Pediatric Surgery LATAM

Acceso abierto · CC BY 4.0
pediatricsurgerylatam.org
Vol. 1, Núm. 1 · 2026
ISSN 2838-5608
doi: https://doi.org/10.68838/psl.2026.00001

ARTÍCULO ORIGINAL

Resultados posoperatorios tras la reparación de gastrosquisis y onfalocele en un centro de especialidades de Ecuador Estudio retrospectivo

Michelle Ariana Calva Morquecho[a,*], Josselyne Adriana Saavedra Sarango[b], Cristopher Steeven Pardo Román[c], Arianna Elizabeth Santin Jaramillo[d]

a Clínica Santa Inés, Loja, Ecuador
b Instituto Superior Tecnológico "Mariano Samaniego", Cariamanga, Ecuador
c Hospital Manuel Ygnacio Monteros, IESS, Loja, Ecuador
d Consultorio Médico Privado, Cuenca, Ecuador
* Autor de correspondencia: Michelle Ariana Calva Morquecho (michellecalva@outlook.com)

DATOS DEL ARTÍCULO

Historial
Recibido 12 de octubre de 2026
Aceptado 12 de octubre de 2026
Publicado en línea 28 de octubre de 2026

Palabras clave
gastrosquisis
onfalocele
cirugía pediátrica
resultado del tratamiento
transporte de pacientes
Ecuador.

Keywords
gastroschisis
omphalocele
pediatric surgery
treatment outcome
patient transfer
Ecuador.

Licencia
CC BY 4.0

RESUMEN

Objetivo: describir los resultados posoperatorios y explorar su relación con las condiciones de traslado, la reparación quirúrgica y los defectos congénitos asociados en registros de gastrosquisis y onfalocele de un centro de especialidades de Ecuador.
Métodos: reanálisis retrospectivo de los 40 registros individuales del anexo de una tesis sobre intervenciones realizadas entre junio de 2011 y marzo de 2012. Se conservó la clasificación original de resultado favorable o desfavorable. Se calcularon frecuencias, odds ratios condicionales e intervalos de confianza exactos del 95%, con pruebas bilaterales de Fisher. Se evaluó la sensibilidad a un posible registro duplicado.
Resultados: 34 registros correspondieron a gastrosquisis y seis a onfalocele; 34 tuvieron resultado favorable y seis desfavorable. La edad consignada osciló entre uno y 30 días. El resultado desfavorable se registró en 4/12 traslados inadecuados y 2/28 adecuados (OR 6,14; IC del 95% 0,73 a 79,82; p = 0,055). Con malla o bolsa ocurrió en 4/17 registros, frente a 2/23 sin estos dispositivos (OR 3,13; IC del 95% 0,39 a 39,30; p = 0,373). Las comparaciones relativas al cierre por etapas y a otros defectos congénitos fueron imprecisas. La exclusión alternativa de dos filas con el mismo identificador modificó el valor p del traslado a 0,042 o 0,060.
Conclusiones: predominó el resultado favorable entre los registros analizados. El reanálisis no establece factores pronósticos independientes ni demuestra perjuicio atribuible a malla o bolsa. Las discrepancias de la fuente y la posible duplicación limitan la inferencia y requieren verificación con los registros originales.

ABSTRACT

Postoperative outcomes following gastroschisis and omphalocele repair at a specialty center in Ecuador: a retrospective study

Objective: to describe postoperative outcomes and explore their relationship with transfer conditions, surgical repair and associated congenital defects in gastroschisis and omphalocele records from a specialty center in Ecuador.
Methods: retrospective reanalysis of 40 individual records in the appendix of a thesis covering procedures performed between June 2011 and March 2012. The original favorable or unfavorable outcome classification was retained. Frequencies, conditional odds ratios and exact 95% confidence intervals were calculated, with two-sided Fisher tests. Sensitivity to a possible duplicate record was examined.
Results: 34 records involved gastroschisis and six involved omphalocele; 34 had favorable and six had unfavorable outcomes. Recorded age ranged from one to 30 days. Unfavorable outcomes occurred in 4/12 inadequate transfers and 2/28 adequate transfers (OR 6.14; 95% CI 0.73 to 79.82; p = 0.055). They occurred in 4/17 records involving mesh or a bag and 2/23 without these devices (OR 3.13; 95% CI 0.39 to 39.30; p = 0.373). Estimates for staged closure and other congenital defects were imprecise. Alternatively excluding either of two rows sharing an identifier changed the transfer p value to 0.042 or 0.060.
Conclusions: favorable outcomes predominated in the analyzed records. This reanalysis does not establish independent prognostic factors or demonstrate harm attributable to mesh or a bag. Source discrepancies and possible duplication limit inference and require verification against original records.

Cómo citar: Calva Morquecho MA et al., Resultados posoperatorios tras la reparación de gastrosquisis y onfalocele en un centro de especialidades de Ecuador Estudio retrospectivo. Pediatr Surg Latam (2026) 1(1):1–7. doi:10.68838/psl.2026.00001

Introducción

La gastrosquisis y el onfalocele son defectos congénitos de la pared abdominal que requieren una evaluación perinatal y quirúrgica específica. En la gastrosquisis, el intestino protruye habitualmente por un defecto paraumbilical sin un saco protector; el compromiso intestinal modifica la complejidad del tratamiento. Las guías ERNICA reconocen diversas estrategias de reducción y cierre, cuya selección depende del estado intestinal y clínico[1]. En el onfalocele, la herniación se produce en la base del cordón y está cubierta por un saco; la evaluación de las anomalías asociadas y del desarrollo pulmonar es relevante para planificar el manejo[2].

