

Retención de gasas después de un parto vaginal

Caso CONAMED

Maria del Carmen Dubón Peniche^a, Eduardo García Muñoz^b



El arbitraje médico es un mecanismo de justicia alternativa reconocido por el Estado Mexicano para dirimir controversias entre usuarios y prestadores de los servicios de atención médica.

SÍNTESIS DE LA QUEJA

El ginecoobstetra demandado atendió a la paciente en un parto normal en el que el procedimiento, aparentemente, se había realizado sin ninguna complicación; sin embargo, posteriormente presentó dolor agudo, mucho malestar, y percibió un olor raro en su herida, pero el facultativo le dijo que era normal y que no detectó nada raro. La demandante consultó con otro médico, quien le informó que le habían dejado unas gasas dentro de la vagina; se las retiró, le hizo una curación y le indicó medicamento para el dolor y antibiótico. Ella considera que su salud estuvo en riesgo y que las consecuencias por dejar material quirúrgico y de curación en su organismo son graves.

RESUMEN

Paciente mujer de 32 años de edad, primigesta, con los siguientes antecedentes ginecológicos de importancia: menarca a los 10 años, 28 x 5, inicio de vida sexual activa a los 20 años, 3 parejas sexuales.



^aDirectora de la Sala Arbitral. Dirección General de Arbitraje. CONAMED. México, DF.

^bMédico Especialista. Sala Arbitral. Dirección General de Arbitraje. CONAMED. México, DF



Foto ilustrativa: Chanawit

Fecha de su última menstruación: 12 de mayo de 2013. Fecha probable de parto: 19 de febrero de 2014. Acude al hospital con trabajo de parto activo; el ginecoobstetra la atendió por parto eutóxico, mediante el que se obtuvo un recién nacido vivo, talla de 47 centímetros, peso de 3,050 gramos, de 39 semanas de gestación, Apgar 8-9.

La paciente egresó del hospital por mejoría, pero refirió haber tenido dolor en el área genital y la percepción de un olor desagradable. Posteriormente, consultó a un segundo médico, quien al revisarla le extrajo gasa de la zona vaginal.

ANÁLISIS DEL CASO

Antes de entrar al fondo del asunto, es necesario realizar las siguientes apreciaciones:

De acuerdo con la literatura de la especialidad, el parto se define como el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Los crite-

rios de admisión hospitalaria son: actividad uterina regular (de 2 a 4 contracciones en 10 minutos) acompañada de dolor abdominal en hipogastrio y cambios cervicales (borramiento cervical mayor de 50 a 80% y dilatación de 3 a 4 cm).

El trabajo de parto se divide en 3 etapas: dilatación, expulsión y alumbramiento. El periodo de dilatación comienza con el inicio de las contracciones uterinas y la presencia de cambios cervicales. Se debe ingresar a la paciente en la fase activa de la dilatación para evitar morbilidad por estancias hospitalarias prolongadas y múltiples intervenciones médicas.

El periodo de la expulsión comienza con dilatación completa y concluye con la expulsión del feto. El alumbramiento es el período comprendido desde el pinzamiento y corte del cordón umbilical del recién nacido, hasta la expulsión de la placenta y membranas.

Cuando el feto está coronando se debe evaluar la



necesidad de realizar la episiotomía para facilitar su expulsión. Después del alumbramiento (expulsión de la placenta), y con el fin de descartar desgarros del cuello uterino y de las caras anterior, posterior y laterales de la vagina, se debe revisar el canal de parto, el conducto vaginal y el cérvix¹.

La episiorrafia se inicia reconstruyendo el tejido muscular, continúa con la sutura de la mucosa vaginal, el tejido celular subcutáneo y, por último, la piel. La episiorrafia debe lograr el afrontamiento apropiado de los distintos planos músculo-aponeuróticos de la vagina y de la piel, además de efectuar hemostasia para favorecer la evolución satisfactoria en el puerperio mediato².

En pacientes primigestas debe considerarse el egreso hospitalario a las 48-72 horas del puerperio, periodo en el que generalmente el útero está retráido, hay salida de loquios y la epifisiiorrafia se encuentra en buen estado. Cabe mencionar que los loquios se refieren al contenido líquido normal expulsado por el útero en su proceso de involución y recuperación de la superficie cruenta dejada por el lecho placentario. Los loquios son variables en cantidad y características a lo largo del puerperio, los primeros 3 días contienen una mezcla de sangre fresca y decidua necrótica (loquia rubra), luego disminuye el contenido sanguíneo y se torna más pálido

(loquia serosa), y ya en la segunda semana el líquido se aclara y se vuelve de un color blanco amarillento (loquia alba). La pérdida de loquios dura de 4 a 6 semanas aproximadamente, lo cual coincide con el término de la involución uterina^{2,3}.

