

OBLITOS QUIRÚRGICOS

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE S. A. ®

Pudo haber sido diferente...

Caso 1.

Paciente de 64 años a quien se le realiza un reemplazo valvular aórtico con evolución favorable y alta. Comienza a los pocos meses con molestias en la pared abdominal consultando con su cirujano quien le indica hielo local. Al continuar con los dolores se le realizó una Rx y ecografía (a los siete meses de la cirugía), evidenciándose una aguja recta de 4 cm en la región quirúrgica del reemplazo valvular. Debido a que era un paciente de alto riesgo se empieza a evaluar cómo retirarle el oblitio con el menor riesgo posible cuando aparece como intercurencia la necesidad de realizarle una cirugía abdominal. Se aprovechó entonces esa oportunidad para extraerle la aguja. El paciente evoluciona bien pero igual inicia acciones legales.

Caso 2

Paciente de 36 años a quien se le realiza una laparotomía exploradora por abdomen agudo quirúrgico. El diagnóstico intraoperatorio fue de apendicitis aguda supurada (peritonitis). Se realizó apendicectomía con lavado de cavidad y drenaje. Evoluciona favorablemente con tratamiento antibiótico externándolo a los 15 días.

En los meses subsiguientes comienza con vómitos y pérdida de peso. El síndrome pilórico determinó que se le realizara una endoscopia extrayéndose material compatible con una gasa quirúrgica de olor fétido. Buena evolución pese a lo cual inicia acciones legales.

Historias como estas no son raras en el ámbito hospitalario. Distintos estudios científicos y la experiencia de reclamos de aseguradores de responsabilidad profesional demuestran que los oblitos continúan siendo un problema vinculado a factores humanos que pueden y debieran prevenirse.

Actualmente el vocablo "oblito" se encuentra incluido en el diccionario de la Real Academia Española, siendo definido como "Cuerpo extraño olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica".

Si bien el término "oblito quirúrgico" es redundante, en general se acepta su utilización. La palabra deriva del latín "oblitum-oblivus" (olvidado-olvido). Dentro de estos olvidos podemos citar gasas, compresas, pinzas, electrodos, retractores, agujas, etc. (Ver Tabla 1). (1) Como ejemplo de caso extremo se cita el de una mujer canadiense que en el año 2002 se enteró, al pasar por un detector de metales en un aeropuerto, que sus cirujanos habían olvidado en su abdomen ¡un retractor quirúrgico de 30 cm de largo por 5 cm de ancho!. Había sido operada hacía 4 meses. (2)

Tabla 1. Tipos de Oblitos.

<i>Gawande sobre 54 casos (1)</i>	
<i>Gasas/Compresas</i>	<i>69% (37 casos)</i>
<i>*En 4 de ellos más de una gasa</i>	
<i>Instrumental</i>	<i>31% (17 casos)</i>
<i>Pinzas</i>	<i>7% (4 casos)</i>
<i>Otros: Retractores, Electrodos</i>	<i>24% (13 casos)</i>

La verdadera incidencia de cuerpos extraños olvidados en los pacientes es muy difícil de determinar debido a la dificultad para obtener datos precisos acerca de nuevos casos. El temor a las posibles implicancias médico-legales hace que este hecho suela permanecer como "secreto de quirófano". Por otra parte muchos pacientes permanecen asintomáticos por años siendo el hallazgo del oblitio un hecho incidental que no siempre es denunciado.

Un estudio del 2003 publicado en el New England Journal of Medicine estima su incidencia en 1 cada 8.800 cirugías generales, estimando 1500 casos nuevos anuales en los Estados Unidos. Esta estimación, como otras publicadas, se basa exclusivamente en reclamos por mala praxis por los que todos los autores coinciden en que la frecuencia sea probablemente mucho mayor.