Aunque ambos defectos requieren atención especializada, sus perfiles clínicos difieren. En una cohorte de 6135 lactantes atendidos en unidades de cuidados intensivos neonatales, el onfalocele se acompañó con mayor frecuencia de otras anomalías y de hipertensión pulmonar que la gastrosquisis[3]. Estas diferencias justifican describir cada diagnóstico por separado y evitar que una categoría global de resultado sustituya la evaluación de complicaciones específicas.

Los resultados de estas malformaciones dependen también del acceso a cuidados neonatales y quirúrgicos. La cohorte internacional Global PaedSurg documentó diferencias importantes en mortalidad entre países y asociaciones con el estado clínico al ingreso y la disponibilidad de soporte respiratorio y nutricional[4]. Estas observaciones sitúan el resultado quirúrgico dentro de una trayectoria asistencial que empieza antes del cierre abdominal.

En Latinoamérica, una cohorte brasileña de 142 recién nacidos con gastrosquisis encontró asociaciones entre mortalidad, gastrosquisis compleja y síndrome de intestino corto, mientras que un mayor peso al nacer se relacionó con menor mortalidad[5]. Este antecedente refuerza la necesidad de registrar la gravedad intestinal y las características perinatales al interpretar series de la región.

La calidad del traslado es una exposición de interés en los hospitales de referencia. Un estudio de gastrosquisis realizado en Sudáfrica destacó la relación entre la condición fisiológica al llegar al centro y la mortalidad, con una interpretación más amplia que el tiempo de transferencia aislado[6]. Sin embargo, una categoría general de traslado adecuado o inadecuado no identifica por sí misma qué componentes de la estabilización explican la evolución.

Un centro de especialidades de Ecuador fue el escenario de una investigación sobre reparaciones de gastrosquisis y onfalocele realizadas entre junio de 2011 y marzo de 2012. La disponibilidad de su anexo individual permite revisar los resultados y la coherencia de las comparaciones originales. El objetivo de este trabajo fue describir esa serie histórica y explorar la relación del desenlace registrado con el traslado, el tipo de cierre, el empleo de malla o bolsa y la presencia de otros defectos congénitos.

Métodos

Diseño y fuente de información

Se realizó un reanálisis observacional retrospectivo de registros quirúrgicos. La investigación original correspondió a un centro de especialidades de Ecuador y comprendió el periodo de junio de 2011 a marzo de 2012. La redacción se organizó tomando como referencia los dominios de información de STROBE, sin asumir que todos sus requisitos pueden completarse a partir de la fuente disponible[7].

La tesis describe expedientes completos, acceso al número de historia clínica y atención dentro del periodo como criterios de inclusión; excluye la cirugía previa y la ausencia de control posoperatorio. También menciona una selección aleatoria y pareada según el resultado, sin describir las variables ni los pares. Por ello, el presente trabajo se considera una serie retrospectiva de registros seleccionados y no una cohorte consecutiva o un estudio pareado confirmado. No se dispone del número total de expedientes evaluados, excluidos o elegibles.

Se transcribieron los 40 registros del anexo y se cotejaron sus valores con las tablas del cuerpo de la tesis. La matriz de trabajo excluyó los números de historia clínica. Se mantuvieron los 40 registros en el análisis principal, sin asumir que representan 40 pacientes únicos. Dos filas comparten un identificador y difieren en condición de traslado y edad gestacional; esta situación se evaluó mediante análisis de sensibilidad. No se consultaron historias clínicas originales ni se adjudicaron nuevamente los desenlaces.

Desenlace y variables

El desenlace fue la clasificación original de resultado posoperatorio favorable (código E, éxito) o desfavorable (código F, fracaso). La tesis relaciona la evolución adecuada con ausencia de infección, evisceración, sepsis, íleo, hipertensión intraabdominal, vólvulo o muerte atribuida al defecto, además del inicio temprano de alimentación oral. El anexo no identifica los componentes de cada resultado ni precisa el horizonte de seguimiento o el umbral de alimentación temprana. En consecuencia, la categoría desfavorable no se interpreta como mortalidad ni como una tasa de complicaciones específica.

Se registraron diagnóstico, sexo, edad en días consignada para la cirugía, edad gestacional en semanas, clasificación del peso para la edad gestacional, tamaño del defecto en centímetros, otros defectos congénitos, condición de traslado, cierre primario o por etapas y uso de malla o bolsa. Se conservaron los códigos de traslado y de peso de la fuente; no se sustituyeron por una escala validada o una clasificación calculada con pesos individuales, que no estaban disponibles.

La variable denominada IMC en la tesis contiene códigos de adecuado o pequeño para la edad gestacional y se presentó con esa denominación clínica, sin interpretarla como índice de masa corporal. Para describir la edad gestacional se utilizó el corte de menos de 37 semanas frente a 37 o más; la categoría original de 33 a 37 semanas no se equiparó a prematuridad. Malla y bolsa se analizaron como una sola categoría porque la fuente no permite distinguirlas.