Por otra parte, la retención de gasas después de un parto vaginal es un evento raro que se presenta en 1 de 5,000 nacimientos de este tipo. Esta situación provoca 2 tipos de reacciones: 1) la respuesta fibrinosa aséptica que crea adherencias y se encapsula formando un granuloma por cuerpo extraño, y 2) la respuesta exudativa, que favorece la formación de absceso, con o sin infección bacteriana agregada, que se manifiesta por descarga vaginal fétida y dolor⁴.

La mortalidad y morbilidad por el olvido de una gasa vaginal postparto es infrecuente debido a las características uterinas y vaginales del puerperio inmediato, y durante la revisión vaginal ginecoobstetra es cuando el médico podría olvidarse de retirar el tapón de gasas. Para disminuir este riesgo, una medida útil al atender un parto es realizar el conteo de textiles antes y después del parto, así como realizar una revisión del canal vaginal antes de que la paciente salga de la sala de expulsión⁵.

Ante la sospecha de un textiloma en el conducto vaginal, la paciente debe colocarse en posición de litotomía y debe efectuarse la exploración con el empleo del espejo vaginal; generalmente éste es el único procedimiento necesario, pues el manejo consiste en extracción de la gasa. Usualmente, el uso de antibióticos es innecesario⁶.

En el presente caso, la paciente manifestó en su queja que el 1.^o de febrero de 2014 a las 2:00 de la mañana contactó al ginecoobstetra porque había comenzado con dolores de parto, y éste le indicó que asistiera de inmediatamente al hospital.

El ginecoobstetra, ahora demandado, señaló en su informe que recibió la llamada de la paciente ya que presentaba contracciones, por lo que le indicó acudir al hospital, e informó al médico de guardia a las 4:00 de la mañana que la paciente había llegado, que tenía 8 centímetros de dilatación, y que la frecuencia cardiaca fetal se encontraba bien, por lo que indicó aplicación del bloqueo epidural, vigilar la frecuencia cardiaca fetal y la actividad uterina.

En el expediente clínico del hospital, la nota de ingreso del 1.^o de febrero de 2014, establece que a las 2:00 de la mañana la paciente inició actividad uterina dolorosa, percibiendo adecuadamente los movimientos fetales. En la exploración física, a las 4:00 h, se encontró: feto único, vivo, en situación longitudinal, presentación cefálica, dorso a la derecha, frecuencia cardiaca fetal de 145 latidos por minuto. Tacto vaginal: cérvix anterior, 8 centímetros de dilatación y 90% de borramiento, feto encajado, amnios íntegro.

Se diagnosticó: gesta I, embarazo de término y trabajo de parto en fase activa, se indicó solución Hartmann 1,000 ml para mantener la vena permeable, exámenes de laboratorio (biometría hemática y tiempos de coagulación), analgesia obstétrica, vigilar frecuencia cardiaca fetal, actividad uterina y atención de trabajo de parto.

Se realizó valoración preanestésica y se estableció riesgo ASA II, Glasgow 15, Goldman I y clase I de la clasificación de la Canadian Cardiovascular Society; se propuso bloqueo peridural, y la paciente firmó la Carta de Consentimiento Informado para procedimientos anestésicos. De igual forma, se encuentra en el expediente clínico Carta de Consentimiento Bajo Información para la atención de parto, firmada por la paciente, familiar y médico tratante; este documento establece que se le informó de manera clara, sencilla y completa del diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

El expediente clínico hospitalario acredita que el 1 de febrero de 2014, la paciente ingresó al área de expulsión con trabajo de parto activo. Se le realizó su historia clínica, exploración obstétrica, canalización de vena con solución parenteral y valoración por el servicio de Anestesiología; asimismo, se le informó sobre los procedimientos anestesiológicos y quirúrgicos a realizar, tal y como consta en las cartas de consentimiento informado. En ese sentido, no se observan elementos de mala práctica en la atención brindada.

