Definitivo: Realizado a los 8 días después del nacimiento.</p> <p>Duración de Hospitalización: 22 días.</p> <p>Recibió manejo integral en cuidados intensivos neonatales.</p> <p>Inicio de nutrición parenteral.</p> <p>Inició alimentación trófica a los 15 días de vida.</p> <p>Inició con antibioterapia de primera línea.</p> <p>Rotación a antibiótico de amplio espectro debido a evolución tórpida. (Nelson. Tratado de Pediatría" - Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme, Nina Schor.)</p>	<p>Según el caso en estudio, el RN presentó un defecto de la pared abdominal conocido como gastrosquisis, con intestinos expuestos en la región para umbilical derecha.</p> <p>Al nacer, el RN tuvo un peso de 2,560 gramos, una talla de 46 cm, y un perímetro cefálico de 30.5 cm, con un APGAR de 9/9 al nacimiento. se le diagnosticó gastrosquisis y fue ingresado en neonatología.</p>

9. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

SEGÚN EL TEXTO	EN EL PACIENTE
<p>1. Ultrasonidos Prenatales:</p> <p>El ultrasonido prenatal es una técnica de imagenología utilizada durante el embarazo para evaluar el desarrollo fetal y detectar posibles anomalías. Se realiza rutinariamente para monitorizar la anatomía fetal, la edad gestacional y la salud del feto. En casos específicos, como la gastrosquisis, la detección temprana por ultrasonido puede ser crucial para una planificación adecuada del manejo clínico. (Moore, K. L., Persaud, T. V. N., & Torchia, M. G. (2019). "Embriología clínica." Elsevier.)</p> <p>2. Diagnóstico Postnatal:</p> <p>El diagnóstico postnatal se refiere a la evaluación médica realizada después del nacimiento para determinar la salud y bienestar del recién nacido. Involucra la identificación de posibles condiciones médicas, malformaciones o complicaciones que puedan requerir intervención. Este proceso es esencial para guiar el tratamiento y la atención médica adecuada durante los primeros días y semanas de vida del neonato. (American Academia of Pediatrics. (2015). "Guidelines for Perinatal Care." Elk Grove)</p>	<p>Radiografía de tórax y abdomen: encontrado como hallazgos: infiltrado acinar apical derecho con ICT (índice cardiotorácico) normal de 0.6; no se evidencio patrón gaseoso en marco colónico ni en ampolla rectal.</p> <p>Exámenes de laboratorio:</p> <p>Se realizó exámenes de rutina, donde la formula leucocitaria, conteo de plaquetas y hematocrito estaban normales</p> <p>Ultrasonidos Prenatales:</p> <p>Se realizaron cuatro ultrasonidos durante el embarazo en una casa de salud particular. Aunque no se reportaron alteraciones, la gastrosquisis no fue detectada, lo que destaca la limitación de esta herramienta en ciertos casos.</p>

Laparotomía más Peritoneostomía:

Es una intervención quirúrgica realizada para abordar la gastrosquisis, una malformación congénita que implica la protrusión de órganos abdominales. Consiste en realizar una incisión en la pared abdominal y proteger los órganos expuestos mediante la creación de una abertura temporal en el peritoneo. Esta técnica busca resguardar y permitir la adaptación de los órganos antes del cierre definitivo. La elección de esta intervención se basa en la necesidad de proteger los órganos afectados mientras se planifica una segunda fase para corregir la abertura abdominal.

(Grosfeld, J. L., & Ballantine, T. V. N. (2015). "Gastroschisis and omphalocele." In Pediatric Surgery (7th ed.). Elsevier.)

10. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

1.1. Fármacos utilizados en el tratamiento del paciente

Metronidazol



Nombre Genérico	Metronidazol.
Nombre Comercial	Flagyl, Metrocream, Metrogel, entre otros (varía según la presentación).
Presentación y dilución	Disponible en tabletas de 250 mg y 500 mg, cápsulas de 375 mg, suspensión oral, gel tópico al 0.75% y forma intravenosa con concentraciones del 0.5% al 5%.
Grupo	Antimicrobiano, antiparasitario.
Mecanismo de acción	Interfiere con el ADN de microorganismos, causando roturas en la cadena de ácido nucleico y suprimiendo su replicación.
vía de administración	Oral, intravenosa, tópica
Dosis	<ul style="list-style-type: none">• La dosis varía según la indicación y la forma de presentación.• Oral: 500 mg cada 8 horas.• Intravenosa: 500 mg cada 8 horas.
Indicaciones	1. Infecciones bacterianas anaeróbicas.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Infecciones por protozoos (como la giardiasis y tricomoniasis). 3. Profilaxis en cirugías colorrectales. 4. Amebiasis intestinal.
Contraindicaciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipersensibilidad conocida al metronidazol o a otros nitroimidazoles. 2. Primer trimestre del embarazo. 3. En combinación con alcohol (puede causar reacciones desagradables, como náuseas y vómitos).
Efectos adversos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Náuseas, vómitos, dolor abdominal. 2. Sabor metálico en la boca. 3. Neuropatía periférica. 4. Reacciones alérgicas. 5. Puede causar descoloración de la orina (color rojo-marrón)
Metabolismo	Se metaboliza principalmente en el hígado.
Cuidado de enfermería	<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar con alimentos o leche para minimizar molestias gastrointestinales. 2. Controlar signos vitales, especialmente en administración intravenosa. 3. Monitorear la función hepática en tratamientos prolongados.

