



## OBLITOS

### Causas, consecuencias clínicas y legales. Prevención.

Mariano José Tolino \*

El término "oblito" está en el diccionario de la Real Academia Española: "Cuerpo extraño olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica".

#### Incidencia

La verdadera incidencia de este evento está subestimada. Datos fehacientes lo estiman en 1:8.800 cirugías generales y 1:1.000-1.500 cirugías abdominales.<sup>3</sup> Esta estimación se basa exclusivamente en reclamos por mala praxis, por los que se coincide en que la frecuencia es mayor.

En nuestro país, Siano Quirós presentó una serie propia.<sup>14</sup> Sobre 24.166 pacientes operados en 14 años comprobó 8 oblitos propios (1 caso cada 3020 operaciones).

Manrique y col. muestran una casuística con una incidencia de operaciones por oblitos de 2.4/1000 (9 casos en 4021 operaciones).<sup>10</sup>

En la experiencia personal en una institución privada de alta derivación durante 28 meses, de 3560 operaciones, 3 fueron por oblitos (1.18/1000).

#### Factores de riesgo

Numerosos estudios<sup>3, 5</sup> han mostrado algunos factores de riesgo asociados a la retención de cuerpos extraños, entre los que destacan:

- *Cirugías de Urgencia* ( $p < 0,001$ )
- *Cambio inesperado del plan quirúrgico* ( $p < 0,001$ ). Por ejemplo, apendicectomías que se transforman en colectomías, diverticulitis que requieren grandes resecciones, hallazgo de tumores inesperados y que se deciden resear o cualquier nuevo diagnóstico

intraoperatorio. La posibilidad de olvidos en estos casos es cuatro veces superior.

- *Imposibilidad de recuento por urgencia extrema, riesgo vital* ( $p = 0,01$ ).
- *Obesidad* ( $p = 0,04$ ).
- *Múltiples equipos quirúrgicos* ( $p = 0,05$ ). Por ejemplo, abordaje y cierre por cirujanos generales en operaciones de columna (traumatólogos), o ginecólogos que requieren la presencia de un cirujano general por hallazgos de adherencias intestinales, o lesiones ureterales.
- *Excesiva pérdida de sangre* ( $> 700$  ml) ( $p = 0,06$ ). Es claramente un factor de riesgo de peso.
- *Cambio de personal durante la cirugía* ( $p = 0,16$ ). Es típico el cambio de la instrumentadora y circulante porque "terminó el horario".
- *Cansancio del equipo quirúrgico*. Procedimiento difícil. Horario nocturno; fin de semana.
- *Múltiples procedimientos en el mismo acto quirúrgico*
- *Cirugías de emergencia*. La probabilidad de olvidos en estos casos es nueve veces mayor que en cirugías electivas.

#### Tipos de cuerpo extraño

Se han descrito<sup>3</sup> elementos retenidos de los más variados y asombrosos, pero los más frecuentes son:

- Compresas 69% (en el 7% de los casos es más de una compresa).
- Instrumental 31%.

\*Cirujano General (MAAC). Médico Legista

Correspondencia: marianotolino@yahoo.com.ar

- Pinzas 7%.
- Otros 24%.

Las *cavidades* descritas como los más frecuentes sitios de retención son:

- Abdomen o pelvis 54%.
- Vagina 16-22%.
- Tórax 7,4%.

El *tiempo transcurrido* entre la cirugía inicial y la detección del oblito, va de 1 día a 6 años (promedio 21 días).

La *resolución*, una vez diagnosticada la retención, puede ser:

- Reoperación programada (69% de los casos).
- Hallazgo en otra cirugía.
- Expulsión espontánea por herida u orificios naturales.

### Complicaciones

En algunos casos en los que se olvidan e gasas o instrumental, el cuerpo extraño es removido y el paciente se recupera. Sin embargo, los oblitos suelen dar lugar a complicaciones, que pueden ser severas y llevar incluso a la muerte. Se ha reportado mortalidad entre el 11% y 35%.<sup>4,6</sup>

El cuerpo extraño puede inducir una respuesta inflamatoria temprana y el propio organismo intenta expulsar el material favoreciendo el desarrollo de fístulas. La respuesta puede ser también más lenta y crear adherencias y una pseudocápsula que contiene al cuerpo extraño. Se forman entonces tumores que pueden desencadenar cuadros por efectos de masa u obstructivos. También puede ocasionar perforaciones intestinales y sepsis.<sup>4</sup>

### Consideraciones médico-legales

La legislación es lapidaria, ser juzgado por un oblito es casi igual a ser declarado culpable, si bien existen algunos fallos absolutorios.<sup>12</sup> Los juristas no pueden comprender cómo puede suceder esto, olvidarse una gasa, una pinza, en el cuerpo

de una persona. En defensa de los cirujanos, se intenta argumentar que la extrema complejidad o premura de una intervención deriva en un campo quirúrgico confuso, repleto de instrumental, luchando contra la hemorragia (la mayoría de los casos) o contra el propio agotamiento en situaciones estresantes y prolongadas.