En el partograma, a las 5:00 h del 1 de febrero de 2014, se reportó fondo uterino de 32 centímetros, frecuencia cardiaca fetal de 154 por minuto, actividad uterina regular, tacto vaginal: cérvix anterior con 9 centímetros de dilatación y 90% de

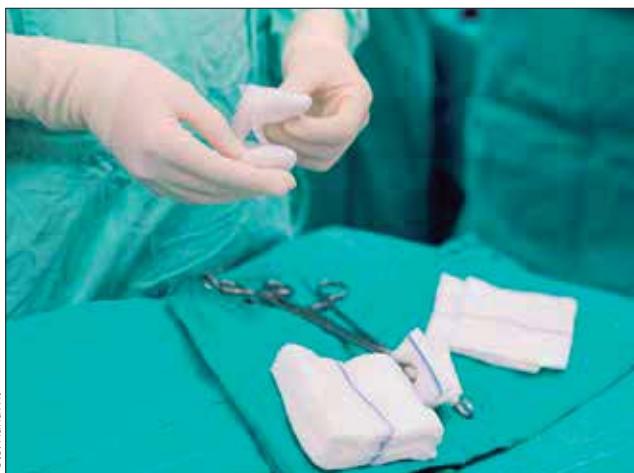


Foto (ilustrativa): Wong Yu Liang

borramiento, altura de la presentación III plano, cuello anterior de consistencia blanda, estrechos pélvicos suficientes, amniorrexis con líquido claro y analgesia con bloqueo peridural.

La paciente también señaló en su queja que el parto fue normal, que su bebé nació a las 5:20 de la mañana, y que el procedimiento aparentemente se había realizado sin ninguna complicación, y que su esposo, quien estuvo presente, le comentó que el médico había realizado el procedimiento con mucha rapidez. En respuesta a estas aseveraciones, el médico demandado refirió en su informe que atendió un parto eutóxico en el que realizó episiotomía sin ninguna complicación, que le asistió el médico de guardia, y que posteriormente la evolución de la paciente fue favorable, no presentó molestias y clínicamente estaba en buenas condiciones.

Con respecto a este punto, en el expediente clínico,



La retención de gasas después de un parto vaginal es un evento raro que se presenta en 1 de 5,000 nacimientos de este tipo. Esto provoca 2 tipos de reacciones: 1) la respuesta fibrinosa aséptica que crea adherencias y se encapsula formando un granuloma por cuerpo extraño, y 2) la respuesta exudativa, que favorece la formación de absceso, con o sin infección bacteriana agregada, que se manifiesta por descarga vaginal fétida y dolor. La mortalidad y morbilidad por esta causa es infrecuente debido a las características uterinas y vaginales del puerperio inmediato, y durante la revisión vaginal es cuando el médico podría olvidarse de retirar el tapón de gasas.

la hoja quirúrgica y la nota postparto y partograma, demuestran que, con diagnóstico de embarazo de 37.5 semanas de gestación y trabajo de parto, previo bloqueo epidural, dilatación completa y episiotomía, el médico demandado atendió un parto eutóxico, y obtuvo un recién nacido con peso de 3.050 kg a las 5:20 horas. Se realizó alumbramiento dirigido y revisión de cavidad, dejándola virtualmente limpia, e introdujo valva para corroborar integridad del cérvix, efectuó episiorrafia y, por último, revisó la integridad y hemostasia en la vagina, terminando el procedimiento sin incidentes ni complicaciones,

con reporte de gasas y compresas completas, siendo el sangrado de 300 ml.

Aunado a lo anterior, en la hoja de cirugía segura, Enfermería confirma el recuento de instrumentos, gasas y agujas. Asimismo, la hoja de registro clínico de Enfermería confirmó que al término de la atención del parto la cuenta de gasas fue completa.

En el postparto la paciente ingresó al área de recuperación consciente, con signos vitales dentro de los parámetros normales y sangrado trasvaginal escaso. El demandado indicó dieta blanda, solución Hartmann 500 ml con 20 unidades de oxitocina para 4 horas, analgésico oral cada 8 horas, vigilar sangrado trasvaginal e involución uterina, cuidados generales de Enfermería y signos vitales por turno.

La paciente refirió en su queja que durante su estancia hospitalaria postparto presentó dolor agudo y mucho malestar, y que en un par de ocasiones percibió un olor raro de su herida, pero los médicos de guardia, enfermeras y el médico le dijeron que era normal.

Con relación a estas manifestaciones, el demandado señaló que después del parto la paciente fue enviada a recuperación y posteriormente a su habitación. Su evolución fue favorable, por lo que fue dada de alta en buenas condiciones generales el 3 de febrero de 2014, con cita a consulta a revisión, sin embargo no regresó a su consulta.