	4. Educación al paciente sobre la importancia de completar el curso de tratamiento.
--	---

Fentanilo:



Nombre Genérico	Fentanilo
Nombre Comercial	Duragesic, Actiq, Sublimaze.
Presentación y dilución	<ul style="list-style-type: none">- Parches transdérmicos (Duragesic) en diversas concentraciones.- Pastillas bucales (Actiq) en diversas concentraciones.- Formulaciones inyectables para administración intravenosa o intramuscular.- Formulaciones intranasales.
Grupo	Opioides analgésicos.
Mecanismo de acción	<p>El fentanilo se une a los receptores mu en el sistema nervioso central, produciendo analgesia al modular la transmisión del dolor.</p> <p>Vía de Administración: Puede administrarse por vía oral (pastillas bucales), transdérmica (parches), intravenosa o intramuscular, e intranasal.</p>
vía de administración	Intravenosa.
Dosis	La dosis varía según la presentación y la indicación específica. Debe ser administrado y ajustado bajo supervisión médica.
Indicaciones	<p>Manejo del dolor severo postoperatorio.</p> <p>Dolor oncológico.</p>
Contraindicaciones	<ol style="list-style-type: none">1. Alergia conocida al fentanilo.2. Problemas respiratorios graves.

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Íleo paralítico. 4. Situaciones en las que la depresión respiratoria pueda ser peligrosa.
Efectos adversos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Depresión respiratoria. 2. Náuseas. 3. Vómitos. 4. Estreñimiento. 5. Mareos. 6. Somnolencia. 7. Confusión. 8. Sudoración. 9. Hipotensión. 10. Hipertensión.
Metabolismo	Se metaboliza principalmente en el hígado a través del citocromo P450 3A4. Los metabolitos se excretan principalmente por la orina.
Cuidado de enfermería	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoreo continuo de signos vitales, especialmente frecuencia respiratoria. 2. Evaluación del dolor y respuesta al fentanilo. 3. Observación de efectos adversos como náuseas, vómitos o mareos. 4. Educación al paciente sobre uso adecuado y efectos secundarios. 5. Prevención y tratamiento de la depresión respiratoria. 6. Control de administración y absorción según la formulación específica del fentanilo. <p>Alerta al equipo médico ante signos de sobredosis o efectos secundarios graves</p>

ROCURONIO



Nombre Genérico	Rocuronio
Nombre Comercial	Zemuron, Esmeron.
Presentación y dilución	Solución inyectable en viales o ampollas. Las concentraciones pueden variar y deben ser diluidas según las necesidades del paciente y el tipo de procedimiento.
Grupo	Relajante muscular no despolarizante
Mecanismo de acción	Actúa bloqueando los receptores de acetilcolina en la unión neuromuscular, produciendo relajación muscular.
vía de administración	Administración intravenosa.
Dosis	La dosis varía según el tipo de procedimiento y las necesidades del paciente. Se administra de forma individualizada y bajo supervisión médica.
Indicaciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Facilitar la intubación endotraqueal. 2. Mantener la relajación muscular durante la cirugía. 3. Mejorar la ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos. 4. Facilitar procedimientos invasivos que requieran relajación muscular.
Contraindicaciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipersensibilidad conocida al rocuronio. 2. Historia de reacciones alérgicas graves a otros agentes bloqueadores neuromusculares. 3. Miastenia grave. 4. Quemaduras graves.

Efectos adversos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipotensión. 2. Taquicardia. 3. Reacciones alérgicas. 4. Aumento de la presión intraocular. 5. Hiperpotasemia. 6. Fasciculaciones musculares. 7. Aumento de la temperatura corporal. 8. Dolor en el sitio de inyección. 9. Broncoespasmo. 10. Paro cardíaco.
Metabolismo	Se metaboliza en el hígado a través de la desacetilación y excreción renal.
Cuidado de enfermería	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoreo continuo de signos vitales, especialmente la presión arterial y la frecuencia cardíaca. 2. Vigilancia constante de la función respiratoria. 3. Monitoreo de la relajación muscular y ajuste de la dosis según sea necesario. 4. Evaluación de la respuesta al rocuronio durante la cirugía o procedimiento. 5. Precauciones en pacientes con antecedentes de reacciones alérgicas a bloqueadores neuromusculares. 6. Mantener equipos y medicamentos de reversión (como neostigmina) disponibles. 7. Monitoreo de la temperatura y manejo de la hipertermia asociada. 8. Vigilancia para posibles complicaciones, como reacciones anafilácticas o paro cardíaco. 9. Evaluación de la función renal, ya que una parte se elimina por la orina. 10. Educación del paciente sobre posibles efectos secundarios y cuidado

