

Morbilidad derivada del olvido de gasas en actos quirúrgicos

Morbidity derived from gauze forgetfulness in surgical acts

Dra. E. Mahuina Campos-Castolo¹, Dr. Luis E. Hernández-Gamboa², Dr. Arturo Revuelta-Herrera³, LEO. Rebeca Victoria-Ochoa⁴, Lic. Alejandría Villa-de la Vega⁵

Resumen

Introducción. Los textilomas son iatrogenias quirúrgicas cuya incidencia real se desconoce, pues no se reporta habitualmente. Sus complicaciones pueden llevar a lesiones graves a los pacientes, incluso la muerte.

Material y métodos. Se revisaron las quejas relacionadas a textilomas que fueron atendidas en CONAMED de enero de 2001 a junio de 2007. Se describen variables sociodemográficas, diagnósticos y complicaciones presentadas en los casos.

Resultados. Se identificaron 15 casos; la edad promedio de los pacientes fue 36.6 años; 53.3% mujeres; 66.7% atendidos en el Distrito Federal, 46.7% en instituciones privadas; 80% en cirugía abdominal o ginecológica. Los daños más graves fueron lesión irreversible a órganos intraabdominales 33.3% y muerte 13.3%.

Conclusiones. Los textilomas son eventos adversos prevenibles, responsabilidad conjunta de cirujanos, instrumentistas y circulantes como parte del equipo quirúrgico. *Rev CONAMED. 2008; 13 Supl 1: 5-11.*

Palabras clave: textiloma, óblito, eventos adversos, seguridad del paciente, iatrogenia.

Abstract

Introduction. Textiloma is a surgical iatrogenia whose real incidence is not known, because it is not reported habitually. Their complications can take serious injuries to the patients, even the death.

Material and methods. We reviewed the complaints attended in CONAMED of January of 2001 June of 2007 which were related to textilomas, sociodemographic variables, diagnoses and complications displayed in the cases are described.

Results. Fifteen cases were identified; the age average of the patients was 36,6 years; 53,3% women; 66,7% occurs in the Distrito Federal, 46,7% in private institutions; 80% in abdominal or gynecological surgery. The most serious damages were irreversible injury to intraabdominal organs 33,3% and death 13,3%.

Conclusions. Textilomas are prevenibles adverse events, joint responsibility of surgeons, instrumentalist and circulating like part the surgical team.

Key words. Textiloma, gossypibomas, adverse events, patient safety, iatrogenia.

¹Subdirección de Investigación, Comisión Nacional de Arbitraje Médica; ²Coordinación de Asesores de la Subsecretaría de Innovación y Calidad; ³Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud; ⁴Unidad de Tuberculosis, Instituto Nacional de Salud Pública; ⁵Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Correspondencia. Dra. E. Mahuina Campos Castolo, Subdirectora de Investigación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Mitla 250, Piso 8, Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, México, D.F., 03020. mahuina@conamed.gob.mx.

Introducción

Los textilomas intraabdominales son una iatrogenia del personal médico en actos quirúrgicos; sus complicaciones comprometen la salud de los pacientes, generando eventos adversos de gravedad diversa, incluso a ocasionar la muerte si no se detecta y atiende con oportunidad. El estudio del olvido de compresas en actos quirúrgicos tiene implicaciones éticas y legales, por lo que sus causas son difíciles de documentar y estudiar. Si bien es cierto que los médicos cirujanos son la máxima autoridad en el procedimiento quirúrgico; el conteo de las gasas es una actividad propia del equipo de enfermeras, en particular la instrumentista y la circulante; no obstante, un error de esta naturaleza recae en la persona del cirujano en términos legales.

Textiloma u oblito es un cuerpo extraño dejado accidentalmente en el abdomen durante una intervención quirúrgica sin efecto terapéutico: gasas, compresas de distinta variedad y tamaño, tubos de drenaje de aspiración o instrumental, etc.

