

Reporte de Caso

La pausa quirúrgica: aspectos de vital importancia antes, durante y después del acto quirúrgico que propenden al adecuado pronóstico del paciente. A propósito de un caso de Gossypiboma

Resumen

La pausa quirúrgica es una herramienta protocolaria sumamente importante en las salas de cirugía, resultante del esfuerzo global de la comunidad médica por garantizar un acto quirúrgico seguro, con el fin de mitigar prácticas no adecuadas en la atención del paciente intervenido. El olvido de la realización de la misma, en el proceso del acto quirúrgico, puede desencadenar incidentes y eventos adversos, lo cual genera aumentos en los costos de atención de los servicios hospitalarios, un alto índice de demandas al personal de salud y el deterioro del pronóstico, e incluso, la muerte del paciente.

Este artículo presenta un caso clínico de un paciente masculino de 60 años, con antecedentes quirúrgico de laparotomía con colecistectomía en 2015, quien consulta en 2019, por clínica de varios meses de evolución, consistente en dolor abdominal de intensidad progresiva, acompañado de signos clínicos inespecíficos y pérdida no voluntaria de peso, que en conjunto con las imágenes diagnósticas solicitadas, sugestionan cuadro de neoplasia gastrointestinal, por lo cual, es llevado a cirugía de laparotomía exploratoria. Durante el procedimiento, se encuentra cuerpo extraño calcificado en cavidad abdominal, identificado como Gossypiboma. Tras el retiro del mismo, el paciente requirió ser reintervenido en tres oportunidades, además de una prolongada estancia hospitalaria, en la unidad de cuidados intensivos.

El objetivo de este escrito es incentivar y concienciar al personal en salud asistencial y administrativo que incide en la atención del paciente quirúrgico, en la importancia de fortalecer la iniciativa y la responsabilidad individual y colectiva de la elaboración de la pausa quirúrgica, propendiendo así, al adecuado pronóstico del paciente.

Palabras clave: Cirugía, Cirugía Abdominal, Cirugía segura, Evento adverso, Gossypiboma, Pausa quirúrgica.

Abstract: *The surgical pause is a protocolar tool, extremely important in the surgery rooms, resulting from the global effort of the medical community, to guarantee a safe surgical act, in order to mitigate inappropriate practices, in the patient's intervention. The forgetting of the accomplishment of the same, in the process of the surgical act, can trigger incidents and adverse events, which generates, increases in the costs of attention of the hospital services, a high index of demands to the personnel of health, and the deterioration of the prognosis, and even death of the patient.*

This article presents a clinical case of a 60-year-old male patient with a surgical history of laparotomy with cholecystectomy in 2015, who consulted in 2019 for clinical signs of several months of evolution, consisting of progressive intensity abdominal pain accompanied by clinical signs nonspecific, and non-voluntary weight loss, which together with the requested diagnostic images suggest a gastrointestinal neoplasm, for which reason it is taken to exploratory laparotomy surgery. During the procedure, a calcified foreign body is found in the abdominal cavity, identified as Gossypiboma. After the withdrawal of the same, the patient required to be reoperated, on three occasions, in addition to a prolonged hospital stay, in the intensive care unit.

The objective of this writing, seeks to encourage and raise awareness in the health care and administrative staff, which affects the care of the surgical patient, the importance of strengthening the initiative and individual and collective responsibility, the development of the surgical pause, propending thus, to the adequate prognosis of the patient..

Keywords: *Surgery, Abdominal Surgery, Safe surgery, Adverse event, Gossypiboma, Surgical pause.*

Introducción

El protocolo de Cirugía Segura es el resultado del esfuerzo global de la comunidad científica de los distintos protagonistas del acto médico quirúrgico, que busca garantizar un escenario seguro, con el fin de disminuir al máximo situaciones colaterales y secundarias, por la no práctica de medidas adecuadas propias la procedimiento en sí. Evitar consciente o inconscientemente un acto quirúrgico seguro, conlleva carga

de morbilidad para el paciente, aumento en los costes económicos de atención sanitaria, sin desconocer los eventos de tipo demanda medicolegal.