Análisis estadístico

Las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes, indicando el denominador. Las variables numéricas se describieron mediante mediana y rango. Las comparaciones exploratorias se centraron en cuatro exposiciones destacadas en la pregunta original: traslado inadecuado, uso de malla o bolsa, cierre por etapas y otros defectos congénitos. Se

Cómo citar: Calva Morquecho MA et al., Resultados posoperatorios tras la reparación de gastrosquisis y onfalocele en un centro de especialidades de Ecuador Estudio retrospectivo. Pediatr Surg Latam (2026) 1(1):1–7. doi:10.68838/psl.2026.00001

calcularon odds ratios mediante estimación condicional e intervalos de confianza exactos del 95%, junto con pruebas bilaterales exactas de Fisher. El desenlace desfavorable se situó como evento y se declaró la categoría de referencia de cada comparación.

Las pruebas trataron provisionalmente cada registro como una observación independiente, supuesto que no puede confirmarse hasta aclarar el identificador repetido. Los resultados se consideran exploratorios; no se ajustaron por comparaciones múltiples ni se estimaron efectos causales. No se realizó un modelo multivariable por los seis desenlaces desfavorables, la incertidumbre de selección y la ausencia de medidas de gravedad suficientes. No se calcularon riesgos relativos poblacionales ni se interpretó la proporción favorable de la muestra como una tasa hospitalaria.

En el análisis de sensibilidad se retiró alternativamente la fila 10 o la 28 del anexo. Se conservaron ambas posibilidades porque no existe evidencia para decidir si representan duplicación, reutilización del identificador o un error de transcripción. También se comparó el resultado del anexo con el de la tabla agregada de malla o bolsa. Los cálculos se realizaron en Python con SciPy; no se imputaron datos ni se modificaron valores clínicos para resolver discrepancias.

Consideraciones éticas

Este trabajo es un reanálisis de datos individuales del anexo de la tesis de la autora de correspondencia, que recopiló la información en un centro de especialidades; no se recolectaron datos nuevos, no se consultaron historias clínicas y no hubo contacto con pacientes o familias. Se excluyeron los números de historia clínica y no se publica ningún identificador personal. Las fotografías de las Figuras 3 y 4 se incluyen con autorización para su publicación. Los permisos y consentimientos del estudio original corresponden a la tesis fuente.

Resultados

Características de los registros

Se analizaron 40 registros: 34 de gastrosquisis (85,0%) y seis de onfalocele (15,0%). Veintitrés correspondieron al sexo masculino (57,5%). La mediana de la edad consignada para la cirugía fue de seis días, con un rango de uno a 30. El registro de 30 días se conservó sin denominarlo estrictamente neonatal. La mediana de edad gestacional fue de 38 semanas; cuatro registros tenían menos de 37 semanas. El tamaño del defecto tuvo una mediana de 8 cm. Las características por resultado se presentan en la Tabla 1.

Los datos categóricos se expresan como n (%). Los porcentajes de cada columna utilizan su propio denominador. Las medianas corresponden a los valores consignados en el anexo individual. La edad de 30 días se conserva según la fuente.

El resultado fue favorable en 34 registros (85,0%) y desfavorable en seis (15,0%). Para gastrosquisis, las categorías correspondieron a 29/34 favorables y 5/34 desfavorables; para onfalocele, a 5/6 y 1/6, respectivamente. La fuente no permite separar infección, sepsis, muerte u otras complicaciones dentro de los seis resultados desfavorables.

Traslado y reparación quirúrgica

Veintiocho registros indicaban traslado adecuado y 12 inadecuado. Se consignó cierre primario en 22 registros y cierre por etapas en 18. El anexo individual mostró empleo de malla o bolsa en 17 registros, de los cuales 13 fueron favorables y cuatro desfavorables. Esta distribución difiere de la tabla 10 de la tesis, que presenta siete resultados favorables y cuatro desfavorables con malla o bolsa. La discrepancia afecta a seis registros favorables y cambia la comparación estadística; el análisis principal mantuvo los valores individuales del anexo.

Comparaciones exploratorias

El resultado desfavorable apareció en 4/12 registros con traslado inadecuado (33,3%) y en 2/28 con traslado adecuado (7,1%). La OR condicional fue 6,14 (IC del 95% 0,73 a 79,82; p = 0,055). Con malla o bolsa se registró en 4/17 (23,5%), frente a 2/23 (8,7%) sin estos dispositivos; la OR fue 3,13 (IC del 95% 0,39 a 39,30; p = 0,373). Los porcentajes observados se muestran en la Figura 1.

Para cierre por etapas frente a primario, la OR fue 2,78 (IC del 95% 0,34 a 34,78; p = 0,381). Para presencia frente a ausencia de otros defectos congénitos, fue 4,59 (IC del 95% 0,56 a 58,53; p = 0,159). Los cuatro intervalos incluyeron la unidad y fueron amplios (Tabla 2 y Figura 2). Estas estimaciones no sustentan una clasificación de predictores independientes.

n/N indica resultados desfavorables sobre el total de registros de cada categoría. OR: odds ratio condicional; IC: intervalo de confianza exacto. Valores p bilaterales de Fisher sin ajuste por multiplicidad. La independencia de los registros se asumió provisionalmente. Las exposiciones no representan efectos ajustados ni causales.

