

CAMPAÑA V., GONZALO

Errores médicos en el ambiente quirúrgico. Como prevenirlos. Parte III: Cuerpos extraños retenidos

Revista Chilena de Cirugía, vol. 58, núm. 5, octubre, 2006, pp. 390-392

Sociedad de Cirujanos de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531920015>



*Revista Chilena de Cirugía*,  
ISSN (Versión impresa): 0379-3893  
[editor@cirujanosdechile.cl](mailto:editor@cirujanosdechile.cl)  
Sociedad de Cirujanos de Chile  
Chile

## DOCUMENTOS

# Errores médicos en el ambiente quirúrgico. Como prevenirlos. Parte III: Cuerpos extraños retenidos\* Surgical adverse events. Prevention. Chapter III: Retained sponges and others

Drs. GONZALO CAMPAÑA V.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía Clínica Indisa, Santiago, Chile.

### Incidencia

La verdadera incidencia de este evento está subestimada. Los datos disponibles lo estiman en 1:8.800 cirugías generales y 1:1.000-1.500 cirugías abdominales. Se conocen 1.500 casos nuevos anuales en EEUU (1).

Algunos expertos dicen que es un evento prevenible.

### Factores de riesgo

Existen estudios<sup>1</sup> que han mostrado algunos factores de riesgo asociados a la retención de cuerpos extraños, entre los que destacan:

- Urgencia (p<0,001)
- Inesperado cambio del plan quirúrgico (p<0,001)
- Imposibilidad de recuento (urgencia extrema, riesgo vital) (p=0,01)
- Obesidad (p=0,04)
- Múltiples equipos quirúrgicos (p=0,05)
- Excesiva pérdida de sangre (>700 ml) (p=0,06)
- Cambio de personal durante la cirugía (p=0,16)

- Cansancio del equipo quirúrgico
- Procedimiento difícil
- Horario nocturno (p=0,26)
- Múltiples procedimientos en el mismo acto quirúrgico

### Tipos de cuerpo extraño

Se han descrito<sup>1</sup> elementos retenidos de los más variados y asombrosos, pero los más frecuentes son:

- Compresas 69% Uso frecuente, amorfas y pequeñas. Mayor a 1 compresa retenida en el 7%
- Instrumental 31% Pinzas 7% Otros 24%

Las cavidades descritas<sup>1</sup> más frecuentes como sitios de retención son:

- Abdomen o pelvis 54%
- Vagina 16-22%
- Tórax 7,4%
- Otros 17% Canal espinal  
Cara  
Cerebro  
Extremidades

\*Recibido el 2 de Marzo de 2006 y aceptado para publicación el 1 de Abril de 2006.

Correspondencia: Dr. Gonzalo Campaña V.

Av. Santa María 1810, Providencia, Santiago. Chile.

Fax: 9553193

e-mail: gonzalocampana@manquehue.net

El tiempo transcurrido entre la cirugía que retuvo el cuerpo extraño y la detección de este, va desde 1 día a 6,5 años (promedio 21 días)<sup>1</sup>.

La resolución, una vez diagnosticada la retención, pasa por la reoperación programada para la extracción del cuerpo extraño en el 69% de los casos. En los otros casos, o se encontraron como hallazgo en otra cirugía, o existió expulsión espontánea.

Las consecuencias o complicaciones que arrastra el cuerpo extraño retenido son variadas, pero las más descritas son la migración transmural intestinal y la eliminación por el recto, fístulas intestinales, obstrucción intestinal, abscesos<sup>2</sup>. La mortalidad puede variar de 11 a 35%<sup>3</sup>.

## Legislación

El costo promedio de las compensaciones legales por esta causa en EEUU es de U\$52.500. Es prácticamente indefendible.

La ley no describe ni recomienda como se debe realizar un recuento, o si se realizó o no, o si fue correctamente realizado, o si es necesario o no. Sólo requiere que no se deje ningún cuerpo extraño negligentemente olvidado.