Morfina:



Nombre Genérico	Morfina
Nombre Comercial	MS Contin, Kadian, Astramorph.
Presentación y dilución	Formulaciones orales (tabletas, cápsulas) en diversas concentraciones. Soluciones inyectables en ampollas o viales. Parches transdérmicos. Supositorios rectales.
Grupo	Opioides analgésicos.
Mecanismo de acción	Se une a los receptores opioides en el sistema nervioso central, especialmente a los receptores mu, para producir analgesia. Modula la transmisión del dolor y afecta la percepción del mismo
vía de administración	Puede administrarse por vía oral, intravenosa, intramuscular, subcutánea y rectal.
Dosis	La dosis varía según la presentación y la indicación específica. Debe ajustarse individualmente para cada paciente y supervisarse cuidadosamente.
Indicaciones	<ol style="list-style-type: none">1. Alivio del dolor moderado a severo.2. Dolor asociado con enfermedades crónicas.3. Dolor postoperatorio.4. Dolor oncológico.

Contraindicaciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alergia conocida a la morfina u otros opioides. 2. Problemas respiratorios graves. 3. Íleo paralítico. 4. Insuficiencia hepática grave.
Efectos adversos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Depresión respiratoria. 2. Náuseas. 3. Vómitos. 4. Estreñimiento. 5. Mareos. 6. Somnolencia. 7. Confusión. 8. Sudoración. 9. Hipotensión. 10. Hipertensión intracraneal.
Metabolismo	<p>Se metaboliza principalmente en el hígado a través del citocromo P450 3A4. Los metabolitos se excretan principalmente por la orina.</p>
Cuidado de enfermería	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoreo continuo de signos vitales, especialmente frecuencia respiratoria. 2. Evaluación del dolor y respuesta a la morfina. 3. Observación de efectos adversos como náuseas, vómitos o mareos. 4. Educación al paciente sobre el uso adecuado y los posibles efectos secundarios. 5. Prevención y tratamiento de la depresión respiratoria. 6. Control de la administración y absorción adecuadas según la formulación específica. 7. Alerta al equipo médico ante signos de sobredosis o efectos secundarios graves. 8. Monitoreo de la función hepática en pacientes con insuficiencia hepática.

	<p>9. Manejo del estreñimiento mediante medidas como la administración de laxantes.</p> <p>10. Evaluación constante del riesgo de adicción y dependencia en pacientes de largo plazo.</p>
--	---

Meropenem



Nombre Genérico	Meropenem
Nombre Comercial	Merrem, Meronem,
Presentación y dilución	El meropenem comúnmente se presenta en forma de polvo liofilizado para solución inyectable. La dilución y presentación específicas pueden variar según el fabricante y la formulación.
Grupo	Antibiótico del grupo de las carbapenemas.
Mecanismo de acción	El meropenem es un antibiótico betalactámico que inhibe la síntesis de la pared celular bacteriana, provocando la lisis celular.
vía de administración	Principalmente administrado por vía intravenosa (IV). Algunas formulaciones pueden permitir la administración intramuscular (IM).
Dosis	La dosis de meropenem varía según la indicación, gravedad de la infección, edad y función renal del paciente. Se debe seguir la prescripción del médico tratante.
Indicaciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infecciones del tracto respiratorio. 2. Infecciones del tracto urinario. 3. Infecciones intraabdominales. 4. Infecciones de la piel y tejidos blandos.
Contraindicaciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipersensibilidad conocida al meropenem o a otros betalactámicos (penicilinas, cefalosporinas).

	2. Pacientes con antecedentes de reacciones alérgicas graves a antibióticos betalactámicos.
Efectos adversos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diarrea 2. Náuseas 3. Vómitos 4. Reacciones en el lugar de la inyección (dolor, irritación) 5. Erupciones cutáneas 6. Fiebre 7. Trombocitopenia 8. Elevación de enzimas hepáticas 9. Convulsiones (raro) 10. Reacciones alérgicas graves (anafilaxia)
Metabolismo	El meropenem se elimina principalmente por los riñones y su dosificación debe ajustarse en pacientes con disfunción renal.
Cuidado de enfermería	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorización: Observar signos de reacciones alérgicas, diarrea grave u otros efectos adversos. 2. Hidratación: Mantener una adecuada hidratación en pacientes para favorecer la eliminación renal del fármaco. 3. Control de Fiebre: Monitorizar la temperatura corporal y notificar al médico si hay fiebre persistente. 4. Seguimiento de Función Hepática y Plaquetaria: Realizar pruebas de función hepática y recuento de plaquetas según la necesidad clínica. 5. Información al Paciente: Proporcionar información sobre posibles efectos adversos y la importancia de reportar cualquier síntoma inusual.