Análisis de sensibilidad

Al retirar la fila 10, que consignaba traslado inadecuado y resultado favorable, la comparación de traslado dio p = 0,042. Al retirar la fila 28, que consignaba traslado adecuado y resultado favorable, dio p = 0,060. La comparación de malla o bolsa permaneció en p = 0,374 en ambos escenarios. Por su parte, el cálculo con la tabla agregada original de malla o bolsa produjo p = 0,039, frente a p = 0,373 al utilizar el anexo. La dependencia de las conclusiones respecto de la fuente y de una sola fila impide atribuir solidez a la significación estadística original.

La Figura 3 ilustra la protección temporal de las vísceras exteriorizadas mediante una bolsa, y la Figura 4 muestra el aspecto de una herida abdominal suturada. Ambas fotografías proceden del archivo de la tesis y se incluyen con fines ilustrativos; no se vinculan con un registro ni con un resultado clínico específico de la serie.

Discusión

Esta serie histórica describe un predominio de resultados favorables en los registros de reparación de gastrosquisis y onfalocele. Su principal hallazgo analítico es la incertidumbre de las asociaciones propuestas en la tesis. El traslado inadecuado mostró una mayor proporción observada de resultados desfavorables, pero la estimación fue imprecisa y sensible a un posible duplicado. El anexo individual tampoco reprodujo la significación estadística atribuida al uso de malla o bolsa. La verificación de los registros originales es, por tanto, necesaria

Cómo citar: Calva Morquecho MA et al., Resultados posoperatorios tras la reparación de gastrosquisis y onfalocele en un centro de especialidades de Ecuador Estudio retrospectivo. Pediatr Surg Latam (2026) 1(1):1–7. doi:10.68838/psl.2026.00001

Tabla 1. Características de los registros según el resultado posoperatorio

Característica	Total n = 40	Favorable n = 34	Desfavorable n = 6
Edad en días, mediana (rango)	6,0 (1 a 30)	5,0 (1 a 20)	8,0 (6 a 30)
Edad gestacional en semanas, mediana (rango)	38,0 (35 a 40)	38,0 (35 a 40)	38,5 (37 a 40)
Tamaño del defecto en cm, mediana (rango)	8,0 (3 a 12)	8,0 (3 a 12)	9,0 (6 a 10)
Gastrosquisis	34 (85,0)	29 (85,3)	5 (83,3)
Onfalocele	6 (15,0)	5 (14,7)	1 (16,7)
Sexo masculino	23 (57,5)	21 (61,8)	2 (33,3)
Sexo femenino	17 (42,5)	13 (38,2)	4 (66,7)
Menos de 37 semanas	4 (10,0)	4 (11,8)	0 (0,0)
37 o más semanas	36 (90,0)	30 (88,2)	6 (100,0)
Peso adecuado para edad gestacional	23 (57,5)	20 (58,8)	3 (50,0)
Peso pequeño para edad gestacional	17 (42,5)	14 (41,2)	3 (50,0)
Defecto de 5 cm o menos	11 (27,5)	11 (32,4)	0 (0,0)
Defecto mayor de 5 cm	29 (72,5)	23 (67,6)	6 (100,0)
Otros defectos congénitos presentes	14 (35,0)	10 (29,4)	4 (66,7)
Otros defectos congénitos ausentes	26 (65,0)	24 (70,6)	2 (33,3)



Fig. 3. Protección temporal de vísceras exteriorizadas mediante una bolsa. Fotografía original del archivo de la tesis. La imagen no permite identificar el dispositivo específico ni vincularlo con un registro individual.



Fig. 4. Aspecto de una herida abdominal suturada. Fotografía original del archivo de la tesis. No se atribuye al mismo paciente de la figura 3 ni a un resultado particular de la serie.

para interpretar el resultado clínico del estudio.

La asociación observada para el traslado es clínicamente plausible, aunque estos datos no permiten identificar un mecanismo. Stevens y colaboradores destacaron la importancia del estado fisiológico al llegar al centro quirúrgico[6]. En el presente archivo, la variable adecuado o inadecuado no desglosa hipotermia, deshidratación, compromiso vascular, demora o estabilización previa. Puede representar varios problemas asistenciales y también diferencias iniciales de gravedad. La revisión de estos componentes en historias clínicas ayudaría a convertir una señal general en una exposición medible.

La evaluación conjunta de gastrosquisis y onfalocele añade heterogeneidad. Las guías actuales de gastrosquisis contemplan distintas opciones de reducción y cierre[1], mientras que las de onfalocele subrayan las condiciones anatómicas, las anomalías asociadas y el estado respiratorio[2]. La serie cuenta con solo seis registros de onfalocele y no distingue gastrosquisis simple de compleja ni onfalocele gigante de no gigante. La cohorte de Bradnock y colaboradores mostró peores resultados de alimentación, estancia y reintervención en gastrosquisis compleja[8]. La ausencia de esa información reduce la capacidad de comparar técnicas en esta muestra.