Desde octubre del año 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) fundó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en respuesta a la Resolución 55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud, en la que se sugería e instaba a la OMS y a los estados miembros, a brindar la mejor atención plausible a la seguridad del paciente. Cada año se organizan programas dirigidos a tal finalidad en todo el mundo. Es así, que se formuló como perspectiva mundial el llamado segundo reto, enfocado a la seguridad del paciente, lo que incluso compromete lo referente al acto médico-quirúrgico (1). En esa misma hoja de ruta, en el 2008, se estructura la propuesta “la cirugía salva vidas”, cuya directriz es la construcción y concepción de conocimiento y planes de acción, que eviten al máximo eventos adversos por una práctica inadecuada del método médico-quirúrgico (2). Consecuente con lo anterior, Colombia y las distintas dependencias administrativas, que encabezan la salud, como el Ministerio de Protección Social, han acogido estas dinámicas mundiales y han generado planes y documentos de acción, en esta línea (3 - 5).

Objetivo

El objetivo de este escrito es incentivar y concienciar al personal en salud asistencial y administrativo que incide en la atención del paciente quirúrgico, en la importancia de fortalecer la iniciativa y la responsabilidad individual y colectiva, de la elaboración de la pausa quirúrgica, propendiendo así al adecuado pronóstico del paciente.

Método

Este artículo presenta un caso clínico de un paciente masculino de 60 años con antecedentes quirúrgico de laparotomía, con colecistectomía en 2015, quien consulta en 2019 por clínica de varios meses de evolución, consistente en dolor abdominal de intensidad progresiva, acompañado de signos clínicos inespecíficos y pérdida no voluntaria de peso, que en conjunto con las imágenes diagnosticas solicitadas, sugestionan cuadro de

neoplasia gastrointestinal, por lo cual el paciente es llevado a cirugía de laparotomía exploratoria. Se realizará énfasis en el análisis de la presentación clínica del caso y sus complicaciones, así como la forma de mitigar los factores de riesgo, haciendo participe a todo el equipo quirúrgico, de la importancia de su papel como actor en la atención segura del paciente.

Caso Clínico

Paciente masculino de 60 años de edad, que asiste a servicio de urgencias en compañía de su esposa refiriendo cuadro clínico de aproximadamente 8 meses de evolución, consistente en dolor de gran intensidad (7/10), ubicado en mesogastrio, sin otra sintomatología concomitante, manejado en casa con analgesia automedicada. En los últimos 15 días, el dolor presenta exacerbación de su intensidad, siendo incapacitante. De manera sincrónica, el paciente refiere pérdida no voluntaria de aproximadamente 5 Kilogramos (Kg) en el último mes. El paciente niega traumatismos, niega noxas o viajes recientes y manifiesta diuresis y deposición normales. A su ingreso, es valorado por el cirujano de turno, quien indica toma de exámenes por urgencias, debido a persistencia de dolor.

Antecedentes médicos de importancia

- ✓ Patológicos y Farmacológicos: Hipertensión Arterial controlada con Losartán 50 miligramos (mg) por vía oral cada 24 horas.
- ✓ Quirúrgicos: Laparotomía más Colectomía más Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en 2009.
- ✓ Toxicológicos y ambientales: Tabaquismo de medio paquete al día desde los 15 años, hasta los 40 años.

Examen físico de ingreso

Fue llamativo desde un inicio, la importante distensión abdominal con palpación dolorosa en mesogastrio, con peristaltismo presente y sin evidencia de irritación peritoneal.

Exámenes paraclínicos de laboratorio al ingreso e interpretación

Hemograma con leucocitosis neutrofílica, anemia leve sin criterios de transfusión, plaquetas normales, azoados normales, gases arteriales en equilibrio ácido básico, con hiperlactetemia leve y electrolitos normales.