A nivel internacional se ha estimado una frecuencia de olvido de gasas en 1 de cada 1000 a 1500 cirugías.¹ En México, como en todo el mundo, se desconoce la incidencia real de este evento, pues es un incidente poco reportado, probablemente por razones médico-legales, ya que implica responsabilidad objetiva de los profesionales quirúrgicos implicados.¹⁻³

Los casos que llegan a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) son una pequeña porción de los eventos³ y representan la "punta del iceberg", ya que en innumerables ocasiones estos errores se ocultan por el equipo médico, argumentando otras causas a las complicaciones, por lo cual las demandas no se realizan. Aguirre y colaboradores¹ practicaron una encuesta anónima a 93 cirujanos y encontraron que 32% reconocieron haber dejado una compresa en cavidad abdominal durante alguna de sus cirugías, 80% afirmaron haber manejado alguna vez un textiloma y 94% reconocieron conocer algún colega que había incurrido en este error técnico. El mismo autor determinó el grado de responsabilidad del equipo médico, a criterio de los cirujanos encuestados y encontró que, para los cirujanos que habían olvidado gasas la responsabilidad recaía en ellos, mientras que para los cirujanos que no habían olvidado gasas la responsabilidad era de la instrumentista; sin embargo, las diferencias no fueron estadísticamente significativas por lo que se puede concluir que el sentir de los cirujanos es que la responsabilidad es compartida de la instrumentista y el médico cirujano. El artículo de Aguirre concluye que debería ser responsabilidad del médico cuando la cuenta de gasas es incompleta y éste se niegue a revisar la cavidad abdominal y no agote los medios diagnósticos disponibles, mientras que si el conteo por la

instrumentista fue completo y hubo olvido de gasa o compresa la responsabilidad debería recaer en la instrumentista.¹

Entre las causas principales del olvido de compresas en la cavidad abdominal se menciona el cambio en la exposición del campo quirúrgico, que facilita el ocultamiento de cuerpos extraños; los cambios del personal de enfermería durante el acto quirúrgico, lo que interfiere con el conteo de gasas y compresas; el que se practique una cirugía de urgencia; que la cirugía se practique en la noche o la madrugada; que la cirugía sea prolongada; que la cirugía curse con una gran hemorragia; que el paciente esté muy grave y que la técnica empleada por el cirujano sea más complicada.²⁻³

El olvido de compresas es un problema serio y puede generar complicaciones graves e incluso muertes, en una proporción epidemiológicamente elevada al no diagnosticarse de manera oportuna. El presente proyecto se origina por la necesidad de conocer cuáles son las complicaciones de salud que presentan los pacientes en los cuales ocurrió el olvido de gasas y/o compresas en la cavidad abdominal y comparar la frecuencia con los escasos reportes encontrados en la literatura internacional.

Material y métodos

Para determinar las principales complicaciones de salud que tiene el olvido de gasas y/o compresas en la cavidad abdominal, se realizó un estudio transversal retrospectivo mediante la revisión de las quejas por esta causa, atendidas en CONAMED de enero de 2001 a junio de 2007. Se elaboró un cuestionario que permitió concentrar la información requerida, para obtener ésta de manera homogénea, sistemática y completa de cada uno de los expedientes.

Criterios de inclusión: todo expediente con motivo de quejas de textiloma y que esté técnicamente completo.

Criterios de exclusión: todo expediente con motivo de quejas de textiloma y que no esté técnicamente completo.

Criterio de eliminación: todo expediente con motivo de quejas de textiloma y que esté técnicamente completo pero que se haya extraviado.

El tamaño de muestra estuvo determinado por el número de quejas sometidas a la CONAMED del año 2001 al 2007 a nivel nacional.

El análisis de la información se realizó en los programas de cómputo Excel y SPSS. En un análisis simple se describen las variables sociodemográficas de los pacientes y de los médicos tratantes, así como las complicaciones presentadas.

Resultados

De enero de 2001 a junio de 2007 se presentaron 15 demandas por textiloma en eventos quirúrgicos. La población afectada tuvo un promedio de 36.6 años, con una desviación estándar de 11.83 y límites de edad entre 24 a 60 años.

Por sexo: 53.3% de los casos fueron mujeres con promedio de edad de 32.4 años y desviación estándar de 6.98 años. Los hombres representaron 46.7% de los casos, con promedio de 36.6 años de edad y desviación estándar de 11.83 años.

La muestra estuvo integrada por 10 casos del Distrito Federal, tres del Estado de México y dos de otras entidades

federativas. En cuanto a la institución donde se presentó la iatrogenia, la mayoría fue atendida en instituciones privadas (46.7%), seguido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con 33.3% y otros tres casos de SSGDF e ISSSTE (20%).