### Jurisprudencia<sup>2</sup>

“El olvido de un cuerpo extraño –oblito en el organismo del paciente luego de efectuada una operación quirúrgica, comporta, más allá de toda duda razonable, un supuesto de culpa”. CN Apelaciones Civ y Com, Sala II. 1994/04/26. D.R., J.H. c. P., H.A.

“Su existencia demuestra un descuido..., imputable al cirujano aún cuando no se encargara personalmente de éstos; responde por la conducta de sus componentes, cuyas actividades en aquel acto orienta y coordina.” CNCivCom Sala II 2000/04/18. P., A. G. c. Ronchi, Alejandro y otros.

Las doctrinas jurídicas aplicadas en este tema son:

- “Res ipsa Loquitur”, las cosas hablan por sí solas. El cuerpo extraño se olvidó como consecuencia de un acto negligente. Estas cosas no ocurren a menos que exista alguien negligente.<sup>7</sup>
- “Capitán del buque”, es decir, el cirujano es el responsable final, ya que es quien colocó la compresa olvidada. Este principio es cada día menos aplicado y verdadero. Todo el equipo tiene algún grado de responsabilidad.<sup>7,9</sup>

### Prevención

#### RECUESTO DE COMPRESAS

“El 76 a 88% de los recuentos realizados en las cirugías en que se retuvo algún cuerpo extraño, fue informado como correcto”.<sup>3</sup>

Este error puede vincularse al cansancio del equipo, a la complejidad del

procedimiento, a gasas "pegadas" unas con otras, u otros.<sup>1,9</sup>

## NORMA Y PROCEDIMIENTOS DE RECUESTO DE GASAS E INSTRUMENTAL<sup>1,4,5,11,13</sup>

### 1) *Qué contar*

Se deberían contar todos los elementos que ingresan en el campo quirúrgico. Sin embargo, esto puede no ser práctico ni costo efectivo. Se debe determinar previamente qué debe contabilizarse en cada operación.

Generalmente se incluyen gasas, compresas, instrumentos punzantes (agujas, bisturí) e instrumental.

*Las gasas y compresas no se deben cortar* y se recomienda que sean contadas en todas las operaciones.

El número y tipo de *agujas* debe coincidir con los paquetes de sutura abiertos.

El *instrumental quirúrgico* también debería contabilizarse. Este representa casi un tercio de los oblitos reportados.

Se debe tener precaución con el quiebre o separación de alguna de las partes de los instrumentales (separadores autoestáticos, pinzas laparoscópicas, aguja de Veress).

### 2) *Cuándo contar*

La Asociación de Instrumentadoras de los Estados Unidos (AORN) recomienda<sup>13</sup>:

- Antes de iniciar el procedimiento para establecer una línea de base.
- Antes del cierre de la cavidad.
- Al inicio del cierre de piel.
- Al finalizar el procedimiento.
- Ante el relevo del personal (instrumentadora o circulante que entra debe contar).

Esto parece algo exagerado o difícil de poner en práctica en muchas instituciones de Argentina, que carecen de personal en quirófano o éste no está capacitado

adecuadamente, pero éstos son los motivos por los cuales suceden los "olvidos".

### 3) *Cómo contar*

Los recuentos deben realizarse en forma audible bajo la visión de dos personas (instrumentadora y circulante). Cada gasa debe separarse y contarse individualmente.

El recuento de instrumentos punzantes se realiza según la etiqueta de cada paquete; algunos paquetes contienen varias agujas.

### 4) *Documentación del Recuento*

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

### 5) *Procedimiento ante recuento discrepante*

- Informar al cirujano.
- Suspender el procedimiento si la condición del paciente lo permite.
- Explorar la cavidad y el campo operatorio.
- Inspeccionar los alrededores, piso, lebrillos, recipientes de basura, etc. Ningún recipiente debe ser removido del quirófano hasta que el paciente lo abandone.
- Inspeccionar entre los campos.
- Si la condición del paciente lo permite realizar control radiológico intraoperatorio.
- Documentar las medidas adoptadas en la historia clínica.
- Notificar el incidente a los responsables de quirófano.
- Analizar el incidente y discutir estrategias de prevención.

## REALIZACIÓN DE RX EN PACIENTES DE RIESGO

La realización de Rx, 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. Agujas e instrumental menores a 17 mm tienen altos falsos negativos. Nada reemplaza a la exploración metódica de la herida o de la cavidad.<sup>1</sup>

### Experiencia personal

En 8 años de ejercicio de la Cirugía, el autor desarrolló su experiencia en tres instituciones, y participó de 8 operaciones en las cuales se encontraron oblitos, a saber:

**Caso 1:** mujer de 66 años, operada hacía 18 años de histerectomía programada. Se operó con diagnóstico de tumor de colon ascendente. Se encontró un campo chico. La paciente evolucionó sin complicaciones.