Tomografía Axial Computarizada (TAC) de abdomen contrastado

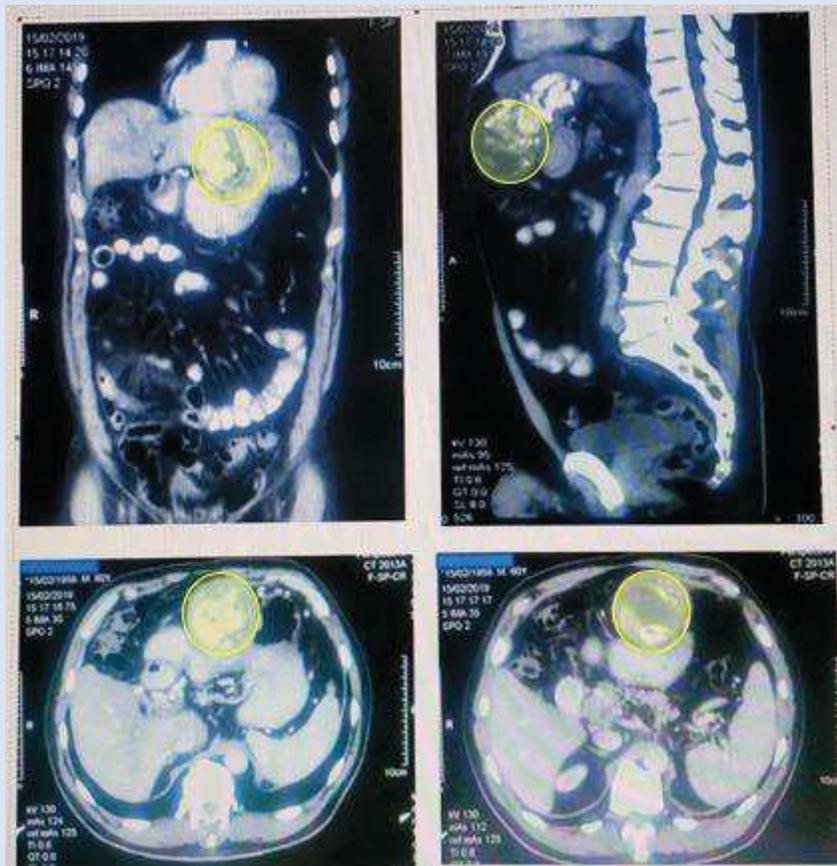
Secuencia helicoidal con cortes axiales, desde las bases pulmonares hasta la sínfisis del pubis con los siguientes hallazgos:

- Cambios post quirúrgicos por colecistectomía.
- Clips en hipocondrio derecho.
- Ausencia de vesícula biliar.
- Bazo, páncreas y glándulas suprarrenales, escanográficamente normales.
- Adecuado llenado del estómago, asas intestinales delgadas y gruesas, sin evidencia de signos de dilatación, obstrucción o estenosis.
- Riñones de localización, contorno y tamaños normales.
- Tracto digestivo y cámara gástrica parcialmente distendidos, por presencia de una imagen de predominio hipodenso, aparentemente captante de medio de contraste, que se localiza por delante de la curvatura menor del estómago, la cual mide aproximadamente 78 x 72 milímetros (mm) en contacto con la pared muscular de la cámara gástrica.
- El paso del contenido gástrico a los diferentes segmentos del tubo digestivo es normal. En el retroperitoneo no hay masas ni adenomegalias. Las estructuras vasculares (Vena Cava y Aorta abdominal) de curso y calibre normales.
- Se evidencian imágenes sugestivas de hernias inguinales bilaterales.
- Cambios degenerativos del segmento lumbar observado.

Opinión de radiología

Imagen que se localiza por delante de la curvatura menor del estómago aparentemente captante, cuyos coeficientes de atenuación oscilan entre 25 y 104 unidades Hounsfield (UH), de naturaleza inespecífica, se

menciona dentro de las posibilidades tumor GIST (Neoplasia Gastrointestinal Estromal) (Ver Fotografía 1)



Fotografía 1. TAC de Abdomen del paciente. Con círculos se señala la lesión.

Opinión cirugía general

En la revaloración tras exámenes radiológicos, se encuentra paciente álgido, taquipneico, taquicárdico, con irritación peritoneal y elevación de leucocitos con respecto a los resultados de su ingreso, por lo cual se considera pertinente llevar a salas de cirugía para realizar laparotomía exploratoria. Los resultados fueron los siguientes:

Hallazgos intraoperatorios

- Se realiza Laparotomía Mediana, donde se reseca cicatriz previa.

- Se ingresa a cavidad abdominal, se encuentra gran plastrón, así como brida en el íleon terminal.
- Se encuentra gasoma limitado por la curva menor del estómago y el duodeno, el cual en la parte superior compromete parcialmente la vecindad (el meso). Al soltarlo de su ubicación y extraerlo, se presenta sangrado profuso 1200 centímetros cúbicos (cc), por lo cual se liga los vasos del meso anatómico, y el hígado y la curvatura mayor del estómago, se empaquetan con cuatro compresas (Ver Fotografía 2).
- Se deja bolsa de interface.
- Cierre de piel con prolene 3-0.
- Se programa nuevo lavado quirúrgico en 72 horas

Finalizado el procedimiento, el paciente es llevado a la unidad de cuidado intensivo para continuar con manejo médico, antibioticoterapia, supervisión hemodinámica y manejo de dolor.



Fotografía 2. Extracción del Textiloma del paciente en cuestión.

Resultado

Durante el procedimiento se encuentra cuerpo extraño con evidencia de clasificación, en cavidad abdominal, identificado como Gossypiboma del tipo Textiloma, de variedad Gasoma o Compresoma (compresa de gasa). Tras el retiro del mismo, el paciente requirió ser reintervenido en tres oportunidades, además de una prolongada estancia hospitalaria en la

unidad de cuidados intensivos (UCI). Se estima posible falla en el recuento de material quirúrgico. El paciente sobrevive pese a las complicaciones resultantes.