En onfalocele gigante, la serie de Nolan y colaboradores relacionó los resultados desfavorables con anomalías mayores, alteraciones cardiopulmonares y características del defecto[9]. La revisión de Martou y Saxena también identificó la hipertensión o hipoplasia pulmonar, las anomalías asociadas, el tamaño del defecto y la herniación hepática como determinantes de morbilidad[10]. En este reanálisis, la variable otros defectos congénitos no distingue el tipo ni la gravedad de esas anomalías, por lo que su OR no representa el riesgo de una malformación concreta.

El uso de malla o bolsa no constituye, por sí solo, una exposición equivalente a daño quirúrgico. Además de la discrepancia de transcripción, el dispositivo puede haber sido elegido por desproporción entre vísceras y cavidad abdominal o por mayor complejidad del defecto. Esta confusión por indicación impide separar la gravedad que motiva una técnica de sus

Cómo citar: Calva Morquecho MA et al., Resultados posoperatorios tras la reparación de gastrosquisis y onfalocele en un centro de especialidades de Ecuador Estudio retrospectivo. Pediatr Surg Latam (2026) 1(1):1–7. doi:10.68838/psl.2026.00001

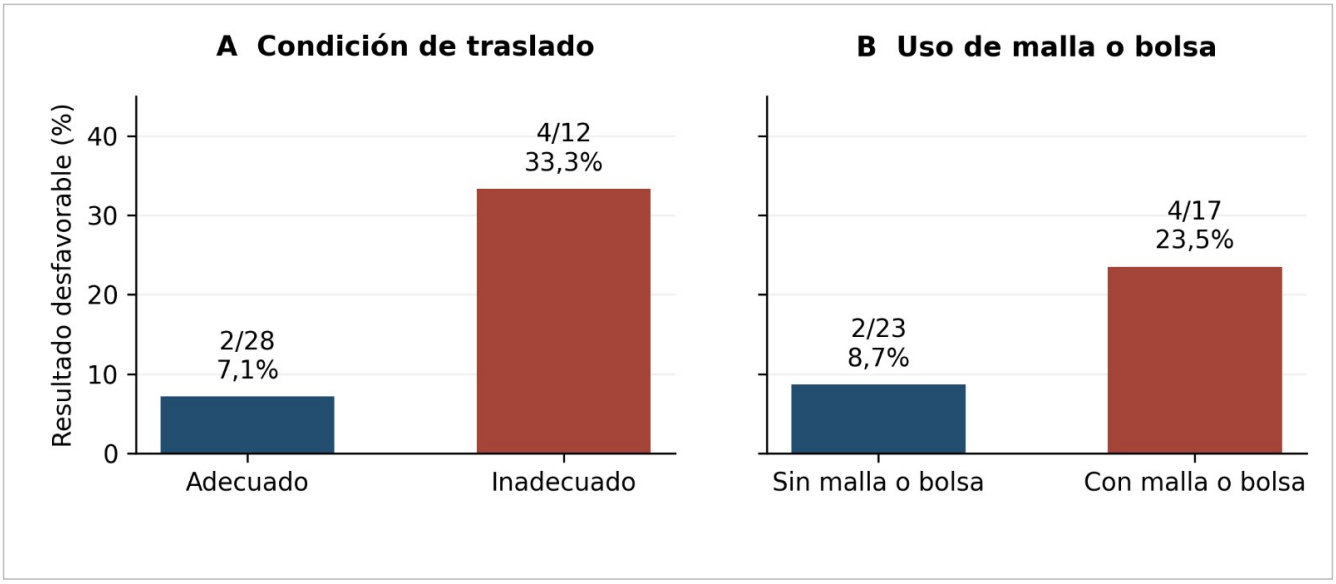


Fig. 1. Proporción observada de resultados desfavorables según condición de traslado (A) y uso de malla o bolsa (B). Las etiquetas muestran n/N y el porcentaje dentro de cada categoría. Datos transcritos del anexo individual de la tesis; describen los registros analizados y no una tasa hospitalaria poblacional.

Tabla 2. Comparaciones exploratorias del resultado desfavorable

Comparación	Exposición n/N (%)	Referencia n/N (%)	OR e IC del 95%	p
Traslado inadecuado frente a adecuado	4/12 (33,3%)	2/28 (7,1%)	6,14 (0,73 a 79,82)	0,055
Malla o bolsa frente a sin malla o bolsa	4/17 (23,5%)	2/23 (8,7%)	3,13 (0,39 a 39,30)	0,373
Cierre por etapas frente a primario	4/18 (22,2%)	2/22 (9,1%)	2,78 (0,34 a 34,78)	0,381
Otros defectos congénitos frente a ausentes	4/14 (28,6%)	2/26 (7,7%)	4,59 (0,56 a 58,53)	0,159

efectos. En un ensayo aleatorizado de gastrosquisis, Pastor y colaboradores encontraron resultados similares entre silo preformado y cierre primario para varios desenlaces[11]. El estudio no permite trasladar ese resultado a todas las bolsas o mallas de esta serie, pero muestra por qué una comparación observacional pequeña no demuestra inferioridad del procedimiento.