En nuestro país la casuística más amplia es la presentada por el Prof. Siano Quirós (3), quien sobre 24.166 pacientes operados en 14 años pudo comprobar 8 oblitos (1 caso cada 3020 operaciones- ver tabla 2-). Si bien no hay datos precisos, en la experiencia de necropsias hospitalarias de nuestro cuerpo médico forense no infrecuentemente se han hallado gasas o compresas olvidadas. (4)

Tabla 2. Experiencia en Argentina. Siano Quirós, 1995 (3)

	HOSPITAL A	HOSPITAL B	AMBOS
Total de Operados	8.386	15.780	24.166
Operaciones por Oblitos	18	10	28
Frecuencia	0,21%	0,06%	0,11%
Una operación por oblitio	Cada 476 cirugías	Cada 1587 cirugías	Cada 909 cirugías
Oblitos propios reconocidos	0,06%	0,02%	0,03%
Un oblitio	Cada 1694 cirugías	Cada 5263 cirugías	Cada 3030 cirugías

Los oblitos también pueden ser muy costosos. A los gastos de reintervenciones y manejo de complicaciones deben agregarse los reclamos judiciales. Una estadística de 67 reclamos en EE.UU por estos eventos publicada en 1996 informa indemnizaciones y gastos por más de dos millones y medio de dólares.(5)

Las cavidades descriptas más frecuentemente como sitios de retención son el abdomen, la pelvis, la vagina y el tórax. (ver cuadro 3).

Tabla 3. Ubicación de Oblitos.

Gawande sobre 54 casos (1)

Abdomen o pelvis	54% (29 casos)
Vagina	22% (12 casos)
Tórax	7% (4 casos)
Otras localizaciones (canal espinal, cerebro, cara y extremidades)	17% (9 casos)

En muchos casos en los que se olvidan en el paciente gases o instrumental, el cuerpo extraño es removido y el paciente se recupera. Sin embargo, los oblitos pueden dar lugar a severas complicaciones que en ocasiones pueden llevar incluso a la muerte. Algunos autores han reportado índices de mortalidad que oscilan entre el 11% y el 35%. (6) (7)

Las gasas y otros materiales olvidados en la cavidad abdominal pueden dar lugar a distintas reacciones del organismo. El cuerpo extraño puede inducir una respuesta inflamatoria temprana en la que el propio organismo intenta extruir el material favoreciendo el desarrollo de fístulas. La respuesta puede ser también más lenta e indolente, de tipo fibrinoso, creando adhesiones y encapsulando al cuerpo extraño. Se pueden formar así pseudotumores ocupantes de espacio y que pueden desencadenar cuadros obstructivos. (6) También se han descrito cuadros de perforaciones intestinales y sepsis.(8)



Fig. 1 Obstrucción Intestinal postoperatoria. Ileo. Obsérvese el marcador radioopaco de la gasa en el cuadrante inferior derecho

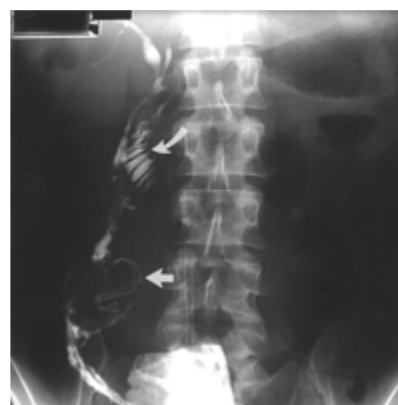


Fig. 2 Oblitio. 2 semanas postoperatorio hemicolectomía derecha y resección parcial de delgado por enfermedad de Crohn. Se realiza fistulograma por dehiscencia de la herida. La flecha recta señala el marcador radiopaco de una gasa de 10 x 10 cm. La fístula se inicia en la parte inferior de la herida, se comunica con la vía biliar y drena al duodeno

FACTORES DE RIESGO

Determinados procedimientos quirúrgicos y situaciones conllevan mayor riesgo de oblitos. La literatura ha mencionado entre otros factores (1) (9):

- Cirugías de emergencia: La probabilidad de olvidos en estos casos sería nueve veces mayor que en cirugías electivas. Se mencionan como ejemplos rupturas de aneurismas de aorta, trauma, cesáreas no planeadas, histereclemías por hemorragia postparto y desgarros vaginales o rectales luego del parto.