El tipo de cirugía donde se presentó el olvido de gasas o apósitos fue predominantemente en cirugía abdominal y ginecológica, que representaron cada una 40% del total de casos analizados. La cirugía oncológica aportó 6.7% y 13.3% de los expedientes no indicaban la cirugía realizada. Una tercera parte de los casos estuvieron relacionados con pacientes embarazadas, seguida de pacientes con apendicitis 13.3%; en 13.3% de los expedientes no figuraba un diagnóstico preoperatorio (Fig. 1).

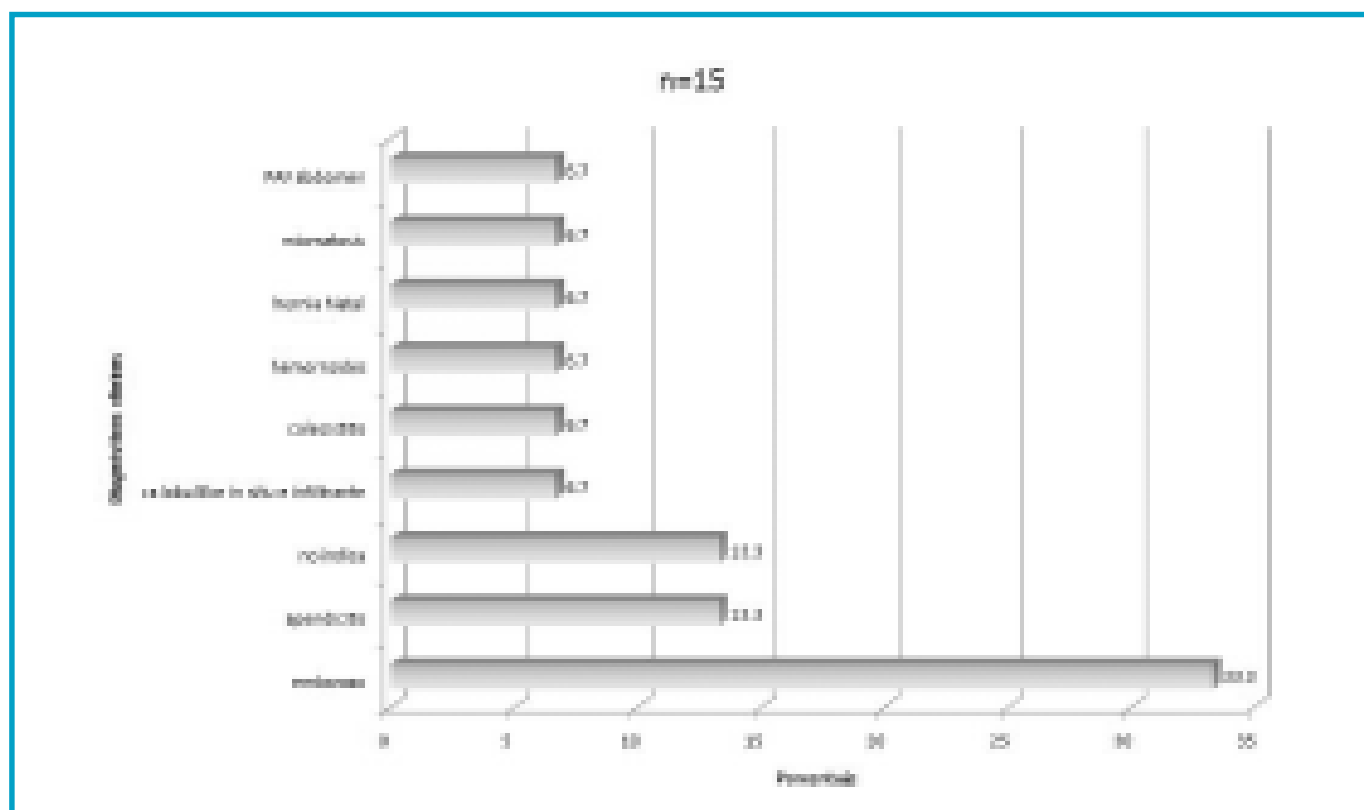


Figura 1. Diagnóstico preoperatorio.

Las complicaciones identificadas en los expedientes fueron infecciosas 53.3% y lesión a intestino 26.7%. Otras complicaciones se grafican en la Figura 2.

