



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-462 - OBLITOS QUIRÚRGICOS: LA PATOLOGÍA INCÓMODA PARA EL CIRUJANO

Ruiz Marín, Miguel; Albarracín Marín -Blázquez, Antonio; Candel Arenas, M^a Fe; Giménez Francés, Clara; Medina Manuel, Esther; González Valverde, Francisco Miguel; Fernández López, Antonio José; Pastor Pérez, Patricia

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: La retención de cuerpos extraños durante una intervención quirúrgica continúa siendo un problema de seguridad y calidad en la asistencia sanitaria. Estos eventos, vinculados a factores humanos con medidas para su prevención, pueden tener repercusiones para el paciente que implique la necesidad de tratamiento o reinversión quirúrgica. Su verdadera incidencia es difícil de determinar por su baja notificación y la escasa o nula clínica con la pueden cursar, aunque se estima entre 1/1.000-18.000 según las series consultadas y una mortalidad asociada que oscila entre el 11% y el 35%. Algunos factores de riesgo identificados son la cirugía urgente, modificación no planificada del procedimiento quirúrgico, el IMC elevado y otros factores relacionados con el factor humano. Suelen ubicarse más frecuentemente en el abdomen, la pelvis, la vagina y el tórax y la clínica que pueden producir es variable, desde asintomáticos o en forma de fistulas hasta obstrucción y perforación intestinal y sepsis.

Objetivos: Analizar los casos de oblitos quirúrgicos (OQ) intervenidos quirúrgicamente para su extracción.

Métodos: Revisión retrospectiva de pacientes intervenidos de retirada de OQ. Se analizó la cirugía de implante, la clínica, diagnóstico, cirugía de extracción y la morbilidad asociada desde 2006 hasta marzo de 2019 en nuestro centro.

Resultados: Se identificaron 5 pacientes intervenidos para retirada de OQ durante el periodo descrito. La edad media fue de 64 años (rango 50-79), siendo 3 intervenciones donde tuvo lugar el implante urgentes (60%) y 3 de ellas (60%) por hemorragia y todos los OQ localizados en cavidad abdominal y correspondían a compresas o gases. IMC medio 27 (rango 22-30). En relación al diagnóstico, en 3 de ellos (60%) se obtuvo por radiología simple, los 3 restantes por TC (40%). El intervalo entre el diagnóstico y el tratamiento fue de 124 días (rango 1-484). Clínicamente, 2 se presentaron asintomáticos (40%), el resto con clínica variable (60%): 1 absceso intraabdominal, 1 íleo, 1 perforación intestinal. La cirugía de extracción fue en 4 casos urgente (80%), con un tiempo medio desde el implante de 445 días (rango 5-1132). Durante la intervención, en 4 (80%) se asoció alguna técnica a la extracción del OQ: resección colon, drenaje absceso, eventroplastia. Dos pacientes (40%) presentaron complicaciones en el postoperatorio y la estancia postoperatoria media fue 8 días (rango 5-16).

Conclusiones: Pese a la escasa frecuencia de estos eventos centinela, su repercusión clínica, como

demuestra nuestro estudio, asocia importante morbimortalidad y conlleva un considerable gasto socio-sanitario, independientemente de las posibles consecuencias legales derivadas. Además, el tiempo durante el que pueden permanecer asintomáticos es extremadamente variable, lo que dificulta el diagnóstico y puede ensombrecer el pronóstico. Medidas como la estandarización del recuento de material quirúrgico estableciendo el cómo, cuándo y quién debe hacerlo, la colaboración de todo el equipo quirúrgico y comunicación efectiva, la cumplimentación del listado de verificación propuesto por la OMS, así como el seguimiento de las recomendaciones de prácticas para su prevención, constituyen herramientas orientadas a la prevención de estos eventos y mejorar el clima de seguridad dentro del bloque quirúrgico.