

## Revisión bibliográfica

**Fajardo OF, Olivas PM. Gastrosquisis en dos gemelos dicigóticos y prematuros. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2008;25(1):31-35.**

La gastrosquisis es un defecto congénito de la pared del abdomen y origina la herniación del contenido abdominal dentro del saco amniótico. Habitualmente involucra el intestino delgado; en ocasiones también el estómago, colon y ovarios.

Los autores presentan el caso de recién nacidos, masculinos gemelos prematuros, con defecto de la parte anterior del abdomen, condiciones aceptables de salud y de estudios de laboratorio normales. Al cirujano pediatra no le es posible realizar el cierre primario por la evisceración de parte del estómago, del yeyuno y del colon, sin atresia intestinal, serositis moderada y una cavidad abdominal pequeña. Se decide hacer un compartimiento protector con bolsa plástica y dar tratamiento con soluciones glucoelectrolíticas endovenosas, antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios. A los 22 días de vida se procede al cierre definitivo de la gastrosquisis y a los ocho días del cierre, se inicia la alimentación materna hasta su egreso.

La etiología de la enfermedad es incierta. El defecto aislado ocurre esporádicamente. La frecuencia es de 1.4 a 2.5 casos por cada 10,000 nacimientos sin predilección de género. Los factores asociados que elevan el riesgo de gastrosquisis son: edad materna, paridad y uso de drogas por la madre. El control prenatal y la ultrasonografía permiten diagnosticar los defectos de la pared abdominal in útero entre las 12 y 14 semanas de gestación.

*Dra. Ma. Alejandra Soria Hernández*  
Departamento de Atención a la Salud  
UAM-XOCH.

**Tapia CA, Rosales MG, Saucedo VJ, Ballesteros JC, Sánchez L, Santos I. Saturación periférica de oxígeno por oximetría de pulso en recién nacidos clínicamente sanos a la altitud de la Ciudad de México (2240m). Gac Med Mex 2008;144(3):207-12.**

La oximetría de pulso se basa en los principios fisiológicos de que la hemoglobina oxigenada y desoxigenada tienen diferente espectro de absorción. Los valores mínimo y máximo de saturación media por oximetría de pulso durante la respiración regular de los recién nacidos (RN) de término a nivel del mar son de 97 a 100% y en los RN pretérmino es de 95 a 100%.

Los autores estudiaron 218 RN, 89 RN a término y 129 RN pretérmino. Se realizó exploración clínica completa descartando todo RN que no fuera "clínicamente sano". Se consideraron como variables la edad extrauterina, edad gestacional, peso al nacimiento, Apgar, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura. La saturación de oxígeno se midió colocando un sensor en el pie izquierdo del RN por un minuto, repitiendo la medición a los cinco y 10 minutos. Las mediciones de saturación periférica de oxígeno ( $SpO_2$ ) se efectuaron cinco minutos después de la toma de los signos vitales.

Se encontraron diferencias significativas en las variables consideradas para el estudio; los valores de  $SpO_2$  obtenidos fueron del 88% al 99% como mínimo y máximo respectivamente. Se concluyó que los resultados obtenidos no presentan variación importante en relación a la literatura mundial. Los autores mencionan la importancia de valorar clínicamente y en forma individual a cada paciente.

*Dra. Ma. Alejandra Soria Hernández*  
Atención a la Salud. UAM-XOCH.

**Tapia CA, Calvo KM, Saucedo VJ, Mora JR, Santiago JE. Evolución final de recién nacidos prematuros operados y no operados por persistencia del conducto arterioso. Gac Méd Méx 2008;144(2):111-20.**

El cierre del conducto arterioso (CA) comprende las etapas: fisiológica que inicia a las 24 y 96 horas después del nacimiento y la estructural que se completa entre los 15 y 20 días de vida extrauterina. La incidencia de CA es aproximadamente del 12% al año. Factores de riesgo como el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), asfixia, flujo luminal ductal, bajo peso al nacer y menor edad gestacional pueden alterar el proceso fisiológico; si esto sucede será necesario un tratamiento farmacológico a

base de restricción de líquidos, inotrópicos, indometacina, diuréticos de asa, esteroides prenatales e ibuprofeno. Si con la farmacoterapia el cierre del CA no se resuelve, la opción será la intervención quirúrgica.

Los autores realizaron un estudio en el que se dividió a la población en pacientes prematuros con CA intervenidos quirúrgicamente por toracotomía posterolateral izquierda y abordaje en el quinto espacio intercostal para lograr el cierre, siempre y cuando el diámetro interno del CA fuera de 2 a 2.5 mm y pacientes prematuros con CA y que fueron egresados por mejoría o por defunción.

Los autores no encontraron diferencias significativas en las variables consideradas como: edad extrauterina al ingreso, tiempo de estancia, número de reintubaciones orotraqueales y tiempo de estancia total en el ventilador, lo que demuestra que ambas poblaciones presentaron el mismo comportamiento. Pero sí es importante que todo recién nacido pretérmino con CA sea tratado médica o quirúrgicamente.

*Dra. Ma. Alejandra Soria Hernández*  
Atención a la salud. UAM-XOCH.