Solución Salina al 0.9%



Nombre Genérico	Solución Salina al 0.9% (también conocida como solución salina normal o fisiológica)
Nombre Comercial	Suero fisiológico
Presentación y dilución	Se presenta como una solución inyectable estéril que contiene cloruro de sodio al 0.9%. La dilución es estándar, ya que es una solución salina normal.
Grupo	Solución isotónica
Mecanismo de acción	La solución salina al 0.9% es una solución isotónica que se utiliza para restablecer el equilibrio hídrico y electrolítico en el cuerpo. No tiene un mecanismo de acción farmacológico específico, ya que su función principal es proporcionar líquidos y electrolitos de manera equilibrada.
vía de administración	Puede administrarse por diversas vías, incluyendo intravenosa (IV), intramuscular (IM), irrigación, y enjuagues.
Dosis	La dosis puede variar según la necesidad clínica y el estado del paciente. Es administrada en volúmenes adecuados para mantener o restaurar la hidratación y el equilibrio electrolítico
Indicaciones	<ol style="list-style-type: none">1. Rehidratación en casos de deshidratación. Observación de signos de hipersensibilidad o reacciones locales.2. Monitorización de la administración para prevenir posibles complicaciones, como la sobrecarga de líquidos.3. Uso de técnicas asépticas durante la administración para evitar infecciones.4.

	<p>5. Reposición de líquidos y electrolitos.</p> <p>6. Diluyente para administración de medicamentos intravenosos.</p> <p>7. Irrigación de heridas y cavidades.</p>
Contraindicaciones	<p>1. Hipersensibilidad al cloruro de sodio.</p> <p>2. Pacientes con condiciones médicas específicas que requieran restricción de sodio.</p>
Efectos adversos	<p>1. Raramente se asocian efectos adversos significativos.</p> <p>2. Pueden ocurrir reacciones locales en el sitio de administración.</p>
Metabolismo	No aplica, ya que la solución salina es una sustancia inerte que se elimina principalmente por excreción renal.
Cuidado de enfermería	<p>Observación de signos de hipersensibilidad o reacciones locales.</p> <p>Monitorización de la administración para prevenir posibles complicaciones, como la sobrecarga de líquidos.</p> <p>Uso de técnicas asépticas durante la administración para evitar infecciones.</p>

Vancomicina:



Nombre Genérico	Vancomicina
Nombre Comercial	Vancocin, Vancoled.

Presentación y dilución	Solución inyectable en viales o ampollas. Formulación oral en cápsulas. En algunos casos, también puede presentarse en forma de polvo para preparar soluciones intravenosas.
Grupo	Antibiótico, glucopéptido.
Mecanismo de acción	Inhibe la síntesis de la pared celular bacteriana al interferir con la formación de los peptidoglicanos, componente esencial de la pared celular de ciertas bacterias.
vía de administración	Principalmente administrada por vía intravenosa. También está disponible en formulación oral para ciertas infecciones intestinales.
Dosis	La dosis varía según la indicación, la gravedad de la infección y las características específicas del paciente.
Indicaciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infecciones graves causadas por cepas de <i>Staphylococcus aureus</i> resistentes a la meticilina (SARM). 2. Infecciones por <i>Enterococcus</i> resistentes a la vancomicina. 3. Infecciones por <i>Clostridium difficile</i>. 4. Profilaxis perioperatoria en cirugía cardíaca o de articulaciones.
Contraindicaciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alergia conocida a la vancomicina. 2. Insuficiencia renal grave. 3. Hipersensibilidad a glicopéptidos. 4. Colitis pseudomembranosa (relacionada con el uso de antibióticos)
Efectos adversos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nefrotoxicidad (principalmente en dosis altas o en pacientes con disfunción renal). 2. Ototoxicidad. 3. Fiebre. 4. Reacciones en el sitio de la inyección intravenosa. 5. Síndrome del hombre rojo (eritema difuso después de la infusión).

	6. Neutropenia. 7. Trombocitopenia. 8. Rash cutáneo. 9. Hipotensión. 10. Reacciones alérgicas graves (anafilaxia).
Metabolismo	La vancomicina no se metaboliza significativamente en el cuerpo y se excreta principalmente por los riñones.
Cuidado de enfermería	1. Monitoreo frecuente de la función renal, especialmente en pacientes con insuficiencia renal. 2. Monitoreo de signos vitales durante la administración, especialmente para detectar reacciones adversas. 3. Ajuste de la dosis en pacientes con disfunción renal. 4. Precauciones para evitar la extravasación durante la administración intravenosa. 5. Educación al paciente sobre la importancia de completar el curso de tratamiento. 6. Monitoreo de la función auditiva en pacientes de riesgo para ototoxicidad. 7. Evaluación continua de la respuesta al tratamiento y ajuste según sea necesario. 8. Prevención de la propagación de la resistencia bacteriana mediante el uso juicioso del antibiótico. 9. Evaluación de signos de colitis pseudomembranosa, especialmente en pacientes con diarrea persistente. 10. Mantenimiento de una adecuada hidratación en pacientes que reciben altas dosis para prevenir nefrotoxicidad.

11. PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

- Monitorización de signos vitales.
- Nutrición enteral por sonda orogástrica.
- Oxigenoterapia cánula nasal 4 litros valorar respuesta.