Son dos las doctrinas jurídicas aplicadas en este tema en EEUU, implicando jurisprudencia en diferentes estados:

- “Res ipsa Loquitur”, es decir, las cosas hablan por sí solas. El cuerpo extraño se olvidó como consecuencia de un acto negligente. Es el tipo de cosas que no ocurren a menos que exista alguien negligente<sup>4</sup>.

- “Capitán del buque”, es decir, el cirujano es el responsable final, ya que es quien colocó la compresa olvidada. Este principio es cada día menos aplicado y verdadero. Todo el equipo quirúrgico tiene algún grado de responsabilidad<sup>4,5</sup>.

## Recuento de compresas

El 76 a 88% de los recuentos realizados en las cirugías en que se retuvo algún cuerpo extraño, fue informado como correcto. Esto nos dice que el solo recuento está lejos de ser suficiente<sup>1</sup>.

El recuento puede fallar por varias razones:

- Falsamente correcto por compresas pegadas, cansancio del equipo, operación difícil, etc.
- Recuento discrepante, es decir, no coincide con el recuento inicial. Por el contrario, un recuento incorrecto es aquel que falsamente coincide con el recuento inicial. Un recuento discrepante puede ser motivo de retención por:
  - Ser ignorado por el cirujano

- No reexplorar asegurando que no está dentro de la cavidad

- Falso negativo de radiología

## Recomendaciones de la AORN<sup>6</sup>

1. Medidas Generales
2. Exploración de la cavidad antes del cierre
3. Recuento de compresas y material
4. Radiología

### 1. Medidas Generales

Sólo se debe usar material radiovisible.

No se deben cortar gasas ni compresas.

Toda compresa o gasa contada debe permanecer siempre dentro del pabellón.

No retirar compreseros del pabellón hasta terminada la cirugía.

No usar gasas que sean radiovisibles en la curación final ni en otros lugares del establecimiento. Esto debido a:

- Puede existir algún error radiológico si es necesario tomar radiografías en el postoperatorio.

- Invalida conteos posteriores si el paciente vuelve a pabellón por reoperación.

Gasas o compresas dejadas intencionalmente (packing), deben documentarse.

### 2. Exploración de la cavidad antes del cierre

Las cifras revelan que el confiar a ciegas exclusivamente en el recuento final es un error. Por esta razón que la inspección directa de la cavidad es un acto irremplazable.

### 3. Recuento de compresas, gasas e instrumental

Se debe realizar siempre. Si existe alguna situación en que no se realice por emergencia vital, etc., debe quedar documentada su razón en el protocolo operatorio.

Se debe incluir el recuento del instrumental, es decir, agujas, bisturí, pinzas, etc. El número y tipo de agujas debe coincidir con los paquetes de sutura abiertos. Se debe tener mucha precaución con el quiebre o separación de las partes del instrumental como pinzas laparoscópicas, entre otras.

El conteo de una caja hecho en esterilización no es el conteo inicial basal.

El recuento debe incluir todas las piezas ensambladas en el instrumental; todo tornillo tiene derecho a quedar en una cavidad.

#### ¿Cuándo se realiza el recuento?

- Antes del inicio del procedimiento. Es el verdadero recuento basal. Debe escribirse en pizarra.

Un paquete con número incorrecto de compresas debe sacarse del campo, aislarlo y rotularlo.

- Antes del cierre de la cavidad.
- Antes del inicio del cierre de la piel.
- Al relevo de personal. Se debe hacer un recuento completo antes de asumir una responsabilidad legal. No basta con que le digan al entrar, sino que debe contar personalmente.

#### *¿Cómo se realiza el recuento?*

- Se deben separar las compresas
- Conteo audible y visible por a lo menos 2 personas (una cuenta y otra registra).
- Las compresas se van colocando en bolsillos
- Se debe seguir una secuencia lógica en el conteo, de más grande a más chico, de más lejos a más cerca, etc. "Todo error humano se debe a algún tipo de desviación de la práctica rutinaria".
- La arsenalera debe solicitar el recuento a la pabellonera y corroborarlo con el recuento hecho por ella misma en la mesa.