**Casos 2 y 3:** gasas olvidadas en vagina, por cirugías de resección anterior baja de recto en un caso e histerectomía por miomatosis en la otra (ambas programadas). Las pacientes asistieron a consultorio a la semana del alta con secreción fétida por vagina y se les extrajo el material en consultorio. No tuvieron complicaciones.

**Caso 4:** En ocasión de realizar una gastrostomía de alimentación en un varón que había sido operado hacía un año por úlcera duodenal sangrante (urgencia), se halló una gasa a lo largo de la herida, entre peritoneo parietal y vísceras, penetrando parcialmente a estómago y colon transversal. Se retiró parcialmente y no presentó complicaciones posteriores.

**Casos 5 y 6:** Pacientes apendicectomizados en otras instituciones, ambos derivados por abdomen agudo y fiebre, 30 y 45 días postoperados. Fueron reexplorados y se les encontró una gasa. En un caso, donde la gasa estaba firmemente adherida a ciego y se retiró parcialmente, el paciente evolucionó con mínimo débito entérico durante 4 días por el drenaje y se agotó solo.

**Caso 7:** Varón de 45 años que había sido operado por colecistitis aguda, en cuya

operación hubo sangrado del pedículo hepático. Al mes postoperado presentó dolor epigástrico y una TC mostró colección en dicha región. Al explorarlo, se halló una pseudocápsula, pus y una gasa chica. La cavidad recidivó y fue operado una vez más, evolucionando bien a posteriori.

**Caso 8:** Mujer de 25 años operada por Enfermedad Pélvica Inflamatoria. Derivada del centro de Ginecología por "Abdomen agudo postoperatorio" en el 3er día postoperatorio. Fue operada, hallando una gasa grande entre epiplón y útero.

### Consideraciones éticas

Ante un diagnóstico de oblitio, propio o de un colega, el cirujano se encuentra en una situación difícil. ¿Qué debe decirle al paciente? Algunos sostienen que por principio ético y deber legal deben consignar la realidad en la historia clínica y decirselo al enfermo. Si bien a estos cirujanos les asiste la razón, tampoco merecerían ser cuestionados los médicos que disfrazan un poco la realidad haciendo valer el privilegio terapéutico y no brindar al paciente una información en forma cruda, pudiendo aumentar el daño emocional y psíquico.

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

Ante un oblitio propio o de un colega la actitud del cirujano suele 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.

### Bibliografía

1. Campaña G. Errores médicos en el ambiente quirúrgico. Cómo prevenirlos. Parte III. Cuerpos extraños retenidos. Rev Chil Cirug 2006; 58:390-2.
2. Garay E. Responsabilidad del médico, del establecimiento asistencial y de las obras sociales. Manual de Jurisprudencia. La ley 2005, pp 97-100.

3. Gawande A, Studdert D, Orav J, Brennan T, Zinder M. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *N Engl J Med* 2003; 348:229-235.
4. Gibbs VC, Auerbach AD. The retained surgical sponge. Evidence report/technology assessment n° 43: making health care safer. A critical analysis of patient safety practices. Chapter 22. July 2001. Ahrq Publication.
5. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Preventing retention of foreign bodies after surgery. Safety in the operating room. Chapter 10, 105-110, 2006.
6. Kaiser C, et al. The retained surgical sponge. *Ann Surg* 1996; 244:79-84.
7. Kraut AJ. Los derechos de los pacientes. Ed Abeledo-Perrot 1997; pp 188-190.
8. Lauwers PR, Van Hee RH. Intraoperative gossypibomas: the need to count sponges. *World J Surg* 2000; 24:521-7.
9. Lupi JL, Divito JL, Poggi CFL. Oblitos quirúrgicos. Aspectos médico-legales y éticos. *Reseña Jurisprudencial. Cuadernos de Medicina Forense* 2003; 2:43-58.
10. Manrique JL, Pelisch AM, Marino M, Mrad JL, Kanhé M. Oblito: incidencia, consecuencias médicas, legales y éticas. *Rev Argent Cirug* 2003; 85:31-5.
11. Projects for improving safety of counts in the OR. *OR Manager* 2003; 19:11-12.
12. Rabinovich-Berkman R. Responsabilidad del médico. Aspectos civiles, penales y procesales. Ed Astrea. 1999; pp 437-9.
13. Recommended practices for sponge, sharp and instrument counts. AORN Recommended Practices Committee. Association of Perioperative Registered Nurses. *AORN J* 1999; 70:1083-9.
14. Siano Quirós R, Chiesa D, Bilencia O, Grinspan R, Guardo AM. Historia natural de los oblitos quirúrgicos. *Rev Argent Cirug* 1995; 64:45-58.

**[www.residentesdecirugia.org.ar](http://www.residentesdecirugia.org.ar)**