La cohorte multicéntrica de Hawkins y colaboradores, con 566 neonatos, no encontró diferencias significativas en mortalidad, sepsis, readmisión ni tiempo hasta alimentación enteral completa entre el cierre inmediato y el uso de silo durante cinco días o menos[12]. En una cohorte posterior de 109 lactantes tratados con silo, el cierre diferido y la gastrosquisis compleja se asociaron con mayor tiempo hasta alimentación completa y mayor estancia[13]. Estos hallazgos señalan la importancia de documentar el tiempo hasta el cierre y la complejidad intestinal, datos que no pueden reconstruirse con precisión en la presente serie.

También debe distinguirse el cierre con sutura del cierre sin sutura. El estudio del Midwest Pediatric Surgery Consortium observó asociaciones entre el cierre sin sutura y menor utilización de anestesia general y ventilación, sin diferencias significativas en el tiempo hasta la alimentación objetivo[14]. La clasificación disponible en esta serie no permite identificar esa modalidad; por ello, las fotografías clínicas no constituyen evidencia suficiente para clasificar una técnica ni para comparar su eficacia.

Las diferencias observadas tampoco deben convertirse en recomendaciones de cierre primario universal. El número de eventos es pequeño, la selección original no está suficientemente descrita y las exposiciones pueden estar relacionadas entre sí. Las recomendaciones actuales de la American Pediatric Surgical Association favorecen protocolos específicos de cuidado y alimentación en gastrosquisis no complicada[15]. La lección aplicable a este reanálisis es la necesidad de documentar de forma uniforme la atención y los desenlaces; no se evaluó la implementación de tales protocolos en el centro.

La interpretación internacional requiere un desenlace comparable. Global PaedSurg estudió mortalidad con seguimiento definido y documentó asociaciones con recursos y condiciones clínicas[4]. Aquí, seis registros clasificados como fracaso no equivalen a seis muertes, y 85,0% de resultados favorables no equivale a 85,0% de supervivencia. La reconstrucción de mortalidad hospitalaria, complicaciones específicas, días de ventilación, nutrición parenteral, estancia y reintervenciones permitiría una comparación más útil. Estos datos no se pueden obtener de la categoría de resultado disponible.

La estandarización de los desenlaces ofrece una vía para mejorar futuros estudios. El conjunto básico de resultados para gastrosquisis desarrollado por Allin y colaboradores incluye mortalidad, sepsis, crecimiento, número de operaciones, complicaciones gastrointestinales graves, duración de la nutrición parenteral, enfermedad hepática y calidad de vida[16]. Una serie regional de Hong Kong también documentó resultados a corto y largo plazo, con seguimiento del crecimiento y del

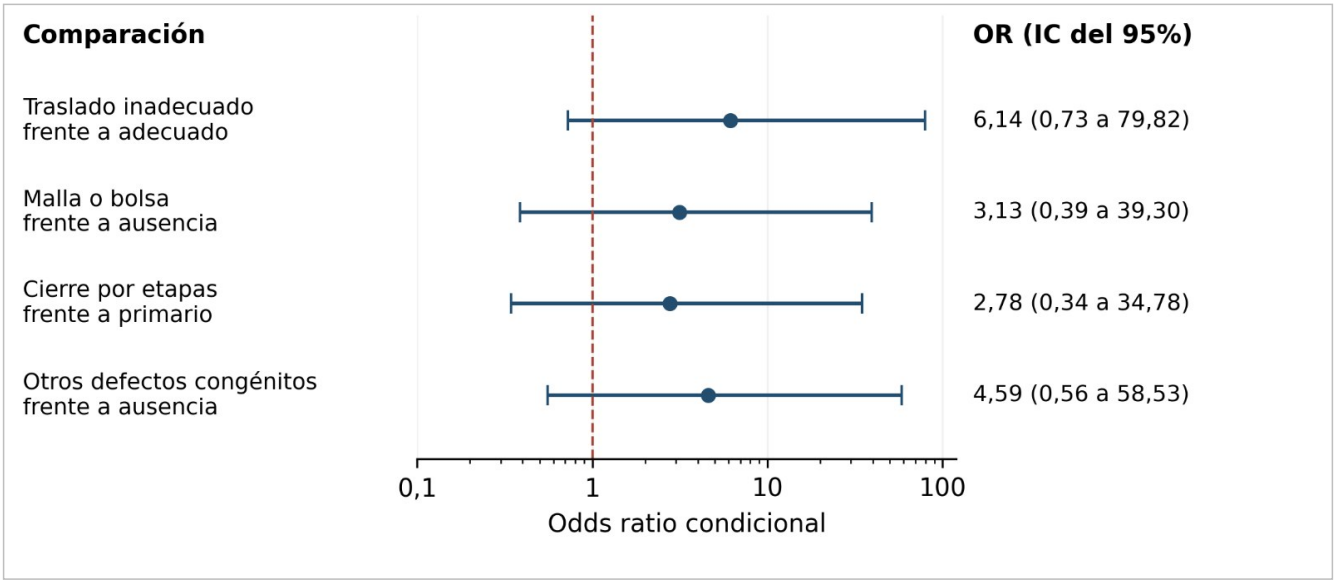


Fig. 2. Odds ratios condicionales e intervalos de confianza exactos del 95% para el resultado desfavorable. La línea vertical señala OR = 1. Todas las estimaciones son exploratorias, carecen de ajuste y dependen del supuesto provisional de independencia de los registros.

desarrollo[17]. La categoría favorable o desfavorable de la fuente actual no permite reconstruir estos dominios; su registro prospectivo facilitaría comparaciones más interpretables.