Las regiones anatómicas más afectadas por los textilomas fueron la cavidad abdominal 46.7% y la cavidad pélvica y órganos genitales femeninos 33.3% (Fig. 3).

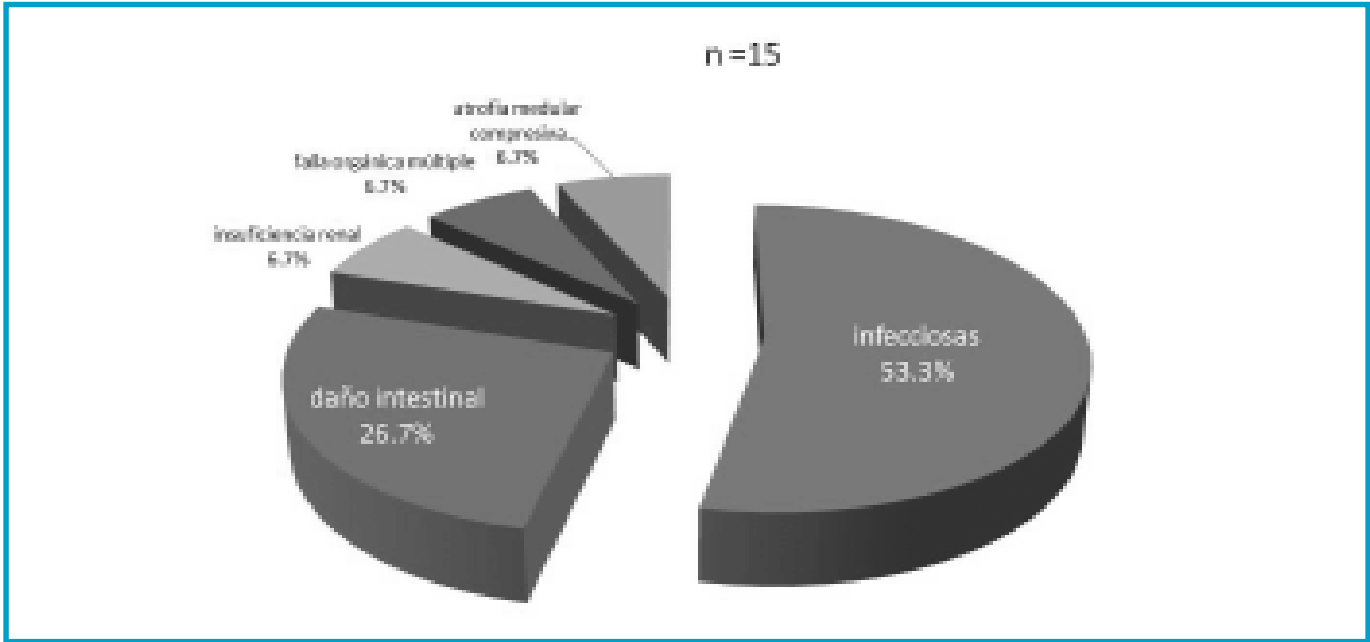


Figura 2. Complicaciones

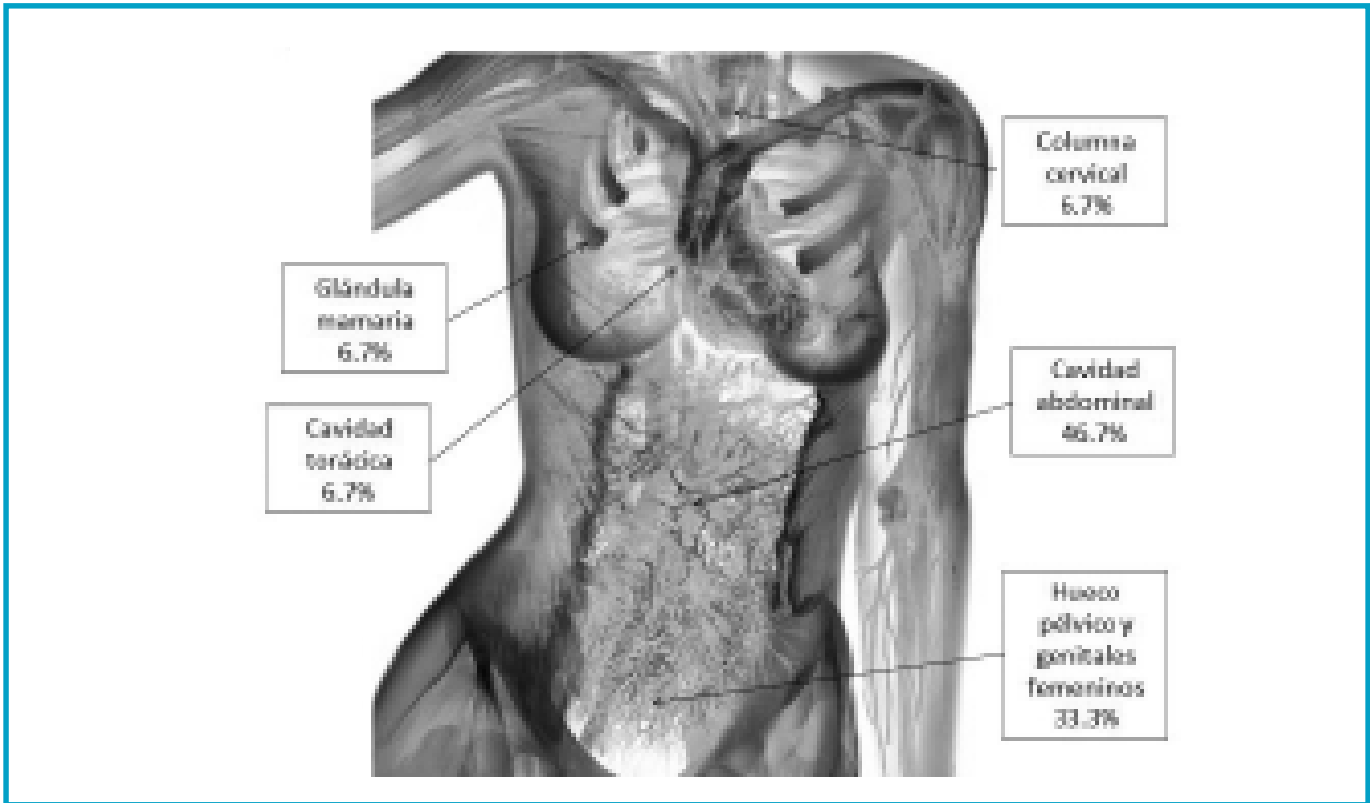


Figura 3. Ubicación anatómica de los textilomas. Figura modificada de Drechsler Werner. Der Glaserne Mensch. Presentación electrónica distribuida por PowerPoints.Org. Acceso 13-12-2007.

Las secuelas más graves incluyeron dos defunciones que representan el 13.3% y cuadriplejía por lesión medular 6.7%.

La secuela más frecuente fue daño irreversible a diversos órganos intraabdominales 33.3%. Cuadro 1.

Cuadro 1. Secuelas de los textilomas.

SECUELAS	NÚMERO	PORCENTAJE
Daño a órganos intraabdominales	5	33.3
Infecciones	4	26.7
Molestias inespecíficas	3	20.0
Muerte	2	13.3
Cuadriplejía	1	6.7
TOTAL	15	100

Discusión

La mayoría de los textilomas se presentan en cirugías ginecológicas y abdominales y como secuela pueden llegar a causar la muerte y como letalidad alcanzó el 13%.

Es importante resaltar que el textiloma es 100% prevenible siguiendo los procedimientos establecidos y que desde el punto de vista médico-legal no hay duda de que es el instrumentista a quien corresponde el recuento y control del material.

La incidencia es muy variada, dependiendo de la serie de casos analizada y la ocurrencia es de 1 en cada 1000 a 1500 intervenciones quirúrgicas.¹ La incidencia de muerte se ha reportado entre 8 y 40%, por lo cual en los resultados obtenidos en este estudio la letalidad de 13% se inserta dentro de los reportes internacionales.¹⁻³

Dentro de la morbilidad reportada por la literatura internacional es de obstrucción intestinal (58.3%), absceso intraabdominal (16.7%), peritonitis (16.7%).¹⁻⁵ Existen reportes donde hasta 80% de los casos presentan erosión de la pared intestinal e infecciones en 18.8%,⁶ mientras que en nuestro estudio las lesiones intestinales representaron el 26.7% y en general se produjeron daños irreversibles a diversos órganos en un tercio de los casos.