El resultado de un recuento debe quedar impreso en el protocolo quirúrgico o ficha clínica, describiendo las siguientes características:

- Tipo de conteo: compresas, gasas, cortantes, instrumental, etc.
- Número de conteos: 1, 2 ó 3.
- Título y nombre de las personas que realizaron el conteo.
- Resultado del conteo: correcto o discrepante.
- Instrumental o compresas intencionalmente dejadas en la cavidad.
- Acciones tomadas ante un recuento discrepante.
- Justificación por omitir realizar un conteo (emergencia)

#### *Discrepancia en el recuento*

Ante un recuento discrepante se deben tomar las siguientes medidas:

- Reportar inmediatamente al cirujano
- Revisión manual y visual de la cavidad.
- Inspección visual alrededor del área quirúrgica, es decir, pies, piso, basureros, etc.
- Radiología
- Documentación en la ficha clínica de todas las medidas tomadas para demostrar que se hizo todo lo reconocido para proteger la seguridad del paciente.
- Reporte del evento a la Unidad de Gestión de Eventos Adversos y así seguir con la investigación crítica.

– Tomar medidas de mayor vigilancia y alerta del paciente ya que tiene alto riesgo de presentar síntomas o signos sugerentes de cuerpo extraño.

Se debe protocolizar en una Guía de Práctica Clínica la estandarización del recuento y normas a seguir ante un recuento discrepante.

#### **4. Radiología**

La radiología es otra de las herramientas con que se cuenta para minimizar el riesgo de abandonar un cuerpo extraño. Algunos proponen la radioscopia rutinaria y otros, selectiva en algunos casos, como:

- Imposibilidad de recuento
- Conteo discrepante
- Screening en pacientes de alto riesgo (obesos, urgencia, etc.)

Se describen falsos negativos de la radioscopia, que puede llegar hasta un 10%<sup>4</sup>.

Algunos estudios han demostrado mayor seguridad cuando es interpretado por radiólogo.

Agujas menores a 17 mm tienen altos falsos negativos<sup>6</sup>.

El costo/efectividad de realizar screening radiológico en pacientes de alto riesgo, es decir selectivo, se justifica si el costo de la radioscopia es menor a US\$100<sup>1</sup>. Serían necesarias 300 radioscopias para detectar 1 cuerpo extraño retenido<sup>1</sup>.

Se están estudiando otros sistemas de detección, como el uso de lectores de códigos de barras, pero sólo en etapa experimental<sup>7</sup>.

#### **REFERENCIAS**

1. Gawande A, Studdert D, Orav J, Brennan T, Zinder M. Risk Factors for Retained Instruments and Sponges after Surgery. *N Engl J Med* 2003; 348: 229-235.
2. Cyhan, Bulent, Mentep, Tapcilar, Kayhan, Ucan et al. Surgical Gauze Pseudotumor Eroding into the Intestine. *Gazi Medical J* 1997; 8: 122-125.
3. Lauwers PR, Van Hee RH. Intraperitoneal Gossypibomas: the need to count sponges. *World J Surg* 2000; 24: 521-527.
4. Kaiser CW, Friedman S, Spurling KP, Slowick T, Kaiser HD. The Retained Surgical Sponge. *Ann Surg* 1996; 224: 79-84.
5. Zuffoletto JM. Nurses vs Surgeons Responsibility for Sponge Counts. *AORN J* 1993; 57: 1457-1458.
6. Recommended Practices for Sponge, Sharp and Instrument Counts. AORN Recommended Practices Committee. Association of Perioperative Registered Nurses. *AORN J* 1999; 70: 1083-1089.
7. Gibbs V, Auerbach A. The Retained Surgical Sponge. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Chapter 22.