- Cuidado de la vía central.
- Administración de medicamentos.
- Cuidados de incubadora.

12. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Datos de identificación del paciente.

Nombres y Apellidos: No proporciona **N° de cama:** 02

Edad: 37.4 semanas **Sexo:** masculino

Lugar de procedencia: Loja **Escolaridad:** Ninguna

Datos de enfermedad actual

Fecha de ingreso: 10 – 12 - 2019

Motivo de Ingreso: Parto eutócico

Diagnóstico médico: Gastrosquisis

Constantes vitales: F.C: 125lpm F.R: 40 rpm T°ax: 37.1°c

Saturación O2: 94% **T°an:** 36°c **T/A:**60/40 mmHg

Antecedentes de salud

Enfermedades Previas: No refiere

Intervenciones Quirúrgicas previas: No refiere

Alergias: No refiere

Medicación en domicilio: No refiere

Antecedentes familiares:

Nota importante:

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE ACUERDO CON EL DOMINIO O DOMINIOS ALTERADOS

Dominio 1: Promoción de la salud

Régimen terapéutico

Farmacología, Ejercicio, Dieta,

Revisiones medicas

Vacunas

Otros

El recién nacido masculino, producto de madre primigesta de 16 años, presenta gastrosquisis con intervención quirúrgica a las 37.4 semanas de gestación. Actualmente en UCI neonatal, muestra estabilidad hemodinámica y se le administra nutrición enteral, oxigenoterapia, y

	antibióticos. El régimen terapéutico incluye Meropenem, Vancomicina, Metronidazol, y solución salina. La promoción de la salud se centra en monitorización, apoyo a la lactancia materna, cuidado de la vía central y atención integral. Es esencial planificar revisiones médicas y vacunación conforme al calendario recomendado.
--	---

Dominio 2: Nutrición

Peso - talla. IMC Alteraciones del apetito Dieta habitual Dieta prescrita: tipo de sonda fecha de colocación Estado de piel y mucosas (absorción de líquidos)	<p><u>Valoración de la alimentación:</u></p> Paciente mantuvo soporte de nutrición parenteral total por 20 días, permaneciendo en ayuno por 15 días y se realizó revestimiento gástrico con leche materna a libre caída.								
<table border="1"> <tr> <td>fóvea</td> <td>+</td> <td>++</td> <td>+++</td> </tr> <tr> <td>profundidad</td> <td>2mm</td> <td>3mm</td> <td>4mm</td> </tr> </table>	fóvea	+	++	+++	profundidad	2mm	3mm	4mm	<p><u>Valoración de la piel:</u></p> En herida abdominal y en hemocultivo de brazo izquierdo se identifico germen S.epidermidis.
fóvea	+	++	+++						
profundidad	2mm	3mm	4mm						

Dominio 3: Eliminación

Problemas para orinar Problemas para defecar Control de esfínteres Otros	Tras la cirugía por gastrosquisis, se vigila la eliminación, destacando posibles problemas para orinar y defecar, así como el control de esfínteres. La valoración urinaria está en condiciones normales. La valoración intestinal se centra en evaluar la función y prevenir complicaciones postoperatorias. Se realiza un monitoreo estrecho para garantizar una eliminación adecuada
---	--

Dominio 4: Actividad y reposo

Baño - Higiene Vestido Alimentación	El paciente permaneció en ventilación mecánica bajo sedación, analgesia y relajación muscular en infusión continua
---	--

Movilidad y deambulaci3n Dificultad respiratoria Duerme	
Dominio 5: Percepci3n y Cognici3n	
Nivel de conciencia: Consiente, Estuporoso, Comatoso Dificultad para comunicarse. Hablar, Ver, Oír Otros	El neonato postquirúrgico presenta un nivel de conciencia consciente y alerta, sin estupor o coma. La atenci3n se enfoca en abordar posibles alteraciones en la percepci3n y la comunicaci3n, lo cual se encuentra proporcionando un entorno propicio para el desarrollo cognitivo del paciente neonatal.
Dominio 6: Autopercepci3n	
Estado de ánimo: Tranquilo, Triste, Apático, Preocupado, Ansioso, Irritable. Percepci3n del estado de ánimo (ve el enfermero) otros	El neonato postquirúrgico con gastrosquisis presenta un estado de ánimo aparentemente tranquilo en su tercer día posquirúrgico. No se observan signos evidentes de tristeza, apatía, preocupaci3n, ansiedad o irritabilidad durante la evaluaci3n. Se recomienda una monitorizaci3n continua para detectar posibles cambios en el estado emocional a medida que progresa la recuperaci3n.
Dominio 7: Rol. Relaciones	
Dificultad para el cuidado del niño Apoyo Familiar Otros	Se destaca la necesidad de apoyo familiar, especialmente para la madre adolescente. La evaluaci3n integral de las necesidades familiares es esencial, y se proporcionar recursos de apoyo para garantizar un cuidado adecuado y fortalecer las relaciones familiares durante la recuperaci3n del neonato.
Dominio 8: Sexualidad	