El textiloma es una complicación cuya frecuencia real se desconoce, por circunstancias intrínsecas al acto quirúrgico y probablemente por las repercusiones legales que conlleva.^{4,6} Su diagnóstico no es fácil, se basa en la clínica y en la imagenología. El tratamiento es la extracción quirúrgica, cuando se realiza antes de los 15 días (extracción precoz) es técnicamente fácil y tiene mejores resultados. En casos cró-

nicos se produce un proceso adherencial que involucra órganos vecinos, tornando la cirugía más compleja que puede requerir incluso resecciones viscerales, las cuales se asocian con una morbilidad y mortalidad mayores.⁶⁻⁷

Este estudio representa un primer acercamiento al problema desde la perspectiva de los casos que no se resolvieron en las unidades médicas de origen y fueron causantes de una inconformidad ante la CONAMED. En un futuro, se vislumbra conveniente analizar, dentro del marco de las acciones por la seguridad de los pacientes,⁸ las complicaciones presentadas y las posibles causas y responsabilidades, así como los factores contribuyentes.

En una siguiente etapa, en un estudio prospectivo en el seno de las propias instituciones, se podría realizar un análisis bivariado, correlacionando el número y tipo de complicaciones con las siguientes variables: a) sexo y edad del paciente y tipo de cirugía y tiempo de duración de la cirugía; b) si el cirujano preguntó por la cuenta de gases; c) si contó la instrumentista las gases; d) rotación de personal durante la cirugía y e) cambio de campos durante la cirugía.

En una tercera etapa sería muy conveniente y útil realizar otros estudios observacionales con un modelo de análisis multivariado para determinar la responsabilidad del médico y la instrumentista y de esa manera generar acciones que promuevan la mejora de los procesos para garantizar la seguridad de los pacientes que son sometidos a procedimientos quirúrgicos.

En el Anexo se indican algunas acciones dirigidas a prevenir los textilomas.

Referencias

1. Aguirre Córdova JF, Chávez Vázquez G, Huitrón Aguilar GA. Textilomas intra-abdominales. Frecuencia y actitudes en el cirujano mexicano. *Cirujano General*. 2004; 26: 203-7.
2. Jebbin JM, Adotey NJ. Gossypiboma: a report of 2 cases. *Niger J Med*. 2006; 15:87-8.
3. Lupi JL, Divito JL, Leoncio Poggi CF. Oblitos quirúrgicos. Aspectos médico legales y éticos. *Reseña jurisprudencial. Cuadernos de Medicina Forense*. 2003; 2: 43-58.
4. Perrier PJ, Berro G [Internet]. El oblito. Aspectos quirúrgicos y médico-legales. [Acceso 25 enero 2007]. Disponible en: www.mednet.org.uy/dml/bibliografia/nacional/oblito_trabajo_conferencia.pdf.
5. Lauwers MD, et al. Intraperitoneal gossypibomas: The need to count sponges. *World J Surg*. 2000; 24: 521-7.
6. Díaz Plasencia J, Tantaleán Ramella E, Balmaceda Fraselle T, Honorio Horna CE, Barandiarán Dejo MA et al. Cuerpo extraño en abdomen: a propósito de un caso. *Rev Gastroenterol Perú*. 2001. 21(3). [Acceso 21 abril 2007]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/gastro/Vol_21N3/cuerpo.htm.
7. Núñez Huerta E, Saravia Villanueva C. Obstrucción intestinal por oblito quirúrgico. *Rev Med Hered*. 2004; 15: 55-60.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Calidad de la atención: seguridad del paciente. 55ª Asamblea Médica Mundial, 5-12-2001. [Acceso 25 julio 2007]. Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/sa5513.pdf.

Anexo

Cómo prevenir los textilomas

Es indudable que todas las medidas que se tomen para evitarlos van a ser bienvenidas, sabiendo que no existe ningún método cien por ciento seguro y esta falibilidad obliga a todo el personal de salud involucrado a cumplir y verificar todos los métodos de control que se precisen.

Las siguientes son algunas recomendaciones, adaptadas de las medidas propuestas por Perrier y Berro,⁴ para la prevención de los textilomas y que involucran el actuar de los diferentes integrantes del equipo quirúrgico y de las salas de operaciones.