- *Inesperado cambio del plan quirúrgico: Ej. Apendicectomías que se transforman en colectomías por cáncer, diverticulitis perforadas, embarazos ectópicos, masas duodenales o cualquier nuevo diagnóstico intraoperatorio. También complicaciones durante la cirugía o partos (laceración de vejiga, distocia de hombros, etc). La posibilidad de olvidos en estos casos sería cuatro veces superior.*
- *Imposibilidad de recuento (necesidad de cierre por urgencia extrema y riesgo de vida para el paciente)*
- *Obesidad*
- *Múltiples equipos quirúrgicos (Ej abordajes torácicos por cirujanos gales para cirugía de columna)*
- *Pérdida de sangre > 700 ml.*
- *Cambio del personal durante la cirugía (instrumentadoras, circulantes, ayudantes)*
- *Horario nocturno y fines de semana*
- *Procedimientos complejos*
- *Múltiples procedimientos en el mismo acto quirúrgico*
- *Cansancio del equipo quirúrgico.*

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

A pesar de los factores de riesgo mencionados, el olvido de instrumental, gasas o compresas es una ocurrencia prevenible que podría ser virtualmente eliminada si las organizaciones encararan el tema en forma sistemática y proactiva. Dentro de las principales medidas que se pueden tomar se destacan principalmente el desarrollo de normas y procedimientos de recuento y la radiología en pacientes de alto riesgo o en el caso de discrepancias en el conteo. La cultura organizacional también debería garantizar una efectiva comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico y la minimización de apuros y distracciones.

El recuento de gasas e instrumental es sin duda la primera barrera de prevención. Lamentablemente, dicho recuento suele realizarse de manera superficial y muchas veces no se documenta. Los hallazgos de Gawande indicarían que el problema sería particularmente sensible en procedimientos obstétricos (cierres de episiotomía o desgarros vaginales luego del parto).

Pese a su gran importancia, el recuento de material como medida aislada está lejos de ser suficiente.: en casi el 90% de las cirugías en que se retuvo algún cuerpo extraño y se realizó el recuento el mismo fue informado como correcto.(1) Este error en el conteo puede muchas veces vincularse al cansancio del equipo o a la complejidad del procedimiento. También puede deberse a gasas "pegadas" unas con otras.(5) Por otra parte, muchas veces un recuento discrepante no excluye la posibilidad de dejar un oblitto, ya que el cirujano puede ignorar el recuento y no reexplorar la cavidad y el control radiológico puede no realizarse o dar negativo.

1. DESARROLLO DE NORMA Y PROCEDIMIENTOS DE RECuento DE GASAS E INSTRUMENTAL

La política de recuento de las instituciones debería estar estandarizada, ser clara y concisa. La norma debería establecer qué se debe contar, quién debe hacerlo, cuándo y cómo. También debe abordar la responsabilidad de la documentación del recuento y la conducta a adoptar ante recuentos discrepantes. Las instituciones deberían revisar sus políticas actuales referidas a este tema y determinar si se requieren cambios. Deberían participar del análisis no sólo los cirujanos sino también las instrumentadoras, y el personal encargado del mantenimiento del instrumental y de compras.

A) Qué contar (10) (11) (12)

Idealmente se deberían contar todos los elementos que ingresan en el campo quirúrgico. Sin embargo, dependiendo del procedimiento esto puede no ser práctico ni costo efectivo. Los responsables de las instituciones deberían trabajar con su staff para determinar qué debe contabilizarse en cada procedimiento. Generalmente se incluyen gasas, compresas, torundas, instrumentos punzantes (agujas, hojas de bisturí) e instrumental. Las gasas y compresas no se deben cortar y se recomienda que las mismas sean contadas en todas las operaciones, incluyendo partos y prácticas obstétricas. El número y tipo de agujas debe coincidir con los paquetes de sutura abiertos.

El instrumental quirúrgico, como pinzas y retractores también debería contabilizarse en todos los procedimientos en los que existe la posibilidad de que puedan quedar retenidos. Esta recomendación no es menor: el instrumental quirúrgico representa un tercio de los oblitos reportados en la literatura.(10)

Uno de los factores de riesgo para el olvido de material en el paciente es la presencia de demasiado instrumental. El exceso del mismo puede dar lugar a recuentos complejos y que consumen mucho tiempo, sobre todo si se tiene en cuenta que el conteo de una caja hecho en esterilización no debe considerarse como el conteo inicial basal. Para disminuir este riesgo, las organizaciones deberían afinar el armado de sus cajas y de sus mesas de cirugía reduciendo en lo posible la cantidad de instrumental de forma tal que se facilite el recuento (10) (11).