En pediatría no se valora este dominio	
Dominio 9: Afrontamiento y tolerancia al estrés	
Expresa sentimientos, se observa signos de: Temor, etc. otros	Se realiza evaluación continua de la respuesta emocional, promoviendo un entorno de cuidado que brinde seguridad y bienestar emocional. Se recomienda un apoyo integral a la familia, especialmente a la madre adolescente, para facilitar un afrontamiento efectivo durante este período desafiante.
Dominio 10: Principios vitales	
Creencias religiosas del padre o tutor otros	Creencia de la madre <u>católica</u>
Dominio 11: Seguridad	
Procedimientos invasivos. Sonda vesical, vía venosa, herida quirúrgica, drenaje Otros	EL paciente presento alteración de la termorregulación con una temperatura de 39 grados centígrados. En herida abdominal y en hemocultivo de brazo izquierdo se identificó germen S. epidermidis
Dominio 12: Confort.	
Tienen dolor o malestar Localización del dolor Medidas para apaliar el dolor Nauseas	Se deben implementar medidas para aliviar el dolor, adaptadas a la edad del neonato. Se realiza vigilancia constante de signos de malestar, como náuseas, es esencial. La colaboración con el equipo de salud y la comunicación efectiva con la familia son cruciales para asegurar el confort del neonato durante su proceso de recuperación posquirúrgica.
Dominio 13: Crecimiento y desarrollo	

Talla. Peso Alteraciones del desarrollo. otros	Talla 46 cm Peso: 2560 g Su talla está en el rango normal y correcto para su edad Su peso es normal y correcto para su edad Tiene un crecimiento y desarrollo normal el paciente para su edad.
--	--

ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA N.º				
		ACTUACION DE ENFERMERIA EN PACIENTE PEDIATRICO CON GASTROSQUISIS				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
		RESULTADO (S):	INDICADORES :	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ALCANZADA
DOMINIO: 2 NUTRICION CLASE: 1 Ingestión CÓDIGO: 00002 DEFINICIÓN: Ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.		DOMINIO: 2 Salud funcional CLASE: Autocuidado CÓDIGO: 0309 DEFINICIÓN: Acciones personales para administrar	030901 identifica la medicación.	1. desviación grave del rango normal.	5	Aumentar a 5
DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades. r/c: interrupción de la lactancia materna. m/p:Ingesta de alimentos inferior a las cantidades diarias recomendadas.			030902 administra la dosis correcta	2. desviación sustancial del rango normal	5	Aumentar a 5
			030918 controla los efectos terapéuticos.	3. desviación moderada del rango normal	4	Aumentar a 5
				4. desviación leve del rango normal	5	Aumentar a 5

	<p>medicaciones parentales para cumplir los objetivos terapéuticos independiente, con o sin dispositivo de ayuda.</p> <p>RESULTADO: Autocuidados: medicación parental</p>	<p>030905 sigue las precauciones de la medicación.</p> <p>030906 controla los efectos secundarios de la medicación.</p>	<p>5. sin desviación del rango normal</p>	<p>4</p>	<p>Aumentar a 5</p>
--	--	---	---	----------	----------------------------

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: 1100 MANEJO DE LA NUTRICION.

CLASE:	D-APOYO NUTRICIONAL	CAMPO:	FISIOLOGICO BASICO
---------------	---------------------	---------------	--------------------

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
1. Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.	Utiliza mediciones antropométricas y análisis de laboratorio para evaluar indicadores nutricionales, como niveles de proteínas y vitaminas, permitiendo identificar deficiencias o excesos.
2. Identificar las alergias o intolerancias alimenticias del paciente.	Se basa en pruebas inmunológicas y evaluación clínica para detectar reacciones adversas a alimentos.
3. Determinar las preferencias alimentarias del paciente.	Influenciado por la neurociencia alimentaria y la psicología, busca comprender las preferencias basadas en experiencias, cultura y genética.
4. Monitorizar las calorías y la ingesta alimentaria.	Utiliza principios de la nutrición y bioquímica para rastrear la ingesta de calorías, macronutrientes y micronutrientes.
5. Derivar al paciente a los servicios necesarios	

6. Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso

Basado en evaluación clínica, identifica necesidades específicas y determina la intervención de especialistas como nutricionistas o alergólogos para abordar problemas específicos de salud.

Se apoya en la fisiología y biología del metabolismo para seguir las variaciones de peso a lo largo del tiempo.