El instrumentista

- a) Contar cuidadosamente todo el material que coloca en la mesa de instrumental para la operación, especialmente los textiles que se van a utilizar, durante la apertura de los paquetes de gasas y compresas al inicio de la cirugía y cada vez que recibe un nuevo paquete.
- b) Mantener un número constante y conocido por paquete, que en general es de 4 compresas y 10 gasas, pero que puede variar para cada institución.
- c) Desechar las gasas y compresas sobrantes, al igual que los paquetes incompletos.
- d) Mantener una mesa de instrumentos prolija durante toda la intervención para facilitar los recuentos y evitar las pérdidas de material.
- e) Realizar recuentos intermedios durante la intervención, sobre todo si ésta es larga o se usan muchos textiles, en la medida que la situación quirúrgica y general del paciente lo permitan. El cirujano debe ser consciente de la importancia de estos recuentos y no molestarse por las interrupciones que puedan determinar, en la medida

que buscan un beneficio para todos.

- f) Llevar conteos independientes de las gasas y compresas que los cirujanos le dicen van dejando dentro del campo operatorio, y que le debe ser devuelto.
- g) Proceder al recuento de todo el material antes del cierre del campo quirúrgico.
- h) Repetir el conteo final por lo menos una vez.
- i) Informar al cirujano el resultado del conteo.
- j) Realizar un recuento final de todo el material y del instrumental, una vez terminada la cirugía.

El cirujano

- a) Mantener el campo operatorio lo más prolijo posible, de acuerdo con las circunstancias.
- b) Minimizar el uso de gasas y compresas sueltas en el campo operatorio.
- c) Utilizar los textiles de mayor tamaño posible y referidos con pinzas, si se requiere dejar transitoriamente el material en la zona operatoria, ya sea para separar o proteger o para realizar la hemostasia por compresión.
- d) Informar inmediatamente al resto del equipo quirúrgico cuando deje materiales en la zona operatoria, indicando dónde deja el material y cuántas unidades usa. Eso facilitará la atención de todos, facilitará su extracción y si fuere necesario su búsqueda en caso de faltantes al finalizar.
- e) Avisar al equipo quirúrgico cuando retira ese material que había dejado, diciendo qué tipo es y cuántas unidades retira, para mantener el conteo controlado de los mismos.
- f) Esperar a que el instrumentista le comunique el resultado y número de conteos realizados antes de proceder a cerrar el campo operatorio.
- g) Tener en cuenta lo que le informa al instrumentista y si es necesario proceder a la búsqueda del material faltante

- aunque "le parezca estar seguro" de que no haya nada dentro del paciente.
- h) Documentar *siempre* el resultado del conteo final en el dictado de operación y en la nota posquirúrgica, aunque éste haya sido correcto y especialmente si no lo fue. Si la cuenta fue incompleta, debe señalarlo explícitamente, indicando además todas las maniobras realizadas para la búsqueda del material faltante y los resultados de las mismas.
 - j) Evitar exponer al paciente a nuevos riesgos durante la búsqueda del material faltante, teniendo en cuenta su situación clínica en ese momento, de acuerdo a la valoración del anestesiólogo.
- c) Controlar todo el material utilizado por el anestesiólogo y otros integrantes del equipo quirúrgico para evitar que se confunda o mezcle con los textiles de la mesa del instrumentista y asegurarse que una vez usado, vaya al lugar asignado para el recuento final del material utilizado en la operación.
 - d) Disponer de un lugar adecuado para la recolección del material utilizado que se va descartando.
 - e) Extender cada textil uno por uno para evitar que los mismos queden adheridos y mezclados entre sí y agruparlos en pilas de unidades constantes y conocidas (por ejemplo 10 unidades) para facilitar sus conteos.
 - f) Retirar rápidamente todo material o instrumental que accidentalmente caiga al piso, evitando que se "pierda" o se pegue a los zapatos de los integrantes del equipo o de otras personas o equipos o instrumentos que salgan de la sala donde se está operando.
 - g) Realizar cuidadosamente todos los conteos que le soliciten el instrumentista y comunicarle los resultados de los mismos para que los coteje con el material que tiene en la mesa de instrumental.

El enfermero circulante de sala de operaciones

- a) Entregar las gasas y compresas al instrumentista y asegurarse que sean contadas y que el conteo sea correcto.
- b) Anotar en un lugar visible y adecuado todo el material que entregó y su cuenta.



Visítanos en
www.conamed.gob.mx