El recuento debe incluir a todas las piezas ensambladas en el instrumental y se debe tener mucha precaución con el quiebre o separación de alguna de las partes (ej pinzas laparoscópicas).(8)

B) Cuándo contar

El momento apropiado para contabilizar los elementos puede variar de acuerdo al tipo de procedimiento y al equipamiento necesario. La regla general acerca de si se debe efectuar el recuento de objetos quirúrgicos o no es "si el objeto puede perderse dentro de la herida quirúrgica debe seguirse el procedimiento completo del recuento del mismo, antes de que se efectúe la primera incisión" En el caso de gasas y material punzocortante, elementos frecuentemente retenidos, la Asociación de Instrumentadoras de los Estados Unidos (-AORN- Association of periOperative Registered Nurses) recomienda realizar los siguientes recuentos: (10)

- Antes de iniciar el procedimiento para establecer una línea de base (este recuento basal puede escribirse en una pizarra)
- Antes del cierre de la cavidad
- Antes del inicio del cierre de piel
- A la finalización del procedimiento
- Al relevo del personal (instrumentadora/circulante que entra debe contar personalmente)

C) Cómo contar

En la mayoría de los hospitales existen paquetes con un número determinado de gasas, compresas o torundas que previamente se han negociado con el servicio de esterilización. Si durante el recuento inicial o al incorporarlo a la mesa el paquete contiene un número mayor o menor al indicado, el paquete entero se devuelve a la enfermera circulante y se retira del quirófano. No hay que intentar corregir errores o compensar discrepancias.

Según se van utilizando las gasas se las arroja dentro de un lebrillo o cualquier otro dispositivo preparado a tal efecto.

Los recuentos deben ser realizados en forma audible bajo la visión de por lo menos dos personas (idealmente la instrumentadora y la circulante). Cada gasa debe separarse y contarse individualmente. Si una gasa se contamina o se rompe, la misma debe ser removida del campo y colocada en un lugar previamente identificado. Si se agregan más gasas al campo, las mismas deben también ser contadas y documentadas.

El recuento de instrumentos punzantes se lleva a cabo según la etiqueta de cada paquete, teniendo en cuenta que algunos paquetes contienen varias agujas.

Con respecto al instrumental, la norma debería establecer un método ordenado y lógico (por ejemplo de más grande a más chico, de derecha a izquierda, etc). Una vez extraído el material de la caja se recomienda ordenarlo en forma visible sobre la mesa y no dispersarlo en mesas accesorias hasta no haber realizado el recuento inicial.

D) Quién debe contar

El recuento debe ser realizado por más de una persona al mismo tiempo y en forma audible. La instrumentadora, la circulante y el cirujano a cargo deben efectuar y responsabilizarse del correcto recuento de gasas, compresas, torundas, objetos punzantes e instrumental. Nuestra jurisprudencia es clara al respecto, indicando en sus fallos que corresponde al cirujano verificar el retiro de todo elemento extraño del cuerpo del paciente(4). La responsabilidad del personal auxiliar (circulante, instrumentadora) y de la institución también estará en juego si se permite prescindir al cirujano de este mecanismo de prevención.

E) Documentación del Recuento

Se debe documentar en el parte quirúrgico o en otra documentación que forme parte de la historia clínica del paciente.

La documentación debería incluir como mínimo lo siguiente:

- Tipo (gasas, punzantes, instrumental) y números de recuento (1, 2 o 3).
- Nombre y cargo del personal que realiza el recuento
- Resultado del recuento (correcto o discrepante)
- Notificación al cirujano acerca de cualquier discrepancia
- Acciones tomadas en caso de discrepancias
- Material dejado intencionalmente en el paciente como por ejemplo gasas dejadas como packing.
- De no realizarse, razones por las cuales se obvió el recuento (ej: peligro de vida, necesidad de cierre de emergencia)

Para hacer más práctica la documentación del recuento, las instituciones pueden crear hojas preimpresas con listados del instrumental de las cajas y de los elementos necesarios (gasas, compresas, etc) para un procedimiento determinado. El personal puede utilizar esta lista como una checklist en el armado y desarmado de las cajas y en los distintos conteos durante la cirugía. Se puede utilizar una columna en blanco por conteo. Cada vez que se realiza un recuento se anota. De esta forma el personal se dará cuenta fácilmente de un recuento discrepante si algún número no coincide en las distintas columnas. Las hojas de recuento deberían agrupar al instrumental por tipo (ej retractores, portaagujas) y por sus nombres específicos. La nomenclatura del instrumental debería estar estandarizada en todas las hojas.