Discusiones

La presencia de cuerpos extraños abdominales, se considera que es una de las colateralidades más frecuentes en la práctica médico-quirúrgica. Dependiendo su naturaleza han recibido diversas denominaciones como: textilomas, compresomas, oblitos, oblitomas, gasomas, entre otros. Este tipo de evento adverso, se considera que ha disminuido estadísticamente con el advenimiento de la cirugía laparoscópica y mínimamente invasiva. A concepto de algunos, el olvido de un material quirúrgico en la cavidad abdominal, la pelvis, e incluso la vagina, acaban generando “una nueva enfermedad”, mayor morbimortalidad, con los sobre costos sanitarios obvios y los desenlaces médico legales consecuentes (6).

En uno de los más grandes estudios sobre el tema, en el cual se revisó una casuística de 319 eventos, en los cuales se reportó textilomas, se encontró que un 50.2% de los casos eran cuerpos retenidos a nivel abdominal o pélvico y 23.9% a nivel de vagina, destacándose que un 64.1% sucedieron en sala quirúrgica, 32.7% en sala de maternidad (7).

Los eventos adversos en el quirófano son situaciones asociadas al menester quirúrgico, muchos de ellos pasando inadvertidos por mucho tiempo, otros manifestándose como cuadros médicos agudos en algún momento durante la historia natural de la enfermedad (incluyendo cuadros sépticos) y otros tantos manifestándose como cuadros de dolor crónico.

Dependiendo el análisis de una buena historia clínica completa, junto a un cuadro clínico sugerente, siempre debe contarse dentro de los diagnósticos diferenciales con el Gossypiboma, y en adelante y dado el caso, se pedirán los paraclínicos de laboratorio y radiológicos apropiados, con la finalidad de objetivar el abordaje clínico y quirúrgico, al igual que los riesgos que se conlleven (8 - 10).

Conclusiones

La política de cirugía segura, como un reto propuesto por la OMS y como una responsabilidad compartida por el personal sanitario participante, ha mejorado ostensiblemente el pronóstico de los pacientes

(Ver Tabla 1). En el contexto de los cuerpos extraños producto del quehacer quirúrgico, dichas políticas han permitido construir un protocolo parametrizado y objetivo, tanto para evitar este tipo de eventos, así como la consecución de más herramientas en el seguimiento posquirúrgico en el diagnóstico, tanto clínico como radiológico, de este tipo de circunstancia médica.

La pausa quirúrgica es entonces la herramienta protocolaria de vital importancia en las salas de cirugía y de maternidad, consistiendo en la elaboración de una lista de chequeo preestablecida con tres tiempos de ejecución (antes, durante y después), que ha mitigado prácticas no consecuentes y apropiadas, con la seguridad y el bienestar el paciente (11-15).

Objetivo 1. El equipo operará al paciente correcto en el sitio anatómico correcto.
Objetivo 2. El equipo utilizará métodos que se sabe que previenen los daños <u>derivados</u> de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor.
Objetivo 3. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca <u>una</u> pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea, y reconocerá <u>esas</u> situaciones.
Objetivo 4. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca <u>una</u> pérdida considerable de sangre, y reconocerá esas situaciones.
Objetivo 5. El equipo evitará provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas <u>a</u> fármacos que se sabe que suponen un riesgo importante para el paciente.
Objetivo 6. El equipo utilizará sistemáticamente métodos reconocidos para <u>minimizar</u> el riesgo de infección de la herida quirúrgica.
Objetivo 7. El equipo evitará dejar accidentalmente gases o instrumentos en la <u>herida</u> quirúrgica.
Objetivo 8. El equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras <u>quirúrgicas</u> .
Objetivo 9. El equipo se comunicará eficazmente e intercambiará información <u>sobre</u> el paciente fundamental para que la operación se desarrolle de forma <u>segura</u> .
Objetivo 10. Los hospitales y sistemas de salud públicos establecerán una <u>vigilancia</u> sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

Tabla 1. Objetivos de la seguridad del paciente quirúrgico según la OMS.

Responsabilidades morales, éticas y bioéticas

Protección de personas y animales: los autores declaramos que, para este estudio, no se realizó experimentación en seres humanos ni en animales. Este trabajo de investigación no implica riesgos ni dilemas éticos, por cuanto su desarrollo se hizo con temporalidad retrospectiva. El proyecto fue revisado y aprobado por el Comité de Investigación del

Centro hospitalario. En todo momento se cuidó el anonimato y confidencialidad de los datos, así como la integridad de los pacientes.

