



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-456 - CIRUGÍA PARA EXTRACCIÓN DE DRENAJE RETENIDO: LECCIONES APRENDIDAS DE ESTE NEVER EVENT

Ruiz Marín, Miguel; Martínez Sanz, Nuria; Medina Manuel, Esther; Fernández López, Antonio José; Luján Martínez, Delia M^a; Giménez Francés, Clara; López Morales, Pedro; Candel Arenas, M^a Fe; Albarracín Marín Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Objetivos: El uso de drenajes postoperatorios es controvertido según el tipo de intervención y presenta ventajas e inconvenientes conocidos. Cuando se usan, suelen retirarse a los pocos días tras la intervención o según el débito que recogen. La rotura de un drenaje durante su retirada y el mantenimiento de parte de él es un evento adverso (EA) extremadamente infrecuente y evitable. No obstante, puede llevar asociadas importantes complicaciones y condicionar en muchas ocasiones la necesidad de tratamiento o una reintervención quirúrgica para su retirada, independientemente de las consecuencias legales que puede implicar. El objetivo de este trabajo es presentar los casos de drenajes retenidos identificados que han requerido reintervención para su retirada y analizar las características de estos sucesos.

Métodos: Revisión retrospectiva de pacientes intervenidos para retirada de drenaje quirúrgico desde 2006 hasta 2018. Se analizaron: datos demográficos, momento de detección del suceso, intervalo de retención y morbilidad asociada.

Resultados: Se identificaron durante este periodo 5 pacientes que requirieron reintervención quirúrgica para retirada de drenaje quirúrgico, edad media 52 años, 3 mujeres (60%). La ubicación fue en 2 casos (40%) la cavidad abdominal, uno en región submaxilar (20%), otro cervical (20%) y otro axilar (20%). El tipo de drenaje fue Blake en 2 casos, 2 redón y un Penrose. Uno de ellos (20%) presentó clínica y el momento de detección del evento fue durante la retirada en dos pacientes, siendo retirado en estos casos entre 1 y 4 días tras la cirugía. Los 3 casos restantes se detectó durante el seguimiento, siendo la media del intervalo entre la cirugía donde se alojó el drenaje y la de retirada de la parte retenida de 438 días (rango 6-1.111). La confirmación de la persistencia del drenaje se realizó mediante TC en dos casos (40%), ecografía en un caso y radiología simple en otro. Ninguno de los pacientes asoció morbilidad a la retirada del mismo, en dos casos se realizó en régimen de CMA y los otros 3 presentaron una estancia postoperatoria de un día.

Conclusiones: Este tipo de EA son poco frecuentes, no obstante, pueden tener repercusiones para el paciente que impliquen, como en los casos descritos, la reintervención quirúrgica y las posibles consecuencias legales derivadas. El reconocimiento de la posibilidad de retención del mismo, o parte de él en el lecho quirúrgico, es básico para proceder a la confirmación radiológica y su retirada precoz, evitando de este modo complicaciones secundarias a su permanencia (abscesos, erosión, fístulas, etc.). No obstante, independientemente de su retirada, la notificación de este tipo de EA a través de los sistemas de notificación es de enorme utilidad para la aprender de la experiencia, identificando causas y diseñando estrategias para mejorar las áreas detectadas con problemas de seguridad. En nuestro caso, la notificación de uno de ellos

sirvió para investigar otros sucesos y la retirada de un tipo del uso habitual.