F) Procedimiento ante un recuento discrepante

Ante una discrepancia en el recuento se deben adoptar medidas para localizar el material faltante.

1. Informar la discrepancia al cirujano.
2. Suspender momentáneamente el procedimiento si la condición del paciente lo permite
3. Explorar en forma manual y visual la cavidad y el campo operatorio (cirujano)
4. Inspeccionar los alrededores, incluyendo el piso, los lebrillos, los recipientes de basura, cesto de lavandería y por todo el quirófano. Ningún recipiente debe ser removido del quirófano hasta que el paciente abandone el mismo. (circulante)
5. Inspeccionar entre los campos y debajo de los artículos o instrumental de la mesa.

6. Si la condición del paciente lo permite realizar control radiológico intraoperatorio. (Para poder ver gasas retenidas las mismas deberán tener marcador radiopaco.)

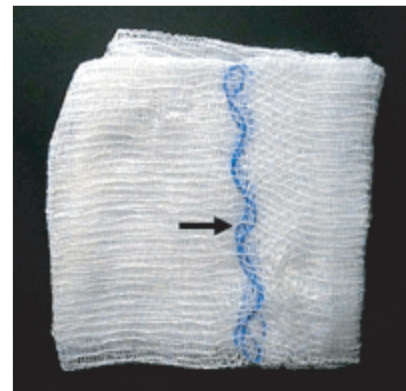
7. Documentar todas las medidas adoptadas en la historia clínica

8. Notificar el incidente a los responsables de quirófano o a la persona designada por la institución.

9. Analizar el incidente (causas, consecuencias) y desarrollar estrategias de prevención.

G) Utilización de gasas marcadas con hilo radiopaco

La mayoría de los estándares internacionales recomiendan utilizar gasas marcadas con hilo radiopaco en todos los procedimientos en que las mismas puedan quedar retenidas en la cavidad quirúrgica. Indudablemente esta medida es de utilidad en el caso de un recuento defectuoso, lo que obligaría a una radioscopia o radiografía en la misma sala de operaciones. Esta medida no prevendría el oblitio sino que posibilitaría su diagnóstico y tratamiento precoz.



En la Argentina, el Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional ha sido consultado judicialmente acerca de la obligatoriedad de la utilización de gasas marcadas con material radiopaco. Su respuesta fue que ello no está reglamentado por parte de la autoridad sanitaria que rige en la materia.

La observación y la experiencia nos dice que es un recurso que no se encuentra generalizado en nuestro país y que suele restringirse a determinados procedimientos en algunas instituciones (generalmente privadas).

Una de las principales razones por las que no se generaliza su uso es por la diferencia de costos con las gasas comunes. El costo de las mismas es seis veces superior (\$1,81 por unidad contra 0,30 a valores de 2007) (13). Algunos autores han esgrimido otras razones para este hecho:

- Como la mayoría de los oblitos suceden con recuentos normales, esta conducta obligaría realizar radioscopia o radiografías en todos los operados. Si las mismas se realizan dentro de la sala de operaciones, obligaría a disponer para todas las cirugías de mesas radiolúcidas o pasar al recién operado a una mesa camilla que sí lo fuera.
- Expondría a los pacientes a radiaciones, la mayoría de las veces innecesarias.
- La lectura de la radioscopia y aún de las radiografías no es fácil y está también expuesta a errores, mayores cuanto más chico sea el elemento dejado

2. REALIZACIÓN DE RX EN TODOS LOS PACIENTES DE RIESGO

Independientemente de las limitaciones del recuento, las instituciones podrían trabajar con sus cirujanos en la elaboración de una norma que determine los procedimientos que requerirían la utilización de gasas marcadas y la realización de radioscopia o radiología de rutina antes de salir de quirófano, aún con recuentos normales. Algunas de las situaciones de riesgo que justificarían esta norma son:

- Pacientes obesos
- Cirugías de abdomen, tórax o columna donde el riesgo de sangrado es importante.
- Casos que involucran a múltiples equipos quirúrgicos o procedimientos particularmente largos.
- Casos de emergencia en donde el ritmo de la cirugía es necesariamente rápido, como rupturas de aneurismas de aorta o cesáreas de emergencia.