ESTABLECIMIENTO		SERVICIO		PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA N° 2				
Hospital Manuel Ignacio Monteros		UCI		ACTUACION DE ENFERMERIA EN PACIENTE PEDIATRICO CON GASTROSQUISIS				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)				CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
DOMINIO:4 ACTIVIDAD Y/REPOSO CLASE: 4 CÓDIGO: 00032				RESULTADO (S):	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ALCANZADA
DEFINICIÓN: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.				DOMINIO:2 Salud Fisiológica	040814 Ritmo Respiratorio	1 desviación grave del rango normal.	2	Aumentar a 5
DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Patrón respiratorio ineficaz. r/c: Hipoxemia. m/p: Disminución de la ventilación por minuto.						CLASE: Cardiopulmonar		
				CÓDIGO:0408	040821		3 desviación moderada del rango normal	2
						DEFINICÓN: Adecuación del flujo sanguíneo a		4 desviación leve del rango normal
								5 sin desviación del rango normal

	través de los vasos pulmonares para perfundir la unidad alveolocapilar.	Saturación de oxígeno			Aumentar a 5
	RESULTADO: Perfusión Tisular: Pulmonar	040823 Falta de aliento			Aumentar a 5
		040805 Dolor torácico.			

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: 3300 MANEJO DE LA VENTILACION MECANICA: INVASIVA

CLASE:	CONTROL RESPIRATORIO	CAMPO:	FISIOLOGICO COMPLEJO
ACTIVIDADES			FUNDAMENTO CIENTÍFICO

ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA N° 2				
		ACTUACION DE ENFERMERIA EN PACIENTE PEDIATRICO CON GASTROSQUISIS				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
		RESULTADO (S):	INDICADORES:	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ALCANZADA
DOMINIO:11 Seguridad/Protección CLASE: 6 Termorregulación CÓDIGO: 00007 DEFINICIÓN: Temperatura corporal ípor encima del rango diurno normal debido a la insuficiencia de la termorregulación.		RESULTADO (S): INDICADORES: DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud IV CLASE: Control del riesgo CÓDIGO:1922 DEFINICIÓN: Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir la amenaza de una temperatura corporal alta. RESULTADO: Control del riesgo: Hipertermia	192220 busca información actual sobre la hipertermia. 192221 identifica los factores de riesgo de la Hipertermia 192202 Identifica signos y síntomas 192213 Realiza acciones de autoprotección	1 desviación grave del rango normal.	2	Aumentar a 5 Aumentar a 5 Aumentar a 5 Aumentar a 5
DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Hipertermia r/c: Deterioro del estado de salud, piel caliente al tacto. m/p: Estado de ánimo irritable, rubor				2 desviación sustancial del rango normal	4	
				3 desviación moderada del rango normal	3	
				4 desviación leve del rango normal	2	
				5 sin desviación del rango normal		

		192223 Controla los cambios en el estado		2	
--	--	---	--	----------	--

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: 3786 TRATAMIENTO DE LA HIPERtermIA

CLASE:	K. Control Respiratorio	CAMPO:	FISIOLOGICO COMPLEJO
---------------	-------------------------	---------------	----------------------

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
--------------------	------------------------------

<p>1 Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.</p> <p>2 Monitorizar los signos vitales</p> <p>3 Administrar oxígeno si es necesario</p> <p>4 Interrumpir la actividad física</p>	<p>Fundamentado en la anatomía y fisiología respiratoria, este procedimiento se centra en prevenir obstrucciones que puedan comprometer el flujo de aire hacia los pulmones.</p> <p>La monitorización constante de parámetros como la frecuencia cardíaca, la respiratoria y la presión arterial se basa en la comprensión de que estos indicadores reflejan la actividad fisiológica del organismo.</p> <p>Basado en los principios de la terapia de oxígeno, este procedimiento se apoya en la necesidad de mantener niveles adecuados de oxígeno en la sangre para sustentar las funciones celulares.</p> <p>Este fundamento se basa en la reducción del consumo de oxígeno durante situaciones de emergencia o riesgo para prevenir el agotamiento cardiovascular.</p>
---	--

<p>5 Aflojar o quitar ropa</p>	<p>La fundamentación científica de este procedimiento radica en la capacidad de mejorar la termorregulación corporal.</p>
<p>6 No administrar comprimidos de sal.</p>	<p>Basado en la consideración de los riesgos asociados con el consumo excesivo de sal, este principio se apoya en la relación entre el sodio y la presión arterial.</p>

13. RESULTADOS

La atención al recién nacido con gastrosquisis ha sido un proceso intrincado que ha desafiado los límites de la neonatología. A pesar de los rigurosos controles prenatales y las ecografías que indicaban normalidad, el impactante diagnóstico de gastrosquisis al momento del nacimiento resalta la importancia de una exploración física minuciosa y detallada.

La intervención quirúrgica inmediata se erigió como un pilar fundamental para abordar el complejo defecto de la pared abdominal y gestionar las asas intestinales expuestas. No obstante, el examen físico postoperatorio, aunque indicó estabilidad hemodinámica, puso de manifiesto desafíos respiratorios que se manifestaron a través de la disnea y el tiraje subcostal. La ausencia de drogas vasoactivas y el mantenimiento del tono en las extremidades proporcionan un atisbo de esperanza, pero la necesidad de una vigilancia continua resalta la vulnerabilidad inherente del paciente.