Confidencialidad de datos

Los autores declaramos que se han seguido los protocolos de los centros de trabajo en salud, sobre la publicación de los datos presentados de los pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores declaramos que, en este escrito académico, no aparecen datos privados, personales o de juicio de recato propio de los pacientes.

Financiación

No existió financiación para el desarrollo de este estudio y su sustentación académica y su difusión pedagógica.

Potencial conflicto de interés(es)

Los autores manifiestan que, no existe ningún(os) conflicto(s) de interés(es), en lo expuesto en este escrito estrictamente académico.



Marlio Motta, MD.

Bárbara Quintero, MD.

Lina Reina, MD.

Colombia

Referencias

1. World Health Organization & WHO Patient Safety. (2008). Segundo reto mundial por la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/70084>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS) Alianza mundial para la seguridad del paciente, La cirugía segura salva vidas, segundo reto mundial por la seguridad del paciente, 2008
Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_brochure_spanish.pdf

3. Ministerio de la Protección Social de Colombia Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente del. 2008.

Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>

4. Ministerio de la Protección Social de Colombia Unidad sectorial de normalización en salud, Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. 2010.

Disponible en:
<http://www.acreditacionensalud.org.co/ea/Documents/Guia%20Buenas%20Practicas%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

5. Ministerio de la Protección Social de Colombia Seguridad del Paciente y la Atención Segura, Paquetes Instruccionales Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”. 2014

Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

6. Borrález OA, Borrález BA, Orozco M, Matzalik G. Cuerpos extraños en abdomen: presentación de casos y revisión bibliográfica. Rev Colomb Cir 2009;24: 114-22.

Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v24n2/v24n2a7.pdf>

7. Steelman VM, Shaw C, Shine L, Hardy-Fairbanks AJ. Retained surgical sponges: a descriptive study of 319 occurrences and contributing factors from 2012 to 2017. Patient Saf Surg. 2018 Jun 29;12:20. doi: 10.1186/s13037-018-0166-0. eCollection 2018.

8. Eduardo C, Franco A, Munive AA, Hernández A. Choque séptico por compresoma: caso clínico. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo 2010; 10(4): 289-91.

Disponible en: <https://pulmoncritico.co/wp-content/uploads/2015/02/choque-septico-por-compresoma.pdf>

9. Maita Quispe F, Ávalos Salaza F, Panozo Borda SV. Diagnóstico prequirúrgico de cuerpos extraños en abdomen: presentación de tres casos. Gac Med Bol [Internet]. 2012 [citado 2019 Abr 15]; 35 (1): 35-38.

Disponible

en:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662012000100008&lng=es.

10. Nuñez Huerta E, Saravia Villanueva C. Obstrucción intestinal por oblito quirúrgico. Cirugía y cirujanos. Vol. 84. Núm. 6. Páginas 445-530 (Noviembre - Diciembre 2016)

Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-articulo-oclusion-intestinal-secundaria-oblito-quirurgico-S0009741115002510>

11. Organización Mundial de la Salud (OMS) Lista OMS de la verificación de la seguridad de la cirugía. 2009.

Disponible

en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa_Checklist.pdf?sequence=2&isAllowed=y

12. Gayer G, Lubner MG, Bhalla S, Pickhardt PJ. Imaging of abdominal and pelvic surgical and postprocedural foreign bodies. Radiol Clin North Am. 2014 Sep;52(5):991-1027. doi: 10.1016/j.rcl.2014.05.006

13. Loo JT, Duddalwar V, Chen FK, Tejura T, Lekht I, Gulati M. Abdominal radiograph pearls and pitfalls for the emergency department radiologist: a pictorial review. Abdom Radiol (NY). 2017 Apr;42(4):987-1019. doi: 10.1007/s00261-016-0859-8

14. Zejnullahu VA, Bicaj BX, Zejnullahu VA, Hamza AR. Retained Surgical Foreign Bodies after Surgery. Open Access Maced J Med Sci. 2017 Mar 15;5(1):97-100. doi: 10.3889/oamjms.2017.005. Epub 2017 Jan 5. Review.

15. Rodziewicz TL, Hipskind JE. Medical Error Prevention. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Jan-.2018 Oct 27.

Las autoras y el autor

Marlio Motta, MD.

Bárbara Quintero, MD.

Lina Reina, MD.

Correo: marfra.mottac@gmail.com