La realización de Rx ya sea de rutina o ante recuentos discrepantes tampoco es infalible. El estudio de Kaiser mostró que en 3 casos de 29 en los que se realizaron Rx para detectar gasas se obtuvieron falsos negativos. Las agujas e instrumental menores a 17 mm tienen altos falsos negativos. Nada reemplaza a la exploración metódica de la herida o de la cavidad. También se han reportado falsos positivos.

La comunicación directa con el técnico o médico radiólogo también es importante, debiendo garantizarse que los rayos capten todas las áreas anatómicas en donde se trabajó. La radiología no será efectiva si se pierden áreas en donde puedan "escondarse" las gasas o el instrumental.

También se plantean dudas acerca del costo/efectividad del screening radiológico en pacientes de alto riesgo. Según Gawande, serían necesarios 300 radioscopías para detectar 1 cuerpo extraño retenido. Según el mismo estudio debería valorarse el costo de estos estudios vs. el costo de un eventual juicio por responsabilidad profesional.

CONSIDERACIONES MEDICOLEGALES

Casi unánimemente los fallos judiciales consideran al oblito como constitutivo de negligencia, entendiendo a la misma como a la falta de adopción de las precauciones necesarias. Generalmente se considera que faltó hacer algo más para evitar que el hecho sucediera.

Destacados miembros del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional evitan referirse a los oblitos como "accidentes quirúrgicos" ya que "accidente" es técnicamente todo hecho dañoso y fortuito que ocurre espontáneamente, sin la intervención de terceras personas. En el caso del oblito, siempre habrá alguien que lo dejó. Es por ello que dichos forenses prefieren referirse al oblito en sus informes como a un "incidente desafortunado". Incidente, porque es realmente un "hecho inesperado que sobreviene en el curso de un asunto y tiene con éste algún enlace". Desafortunado, porque no es precisamente "resultado de la buena suerte, que provoque felicidad".

La Justicia Civil, para acreditar el presupuesto de responsabilidad deberá establecer la relación entre:

- a) El hecho antijurídico: Es en la práctica el acto médico cuestionado. Nuestro Código Civil considera a los actos que causan un daño en forma culposa (sin intención de dañar) como "hechos antijurídicos o cuasidelitos"
- b) El daño: Sin daño no hay responsabilidad. Puede ser en la esfera patrimonial (ej: lucro cesante, gastos médicos a futuro) o extrapatrimonial (el daño moral que le causó la dolencia)

c) La relación de causalidad entre la falta o el acto profesional incriminado y los daños y perjuicios.

d) El factor de atribución: es la razón suficiente por la cual se justifica que el daño que ha sufrido una persona se traslade económicamente a otra. En el caso del médico la razón suficiente sería la culpa (factor de atribución subjetivo). y en el caso de las instituciones sería el deber de seguridad (factor de atribución objetivo)

Del análisis de casos jurisprudenciales argentinos surge que en la inmensa mayoría de los casos, los oblitos han sido severamente juzgados por nuestros tribunales. La doctrina coincide unánimemente en que quien demanda el resarcimiento de un daño debe probar la existencia del mismo y la culpa de su autor. Sin embargo, en el tema de los oblitos los fallos en general se apartan de este principio general considerando que, acreditada la existencia del olvido, corresponderá al cirujano demostrar que actuó sin culpa, ya que la misma se presupone en estos casos. Se invierte así la carga de la prueba bajo el principio "res ipsa loquitur" ("la cosa habla por sí sola").

Tampoco podrá exculparse el cirujano aduciendo que sus colaboradores (ayudantes, instrumentadora o circulante) le informaron de un recuento correcto. La Ley 17.132/67 (del arte de curar) en su Art. 19 inc 9 dice que es obligación del médico "fiscalizar y controlar el cumplimiento de las indicaciones que imparta a su personal auxiliar y, asimismo, de que éstos actúen estrictamente dentro de los límites de su autorización, siendo solidariamente responsables si por insuficiente o deficiente control de los actos por éstos ejecutados, resultare un daño para terceras personas." Ello ha sido así interpretado en numerosos fallos de responsabilidad médica en general y de oblitos en particular.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Ante un diagnóstico presuntivo de olvido, ya sea propio o de un colega, el cirujano se encuentra en una situación de conflicto. ¿Qué debe decirle al paciente? No es una pregunta fácil de responder y todas las opiniones son atendibles.