Las indicaciones médicas delinean un enfoque holístico que va más allá de la simple intervención quirúrgica, abarcando desde la monitorización constante de signos vitales hasta la administración meticulosa de antibióticos y la implementación de estrategias nutricionales. La comunicación efectiva con los padres se erige como un pilar crucial, dado el posible impacto emocional que condiciones como la gastrosquisis pueden tener en la familia. La coordinación interdisciplinaria entre diferentes especialidades médicas se revela como un elemento vital para proporcionar una atención completa y asegurar el bienestar global del neonato.

La codificación CIE10 Q79.3, que cataloga la gastrosquisis, subraya la singularidad y gravedad de esta condición. Este caso resalta la necesidad imperativa de una reflexión crítica en cada decisión clínica, así como la capacidad de adaptación continua a las cambiantes necesidades del paciente. En última instancia, la dedicación y colaboración evidenciadas por el equipo médico son esenciales para asegurar una recuperación óptima, resaltando la complejidad y la importancia crucial de la neonatología en el panorama de la atención médica moderna.

14. DISCUSIÓN

La gastrosquisis es una anomalía congénita del sistema gastrointestinal donde se produce una abertura en la pared abdominal que permite que los intestinos y otros órganos

abdominales sobresalgan fuera del feto. En la literatura médica se han documentado muchos casos de gastrosquisis, que abarcan una amplia gama de manifestaciones clínicas. El diagnóstico suele realizarse mediante ecografía prenatal, que identifica los órganos abdominales protuberantes antes del nacimiento. Los casos varían en gravedad, desde pequeñas aberturas con protuberancias mínimas hasta casos más complejos que involucran múltiples órganos. La causa exacta de la gastrosquisis no se comprende completamente, pero se cree que se debe a una combinación de factores genéticos y ambientales. Los estudios han demostrado asociaciones con la nueva maternidad, el tabaquismo materno y la exposición a ciertas sustancias durante el embarazo. La discusión de las opciones de tratamiento, desde la cirugía correctiva inmediatamente después del nacimiento hasta un enfoque más conservador, es esencial para el tratamiento individualizado. La comparación de diferentes casos de gastrosquisis es esencial para comprender la diversidad de la enfermedad y desarrollar estrategias de tratamiento más efectivas. Se deben considerar factores como el tamaño de la apertura, la presencia de complicaciones asociadas y la respuesta a la intervención terapéutica. Además, la comparación de resultados a largo plazo, como la función gastrointestinal y el desarrollo infantil general, facilita una evaluación integral de las opciones de tratamiento.

Las manifestaciones clínicas, el diagnóstico y el tratamiento de la gastrosquisis varían considerablemente. Una discusión y comparación detallada de cada caso es esencial para mejorar la comprensión de esta anomalía congénita y optimizar las estrategias de manejo y brindar una atención óptima a los pacientes afectados.

15. CONCLUSIONES

En conclusión, la gastrosquisis es una condición compleja y variable que afecta el sistema gastrointestinal de los fetos. La diversidad de casos documentados destaca la importancia de la detección temprana a través de ecografías prenatales. La falta de una etiología completamente comprendida subraya la necesidad de una cuidadosa discusión sobre las opciones de tratamiento, adaptadas a cada caso individual. La asociación con factores genéticos y ambientales resalta la importancia de una atención prenatal cuidadosa. La comparación de casos, considerando diversos factores, contribuye a mejorar las estrategias de manejo y evaluación a largo plazo, con el objetivo de proporcionar el mejor cuidado posible a los pacientes con gastrosquisis.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Smith's Recognizable Patterns of Human Malformation - Jones, Kenneth Lyons. (s.f.).
(2020), F. e. (s.f.).
- American Academia of Pediatrics. (2015). "Guidelines for Perinatal Care." Elk Grove .
(s.f.).
- *European Paediatric Surgeons' Association* . (2021). EUPSA: Editorial #04.
- Feldkamp et al. . (2020).
- s.f. *Gastroschisis: a review - Journal of Pediatric Surgery*.
- Grosfeld, J. L., & Ballantine, T. V. N. (2015). "Gastroschisis and omphalocele." In
Pediatric Surgery (7th ed.). Elsevier. (s.f.).
- JAMA Network. (s.f.). *NEJM (New England Journal of Medicine)*.
- Mastroiacovo P, Lisi A, Castilla EE, et al. (2020).
- Moore, K. L., Persaud, T. V. N., & Torchia, M. G. (2019). "Embriología clínica." Elsevier.
(s.f.).
- Nelson. (2022). *Tratado de Pediatría*. #05.
- Nelson. *Tratado de Pediatría*" - Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St.
Geme, Nina Schor. (s.f.).
- *Pediatric Surgery International*. (2020). EE.UU: Editorial #01.
- RESERVED, C. C. (2022). <https://www.cincinnatichildrens.org/patient-resources/billing>.
- Smith's Recognizable Patterns of Human Malformation - Jones, K. L. 2021. *Stoll et al*.
.
- The etiology of gastroschisis and omphalocele: An update with a review of the
literature . (2020). *European Journal of Medical Genetics*.

- *The New England Journal of Medicine*. (2022). Editorial #6.
- Torfs et al. (2019). *Et*.