El periodo de estudio también delimita el alcance del trabajo. Las intervenciones corresponden a 2011 y 2012; el reanálisis aporta una descripción histórica del centro y no una evaluación de su desempeño actual. Las referencias contemporáneas ayudan a discutir los hallazgos, pero no actualizan la población estudiada. Un registro institucional reciente y separado por diagnóstico permitiría determinar si las necesidades asistenciales identificadas siguen presentes.

Limitaciones

La fuente combina descripciones prospectivas y retrospectivas y menciona un pareamiento no reproducible. Se desconoce el marco de selección y no se verificaron los expedientes. Un identificador repetido impide confirmar la independencia de todos los registros. La muestra de 40 registros es pequeña y contiene solo seis desenlaces desfavorables, por lo que los intervalos de confianza son amplios y el estudio carece de potencia para detectar asociaciones moderadas. La proporción de gastrosquisis (85,0%) supera la de onfalocele, y no se distinguió gastrosquisis simple de compleja ni onfalocele gigante de no gigante, de modo que la gravedad intestinal y anatómica pudo confundir todas las comparaciones. El desenlace combinado favorable o desfavorable carece de componentes definidos ni de horizonte de seguimiento, y las categorías de traslado y de peso se tomaron de la fuente sin validación. Por último, los datos corresponden a 2011-2012 y no reflejan la práctica actual del hospital. La discrepancia entre el anexo y la tabla agregada de malla o bolsa no pudo resolverse sin los expedientes originales.

Conclusiones

En los registros de reparación de gastrosquisis y onfalocele de un centro de especialidades correspondientes a junio de 2011 a marzo de 2012, predominó la clasificación posoperatoria favorable. El traslado inadecuado presentó una mayor proporción observada de resultados desfavorables, con incertidumbre estadística y sensibilidad a un identificador repetido. El reanálisis individual no confirmó la asociación significativa atribuida a malla o bolsa. La serie no establece predictores independientes y requiere conciliación con los datos originales antes de formular conclusiones clínicas definitivas.

Declaraciones

Contribuciones de autoría CRediT: Michelle Ariana Calva Morquecho: redacción del borrador original; redacción, revisión y edición. Josselyne Adriana Saavedra Sarango: redacción, revisión y edición. Cristopher Steeven Pardo Román: redacción, revisión y edición. Arianna Elizabeth Santin Jaramillo: redacción, revisión y edición.

Financiamiento: este trabajo no recibió financiamiento específico.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con este trabajo.

Disponibilidad de datos: por razones de confidencialidad y protección de la información de los pacientes, la base de datos no se comparte de forma abierta en el marco de este artículo. Las solicitudes justificadas de información o de acceso a datos desidentificados deben dirigirse a la autora de correspondencia, quien evaluará su procedencia y las condiciones de acceso de acuerdo con las restricciones de confidencialidad.

Consideraciones éticas

Exento de revisión por comité de ética. Es un reanálisis retrospectivo de datos individuales desidentificados, tomados del anexo de la tesis de la autora de correspondencia. No se recolectaron datos nuevos, no se consultaron historias clínicas y no hubo contacto con pacientes ni familias. No se incluyen identificadores personales: se excluyeron los números de historia clínica. Los permisos del estudio original corresponden a la tesis fuente

Consentimiento informado. No aplica para el análisis, que

usa datos desidentificados de un estudio previo sin intervención ni contacto con pacientes. Las fotografías de las Figuras 3 y 4 se incluyen con autorización para su publicación.

Conflicto de intereses

Ninguno. Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con este trabajo.

Financiación

Este trabajo no recibió financiamiento específico.

Contribución de los autores (CRediT)

Michelle Ariana Calva Morquecho: conceptualización, curación de datos, análisis formal, redacción del borrador original, redacción, revisión y edición. Josselyne Adriana Saavedra Sarango: redacción, revisión y edición. Cristopher Steeven Pardo Román: redacción, revisión y edición. Arianna Elizabeth Santin Jaramillo: redacción, revisión y edición.

Uso de inteligencia artificial generativa

No uso de inteligencia artificial.

Disponibilidad de datos

Por razones de confidencialidad y protección de la información de los pacientes, la base de datos no se comparte de forma abierta. Las solicitudes justificadas de acceso a datos desidentificados deben dirigirse a la autora de correspondencia (michellecalva@outlook.com), quien evaluará su procedencia y las condiciones de acceso.