Hay quienes sostienen que por un principio ético y un deber legal deben consignar la realidad del hecho en la historia clínica y comunicárselo al enfermo. Si bien a estos cirujanos les asiste la razón, tampoco merecerían cuestionamiento ético alguno aquellos médicos que, actuando como "buenos padres de familia" disfrazan un poco la realidad haciendo valer el "privilegio terapéutico", no proporcionándole al paciente una información en forma descarnada que en poco lo beneficia pudiendo aumentar el daño emocional y psíquico.

El médico deberá entonces ponderar la situación clínica, la fortaleza de la relación médico-paciente, los antecedentes operatorios, la magnitud de la lesión y las probables complicaciones futuras.

En consecuencia, ante un olvido propio o de un colega la actitud del cirujano sólo puede ser individual, debiendo optar por lo que le parezca más adecuado para ese paciente y para un ejercicio más humanitario de la medicina, aún corriendo riesgos.

Toda la documentación señalada, correctamente llevada, bien conservada y con letra legible evitará muchas veces el avance de la denuncia.

PALABRAS FINALES

Hay coincidencia unánime en la doctrina y en los fallos jurisprudenciales en considerar como negligente la actitud de un cirujano que deja un olvido. Estas situaciones son muy difíciles de defender. Sólo podrían ser defendibles algunos casos puntuales de emergencias quirúrgicas, con hemorragias importantes y cirujanos "apurados" por los anestesiólogos para finalizar el procedimiento por peligro de descompensación del paciente. Podría entenderse en estos casos la falta de recuento y el consecuente olvido.

Por ello es importante que el parte quirúrgico refleje el dramatismo de la situación. No bastará entonces para la defensa escribir "procedimiento según técnica".

Hemos visto también que las medidas preventivas son falibles, lo que no debe ser utilizado como un argumento en contra de su adopción. La documentación en la historia clínica del recuento y de los mecanismos de profilaxis utilizados puede ser muy útil en la estrategia defensiva ante reclamos judiciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gawanade A. et al.: Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *New Engl J Med* 348: 229-235. Jan 2003
2. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Morbidity and Mortality Rounds. Did we forget something?. Sept.2003
3. Siano Quirós, R; Chiesa, D; Bilenca, O; Grinspan, R; Guardo, AM: Historia natural de los oblitos quirúrgicos. *Rev. Arg. Cirug.* 1995; 64: 45-58
4. Lupi JL; Divito JL; Poggi CFL: Oblitos Quirúrgicos. Aspectos Médico-Legales y Éticos. *Reseña Jurisprudencial. Cuadernos de Medicina Forense.* Año 2 N° 1- 43-58. Mayo 2003
5. Kaiser, C., et al: The retained surgical sponge. *Ann Surg* 244; 79-84, 1996

6. Lauwers PR; Van Hee RH. Intraoperative gossypibomas: the need to count sponges. *World J Surg* 2000; 24: 521-527

7. Gibbs VC; Auerbach AD: The retained Surgical Sponge. Evidence Report/Technology Assessment N^o 43: Making Health Care Safer. A critical Analysis of Patient Safety Practices. Chapter 22. July 2001. AHRQ Publication

8. Campaña, G. Errores médicos en el ambiente quirúrgico. Cómo prevenirlos. Parte III. Cuerpos extraños retenidos. *Rev. Chilena de Cirugía*. Vol 58 N^o 5, Oct 2006. págs. 390-392

9. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Preventing Retention of Foreign Bodies After Surgery. Safety in the Operating Room. Chapter 10, 105- 110 , 2006

10. Association of Operating Room Nurses: AORN'S recommended practices for sponge, sharp and instrument counts. *AORN Journal*, Dec. 1999

11. Projects for improving safety of counts in the OR. *OR Manager* 19: 11-12 Mar 2003

12. Gómez Avila, E; Ruiz López, R. Protocolo para el recuento de compresas y otros objetos quirúrgicos. *Enfermería Global* Nov, 2005. www.um.es/eglobal/

13. Clausi, Karina. Auditora Médica del Sanatorio Mater Dei. Comunicación Personal.

14. Terrier, José P.; Berro, Guido. El Oblito. Aspectos quirúrgicos y Médico Legales. www.mednet.org.uy