Las notas que obran en el expediente clínico acreditan que después del parto la evolución de la paciente demandante fue satisfactoria. En efecto, la nota de las 15:30 horas del primero de febrero de 2014 señala que estaba asintomática, afebril, con frecuencia cardiaca de 70 latidos por minuto, tensión arterial de 105/70 mmHg, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, sin datos de vasoespasmo, que toleraba la vía oral, y estaba en buen estado general. Neurológicamente se encontraba íntegra, sin compromiso cardiopulmonar, con peristalsis presente, útero en involución, buen tono, con sangrado transvaginal mínimo, no fétido. La nota de las 9:00 horas del 2 de febrero de 2014 establece que la paciente cursaba puerperio fisiológico con signos vitales en parámetros normales, abdomen con peristalsis, útero involucionado y genitales con loquios escasos, no fétidos. Asimismo, los registros



Foto: Firna V

de Enfermería de los días 2 y 3 de febrero de 2014 reportaron a la paciente tranquila, con buena coloración, hidratada, útero involucionado por debajo de la cicatriz umbilical, sangrado trasvaginal escaso, episiorrafia sin sangrado, aplicándose ungüento perineal.

Atendiendo al cuadro clínico, el demandado dio de alta a la paciente por mejoría el 3 de febrero de 2014, y estableció en su nota de egreso que se encontraba hidratada, abdomen con peristalsis, útero involucionado, genitales con loquios escasos, no fétidos, extremidades inferiores sin edema, y se le indicó continuar su atención de forma extrahospitalaria.

En esos términos, quedó demostrado que en la atención postparto brindada a la paciente el médico demandado cumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, al valorarla diariamente, indicar manejo conforme al cuadro clínico y, ante la evolución satisfactoria (asintomática, afebril, to-

lerando la vía oral con útero en involución y loquios escasos, no fétidos), egresarla a su domicilio con cita de control.

La literatura especializada establece que en una paciente primigesta el egreso hospitalario puede indicarse a las 48-72 horas de puerperio, cuando su estado general es satisfactorio, el útero se encuentra contraído, los loquios en parámetros normales y la episiorrafia en buenas condiciones, tal y como sucedió en el caso de la paciente.

La demandante manifestó que desde el 4 de febrero estuvo contactando vía celular al médico demandado para comentarle que se sentía muy mal, que no se podía sentar y que se había percatado que de su herida salía un olor desagradable; la indicación que del facultativo fue que tomara medicamento para el dolor y la pomada que ya le había recetado. El 9 de febrero nuevamente lo buscó, pues el dolor se había incrementado y el olor persistía, su respuesta fue que hiciera cita en su consultorio, que luego

Foto: Chaikom



Foto: Samith Na Lumpoon



la revisaba. El dolor era insopportable, por lo que consultó a otro médico el 12 de febrero.

Para acreditar su declaración, la paciente exhibió la nota médica con fecha del 12 de febrero de 2014, la cual señala que acudió a consulta refiriendo dolor agudo de 10 días de evolución en la zona genital, donde además notaba un olor fétido. A la exploración física se apreciaron facies de dolor, palidez de tegumentos, marcha lenta, y dificultad para colocarse en la cama de exploración. En la revisión ginecológica se observó un paquete de gasas dentro de la cavidad vaginal, percibiéndose un olor fétido y salida de secreción chocolatosa. Se realizó aseo de la zona genital y curación de episiotomía; la impresión diagnóstica fue de infección de herida de episiotomía secundaria a paquete de gasas dentro de la cavidad vaginal.

La paciente presentó una videogramación fechada el 13 de febrero de 2014, la cual, una vez valorada, se consideró como un mero indicio con valor probatorio insuficiente, pues no se correlacionó con otras pruebas que conjuntamente pudieran darle carácter suficiente para corroborar y dar por ciertas las circunstancias de tiempo, modo y lugar del hecho que se pretendía demostrar.

No obstante lo anterior, para evaluar integralmente el caso, se valoró la citada videogramación en la que aparece una mujer en decúbito dorsal y posición ginecológica, apreciándose en la entrada de la vagina una gasa macerada con marcador radiopaco, sin coágulos, ni rasgos de sangre fresca ni

antigua, la gasa es color blanco en la mayor parte de su superficie, con algunas natas fibrinopurulentas verdosas. La herida quirúrgica de la episiotomía, sin dehiscencia o datos de infección.

La imágenes de la videogramación no mostraron los cambios que se esperarían en una gasa olvidada durante 11 días en la vagina, ya que por las características de los loquios, la gasa estaría impregnada en su totalidad de contenido hemático vinoso. En efecto, en términos de la literatura especializada, en los primeros 3 días de puerperio pueden presentarse características hemáticas y coágulos; de 3 a 7 días de puerperio puede observarse manchado hemático; de 7 a 14 días manchado color vino y, finalmente, loquios amarillos que duran de 2 a 4 semanas.