Referencias

1. Mesas Burgos C, Irvine W, Vivanti A, Conner P, Machtejeviene E, Peters N, et al. European reference network for rare inherited congenital anomalies (ERNICA) evidence based guideline on the management of gastroschisis. Orphanet J Rare Dis. 2024;19:60. doi:10.1186/s13023-024-03062-8.
2. Irvine W, van der Kamp LM, Spivack O, Wijnen R, Sgrò A, Brendel J, et al. ERNICA evidence based guideline on omphalocele. Orphanet J Rare Dis. 2026;21:193. doi:10.1186/s13023-026-04293-7.
3. Corey KM, Hornik CP, Laughon MM, McHutchison K, Clark RH, Smith PB. Frequency of anomalies and hospital outcomes in infants with gastroschisis and omphalocele. Early Hum Dev. 2014;90(8):421-424. doi:10.1016/j.earlhumdev.2014.05.006.
4. Global PaedSurg Research Collaboration. Mortality from gastrointestinal congenital anomalies at 264 hospitals in 74 low-income, middle-income, and high-income countries: a multicentre, international, prospective cohort study. Lancet. 2021;398(10297):325-339. doi:10.1016/S0140-6736(21)00767-4.
5. Muniz VM, Lima Netto A, Carvalho KS, do Valle CS, Martins CA, Salaroli LB, et al. Predicting mortality in neonates with gastroschisis in a Southeastern state of Brazil. Rev Assoc Med Bras (1992). 2023;69(2):314-319. doi:10.1590/1806-9282.20221116.
6. Stevens P, Muller E, Becker P. Gastroschisis in a developing country: poor resuscitation is a more significant predictor of mortality than postnatal transfer time. S Afr J Surg. 2016;54(1):4-9. Disponible en: https://scielo.org.za/scielo.php?pid=S0038-23612016000100002&script=sci_arttext
7. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. PLoS Med. 2007;4(10):e296. doi:10.1371/journal.pmed.0040296.
8. Bradnock TJ, Marven S, Owen A, Johnson P, Kurinczuk JJ, Spark P, et al. Gastroschisis: one year outcomes from national cohort study. BMJ. 2011;343:d6749. doi:10.1136/bmj.d6749.
9. Nolan HR, Wagner ML, Jenkins T, Lim FY. Outcomes in the giant omphalocele population: A single center comprehensive experience. J Pediatr Surg. 2020;55(9):1866-1871. doi:10.1016/j.jpedsurg.2020.04.019.
10. Martou L, Saxena AK. Morbidity in giant omphaloceles: Predictive factors and management strategies. Acta Paediatr. 2024;113(12):2504-2512. doi:10.1111/apa.17387.
11. Pastor AC, Phillips JD, Fenton SJ, Meyers RL, Lamm AW, Raval MV, et al. Routine use of a SILASTIC spring-loaded silo for infants with gastroschisis: a multicenter randomized controlled trial. J Pediatr Surg. 2008;43(10):1807-1812. doi:10.1016/j.jpedsurg.2008.04.003.
12. Hawkins RB, Raymond SL, St Peter SD, Downard CD, Qureshi FG, Renaud E, et al. Immediate versus silo closure for gastroschisis: Results of a large multicenter study. J Pediatr Surg. 2020;55(7):1280-1285. doi:10.1016/j.jpedsurg.2019.08.002.
13. Sharma P, Gera P, Rao S. Early versus delayed silo closure in gastroschisis: a retrospective study. Pediatr Surg Int. 2025;41:138. doi:10.1007/s00383-025-06042-6.
14. Fraser JD, Deans KJ, Fallat ME, Helmrath MA, Kabre R, Leys CM, et al.; Midwest Pediatric Surgery Consortium. Sutureless vs sutured abdominal wall closure for gastroschisis: Operative characteristics and early outcomes from the Midwest Pediatric Surgery Consortium. J Pediatr Surg. 2020;55(11):2284-2288. doi:10.1016/j.jpedsurg.2020.02.017.
15. Baerg J, McAteer JP, Miniati D, Somme S, Slidell M; American Pediatric Surgical Association Outcomes and Evidence-based Practice Committee. Improving outcomes for uncomplicated gastroschisis: clinical practice guidelines from the American Pediatric Surgical Association Outcomes and Evidence-based Practice Committee. Pediatr Surg Int. 2024;40:246. doi:10.1007/s00383-024-05819-5.
16. Allin BSR, Hall NJ, Ross AR, Marven SS, Kurinczuk JJ, Knight M; NETS1G collaboration. Development of a gastroschisis core outcome set. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2019;104(1):F76-F82. doi:10.1136/archdischild-2017-314560.
17. Chin VHY, Hung JWS, Wong VHY, Fung ACH, Chao NSY, Chan KW, et al. Clinical characteristics and outcome of omphalocele and gastroschisis: a 20-year multicenter regional experience. Pediatr Surg Int. 2024;40:210. doi:10.1007/s00383-024-05783-0.

Derechos de autor y licencia

Derechos de autor © 2026 Michelle Ariana Calva Morquecho, Josselyne Adriana Saavedra Sarango, Cristopher Steeven Pardo Román, Arianna Elizabeth Santin Jaramillo.
Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución 4.0 (CC BY 4.0): https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/. Los autores conservan los derechos de autor y ceden a la revista el derecho de la primera publicación; terceros pueden utilizar lo publicado siempre que mencionen la autoría del trabajo y la primera publicación en esta revista. Los autores pueden realizar otros acuerdos independientes para la distribución no exclusiva de la versión publicada, indicando que se publicó por primera vez en esta revista.

Cómo citar: Calva Morquecho MA et al., Resultados posoperatorios tras la reparación de gastrosquisis y onfalocele en un centro de especialidades de Ecuador Estudio retrospectivo. Pediatr Surg Latam (2026) 1(1):1–7. doi:10.68838/psl.2026.00001