

Publicado en Seclaendosurgery.com (en línea) 2012, nº 40.

Disponible: http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=260&Itemid=242

Copyright © Secla Endosurgery. Nº ISSN: 1698-4412

XI CONGRESO NACIONAL SECLA MADRID 2012 RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título:

DISCREPANCIA EN EL RECUENTO DE GASAS Y COMPRESAS TRAS RECONVERSIÓN EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA.

Autores:

Autor presentador:

Carlos Martín Trapero

Resto de autores:

Iván Mansilla García, José Ramón Aranda Prados, Elena Orgaz Rivas, Javier Corrales Expósito, Judith Alvarez Román, Jorge Benítez Rodríguez, Marta Cebrián Reviejo, M^a Angeles Esquivias Tallada.

Institución:

Enfermeros de Quirófano. Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Madrid. España.

Resumen de comunicación:

Introducción:

El olvido de gasas y/o compresas en cirugía abdominal es una complicación grave. Se han señalado la cirugía de urgencia, la obesidad y los cambios de planes como factores que aumentan el riesgo. La conversión de un procedimiento quirúrgico laparoscópico a cirugía abierta es considerada como factor directamente relacionado con el olvido accidental de gasas y/o compresas tras la cirugía.

El recuento de gasas y compresas es obligado en todos los procedimientos en los que existe riesgo de olvido accidental.

Objetivo:

Analizar las causas de discrepancia inicial en el recuento de gasas y compresas en procedimientos quirúrgicos laparoscópicos en los que ha sido necesario convertir a cirugía abierta.

Material y método:

Estudio prospectivo observacional, realizado entre marzo de 2010 y febrero de 2012. Se incluyen en el estudio un total de 110 pacientes en los que el procedimiento se inició por laparoscopia siendo necesario convertir ésta, a cirugía abierta.

En todos ellos se lleva a cabo recuento de gasas y compresas siguiendo un protocolo de recuento común, tras la decisión de realizar una laparotomía.

La variable dependiente o variable principal es el recuento (correcto o incorrecto) y como variables independientes incluimos el tiempo empleado en la cirugía (expresado en minutos), el número de gasas y compresas utilizados, el cambio de enfermeras (SI-NO), el tipo de cirugía (electiva o urgente) y el IMC (< ó > 35 Kg/m²).

Para el análisis estadístico utilizamos frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas

y media y desviación estándar para las cuantitativas. Utilizamos el test t de Student para la comparación de medias y el test de la Chi cuadrado para los casos de recuentos incorrectos con cambio de enfermeras, IMC y tipo de cirugía. Establecimos un valor para $p < 0.05$. El programa utilizado fue SPSS v 15.0 para Windows.

Resultados:

Con relación al género 58 (52,7%) son varones y 52 mujeres (47,3%). La colecistectomía en 49 ocasiones (44,5%) seguida de la cirugía del colon y recto en 19 cirugías (17,3%) ocupan los dos primeros lugares en cuanto a los procedimientos que han necesitado la conversión a cirugía abierta.

Para las gasas el recuento fue correcto en 105 cirugías (95,5%) y hubo discrepancia inicial en 5 casos (4,5%). Para las compresas el recuento fue correcto en 97 cirugías (88,2%) y hubo discrepancia inicial en 13 casos (11,8%). Fue incorrecto en 3 cirugías electivas y en 2 urgentes para las gasas y en 9 electivas y en 4 urgentes para las compresas. Hubo cambio de enfermeras en 1 de los 5 casos de discrepancia inicial para las gasas y en 3 de los 13 en el caso de las compresas. El IMC era < 35 Kg/m² en 4 pacientes de los 5 para las gasas y en 7 de los 13 para las compresas. No encontramos diferencias estadísticamente significativas al comparar estos valores entre sí.

La duración media de la cirugía en recuentos correctos fue de $174,57 \pm 79,68$ minutos frente a $146 \pm 66,18$ minutos para gasas ($p = 0,433$) y de $174,89 \pm 75,92$ minutos en recuentos correctos frente a $161,15 \pm 102,53$ minutos para las compresas ($p = 0,559$).

La media de gasas empleadas en recuentos correctos fue $14,95 \pm 9,21$ frente a $20 \pm 7,07$ de discrepancia inicial ($p=0,230$) y $32,77 \pm 14,18$ frente a $33 \pm 10,95$ para las compresas ($p = 0,972$).

Las causas de discrepancia inicial se debieron a error en el recuento en 2 casos (15,4%) para las compresas, se encontraba en el suelo en 2 casos para gasas (40%) y 2 para compresas (15,4%), en la basura en 2 (40%) para gasas y 3 para compresas (23%), la gasa estaba en el interior del paciente en 1 caso (20%) y en 5 (38,5%) para compresas.

En una cirugía tras la discrepancia inicial no apreció la compresa (7,7%) por lo que se solicitó la realización de un Rx de abdomen, que fue informada como normal.

Conclusiones:

- 1.- Elevado porcentaje de discrepancia inicial de gasas y compresas en el recuento 16,36%.
- 2.- Mayor discrepancia inicial en el caso de compresas 11,81% frente a 4,55% de las gasas.
- 3.- En nuestra serie no hemos encontrado relación directa entre el IMC, tipo de cirugía, cambio de enfermeras, tiempo empleado en la cirugía y número de gasas y compresas utilizadas con la discrepancia inicial en el recuento ($p=ns$).
- 4.- En un tercio de las discrepancias (33,33%) la gasa o la compresa se halla en el interior del paciente (33,3%), siendo mayor para el caso de las compresas.
- 5.- El hecho de que en el 5,45% de las cirugías laparoscópicas convertidas a laparotomía la gasa o compresa se halle en el interior del paciente, (17 Verdaderos Positivos y 1 Falso Positivo en el recuento) hace que consideremos la conversión de la laparoscopia a cirugía abierta como una situación de riesgo de dejar inadvertidamente olvidadas gasas o compresas.