Cabe recordar, que durante la estancia hospitalaria, las notas del expediente clínico acreditaron que del 2 al 3 de febrero de 2014, la paciente fue revisada del área perineal sin que en las notas médicas o de enfermería se reportara la presencia de loquios fétidos o de algún cuerpo extraño.

De igual forma, la paciente presentó estudios consistentes en: ultrasonido pélvico del 19 de febrero de 2014, que no mostró alteraciones; biometría hemática y tiempos de coagulación dentro de parámetros normales; examen general de orina sugestivo de infección de vías urinarias (leucocitos +, 6 a 10 células epiteliales por campo, 11 a 14 leucocitos por campo, bacterias moderadas). También 3 recetas del 20 de febrero de 2014 en las que se le prescribió

doble antibiótico (ceftriaxona intramuscular cada 24 horas por 6 días, y tabletas de 300 mg de clindamicina cada 8 horas por 5 días), tabletas de antiinflamatorio (ibuprofeno) cada 8 horas por dolor o fiebre y óvulos vaginales cada 24 horas por 8 días.

Sobre este rubro se debe puntualizar, que la atención fue otorgada 7 días después de la fecha en que la paciente refirió que le fue extraída la gasa vaginal, y que los resultados de los estudios efectuados a la paciente y las recetas médicas aportadas no acreditan el diagnóstico ni el manejo de la supuesta infección puerperal que refirió quien dijo haber extraído la gasa.

APRECIACIONES FINALES

La paciente consideró que su salud estuvo en riesgo y las consecuencias por dejar material quirúrgico y de curación son graves. Sin embargo, conforme a las pruebas aportadas al proceso arbitral, fundamentalmente el expediente clínico hospitalario, no existe evidencia de que en la atención otorgada a la paciente el ginecoobstetra demandado olvidara gasa alguna.

La literatura especializada señala que después de un parto vaginal la retención de gasas es un evento raro, presentándose en 1 de 5,000 nacimientos. Inicialmente la presencia de este cuerpo extraño ocasiona respuesta exudativa (con o sin infección bacteriana agregada) que se manifiesta por descarga vaginal fétida y dolor. El manejo consiste en la extracción de la gasa, siendo usualmente innecesario el uso de antibióticos.

En el presente caso no existió evidencia de que en la atención médica proporcionada a la paciente, el médico demandado incurriera en mala práctica.

Al no ser parte en esta controversia, no se realizan pronunciamientos de la atención brindada por facultativos distintos al demandado.

RECOMENDACIONES

Para disminuir el riesgo de una gasa olvidada en vagina después de la atención de un parto, una medida útil es realizar la cuenta de gasas, tanto por el médico como por el personal de Enfermería, antes y después del parto, además de realizar una última revisión del canal vaginal antes de que la paciente salga de la sala de expulsión. En el caso que se pre-

Para disminuir el riesgo de olvidar una gasa en el cuerpo de la paciente, es útil que tanto el médico como el personal de Enfermería realicen el conteo de textiles antes y después del parto, y efectuar una revisión del canal vaginal previo a la salida de la sala de expulsión. La hoja de cirugía segura es una herramienta desarrollada por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS, que ayuda a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente, y uno de sus objetivos específicos es evitar el olvido de gasas o instrumentos en la herida quirúrgica; su uso rutinario ha demostrado una marcada disminución de eventos de este tipo.

senta, atendiendo al expediente clínico analizado, ambos procedimientos fueron efectuados.

La hoja de cirugía segura es una herramienta desarrollada por la Organización Mundial de la Salud en su Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que ayuda a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente, y uno de sus objetivos específicos es evitar el olvido de gasas o instrumentos en la herida quirúrgica, su uso rutinario ha demostrado una marcada disminución de eventos de este tipo. ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía de práctica clínica: Vigilancia y manejo del trabajo de parto. México: Secretaría de Salud; 2014.
2. Santisteban Alba S. Ginecología y Obstetricia de Rigol. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 2004; Cap. 9, 85-106.
3. Orientación técnica para la atención integral en el posparto 2014. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
4. Motta Ramírez GA, González Burgos O, Castillo Lima JA, Villalobos García E. Material quirúrgico olvidado: Gossypiboma, textiloma, gasoma. An Radiol Méx. 2007; 4:285-96.
5. Lutgendorf M, Schindler L, Hill J, Magann E, O'Boyle J. Implementation of a Protocol to Reduce Occurrence of Retained Sponges After Vaginal Delivery. Military Medicine. 2011; 176(6): 702-704.
6. Tolino, MJ. Oblitos. Causas, consecuencias clínicas y legales. Prevención. Rev Arg Cir 2009; 13(2): 89-93.
7. WHO Guidelines for Safe Surgery (First Edition), Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.